**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ELISÂNGELA APARECIDA DE ALMEIDA PUGA

**O serviço de esterilização nas unidades de saúde da
atenção básica de um município no interior paulista**

RIBEIRÃO PRETO

2016

ELISÂNGELA APARECIDA DE ALMEIDA PUGA

O serviço de esterilização nas unidades de saúde da atenção
básica de um município no interior paulista

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional
em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no
Gerenciamento, Gestão em Saúde e Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Adriana Mafrá Brienza

RIBEIRÃO PRETO
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Puga, Elisângela Ap. de Almeida

O serviço de esterilização nas unidades de saúde da atenção básica de um município no interior paulista. Ribeirão Preto, 2016.

79 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Adriana Mafra Brienza

1. Esterilização. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde.

PUGA, Elisângela Ap. de Almeida

O serviço de esterilização nas unidades de saúde da atenção básica de um município no interior paulista

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIAS

A Deus, infinita gratidão pelas bênçãos que me concede a cada dia

*Aos meus **pais**, fonte de apoio e amor incondicional..*

*Ao **Eduardo**, pessoa com quem amo partilhar a vida e aos nossos filhos **Rafael** e **Isadora** que fazem tudo valer a pena, que possamos transmitir com carinho os valores do bem*

*Aos **amigos e familiares** presentes nos momentos difíceis, de superação e de alegrias que não nos deixam experimentar a solidão.*

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a **todos** que contribuíram para realização deste estudo em especial:*

*A minha orientadora **Dra Adriana Mafra Brienza**, que desde minha graduação contribui imensamente para minha formação, sou grata pela valiosa e presente orientação*

*A **Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto** que valoriza e apoia o Mestrado Profissional em Enfermagem*

*A **equipe do serviço** de apoio da Secretaria Municipal de Saúde (gestão de lavanderia, materiais e esterilização), enfermeiras **Cátia Salomão e Karina Fonseca**, o qual tenho a honra de fazer parte, que esta proposta se consolide e avance cada vez mais em nosso município*

*A enfermeira **Jane Ap. Cristina**, idealizadora conosco deste projeto, a quem serei eternamente grata pelas oportunidades profissionais me concedidas*

*As **enfermeiras** que participaram da coleta de dados, tornando possível a realização deste trabalho*

*Minha amiga **Karina Fonseca** pelo apoio e incentivo no despertar desta proposta*

*A **equipe da UBDS Castelo Branco** que recentemente me acolheu e participou dos últimos instantes desta realização*

*Aos **participantes da banca de defesa** desta dissertação pelas contribuições necessárias ao aperfeiçoamento desta temática*

“Olho para as adversidades do passado com gratidão, elas me fazem experimentar o valor das pequenas coisas e me encorajam a perseverar para alcançar os sonhos”

(Elis)

RESUMO

PUGA, E. A. A. **O serviço de esterilização nas unidades de saúde da atenção básica de um município no interior paulista**. 2016. 79 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, 2016

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Ribeirão Preto (SP), desde 2011, vem centralizando de forma gradual o serviço de esterilização dos artigos provenientes das Unidades Básicas de Saúde. O objetivo deste estudo foi analisar o serviço de esterilização, em relação à prática centralizada e descentralizada nas unidades de saúde da atenção básica do município de Ribeirão Preto (SP) e aproximar das legislações vigentes, com fluxos e serviços adequados. O referencial teórico utilizado foi o de Avaliação da Qualidade segundo Donabedian, através dos indicadores de estrutura, processo e resultado. Para a coleta utilizamos a técnica do grupo focal. Encontramos 64% das enfermeiras que trabalham em Unidade com esterilização centralizada em outra Instituição, 36% possuem esterilização no próprio local de trabalho, a maioria com formação entre 10 e 15 anos e inserção na Atenção Básica entre 5 e 11 anos. A esterilização centralizada apresentou vantagens em relação à prática realizada localmente nas Unidades de Saúde no sentido de adequação estrutural, favorecendo a ambiência nos serviços de saúde, a sistematização de fluxo para transporte, aumento e padronização de arsenal cirúrgico e diminuição da carga de trabalho na enfermagem. Os enfermeiros se colocaram como gerenciadores desta atividade. A prática de esterilização realizada localmente apresentou riscos ocupacionais. O estudo apontou necessidade de treinamento adequado para esta atividade. Nas Centrais de Material e Esterilização da rede de atenção primária à saúde, as demandas de manutenção e reparos, bem como o uso de salas de consultório para guarda e utilização dos equipamentos são constantes. Uma vantagem importante do serviço de esterilização centralizada decorre da possibilidade de realização de indicadores de validação do processo de forma mais rigorosa. Alguns problemas levantados no serviço centralizado foram, extravio de instrumental cirúrgico, caixas de transporte e acondicionamento instrumentais fora do padrão bem como a necessidade de melhoria em relação ao transporte e cumprimento de rotina estabelecida, favorecendo assim a resistência de mudança para algumas enfermeiras. A implantação da Central de Material e Esterilização centralizada na Atenção Primária é uma alternativa para adequação do serviço de esterilização visando otimizar e qualificar este serviço.

DESCRITORES: Esterilização. Avaliação de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

PUGA, E. A. A. **The sterilization service in health facilities of primary care of a municipality in the state of São Paulo**. 2016. 79 f. Thesis (Master Degree) - School of Nursing of Ribeirão Preto , University of São Paulo (EERP-USP). Ribeirao Preto, 2016

The Municipal Health Bureau (SMS) of Ribeirão Preto (SP), since 2011, has gradually centralized sterilization service of articles from the Basic Health Units. The aim of this study was to analyze the sterilization service in centralized and decentralized practices in health units of basic care of Ribeirão Preto (SP) and approach the current legislation, with adequate flows and services. The theoretical framework used was the Quality Assessment using Donabedian Model through the structure, process and outcome indicators. To collect data, we used the technique of focus group. The survey showed 64% of nurses working in unit with sterilization centralized in another institution, 36% with sterilization in the workplace, most of them with training between 10 and 15 years and insertion in Primary Care between 5 to 11 years. Centralized sterilization presented advantages over the practice carried out locally in the health units towards structural adjustment, favoring the ambience in the health services, systematization of flow to transport, increase and standardization of surgical material and decreased workload in nursing. Nurses put themselves as managers of this activity. Sterilizing practice performed locally presented occupational hazards. The study pointed out the need for proper training for this activity. In the Material and Sterilization Center of the primary health care network, the demands for maintenance and repairs, as well as the use of office rooms for equipment storage and use are constant. An important advantage of centralized sterilization service arises from the possibility of conducting process validation indicators more accurately. Some issues raised in centralized service were: loss of surgical instruments, nonstandard instrumental shipping boxes and packaging and the need for improvement in relation to transport and established routine compliance, thus favoring the resistance for change among some nurses. The implementation of a Material and Sterilization Center centralized in Primary Care is an alternative to the adequacy of the sterilization service to optimize and qualify this service.

KEYWORDS: Sterilization. Health Services Evaluation. Primary Health Care.

RESUMEN

PUGA, E. A. A. **El servicio de esterilización en las unidades de salud de atención básica de un municipio del interior de São Paulo.** 2016. 79 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, 2016.

La Secretaría Municipal de Salud (SMS) del municipio de Ribeirão Preto (SP), desde 2011, ha ido centralizando gradualmente el servicio de esterilización de elementos provenientes de las Unidades Básicas de Salud. El objetivo del estudio fue analizar el servicio de esterilización, respecto de la práctica centralizada y descentralizada en las unidades de salud de atención básica del municipio de Ribeirão Preto (SP) y acercarlo a la legislación vigente, con flujos y servicios adecuados. El referencial teórico utilizado fue la Evaluación de Calidad según Donabedian, a través de los indicadores de estructura, proceso y resultado. Datos recolectados mediante técnica del grupo focal. Encontramos que 64% de las enfermeras actúan en Unidades con esterilización centralizada en otra institución, 36% posee esterilización en el propio lugar de trabajo, la mayoría con graduación entre 10 a 15 años e inserción en Atención Básica de entre 5 a 11 años. La esterilización centralizada mostró ventajas respecto a la práctica realizada en las Unidades de Salud, por estructuración adecuada, favoreciendo la ambientación en servicios de salud, sistematización del flujo para transporte, incremento y estandarización del arsenal quirúrgico, y disminución de carga de trabajo de enfermería. Los enfermeros son considerados gestores de esta actividad. La práctica de esterilización local expresó riesgos laborales. El estudio determinó necesidad de capacitación adecuada para esta actividad. En los Centros de Material y Esterilización de la red de atención primaria de salud, las demandas de mantenimiento y reparaciones, así como el uso de consultorios para almacenamiento y utilización de equipos son constantes. Una ventaja importante del servicio de esterilización centralizada deriva de la posibilidad de utilización de indicadores de validación del proceso aplicados más rigurosamente. Algunos problemas relevados en el servicio centralizado fueron: extravío de instrumental quirúrgico, cajas de transporte y acondicionamiento de instrumental fuera de los estándares, y necesidad de mejora respecto al transporte y el cumplimiento de rutinas establecidas, favoreciendo así la resistencia a los cambios en algunas enfermeras. La implantación del Centro de Material y Esterilización centralizado en Atención Primaria es una alternativa para adecuar el servicio de esterilización, procurando optimizarlo y calificarlo.

DESCRIPTORES: Esterilización; Evaluación de Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Município de Ribeirão Preto.....	25
Figura 2	Organização dos Distritos Sanitários	26
Figura 3	Distribuição percentual, segundo o sexo dos participantes do grupo focal.....	36
Figura 4	Distribuição percentual, segundo a idade dos participantes do grupo focal.....	37
Figura 5	Distribuição percentual, segundo o tempo de conclusão da graduação dos participantes do grupo focal.....	37
Figura 6	Distribuição percentual, segundo a inserção e atuação na Atenção Básica dos participantes do grupo focal.....	38
Figura 7	Distribuição percentual, segundo o local de trabalho na Rede Municipal de Saúde.....	39
Figura 8	Distribuição percentual, das participantes que trabalham em unidades de Saúde com esterilização centralizada em outra instituição e das participantes que trabalham em Unidades de Saúde com esterilização local.....	40
Figura 9	Distribuição percentual, das Unidades de Saúde que realizam a esterilização de forma centralizada e das Unidades que realizam a esterilização localmente.....	41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCI – Comissão de Controle de Infecção
CME – Central de Material e Esterilização
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
DRS – Diretório Regional de Saúde
EACS – Equipe com Agente Comunitário de Saúde
EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF – Equipe de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
RAS – Rede de Atenção a Saúde
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico
Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização
SUS – Sistema Único de Saúde
UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USF – Unidade de Saúde da Família
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Referencial teórico.....	18
1.1.1	Avaliação da Qualidade segundo Donabedian.....	18
2.	OBJETIVOS.....	21
2.1	Objetivo Geral	22
2.2	Objetivos Específicos.....	22
3.	METODO.....	23
3.1	Tipo de estudo	24
3.2	Local do estudo.....	24
3.3	Participantes do estudo.....	28
3.4	Estratégia de coleta de dados.....	28
3.4.1	Entrevista semi-estruturada.....	29
3.4.2	Grupo Focal.....	29
3.4.3	Cuidando do Grupo Focal	31
3.5	Procedimentos éticos.....	32
3.6	Análise dos dados.....	32
4.	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	35
4.1	Caracterização dos Participantes.....	36
4.2	Análise dos resultados do Grupo Focal.....	41
4.2.1	Indicadores de Estrutura.....	41
4.2.1.1	Área física.....	42
4.2.1.2	Recursos Humanos.....	46
4.2.1.3	Recursos materiais.....	48
4.2.2	Indicadores de Processo.....	52
4.2.3	Indicadores de Resultado.....	54
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERENCIAS.....	65
	APENDICES	72
	ANEXOS.....	75

1. APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO

Trabalhando como enfermeira na Saúde Pública do município de Ribeirão Preto (SP) há mais de uma década e junto a Divisão de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e na Comissão de Controle de Infecção (CCI) da rede municipal, aproximei-me dos desafios e práticas referentes ao trabalho nas Centrais de Material e Esterilização (CMEs) na Atenção Básica.

Desde 2011, buscando reduzir custos operacionais e atender legislação federal, o município iniciou a centralização do serviço de esterilização de artigos provenientes das unidades de saúde em uma instituição hospitalar. Pretendemos aproximar da literatura que especifica o nosso objeto de estudo com a valorização do controle de fatores de risco e proteção à saúde.

Neste sentido, a descentralização do sistema de saúde brasileiro, ocorrida a partir de 1988 com a criação do Sistema Único de saúde - SUS viabilizou, entre outras conquistas, a construção de um modelo assistencial de saúde. Verificou-se a necessidade de unificação e integração de serviços, bem como de qualificação dos profissionais. Os desafios são muitos e envolvem revisões no financiamento, modelo institucional, modelo de atenção à saúde, gestão de trabalho e participação social.

A própria Constituição Federal de 1988 já exigia uma mudança no modelo de atenção a saúde até então em vigência. Do modelo centralizado na medicalização, nos hospitais e no caráter curativo, passaria a ser um modelo voltado para as ações de prevenção e de promoção da saúde, baseado em atividades principalmente coletivas.

O SUS pode ser considerado como a maior política de assistência a saúde do Brasil, em seus anos de existência alcançou grandes conquistas para a população brasileira. A estruturação e a gestão desse sistema é um processo que se encontra em estágios diferentes ao ser comparado entre os serviços oferecidos a população (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Com a finalidade de acompanhar as diretrizes do SUS consideramos que a qualidade da assistência também está relacionada ao processo de esterilização, nosso foco de investigação.

O processo da esterilização de artigos possui menos de duzentos anos. Com a descoberta da bactéria e a busca da morte microbiana muito se evoluiu no campo microbiano e conseqüentemente no processo de esterilização. O surgimento e o desenvolvimento das CMEs estão diretamente relacionados ao advento das cirurgias e da necessidade de avanços técnicos e logísticos que atendessem a

diversidade de materiais e técnicas cirúrgicas, aliado a segurança do paciente (COSTA; SOARES; COSTA, 2009).

Até o início da década de 40, a limpeza, preparo e armazenamento dos materiais era realizado pela equipe de enfermagem nos próprios setores ou unidades de internação, não tinham funcionamento centralizado, eram de estrutura muito simples, carente de uma sistematização técnico-administrativa. Com o avanço tecnológico, a evolução do edifício hospitalar, desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e principalmente a revolução tecnológica nas décadas de 60 e 70, mudanças importantes ocorreram nas CMEs. Surgiu então a necessidade de aprimoramento das técnicas e dos processos de limpeza, reparo, esterilização e armazenamento de materiais e roupas. Os profissionais começaram a encaminhar os artigos utilizados em procedimentos para limpeza, preparo e esterilização para um único local na instituição de saúde (COSTA; SOARES; COSTA, 2009).

Assim, a CME torna-se centralizada na própria Instituição, com a supervisão de um enfermeiro e passa a ser definida como uma unidade de apoio técnico a todas as unidades assistenciais, responsável pelo processamento dos materiais, como instrumental e roupas cirúrgicas e a esterilização dos mesmos. Para o futuro das CMEs é necessário incorporar demanda por novos saberes e fazeres, dinâmicas mais adequadas à realidade das instituições de saúde, a fim de que estes setores não fiquem obsoletos e possam atender com qualidade aos serviços e aprimorar o sentido pelo trabalho.

A qualidade dos serviços de saúde já permeava em 1993 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) definia qualidade da assistência em saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: alto grau de competência profissional, eficiência na utilização de recursos, um mínimo de risco e um alto grau de satisfação dos pacientes e além de um efeito favorável à saúde.

A valorização do conhecimento específico do enfermeiro sobre CME e deste setor como um todo para a qualidade na assistência prestada deve ser difundido, a formação profissional deve contemplar uma compreensão ampliada do processo de cuidar, contribuindo para a renovação da dinâmica administrativa dos serviços de Enfermagem (COSTA; SOARES; COSTA, 2009).

Existem ainda as dificuldades econômicas que são constantes, mas há necessidade de modernização do processo produtivo neste setor e valorização dos recursos humanos e atualização constantes, através de educação continuada

comprometida como desenvolvimento profissional (COSTA; SOARES; COSTA, 2009).

O grande desafio que se impõe na atualidade reside na busca de um equilíbrio entre as forças de mercado e as necessidades sociais, conjugando um composto de ações e atividades que possibilitem uma melhoria dos serviços de saúde (ANTUNES; RIBEIRO, 2005, P.2).

Neste contexto a qualidade na prestação dos serviços de saúde tem importância fundamental, as instituições devem repensar a gestão propondo mudanças que atendam estas necessidades. Este setor deve contar de profissionais capacitados e satisfeitos, com perfil técnico e interpessoal, a fim de que o processo de trabalho seja ativo e valorize a potencialidade da equipe (COSTA; SOARES; COSTA, 2009; RICALDONI; SENA, 2006).

Considerando a assistência e a equipe, destacamos o trabalho da esterilização enquanto papel da enfermagem e para isto recorremos a história da enfermagem em meados do século XIX. Florence Nightingale já se preocupava com medidas preventivas, como a separação dos pacientes feridos e infectados dos demais, cuidado com as roupas e artigos de uso direto nos pacientes, diminuindo o número de infecções e a mortalidade de soldados ingleses durante a Guerra da Criméia (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Esta preocupação com a qualidade na assistência está no código de ética da enfermagem em seu artigo XII, capítulo das Responsabilidades e Deveres afirmando que devemos assegurar à pessoa, família e coletividade, uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2007).

O profissional enfermeiro possui um papel importante como mediador na busca, elaboração e implementação de novos processos institucionais, exigindo diferentes abordagens de gestão da assistência, ou seja, pressupõe uma modalidade da prática gerencial sustentada num processo permanente de melhoria da qualidade, que utiliza como instrumento um conjunto de padrões previamente estabelecidos que seja facilitador na dinamicidade, segurança e qualidade do trabalho (OLIVO, 2013).

Em meio à necessidade de alcançar padrões de qualidade que atendam as demandas dos usuários, o enfermeiro deve lançar mão do trabalho gerencial e

desempenhar nos serviços de saúde, ações que contemplem os aspectos assistenciais, pedagógico, técnico-científico e político, bem como aqueles que dizem respeito as relações interpessoais, a fim de almejar o planejamento para assistência integral, prestada de forma segura e livre de riscos ao indivíduo, à família e a população (ALMEIDA, 2011).

Para controlar os riscos na assistência, a resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, determina que as atividades desenvolvidas na CME sejam: receber, desinfetar e separar os artigos; receber as roupas vindas da lavanderia; preparar os artigos e as roupas em pacotes; esterilizar os artigos e as roupas por meio de métodos físicos e/ou químicos, proporcionando condições de aeração dos produtos, conforme necessário; realizar o controle microbiológico e de validação dos artigos esterilizados; armazenar os artigos e as roupas esterilizados; distribuir os artigos e roupas esterilizadas; zelar pela segurança dos operadores (ANVISA, 2002).

Neste contexto ainda devem ser contempladas atividades técnico-administrativas: planejamento, organização, coordenação, orientação, supervisão, escala de serviços, treinamentos, educação continuada (LEITE, 2007; SOBECC, 2007).

Dentro de todas estas atividades citadas, já é possível imaginar as necessidades físicas, estruturais, processuais, de recursos humanos e materiais que a instituição deve dispor para um funcionamento adequado de uma CME. Em relação as exigências de estrutura física as legislações ainda estabelecem, entre outras necessidades, as dimensões mínimas para a central de material e esterilização e suas instalações (ANVISA, 2002).

A CME é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição (LEITE, 2007, p. 01).

Assim, historicamente a resolução mais atual nessa área é a RDC nº 15, datada de 15 de março de 2012, que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para a saúde, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos. Os serviços de saúde devem garantir esses requisitos.

A gestão de saúde municipal deve ter como prioridade estabelecer e manter as ações e serviços da atenção básica de qualidade a todos os municípios,

dentre as necessidades/ações necessárias para isso, ampliação/reforma das unidades de saúde, construção de novas unidades e educação permanente aos profissionais que atuam nesta área (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A mobilização de recursos estruturais pode ser considerada uma dimensão da integralidade social, o que justifica e legitima a sanção de normas e legislações que estabeleçam requisitos para o funcionamento dos serviços de saúde (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010).

Pensando em estrutura de uma CME, equipamentos como lavadora ultrassônica e autoclave podem ser citadas como fundamentais para seu funcionamento, no controle do processo, indicadores físicos, químicos e biológicos devem ser utilizados para garantir um processo de qualidade, produtos e materiais como embalagens para esterilização, desinfetantes químicos, detergentes de uso específicos podem ser citados como exemplos. Em relação a equipe de recursos humanos, profissionais de enfermagem compõe este cenário, ficando o enfermeiro encarregado pela direção, auxiliares e técnicos de enfermagem pela execução das atividades (SOBECC, 2007; PSALDIKIDIS, 2011). O perfil de atuação desses profissionais, treinamentos, atualizações constantes e dimensionamento adequado, são fundamentais para um serviço de qualidade (CARVALHO, 2009; SOUZA et al, 2000).

O presente estudo pretende permear este universo apresentado, mas especificamente na Atenção Primária e para isto foi importante conhecer que a diversidade dos estudos concentram-se mais na área hospitalar, porém em alguns estudos foi possível identificar a implantação de Centrais distritais ou centralizadas de materiais esterilizados como uma alternativa de melhor custo benefício neste nível de atenção a saúde.

No município de Belo Horizonte a implantação das Centrais Distritais de materiais esterilizados foi um grande avanço (LEITE, 2007). Este mesmo autor propõe a reestruturação da CME de um Hospital Municipal e que os estabelecimentos daquela microrregião sejam assistidos por ele, trazendo assim melhor custo benefício para essas instituições de saúde.

Um estudo realizado por Thiede e Kramer (2013) na Alemanha e em alguns países da Europa, analisou o reprocessamento de artigos em 14 hospitais e 27 consultórios médicos e identificou que as condições para a execução do processo de reprocessamento daquelas unidades de saúde analisadas não

satisfaziam os requisitos legais, sendo necessário um alto custo para a adequação, dificuldades semelhantes as das Unidades de Saúde brasileiras, o estudo ainda levou em conta o impacto ambiental e a falta de padronização entre os serviços, entre as alternativas para a melhoria da qualidade o estudo sugere a terceirização dos serviços de reprocessamento.

Pretendemos avançar na construção do conhecimento a partir da prática e contribuir para a qualidade na assistência, educação no trabalho e valorização do trabalhador, aproximando da tecnologia e inovação no gerenciamento e gestão em saúde e na enfermagem.

Avaliar a centralização do serviço de esterilização, em relação à prática descentralizada nas unidades de saúde da rede municipal e aproximar das legislações vigentes, com fluxos e serviços adequados, é o objeto do nosso estudo. Será que a centralização dos serviços de esterilização na rede municipal de saúde apresenta melhor qualidade em relação à prática descentralizada nas Unidades?

Por se tratar de um cenário complexo, acredito que esta temática possa ser valorizada com novos estudos para embasar decisões e motivar ações para qualificar a oferta de serviços a população e melhorar o processo de trabalho entre as equipes.

No processo de vivência e aproximação com a esterilização, pretendemos buscar a dimensão no campo teórico da temática para investigar a prática da esterilização nas unidades de saúde.

1.1 Referencial teórico

1.1.1 Avaliação da Qualidade segundo Donabedian

Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, foi o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Este autor adaptou conceitos da teoria dos sistemas para o atendimento hospitalar, através de indicadores para avaliação da qualidade:

Estrutura, processo e resultado (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

O componente **Estrutura** corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais. O estudo da estrutura avalia as características dos recursos empregados para a assistência, incluindo componentes administrativos, características das instalações do serviço e equipe em relação às normativas vigentes, estabelecendo-se um comparativo a padrões estabelecido como desejáveis (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Importante ressaltar que nem sempre aumentar os padrões estruturais significa um resultado final de qualidade, as vezes recursos crescentes são empregados para manter ou ampliar uma estrutura sem que haja qualquer impacto nos resultados (PARADA, 2006).

O componente **Processo** corresponde à prestação do serviço segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico, cuidados prestados e como as equipes se organizam para a prestação do serviço (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Neste componente está ligado tanto as questões técnicas da equipe quanto ao da relação interpessoal, este último de difícil avaliação. Nesta avaliação é verificado como os recursos são empregados, se os profissionais realizam seu trabalho como deveriam, a partir do conhecimento disponível, os resultados são melhores quando as pessoas seguem os procedimentos recomendados (PARADA, 2006).

Nesta análise é possível identificar procedimentos necessários e se foram empregados como deveriam e os procedimentos desnecessários que muitas vezes dispensam custos e atrapalham no processo interferindo nos resultados.

A análise do processo pode ser individual e coletiva, colabora para a melhoria da qualidade dos serviços e/ou previne sua deterioração. Sempre que se fala em melhoria dos resultados a atuação sobre o processo se faz importante (PARADA, 2006).

O componente **Resultados** corresponde às conseqüências das atividades

realizadas nos serviços de saúde, em termos de mudanças verificadas, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação de quem recebe o serviço.

Mesmo que os resultados constituam um indicador de qualidade dos serviços, é necessário realizar avaliações simultâneas das estruturas e dos processos para conhecer as razões das diferenças encontradas, de forma a planejar intervenções, que levem não apenas à melhoria dos serviços na saúde, mas também ao alcance da eficiência na administração dos deles. Neste sentido, ganha relevância a avaliação dos resultados obtidos pelo serviço de saúde, com o objetivo de intervir nos vários componentes dos sistemas e subsistemas, para operar mudanças e melhorar a qualidade dos serviços (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Donabedian relata que na redefinição do sentido da qualidade, deve-se desenvolver a base científica para mensurar a efetividade e a eficiência; equilibrar o serviço prestado nos aspectos técnicos e nas relações interpessoais; equilibrar, nos serviços, a efetividade e os custos, assim como, os valores individuais e sociais (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o serviço de esterilização, em relação à prática centralizada e descentralizada nas unidades de saúde da atenção básica do município de ribeirão preto e aproximar das legislações vigentes, com fluxos e serviços adequados.

2.2 Objetivos Específicos

- 1 - Caracterizar a esterilização local e a centralizada das unidades básicas dos distritos sanitários de saúde do Município de Ribeirão Preto.
- 2 - Avaliar o serviço de esterilização local e o centralizado de acordo com a legislação vigente.
- 3 - Analisar a satisfação dos profissionais com o serviço de esterilização local e o centralizado da rede de atenção básica
- 4 - Caracterizar os aspectos gerenciais da esterilização na rede municipal de acordo com a legislação vigente.

3. METODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Consideramos como escolha um estudo qualitativo pela facilidade de identificar elementos que permitam compreender a prática de esterilização de artigos nas Unidades de Saúde. A metodologia visa adequar e aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO, 2007).

De acordo com Minayo (2007), a abordagem qualitativa permite compreender o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes correspondentes ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que podem se apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum das pessoas que vivem determinadas situações.

A complexidade da realidade no campo da saúde demanda conhecimentos distintos e integrados que dialeticamente confrontam teoria e prática num fazer cotidiano que envolve um conjunto de relações sociais nas áreas de produção de ações de saúde (VICTÓRIA, 2000).

3.2 Local do estudo

O município de Ribeirão Preto está localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo, dista à 313 km da capital e à 706 Km de Brasília. Ocupa uma área de 650 km², sendo que 157,50 km² estão em perímetro urbano, 172,18 km² constituem área de expansão urbana e 320,32 km² constituem zona rural. A população do município segundo o Censo IBGE 2010 foi de 604.682 habitantes, sendo o oitavo município mais populoso de São Paulo, precedido por: São Paulo, Guarulhos, Campinas, São Bernardo do Campo, Santo André, Osasco e São José dos Campos. Destaca-se o crescimento da população do município de Ribeirão Preto em quase 100.000 habitantes, em um período de 10 anos, de 2000 a 2010

(RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2013

Figura 1 - Município de Ribeirão Preto

A Rede de Atenção à Saúde RAS – SUS em Ribeirão Preto está organizada em 5 Distritos de Saúde, em consonância com os Distritos de Vigilância em Saúde. O município conta com 63 estabelecimentos de saúde distribuídos pelos 5 distritos, das quais 5 são unidades de pronto atendimento (4 Unidades Básicas distritais de saúde UBDSs e uma Unidade de Pronto Atendimento UPA) com funcionamento 24 horas, 21 unidades de saúde da família (USFs) com um total de 43 Equipes de Saúde da Família (ESFs) e 25 unidades básicas de saúde (UBSs) e 12 unidades especializadas (RIBEIRÃO PRETO, 2016). Nessas Unidades são oferecidos os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia obstetrícia, bem como serviços de enfermagem, odontologia, vacina, farmácia e outros. Os serviços de assistência de urgência e emergência estão organizados em pronto atendimento 24 horas por dia dentro das UBDS, UPA e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

O setor secundário dispõe, além das 4 UBDS, de 30 locais de atendimento, sendo: 16 ambulatórios especializados, 4 serviços de radiodiagnóstico, 3 de terapia renal substitutiva, 3 de odontologia (2 Centro Especializado de Odontologia e 1 Laboratório de Prótese Dentária), 6 laboratórios clínicos, sendo 1 próprio e 5 conveniados (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

No nível terciário a rede hospitalar privada e conveniada conta com 5 Hospitais exclusivos para a rede suplementar, e encontra-se em construção mais 1 hospital no município (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 20013

Figura 2 - Organização dos Distritos Sanitários

Ribeirão Preto constituindo-se em município pólo da regional de saúde a qual pertence, sendo referência para os demais municípios do Diretório Regional de Saúde (DRS), para outros Diretórios e também outros Estados em determinados procedimentos, principalmente aqueles de alta complexidade, tanto na rede pública como na rede privada.

O setor Saúde tende ao crescimento tanto na oferta de serviços, quanto na ampliação dos recursos humanos e rede física, bem como sua adequação. O desafio que se impõe é alinhar este crescimento com os recursos financeiros

(RIBEIRÃO PRETO, 2013).

As Unidades de Saúde do município funcionam em prédios próprios, alugados, estaduais ou federais, alguns deles construídos na década de 80, ou antes, outros não foram construídos para esta finalidade (alugados), muitos necessitam de intervenção/adequação devido ao dimensionamento dos serviços de saúde hoje ofertados e as normas atuais da vigilância sanitária, código de obras, dentre outras. As reformas e construções recentes possuem padrões que visam atendimento da legislação vigente (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

O Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família do Ministério da saúde criado para orientar profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para UBSs e ESFs, prevê espaço destinado a CME e sala de apoio como não obrigatório aos municípios que realizam esta prática de forma centralizada, neste caso recomenda que as UBSs possuam apenas a sala de utilidades, adequada ao preparo do material (BRASIL, 2008).

Dos 48 estabelecimentos de atenção básica do município, 31 enviam os artigos de uso da enfermagem, que tem indicação, para esterilização em uma CME de um hospital municipal. Esse projeto teve início em 2011 e pretende alcançar 100% de centralização. Quanto a material normativo da equipe de saúde é disponibilizado no site institucional um manual que define as responsabilidades do processo.

Ainda no que diz respeito a apoio deste setor, a rede municipal conta com uma Comissão de Controle de Infecção (CCI) instituída pela portaria nº 107 de 27 de julho de 2015, que entre outras atribuições e competências, deve:

“Supervisionar nas Unidades de Saúde as condições de processamento e armazenamento de materiais esterilizados” (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

No site institucional encontramos 48 Procedimentos Operacionais Padronizados relacionados ao trabalho na CME e 7 Manuais de produção municipal relacionados com a temática em estudo.

3.3 Participantes do estudo

Para o convite de participação do estudo foi realizado sorteio de quatro unidades da atenção primária de cada distrito sanitário do município. O não aceite para participar do estudo ocorreu em duas Unidades de Saúde. Foi sorteado uma enfermeira de cada unidade elencada para participação, totalizando 18 convidadas inicialmente, dessas 3 enfermeiras convidadas não puderam comparecer nos momentos elencados para a coleta de dados. Também ocorreu não liberação gerencial com justificativa de ausência.

Os participantes do estudo totalizaram em 11 enfermeiras que lidam com o setor de esterilização de artigos das unidades na atenção primária do município de Ribeirão Preto.

Foi denominado no estudo como participante (P) seguido por um número.

3.4 Estratégia de coleta de dados

O local escolhido para condução da coleta de dados foi uma sala da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP). A escolha se deu por se tratar de um local fora das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde. Foi solicitado autorização prévia. Não houve nenhum tipo de reembolso com os custos decorrentes do deslocamento dos participantes para a EERP-USP, estes foram de responsabilidade das participantes.

A coleta de dados para este estudo foi feita através de entrevista semi-estruturada e em seguida participação em grupo focal, sob orientação de um coordenador do grupo com utilização de roteiro (primeira parte para entrevista semi-estruturada e a segunda parte para o grupo focal (Anexo 1) e com gravação das falas.

Consideramos como possíveis riscos desta pesquisa, o desconforto em responder perguntas relativas ao processo de trabalho, especialmente nas diferenças de opiniões entre as participantes. Solicitamos para as participantes que

em caso de desconforto, preferencialmente o manifestasse durante a entrevista ou no próprio grupo, pois esse desconforto poderia ser também de outras participantes. Poderia a participante se retirar do local da entrevista ou do grupo a qualquer momento. Também foi respeitada a decisão de desistir da participação da pesquisa, a qualquer momento, mesmo após início das discussões. Registramos que não ocorreu esse tipo de situação.

O coordenador e o moderador do grupo focal foram profissionais externos ao trabalho, sem vínculo com a instituição onde a pesquisa foi desenvolvida, voluntários e com formação na área de desenvolvimento de grupo focal. Assim, a pesquisadora não participou do grupo focal.

3.4.1 Entrevista semi-estruturada

O recurso de entrevistas semi-estruturadas como material empírico privilegiado na pesquisa constitui uma opção teórico-metodológica que está no centro de vários debates entre pesquisadores das ciências sociais. Em geral, a maior parte das discussões trata de problemas ligados à postura adotada pelo pesquisador em situações de contato, ao seu grau de familiaridade com o referencial teórico-metodológico adotado e, sobretudo, à leitura, interpretação e análise do material recolhido (construído) no trabalho de campo. Neste estudo realizamos entrevista individual com as enfermeiras participantes antes do início do grupo focal (Apêndice A), a entrevista foi realizada pelo mesmo coordenador ou moderador que desenvolveu posteriormente o grupo focal.

3.4.2 Grupo Focal

Elegemos a segunda parte da coleta de dados a técnica de grupo focal por favorecer a comunicação e estar apropriada a pesquisa qualitativa. Esta técnica utiliza-se do encontro de um grupo de pessoas, sob a coordenação de um moderador, para discussão focada sobre um assunto em específico. A composição

do grupo recomendada é até 10 participantes, com duração típica de uma hora e meia, os participantes são selecionados por apresentar certas características em comum que estão associadas ao tópico que está sendo pesquisado. É recomendado o recrutamento em média vinte por cento a mais de participantes para o grupo, pensando em eventuais ausências (IERVOLINO e PELICIONI, 2001). Assim inicialmente recrutamos 20 convidados para composição de 2 grupos.

Nesta técnica as expressões de cada indivíduo que participa do grupo sofrem a intervenção dos demais sujeitos, permitindo que a coleta dos dados também apresente modificações enquanto se realiza a atividade. Esta aproximação faz com que o processo de interação grupal se desenvolva, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas. A discussão coletiva, expressão de percepções e valores possibilita a produção de conhecimento e reformulação de pensamentos (LOPES et al, 2010).

As pessoas sentem-se mais à vontade de expressar suas opiniões em grupo do que individualmente, é exatamente essa interação de processo que o grupo focal tenta captar. O grupo focal tem sido utilizado internacionalmente para a estruturação de ações diagnósticas e levantamento de problemas (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Atualmente a utilização do grupo focal na saúde pública reflete a disposição de combinar métodos e técnicas de várias disciplinas para a compreensão de fenômenos que, de modo cada vez mais claro, não conseguem ser captados e analisados por meio do uso de uma única técnica, ou de técnicas que abordem exclusivamente métodos quantitativos de análise (RESSEL et al, 2008).

O método do grupo focal, segundo Iervorlino e Pelicioni (2001) pode ser utilizado em estudos de saúde pública com diferentes propósitos, entre eles:

- Gerar hipóteses sobre um assunto a partir da perspectiva dos informantes selecionados;
- Avaliar um serviço ou intervenção de material instrucional;
- Como pesquisa exploratória ou como diagnóstico preliminar.

Neste estudo tivemos a intenção de gerar hipóteses sobre a prática de esterilização na Atenção Primária a Saúde e analisar este serviço.

A condução do grupo focal se dá a partir de um roteiro de tópicos,

relacionados com as questões de investigação que o pesquisador deseja responder. Como a proposta do método é desenvolver uma discussão focada em um tema específico, a recomendação é que o roteiro contenha entre 3 a 5 tópicos no máximo. Estes tópicos devem ser expressos em estímulos para introduzir o assunto. Pode ser utilizados cartazes, figuras, filmes ou histórias como fontes de estímulo ao grupo (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). Assim, o roteiro para o grupo focal deste estudo constou de 4 tópicos (Apêndice A).

Foram realizados 2 grupos focais em turnos distintos, um grupo da manhã contou com 5 participantes e o grupo da tarde com 6 participantes.

3.4.3 Cuidando do Grupo Focal

Na tentativa de minimizar possíveis faltas dos participantes do estudo convidados, foram realizadas algumas estratégias. Com 30 dias de antecedência da coleta de dados foi enviado a Unidade de Saúde um e mail aos cuidados da gerência local, chefia imediata do enfermeiro no serviço, explicando a realização do estudo, objetivo e benefícios esperados, já com a data e local da coleta de dados, dando a opção de participar do grupo no período da manhã ou da tarde.

Após uma semana do envio do e mail foi feito contato telefônico com cada gerente e enfermeiro convidado a participar do estudo, como mencionado, reforçando as orientações enviadas por e mail e confirmando a participação do enfermeiro e período. Criamos um grupo em aplicativo WatsApp com os enfermeiros convidados, onde foi passado informações, lembretes e esclarecimento de dúvidas.

No início da realização do grupo focal realizamos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que possibilitou informação e esclarecimentos de dúvidas antes do início da abordagem focada nas questões da esterilização. Ao final do desenvolvimento do grupo todos os participantes foram convidados para a apresentação da pesquisa, ficou acordado que os convites seriam enviados por e mail para as Unidades de Saúde e pelo grupo de WatsApp, dessa forma foi realizado.

Importante ressaltar que foi possível identificar nas falas de alguns participantes a valorização da proposta do programa de Mestrado Profissional e a

importância da participação delas na apresentação dos resultados.

“Eu acho assim a gente tá vindo contribuir para o trabalho da pesquisadora e que consiga mostrar alguma coisa que seja importante...a gente tem muito profissional competente, que tem uma capacidade muito grande mas que não tem a capacidade de passar para frente...por falta de oportunidade...”P7

“...a gente recebe solicitação de pesquisa, assina o termo de consentimento, mas a gente quer a devolução, mas fiquei muito feliz quando ela disse que contava conosco na apresentação e a A..”P9

3.5 Procedimentos éticos

Quanto aos aspectos éticos, a realização deste estudo recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto através da comissão de pesquisa da SMS (Anexo A) e o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- EERP-USP, protocolo CAAE: 50807715.2.0000.5393 (Anexo B).

A participação do profissional se deu após manifestação voluntária de interesse na participação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Aos sujeitos foram garantidos o sigilo dos dados informados e a possibilidade de declinar da participação no estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum, assim como demais preconizações contidas na Resolução 196/96 do Conselho de Saúde, atualizada pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

3.6 Análise dos dados

A abordagem utilizada para a avaliação dos dados foi a análise de conteúdo conforme Bardin (2009), com o objetivo de avaliar as centrais de material e

o serviço esterilização, bem como a satisfação dos profissionais em relação ao serviço.

Segundo Bardin (2009) a análise de conteúdo é uma busca de outras realidades através das mensagens, através de um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Mensagens obscuras que exigem uma interpretação, mensagens com um duplo sentido cuja significação profunda só pode surgir depois de uma observação cuidadosa ou de uma intuição carismática. Por detrás do discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar (BARDIN, 2009).

A análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenham relação com o objetivo proposto (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007). Na análise dos dados o material foi submetido a três fases: Pré-análise, Descrição analítica e Interpretação inferencial (BARDIN, 2009):

- **Pré-análise:** É a fase de organização, tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa.

Esta fase se decompõe em três tarefas: leitura flutuante, constituição do corpus e reformulação de hipóteses e objetivos. Leitura flutuante consiste em tomar contato exaustivo com o material para conhecer seu conteúdo. Constituição do corpus: organização do material de forma que se possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (todos os aspectos do roteiro devem ser contemplados, deve-se esgotar a totalidade do texto); representatividade (que represente de forma fidedigna o universo estudado); homogeneidade (deve obedecer com precisão aos temas) e pertinência (os conteúdos devem ser adequados aos objetivos do trabalho). Reformulação de hipóteses e objetivos: determinam-se a unidade de registro (palavra ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

- **Descrição analítica ou Exploração do material:** é a análise do texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente, com base o objetivo proposto (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).
- **Interpretação inferencial:** A partir dos dados e informações coletadas se estabelece relação entre os dados e o objetivo proposto, estabelecendo novos paradigmas nas estruturas e relações estudadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos Participantes

Os participantes que integraram o grupo focal totalizaram 11, os quais consideraram 100% dos sujeitos, todas do sexo feminino.

Figura 3- Distribuição percentual, segundo o sexo dos participantes do grupo focal.

Culturalmente, a feminilização é uma característica forte da força de trabalho em saúde, na enfermagem essa característica ultrapassa a 90%. Contudo, alguns estudos demonstram que há uma presença crescente do contingente masculino na enfermagem, mostrando como uma tendência que veio para ficar (MACHADO, VIEIRA e OLIVEIRA, 2012).

Em relação a idade, 54% das participantes possuem de 30 à 40 anos, seguido de 36% acima de 40 anos e 9% até 30 anos.

Figura 4 - Distribuição percentual, segundo a idade dos participantes do grupo focal.

As enfermeiras que participaram deste estudo, demonstraram na sua maioria 55% formadas num tempo de 10 à 20 anos, 36% de 20 à 30 anos e 9% até 10 anos.

Figura 5 - Distribuição percentual, segundo o tempo de conclusão da graduação dos participantes do grupo focal.

Quanto à atuação na Atenção Básica, 51% atuam de 10 a 20 anos, 27% a atuam com tempo inferior a 10 anos e 22% de 20 à 30 anos.

Figura 6 - Distribuição percentual, segundo a atuação na Atenção Básica dos participantes do grupo focal

Verificamos que idade, tempo de formação e atuação na Atenção Básica se apresentaram de forma quase proporcional. O percentual de 22% com mais de 20 anos de inserção na Atenção Básica ainda na ativa nos remete ao resgate da implantação do SUS em 1988, quando nosso município aumentou significativamente o contingente de enfermeiros.

Resgatando a história, foi no bojo da estruturação do SUS em nível local que houve a crescente inserção da enfermeira na Atenção Básica nas duas últimas décadas em Ribeirão Preto. A primeira enfermeira a trabalhar na rede pública foi contratada em 1983, sendo que o primeiro concurso ocorreu em 1988 (PEREIRA, 2001).

Até 1983, a rede básica de saúde do município constava de 11 Unidades de Saúde que funcionavam em casas populares adaptadas e no início dos anos 90 passou a contar com 30 Unidades de Saúde, com o estabelecimento de níveis distritais, pois uma das estratégias adotadas para implementação do plano de saúde

em 1989 foi a divisão da cidade em regiões geográficas denominadas distritos sanitários de saúde (PEREIRA, 2001).

A época de 1988 foi um momento de inauguração de muitas Unidades de Saúde, com as mudanças ocorrendo de uma forma rápida, provocando ampliações diversas: físicas, de recursos humanos e de inserção de outras categorias, sem uma definição prévia dos papéis a serem executados pelos profissionais principalmente da enfermeira (URBANO, 2003).

No período de 1988 as enfermeiras efetuavam gerenciamento das Unidades, planejavam e ministravam cursos de treinamento e educação continuada para os profissionais da rede, realizavam atendimentos e palestras aos usuários de acordo com a programação estabelecida (BRIENZA, 2005).

Ainda sobre o local de trabalho, encontramos nesse grupo, 64% de enfermeiras trabalhando em Unidades Básicas de Saúde e 36% em Unidades de Estratégias de Saúde da Família.

Figura 7- Distribuição percentual, segundo o local de trabalho na Rede Municipal de Saúde.

Das participantes, 64% trabalham em Unidade com esterilização centralizada em outra Instituição e 36% possuem esterilização no próprio local de trabalho, achados proporcionais ao numero de Unidades com esterilização centralizada e local em toda rede.

Figura 8 - Distribuição percentual, das participantes que trabalham em Unidades com esterilização centralizada em outra instituição e das participantes que trabalham em Unidades de Saúde com esterilização local

Atualmente 65% das unidades de saúde da atenção básica do município realizam a esterilização de artigos de forma centralizada em Instituição Hospitalar, enquanto 35% das unidades realizam a esterilização localmente.

Figura 9 - Distribuição percentual, das Unidades de Saúde que realizam a esterilização de forma centralizada e das Unidades que realizam a esterilização localmente.

4.2 Análise dos resultados do Grupo Focal

Analisaremos os resultados obtidos a partir do referencial teórico de Donabedian para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, através dos indicadores: Estrutura, Processo e Resultado.

4.2.1 Indicadores de Estrutura

O componente estrutura dentro do referencial teórico utilizado neste trabalho, entre outros pontos, compreende área física, recursos humanos e recursos materiais. O estudo da estrutura avalia características dos recursos empregados para a assistência estabelecendo um comparativo a padrões estabelecidos como

desejáveis.

Para que as Unidades Básicas de Saúde possam realizar de forma adequada as ações de sua responsabilidade, é imprescindível que tenham uma estrutura física adequada, equipadas com materiais e insumos necessários. De acordo com a Política Nacional de Humanização, este espaço físico, social, profissional e de relações de interpessoais pode ser compreendido como ambiência, uma diretriz desta Política e sua compreensão é norteadada por eixos que visam a confortabilidade, o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e de encontro entre os sujeitos. (BRASIL, 2004)

4.2.1.1 Área física

Analisaremos a área física na perspectiva da ambiência na saúde, que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana (GARCIA. et al., 2015).

“... nós vamos falar que é adequado? Em relação a ambientalização? Não! Porque como é um espaço pequeno, você coloca o material, você liga a autoclave e você fecha a porta, porque aquele barulho né? É um corredor que dá direto para a cozinha... pra gente seria um ganho se a gente tivesse essa centralização de forma adequada...” P6

A fala explicita como o espaço instalado dificulta o conforto e o processo de trabalho porque interfere até no espaço do encontro e descanso dos sujeitos trabalhadores.

“... eu acho que os dificultadores são a infraestrutura dentro da Atenção Básica, em algumas Unidades de Saúde.” P4

A medida que a necessidade de implantação dos serviços foi surgindo, salas e dispositivos foram anexados de maneira irregular e parece desconsiderar fatores importantes em um ambiente de centro de saúde, como por exemplo o livre acesso para acomodação para pacientes.

“... quando a Unidade de Saúde foi construída ela tinha espaço para esterilização, porque é uma Unidade nova, até grande. Hoje esse espaço é dividido, uma parte fica para Instituição de Ensino, a gente colocou uma divisória, e a outra parte para lavar material e a odonto embala.” P1

Este é um exemplo para pensarmos em dois pontos. O primeiro nos mostra que a formação ainda concorda em oferecer um ambiente precário e adaptado. A reflexão sobre este processo de formação nos inquieta direcionando o pensamento que para a saúde pública não precisa ter ambiência. Qual seria a parceria da Universidade quando aceita um espaço dividido e adaptado? Os movimentos populares legitimados da participação e controle social tem discutido o processo de formação no interior das unidades de saúde? Ainda sobre espaços coletivos, contamos com a política dos colegiados de gestão, destinados à representação e decisão da equipe. No segundo ponto, acreditamos que a odontologia deveria estar integrada em uma central única, se neste momento está realizando fora o consultório odontológico, podemos pensar em outros avanço?. O entrave mesmo neste local seria dividir o espaço com estudantes e docentes.

Contamos com unidades que ao contrário do exemplo anterior, adotam permanecer com a esterilização da odontologia restrita ao consultório de atendimento.

“... é uma Unidade antiga, então assim, a lavagem e preparo do material é feito dentro da sala de curativo, a odonto tem uma autoclave pequenininha e o preparo do material da odonto é feito na odonto, onde atende o paciente na mesma pia que lava a mão..”P2

Neste sentido, seria importante construir “espaços coletivos” no local para que a própria equipe possa construir o fluxo interno de trabalho com vistas á melhoria de acesso para população.

Na proposta da humanização é previsto que ao serem criados esses espaços coletivos com a inclusão de todos saberes favoreça os modos de operar as práticas instituídas (RIBEIRO, GOMES, THOFEHRN, 2014).

“... Por exemplo, na minha unidade, funciona lá a esterilização, onde tem a autoclave. Então funciona tudo dentro da unidade, não precisa mandar pra lugar nenhum, tudo é feito lá. É... a gente tem a salinha da Unidade que tem os armários, a autoclave, tem a bancada, e do lado a gente tem a salinha do expurgo, que tem o material sujo...” P6

Nesse apontamento, foi possível identificar espaços de consonância com a legislação vigente (esterilização, expurgo e local armazenar material). Estamos analisando a estrutura física e neste momento não está mencionado o controle de qualidade.

“... a gente passou por uma reforma há um tempo, tem uns três anos e a nossa esterilização tá muito boa né? ... Então é bem dividida. A gente tem o expurgo, tem o local que empacota, tem o local que põe depois de esterilizar, tem os armários, então tá bem estruturadinho e tem a autoclave, também...”P9

Consideramos que a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado para o espaço físico, entendido como espaço profissional que deve favorecer a “triade do SUS”: ambiente agradável, confortável e acolhedor.

Segundo a RDC 15 de 15 de março de 2012 as CMEs podem ser classificadas em classe I e classe II, de acordo com a conformação dos artigos processados, diante deste conceito as Unidades de Atenção Básica se enquadram na CME classe I, enquanto a CME centralizada que presta serviço para algumas destas Unidades se enquadra na classificação II, quanto as exigências previstas nesta legislação para a classe II são necessárias mais precauções que para a classe I, uma dessas exigências se refere a barreira técnica e física, para a CME classe II é obrigatório a presença de barreira física, enquanto a CME classe I deve dispor minimamente de barreira técnica, definida por conjunto de medidas comportamentais dos profissionais de saúde visando à prevenção de contaminação cruzada entre o ambiente sujo e o ambiente limpo, na ausência de barreiras físicas.

Preocupadas com a contaminação cruzada, também entendemos que áreas físicas antigas e improvisadas podem não favorecer a ambiência. Podemos ainda mencionar que o nosso município apresenta altas temperaturas que somadas ao calor da autoclave proporciona desconforto para trabalhadores.

A prática de improviso, acúmulo de procedimentos e atendimento de mais de um profissional em uma mesma sala está presente em serviços de Atenção Primária a Saúde. Segundo Pedrosa, Corrêa e Mandú, 2011, esta prática envolve o enfermeiro devido o desenvolvimento de suas atividades na coordenação das ações da equipe, o que requer que ele se desloque por toda a unidade, condição que

propicia a interpretação de que não é necessário um ambiente exclusivo para seu trabalho; no entanto as ações individuais desenvolvidas por esse profissional requerem privacidade e conforto, a inexistência deste espaço influencia negativamente a qualidade das práticas do enfermeiro. A falta de um espaço privativo não só constitui desrespeito ao usuário, mas também influencia na abordagem de enfermagem quanto às suas necessidades e problemas, contribuindo para a banalização tanto de sua prática como da totalidade da assistência na Atenção Primária a Saúde.

“... como a gente está tão acostumado a trabalhar no improvisado,... eu também tenho uma sala improvisada na Unidade,... o enfermeiro é bem acostumado a se virar dependendo da situação como esta.” P8

Sobre reprocessamento e suas dificuldades analisamos que a postura laboral do profissional ainda está relacionado a questão estrutural.

“Quando eu disse que para nós seria um ganho se existisse essa centralização de forma adequada seria porque? ... o funcionário faz o preparo do material em pé porque não tem espaço para fazer a preparação e posicionamento do material...” P9

Arranjo físico inadequado do espaço de trabalho, falta de proteção em máquinas perigosas, ferramentas defeituosas, possibilidade de incêndio e explosão, postura e posições inadequadas estão entre os fatores mais frequentemente envolvidos na gênese dos acidentes de trabalho. O termo “acidentes de trabalho” refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal do trabalho (BRASIL, 2001).

Estudos ergonômicos têm evidenciado os problemas osteomusculares mais frequentes na enfermagem, como consequência das más condições de trabalho, o que interfere na sua saúde, em sua disposição para o trabalho e na qualidade dos cuidados prestados por estes profissionais (MAURO e ZEITOUNE, 2000).

Assim, também encontramos unidades que apresentaram mais conformação com as necessidades estabelecidas.

“... também tem a sala... é tudo bem pequeno lá, mas também tem a sala do expurgo onde faz a limpeza do material, e a sala de embalagem, é onde está a autoclave pra esterilizar.” P8

“... agora que está bem, agora a gente tem tudo isso que você falou. Já tem 4 anos que a gente passou por esta reforma e não tinha um lugar para fazer nada. Agora que investiu e investiu muito bem.” P6

“... Lá na minha unidade a gente só prepara. A gente tem o expurgo, tem a sala da esterilização que as meninas preparam, que lá elas lavam, secam e.... .” P7

Muitas vezes a falta de recursos é uma realidade e mesmo assim a equipe se esforça para resolver os diversos problemas com improviso e criatividade, visando boas condições para execução dos diferentes trabalhos.

O Programa de Requalificação de Unidades de Saúde é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação e fortalecimento da Atenção Básica. Por meio deste programa, o Ministério da Saúde propõe estruturas físicas acolhedoras e dentro de padrões de qualidade, que facilite mudanças das práticas das equipes de saúde. No momento o Requalifica UBS é uma ferramenta que possibilita ao gestor maior controle sobre o andamento das obras e isto garante a continuidade dos repasses realizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

4.2.1.2 Recursos Humanos

Ao tratarmos da construção de uma Política de Recursos Humanos, na perspectiva do gestor do sistema de saúde, tomamos a noção de Política de governo, como processo de escolhas públicas, direcionando a razão pública e ao interesse público, em especial, a política nacional de recursos humanos e sua relação com o processo de construção do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Como essas Políticas representam escolhas sobre cursos de ações que interessam a razão pública, na CME também define cursos que orientam o desenvolvimento do Recursos Humanos, seu conjunto e perfil oferecidos aos usuários, definem em grande parte, a qualidade, a efetividade e a oportunidade de serviços de saúde (BRASIL, 2002).

A RDC 15 em sua seção II, estabelece que a CME e a empresa processadora deva possuir um Profissional Responsável de nível superior, para a coordenação de todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, de acordo com competências profissionais definidas em legislação específica. No exemplo abaixo identificamos a presença dos enfermeiros responsáveis pelas CMEs das unidades de saúde e empresa conveniada.

“... Mas existe uma comunicação, assim, boa, eu acho. Entre a enfermeira responsável e a gente lida também na fundação. Tem liberdade, tem o enfermeiro responsável, pela esterilização de lá...” P1

A realização das etapas do processamento dos artigos é feita predominantemente por auxiliares de enfermagem que acumulam outras escalas de serviço durante o expediente de trabalho. Podemos registrar que esta é a funcionária geralmente escolhida da escala, seja pela proximidade da sala que atua ou por características pessoais que determina um perfil para a função.

“... eu tenho uma funcionária que fica todos os dias na pediatria e na hora que acalma ela vai para a esterilização. Ela faz a parte da limpeza, a parte da desinfecção, tudo, põe para secar e no outro dia ela embala, põe na autoclave...” P6

“Eu tenho uma funcionária que fica no curativo, ela é responsável pela desinfecção e primeira lavagem...” P1

“... lá quem faz geralmente é o funcionário que tá escalado no curativo” P2

Esta prática também é apontada por outros estudos como o de Costa e Freitas, 2009 e também por um estudo do Reino Unido onde 90% dos responsáveis pela esterilização em serviços da Atenção Primária eram “*practice nurse*” (COULTER, W. A. et al., 2001).

É possível notar a percepção deste enfermeiro quanto a importância de designar profissionais com perfil adequado para esta atividade. Esta percepção vem de encontro com as necessidades apontadas por alguns autores como Costa, Soares e Costa, 2009 e por Ricaldone e Sena, 2006, que falam da necessidade deste setor ser composto por profissionais com perfil técnico e interpessoal

adequados, não sendo admissível lotar funcionários “problemáticos” neste setor.

“... eu escolhi as meninas lá por conta do perfil. A gente tem que por uma pessoa que é mais responsável, mais centrada, uma pessoa mais organizada.” P9

A necessidade de treinamento de recursos humanos, também aparece como uma rotina que deveria ser contemplada no planejamento das ações de uma unidade de saúde.

“... de repente precisamos reorientar os funcionários, ...os enfermeiros, eu acho que a questão é com participação.” P4

“... a proposta de treinamento de quais funcionários, não um único funcionário ficar responsável por isso, acho que isso é um dificultador.” P4

“... outro dificultador é a questão pro funcionário entender a proposta da Central de Material existir lá na Instituição Hospitalar.” P4

Esta necessidade é apontada em outros estudos, como um realizado na Inglaterra e país de Gales por Coulter, Chew-Graham, Cheung e Buke em 2001 com 700 profissionais, que concluíram que embora a Atenção Primária a Saúde realize procedimentos críticos, os profissionais não tem o preparo adequado para as práticas relacionadas ao reprocessamento de artigos.

Apesar de avanços ao longo de duas décadas, no que refere a implantação e organização, analisamos que o aprofundamento visando a qualidade das ações é uma constante na Saúde Pública.

4.2.1.3 Recursos materiais

No processo gerencial na área da saúde um dos setores mais complexos e de maior custo é a área de gestão de materiais. Materiais são considerados insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de procedimentos assistenciais aos pacientes. Podem ser classificados em bens permanentes e de consumo (GARCIA, et.al., 2012).

São classificados em bens permanentes os materiais que tem a durabilidade maior que dois anos, usualmente são equipamentos e materiais que atendem o cotidiano da unidade de serviço. O material de consumo é o que tem durabilidade até no máximo dois anos, se tratando normalmente de materiais descartáveis e caracteristicamente de uso limitado, podem ser fixos ou rotativos (GARCIA, et.al., 2012).

A escassez de alguns materiais, considerados imprescindíveis para assistência é um dos pontos que mais preocupam os gestores dos serviços de enfermagem, a dificuldade com quebra de equipamentos, utilização de salas e consultório, para guarda e funcionamento, é uma constante.

“Na UBS ... tem duas autoclaves, uma pequena que foi ontem para manutenção e uma grande que não está funcionando, está desativada há 3 anos, ainda não foi recolhida da Unidade, mas ela está lá dentro de uma sala que é consultório médico, lá que ela funcionava.” P4

Esta situação de demora na retirada dos materiais permanentes inservíveis tem sido uma realidade vivenciada no nosso município. Acreditamos que a possível falta de espaço físico para este armazenamento tem dificultado a otimização de transferências e destino desses inservíveis pelo sistema de administração vigente de materiais e patrimônios.

De acordo com o decreto federal 99658/90, considera-se material inservível de acordo com a classificação: ocioso, recuperável; antieconômico e irrecuperável. Nesta última, o material irrecuperável é quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina, devido a perda de suas características pela inviabilidade econômica de sua recuperação.

As dificuldades apontadas com a manutenção dos equipamentos, bem como as estruturais, nos remete a valorização do serviço centralizado de esterilização, incluindo vantagens como eficácia do processo e uma melhor organização na gestão dos recursos materiais e físicos.

“Um dia desses liguei lá para saber da manutenção, manutenção de rotina né? Disseram que não ia fazer mais.” P6

A proposta de implantação de um serviço centralizado para esterilização de materiais pode contribuir para a ambiência das unidades de saúde bem como

evitar surpresas como ocorrem na prática, sem uma programação encerra-se a manutenção de rotina.

Sobre a oferta de materiais, observamos ainda relatos positivos em relação ao abastecimento de instrumentais, que com o projeto institucional de reorganização do serviço ocorreu padronização e aumento do arsenal.

Outro ponto que organizou o material foi estabelecer as quantidades estabelecidas de instrumentais por uso de procedimento. Esta é uma padronização que estabeleceu e muito tem contribuído para organização e previsão de insumos no local.

“Eu acho que quantidade disponível de material a gente tem...” P5

“Quando a UBS ... foi passado para a Instituição Hospitalar eu lembro que veio uma composição de Kits, a gente fez uma contagem e adequação... a gente tem uma grande quantidade lá que recebeu. A gente não teve dificuldade lá não, a gente conseguiu.”P10

Apesar do avanço ainda encontramos alguma dificuldade no quantitativo de um material específico que não faz parte da padronização dos Kits, mas que requer esterilização. Às vezes pode ocorrer falha de comunicação para uma melhor divulgação do que é padronizado bem como suas quantidades.

“A gente só tem duas cânulas três ...então quando o paciente vai e troca a gente lava, prepara e esteriliza na odonto. Porque eu me sinto mais segura que no mesmo dia este material vai estar pronto no armário” P2

“Uma questão da traqueostomia já aconteceu com a gente também,.. a gente manda algumas cânulas pra, assim, esterilizar com o material da odonto.” P4

O processo de esterilização de artigos requer validação da sua efetividade através da utilização de indicadores. O material acima descrito é de uso eletivo. Para dar garantia da data, a equipe recorre a esterilização da odontologia quando é realizada localmente.

Onde a esterilização é realizada localmente confirmou-se a padronização institucional da realização de indicador biológico semanal.

“A odonto faz indicador biológico semanal” P4

“O indicador biológico tem o dia que faz, é de terça feira”P6

“A gente faz o indicador biológico uma vez por semana, toda terça, quem faz é o auxiliar, eu só olho o resultado.. pelo livro que a gente tem lá” P9

O único indicador citado no monitoramento do processo de esterilização foi o indicador biológico semanal. A RDC 15 de 2012 prevê além da utilização de indicadores biológicos, o controle de indicadores físicos, a utilização de integradores químicos em pacotes testes desafios em cada carga da Autoclave e a utilização de teste Bowie & Dick para o primeiro ciclo do dia nas autoclaves assistidas por bomba de vácuo.

Quanto a realização semanal do indicador biológico a legislação prevê que seja realizado diariamente e que a liberação da carga da autoclave só seja feita após leitura negativa do indicador, constatamos através das falas e padronização institucional que na esterilização local os demais indicadores citados como necessários não são realizados.

Esta realização estaria mais apropriada em uma central única de esterilização pela facilidade de vários fatores já citados neste estudo. Mesmo as unidades básicas que aparecem nestes relatos com uma adequação física melhor não utilizam os indicadores da forma e quantidade estabelecida em resolução.

Defendemos que diante desta análise deveríamos contar com um serviço de esterilização único e padronizado.

“O indicador biológico é feito na Unidade que é nossa mãe..., que faz esta avaliação, é feito uma vez por semana,..., a gente faz a esterilização diariamente,... sempre no horário da tarde, já que neste horário a gente tem menor fluxo de pacientes.” P11

“... a odonto tem uma autoclave pequenininha onde ela faz a esterilização,.. o material da odonto fica na Unidade o nosso vai para a Instituição Hospitalar.” P1

Sobre o diálogo nas Instituições identificamos lacunas no que refere à falhas de comunicação relacionamento como fatores de integração de suas partes ou subestruturas (MEDEIROS, 2006).

Estamos querendo que a dimensão gerencial do processo de trabalho de uma equipe não esteja fragmentada, mas também não podemos esperar alterações rígidas entre os trabalhadores. O processo deve ser compreendido para termos uma divisão técnica de trabalho que caminha para diferentes práticas. Esta divisão de trabalho, enfermagem e odontologia, não demonstra uma compreensão acerca das determinações presentes nesta prática constituída social e historicamente.

4.2.2 Indicadores de Processo

Este componente se refere a prestação do Serviço, como as equipes se organizam. Está ligado a questões técnicas, de rotinas estabelecidas e relação interpessoal, os resultados são melhores quando seguidos procedimentos recomendados pela comunidade científica (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Para sua análise deve ser identificado procedimentos necessários e se foram realizados como deveriam e também procedimentos desnecessários, que dispensam custos e não trazem resultados satisfatórios (PARADA, 2006).

Sobre a as etapas do processamento de artigos na Unidade de Saúde e envio a instituição que realiza a esterilização, identificamos que o fluxo já existe e ainda pode ser reconstruído. A possibilidade da reconstrução de um fluxo a partir de uma necessidade possibilita a criação de um instrumento capaz de estabelecer objetivos estratégicos organizacionais.

“A gente separa cada curativo... separa em Kits certinho, faz primeiro a desinfecção, a secagem... e existe o transporte, e é feito por uma firma terceirizada, são caixas plásticas, de plástico duro, material sujo vai em caixa preta e material limpo, quando vem esterilizado, vem em caixa branca...” P1

“... eles fazem a lavagem do material, deixa tudo separadinho ... toda quinta feira a pessoa do transporte passa e até na segunda feira no horário do almoço ele retorna com o material esterilizado...” P2

“No começo eles falaram que fariam três vezes por semana, mas aí por conta do nosso fluxo passou a ser uma vez” P2

Consideramos ainda que a esterilização local além dos riscos ocupacionais relacionados a exposição a fluidos corpóreos e a produtos químicos necessários ao processo, apresenta importantes riscos laborais associados a presença de equipamentos (VITAL, LINS, VERISSIMO, SOUZA, 2014).

“Uma vez aconteceu da autoclave ficar ligada a tarde... numa sexta feira.. e o que aconteceu? A sorte é que foram no sábado arrumar arquivos da recepção porque a autoclave estava ligada... graças a Deus não explodiu né?..” P6

Este exemplo deixa claro que o risco existe. A maioria das unidades não conta com vigias e ou turnos de trabalhadores noturnos e no caso acima a organização eventual do serviço do arquivo possibilitou a prevenção de um dano.

Analisamos os riscos, os benefícios e na sequência vamos identificando a valorização de um serviço de apoio com seu fluxo estabelecido. O Sistema Único de Saúde (SUS) exige na organização dos serviços de saúde no Brasil, a existência de uma rede de atenção à saúde articulada.

“Pensando em Central de Esterilização é com participação, com responsabilidade... Eu acho que a proposta de Central de Esterilização começa ali na Atenção Básica.” P4

“...a responsável foi lá tirou até foto da sala né? Porque como a gente não tinha uma sala pra gente isso facilitaria até para organizar a Unidade né? E aí acabou dando certo.” P3

A enfermeira reforça que foi importante considerar a central de material na atenção básica e isto nos faz pensar como é nítido a mudança do perfil do enfermeiro e no modelo assistencial ao longo dos anos no nosso município nas últimas décadas. No início da implantação do SUS, o trabalho técnico era um grande facilitador do trabalho médico estabelecido. Atualmente é possível gerenciar e planejar conhecendo um território adscrito e ampliando outros aspectos da esterilização.

“... sabendo o que a gente oferta de serviço, a gente consegue prever, planejar e falar o que agente precisa de material.” P4

O enfermeiro da rede é um enfermeiro que tem planejamento, conhece

onde trabalha, conhece os pacientes... que é diferente da rede, da atenção básica, da saúde pública, se a gente comparar há 10 anos.” P4

Assim, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), direcionado por seus princípios e pelo conceito de saúde como produção social, compõe o contexto de ressignificação do trabalho do enfermeiro no âmbito da atenção básica nos últimos anos. Está previsto, dentre suas atribuições, não só o trabalho de administração e de organização do serviço de saúde e enfermagem, mas, também, a realização de ações clínicas de atenção direta ao usuário (MATUMOTO, et al. 2011).

4.2.3 Indicadores de Resultado

Resultado é entendido como importante estratégia de melhoria da eficiência e efetividade do setor público. Este componente se refere às consequências das ações realizadas pelos serviços de saúde, que inclui a satisfação de quem recebe o serviço, em termos de mudanças verificadas (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

A partir de um processo de estruturação para uma CME, contendo os fluxos necessários para um bom funcionamento do setor, a implementação da esterilização centralizada em outra Instituição apresentou benefícios no sentido de organização do processo e integração entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A proximidade de enfermeiro com a equipe é de fundamental importância para o bom funcionamento do setor da CME.

“...o que eu senti com essa mudança de local? Eu senti que o processo tá mais organizado e pra gente enfermeiras do serviço, a gente está muito mais próxima, hoje, do processo como um todo. Porque são os auxiliares que ficam, que são os responsáveis técnicos de preparar...Mas para tentar minimizar erros...a gente esteve mais próximo dos auxiliares de enfermagem...” P4

“E a questão da validade né? Que as vezes tinha aquele monte de material esterilizado no armário, lá o fluxo é muito baixo de material, ...Então, o material, quando você ia precisar estava vencido há 3, 4, 5

meses já. Então, até isso lá para a gente melhorou.” P4

Quando a enfermagem compõe uma equipe de saúde da família e não conta com uma unidade de referência, fica difícil providenciar um serviço que esterilize os materiais daquele local.

“Até um tempo atrás, mais ou menos uns dois anos,... a gente preparava o material e o motorista ficava que nem louco procurando um lugar para esterilizar porque nós não tínhamos uma autoclave, né? ... esterilizava na UBS ...”P1

Outro aspecto importante para as Unidades que realizam a esterilização externamente foi a adequação da estrutura física e resolução para o compartilhamento dos espaços entre os profissionais, especialmente pelo enfermeiro.

“É, a minha agora é adequada até que não tenha esterilização novamente.....” P7

“... de espaço físico dentro da Unidade, e a sala que tinha a autoclave... era uma autoclave gigante. Aí a sala que tinha a autoclave era, a sala dos agentes comunitários e a sala das enfermeiras de fazerem atendimentos, então era tudo junto e misturado, e ainda... guardava os materiais que chegavam...tudo no mesmo lugar.”P3

“A Central de material também, era junto com a sala da enfermeira...”P2

Outros estudos relacionados a estrutura física de CME de Unidades de Saúde na Atenção Primária como o de Vital, Lins, Veríssimo e Souza de 2014 em um município do estado de Alagoas com 69 Unidades de Saúde apontam deficiências em estrutura e dimensão tendo base a RDC 50/2002. A Centralização do serviço de esterilização pode representar uma alternativa para a adequação desses espaços.

Observamos que a sala de esterilização pode ser dividida com o trabalho da enfermeira, agentes comunitárias, e em nossa percepção vai se conformando no sentido de afirmar que a improvisação é admitida nas duas categorias.

Reiterando que o aspecto positivo também foi considerado em relação a esterilização centralizada, observamos a diminuição da carga de trabalho nas

Unidades locais e melhor garantia de esterilização.

“A questão do material estar sendo esterilizado na Instituição Hospitalar só facilitou, eu acho que além de diminuir o trabalho dentro da Unidade de Saúde a gente tem a garantia.” P2

“... eu acho que pra gente foi muito mais tranquilo ter mudado o de lá, mesmo para essa organização..., bem mais tranquilo e mais seguro né? Paro paciente também.” P3

“... o principal facilitador foi o controle da qualidade, porque lá existe um controle de qualidade melhor do que dentro da unidade.” P4

“...a eu acho que essa qualidade que está vindo,... então você saber que você tem a segurança de estar oferecendo um produto de qualidade...” P5

“A esterilização lá na Instituição Hospitalar tá nos dizendo que a gente pode confiar, eu penso assim,... eu tenho confiança no trabalho que a funcionária faz, e eu acho que falta são pequenos ajustes. A gente já melhorou muito, muito mesmo.” P1

É comum na Atenção Primária o profissional que realiza as atividades relacionadas a CME exercerem atividades concomitantes como curativo, coleta, imunização e outros (COSTA, 2008 e CRISTÓFORO; KARAU; RUAN; HOLLEBE, 2004), neste sentido a realização da esterilização externa alivia a sobrecarga de trabalho na Unidade.

Tais possibilidades de análise impressas explicita no discurso das enfermeiras que encaminham para uma reflexão acerca do desenvolvimento da ação de enfermagem, quer se volte para a relação trabalhador-trabalhador, quer para a relação trabalhador-usuário, buscando compreender a direcionalidade do processo de trabalho. Será que a centralização do serviço de esterilização pode criar oportunidade de avanço para uma gestão horizontalizada que possa avançar nos planos terapêuticos individuais e na promoção da saúde?

Desconstruir cristalizações de um serviço instituído pode permitir apreender outros processos que possam otimizar e beneficiar a organização da unidade de saúde. Assim, a novidade de um outro serviço de apoio poderá ser incorporado, mas para isto pressupõe a necessidade de romper com uma série de estereótipos presentes no trabalho.

Na defesa da centralização do serviço de esterilização, reforçamos e

concordamos com estudos na Atenção Primária que evidenciaram deficiência na padronização e utilização de indicadores de qualidade no processo de esterilização local, principalmente relacionados aos indicadores biológicos (VITAL, LINS, VERÍSSIMO, SOUZA, 20014 e CRISTÓFO, KARAU, RUAN, HOLLEBE, 2004).

Apreendemos que as citações a respeito de melhor garantia na esterilização realizada pela Instituição Hospital nos remete a acreditar que o profissional apresenta confiança no processo e nos responsáveis por esta fiscalização, talvez porque as exigências para a Instituição Hospitalar são maiores do que para as CMEs das Unidades de Saúde na Atenção Primária (ANVISA, 2012).

A padronização de Kits e aumento do arsenal nas Unidades que realizam a esterilização centralizada em outra Instituição trouxe segurança e sistematização em relação ao abastecimento de instrumentais.

“... eu não tenho preocupação alguma com enviar o material uma única vez na semana, porque eu envio trinta e quatro materiais de curativos pra esterilizar e eu não tenho falta deles na semana seguinte.” P4

“... antes os Kits eram despadronizados,... eu pegava um Kit e falava assim: ... porque tem um Kit de sondagem que está de um jeito, de cateterismo que está de um jeito, o outro Kit está do outro. Com esse processo, veio,...tem essa padronização. Então a gente sabe exatamente o que tem que ter em cada Kit... ai você consegue ver dentro da rotina de cada Unidade, quanto você faz de cada procedimento, quantos Kits você precisa, você começa a gerir mesmo o seu material, a qualidade do seu material e a quantidade desse material, né? E isso foi importante” P4

“A gente devolveu todo o material que a gente tinha, retornou tudo gravado, com nome, todos os Kits certinhos. E aí a gente começou a funcionar.” P3

“Eu acho que já melhorou muito de quando começou. E o fato dos Kits, a gente já nem lembrava direito o nome das pinças. Aí nos fomos lá, tiramos tudo, fomos procurar, por que... Então foi uma coisa muito boa. Fizemos uma pasta com tudo... com foto de todas as pinças, como que era o nome mesmo, então foi muito bom.”P1

A disponibilidade de materiais e insumos na prática do enfermeiro é muito importante, uma vez que a sua falta compromete práticas e o alcance de metas de trabalho, interrompendo ações e causando até o encaminhamento de pacientes para outros serviços na Atenção Primária (PEDROSA, CORRÊA e MANDÚ, 2011).

O quantitativo de arsenal da odontologia aparece como um dificultador quando ocorrem problemas na autoclave do setor.

“... a autoclave pequenininha da odonto apresentou problema... E aí a gente sofre, a enfermagem tem mais instrumental porque eu acho que a enfermagem conseguiu se organizar melhor, a odonto não, material que usou hoje, esteriliza para usar amanhã. Se não esterilizar hoje amanhã não atende. Então na semana passada todos os dias, eu peguei o material limpo e embalado, levei na outra unidade de saúde e no outro dia eu fui buscar.” P4

Estudos apontam que as práticas relacionadas ao reprocessamento de artigos em redes de atenção primária tem ocorrido de forma assistemática, um dos fatores que corroboram para isto é o grande número de Unidades espalhadas pelo município, cada prédio com sua peculiaridade, assim como sua área geográfica, desta forma, as intervenções processuais e capacitações profissionais devem ser voltadas para esta realidade (COSTA, 2008 e VITAL, LINS, VERISSIMO, SOUZA, 2014).

Ainda no que refere a materiais e insumos, uma dificuldade relatada em relação a prática centralizada da esterilização, em alguns momentos, foi o extravio de instrumentais:

“E no começo que, logo que mudou, a gente começou a ter algum problema, a pinça que sumia... mas agora já tá bem...” P2

“... eu fico muito feliz e eu sinto que pro funcionário melhorou, mesmo que no começo toda a semana a servidora: Aí... sumiu isso e eu falava: vamos mandar e mail,... Então agora já tá diminuindo bem, não é mais como era antes.” P1

Neste comparativo relatado abaixo entre a prática realizada localmente e a prática centralizada da esterilização, notamos percepção de melhoria com o processo centralizado em relação prática local no que diz respeito a responsabilização da equipe e abastecimento de materiais.

“Eu tive as duas experiências, quando eu era de outra Unidade a gente tinha a autoclave lá... a gente teve diversos problemas. se você não chegasse lá e fizesse uma escala diária,... ninguém... e daí você tinha que ficar bravo e começar a escalar... tem aqueles que são comprometidos e

aqueles que não. E quando eu fui para a Unidade atual, que a gente fez esta outra parte eu senti melhor..., melhora nisso.. quando a gente reformou a Unidade, veio as meninas com esta responsabilidade... veio os materiais gravados...” P7

Em relação aos registros relacionados ao processo de esterilização observamos adequação em um relato de participante de uma Unidade de Saúde que realiza esta atividade localmente.

“... COREN foi lá... fazer uma visitinha... ela abriu todos os armários, pediu todas as pastas, todos os impressos, inclusive os do indicador biológico... como a gente tem um livro, todas as datas, todas as etiquetinhas,...Eu fiquei respirando fundo e falei: Ah não teve nada para ela falar.” P9

Segundo a RDC 15 os registros relacionados aos processos de esterilização e seus um prazo mínimo de cinco anos, para efeitos de inspeção sanitária.

Quando se fala em serviço de esterilização centralizada realizada externamente às Unidades, tem de se considerar além das etapas inerentes ao reprocessamentos de artigos, as questões de pertinência externa, com a saída de instrumentais da Unidade, neste aspecto problemas relativos ao transporte foram apontados pelas participantes.

“A gente teve problema com a caixa também porque o combinado era que eles não levassem a nossa caixa, né? Eles trariam uma caixa preta... Eu não sei o que aconteceu que um dia eles levaram a nossa caixa...”P2

“... principalmente quando a gente liga falando que não foi ou que não trouxeram de volta... aí tipo em dez minutos aparece alguém...”P5

“O transporte... a gente liga: Olha vocês não vieram... Aí eles falam: a gente tá indo, mas daí vem sem caixa, eles levam tudo dentro de um saco plástico tudo bagunçado. Aí na hora de devolver eles devolvem sem a caixa porque daí eles não sabem aonde foi parar a caixa.”P3

Em seu artigo 103 a RDC 12 preconiza que o transporte de produtos para saúde processados deve ser feito em recipientes fechados e em condições que garantam a manutenção da identificação e a integridade da embalagem. Ainda é preciso obedecer a uma sistemática adotada que atenda as necessidades do serviço

em questão.

Ainda no que diz respeito ao transporte, identificamos dificuldades relacionadas a logística improvisada quando equipamentos que realizavam a esterilização local apresentavam quebra, o que nos sugere que com a centralização a Unidade passa a ter um transporte estabelecido para este fim.

“... a esterilização era realizada lá até o meio do ano passado,...e qual que era a questão, a gente tinha problema com a autoclave, quebrava, aí saía correndo para esterilizar o material em outro local, em um carro que não era próprio pra isso, não tinha as caixas preparadas para esse transporte.” P4

Estas dificuldades relacionadas ao transporte foram apontadas como motivador para a resistência em participar do processo de migração da prática de realização da esterilização local para a centralizada.

“A nossa Unidade da Saúde da Família, uma Unidade pequena, a nossa esterilização é feita na Unidade, por três vezes já foi solicitada a centralização da esterilização, mas a gente fica um pouco resistente por conta dessa situação, da demora da devolução dos Kits.” P11

“... a nossa resistência e por causa disso, pra nós seria assim um ganho... Se eu terceirizasse porque aí eu ficaria com uma escala a menos para os auxiliares cobrirem...Mas a gente ainda fica receoso por causa desse transporte, dessa dificuldade, a situação de reposição de material, de ter o contato com a quantidade de material. Então ainda eles não descobriram a gente então a gente tá quietinho.” P11

Todo processo de mudança pode gerar conflito, queixas, excessos e agitação, por mexer com sentimentos, valores e a própria cultura pessoal de cada indivíduo. Os indivíduos são ao mesmo tempo estáveis e sujeitos à mudança e ao desenvolvimento, mas seus processos naturais de mudança são diferentes das mudanças organizativas projetadas e definidas (STRAPASSON e MEDEIROS, 2009).

“... o pessoal conseguiu aceitar isso e não falar: aí, há trinta anos faz desse jeito e agora você resolveu mudar e mandar para lá... tá vendo? Daí faltava alguma coisa e falavam assim: “Tá vendo”? Se estivesse fazendo aqui estava tudo pronto!” P3

Ao longo do processo de mudança, é possível que se rompam algumas das antigas estruturas, mas, na medida em que se encontre um clima de apoio e elos bilaterais de comunicação, aumenta a possibilidade de surgirem novas e mais significativas organizações (STRAPASSON e MEDEIROS, 2009). Um exemplo citado de mudança positiva que esta rede de atenção primária passou, na fala da participante, foi a migração do Serviço de Lavanderia da Rede Municipal de realização local para centralizado, fazendo um comparativo com a transição do serviço de esterilização.

“... todo mundo manda roupa para lavar fora?... nós tínhamos a nossa máquina de lavar, a menina lavava e passava a nossa roupa e a gente segurando, “o filho é meu, o filho é meu”. De repente a máquina quebrou e aí...a gente começou coma rouparia... quem sabe a gente não chega no mesmo ponto. A gente não tem dificuldade com a rouparia... provavelmente está sendo bem gerenciado...” P9

A clareza de objetivos institucionais pode colaborar para a implementação de mudanças significativas, uma vez que todos os envolvidos tem conhecimento daquilo que se espera deles e os rumos a serem seguidos pela instituição, evidenciamos a necessidade desta definição.

“... a gente tem vários modelos de esterilização...o que realmente é interessante...? Permanecer com esses dois modelos ou realmente bancar o modelo da centralização...? o que fazer? E aí trabalhar em cima disso.” P9

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação do SUS, o perfil assistencial mudou, tornando as atividades na atenção primária complexas. Além disso, a evolução nas exigências em legislação para garantir a qualidade da assistência e a segurança do paciente exigem que as Unidades se adequem estruturalmente. À medida que as necessidades foram surgindo, os espaços físicos das Unidades de Saúde, também foram se modificando e envolvendo as ações de enfermagem.

Nosso olhar sobre a temática da esterilização local de artigos em Unidades de Saúde da Atenção Primária em relação à prática realizada de forma Centralizada em outra instituição perpassa por pontos importantes que vão além da realização desta ação propriamente dita, que por si só já é de grande complexidade e importância no contexto da produção de saúde.

A implantação do serviço de esterilização centralizado tem o objetivo de melhorar custos e qualidade, representa também uma alternativa de se adequar o serviço de esterilização à legislação vigente, já que muitos prédios no nosso município que prestam assistência à saúde tem estrutura física desfavorável. Outros estudos devem subsidiar decisões no sentido de otimizar e qualificar esta área. Os desafios são muitos no sentido de adequação estrutural e de melhoria do processo de trabalho neste setor.

Nesse movimento de idealizar, vamos encontrando e oportunizando caminhos para viver o cotidiano. Quando definimos o projeto de pesquisa, nosso objeto de estudo ficou revestido dentro das determinações históricas e sociais, isso tem nos possibilitado valorizar o que encontramos na organização da Atenção Básica e passaram a ter um significado para construção de projetos futuros. Ao construir outro espaço, parece que o grupo de enfermeiras vem buscando outra vivência que possibilite potência para questionar o que foi instituído até o momento. Nessa construção é natural que ocorra momentos de tensão com embates quando atinge a cristalização nos serviços. Nessa perspectiva, encontramos as transformações ocorridas nas últimas duas décadas e a necessidade de aprimoramento nas Unidades de Saúde.

Não existe ainda uma perspectiva desse novo já estabelecido, mas sim em andamento nesta caminhada. A centralização do serviço de esterilização está na fase inicial de formação e por esta razão não temos conformação mais explícita como possa interferir no processo de trabalho das unidades de saúde. Nessa perspectiva, percebemos as transformações ocorridas no trabalho das enfermeiras

por ocasião da investigação de Almeida (1991), quando a autora encontrou que *“...as enfermeiras executavam atividades de assistência de enfermagem, correspondendo à procedimentos técnicos que favoreciam o trabalho médico”*. Interpretamos de acordo com o nosso contexto que a profissão estava inserida no modelo tecnológico de organização da ocasião, ou seja, inserida no modelo médico centrado. Executava atividades complementares à consulta médica e também realizava atividades de coordenação, supervisão e controle das atividades que são executadas pelo pessoal auxiliar de enfermagem que articula com o trabalho médico.

Assim, os processos de resistência às mudanças ainda são observados nos aspectos do trabalho das enfermeiras na conformação histórica e social. Também foi apontado como fundamental, investir-se no preparo dos trabalhadores quanto às habilidades para trabalhar com esterilização com vistas à assistência. Anunciamos que foi possível evidenciar esta nova produção do trabalho, com criatividade, responsabilização e satisfação.

Acreditamos que este estudo com ênfase à esterilização possa contribuir como uma prática no avanço de mudança de Modelo Assistencial e ao fortalecimento da Atenção Primária, uma vez que qualificamos a questão técnica e ao mesmo tempo o processo de trabalho de uma equipe possa ser discutido para compor as ações na agenda de serviços da Atenção Básica na Saúde. Este estudo nos indicou que a esterilização de artigos de forma centralizada tem potencial para ser incorporada como uma prática de serviço de saúde e proporciona a reconstrução de uma outra organização favorecendo um novo conhecimento e agenda de ações.

Tomamos como proposição a indicação da centralização do serviço de esterilização para todas as unidades de saúde que necessitem de reprocessamento de artigos enquanto uma medida de qualidade e segurança bem como investimento nas questões que precisam de avanço e implementação nas unidades básicas de saúde.

É preciso ainda, reforçar que o Sistema Único de Saúde, embora tenha sido explicitado pela Constituição Federal de 1988 e, posteriormente operacionalizado por meio de legislação específica, não é um modelo simples e estanque. O SUS é um processo e, como tal, é algo em constante construção, na busca por seu próprio aperfeiçoamento.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ALMEIDA, M. L. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiros no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n. especial, p.131-137, 2011.

ANTUNES, F. L.; RIBEIRO, J. L. D. Acreditação Hospitalar: um estudo de caso. **Revista Produção Online**. Florianópolis. v. 5, n.1, mar. 2005.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. **Diário Oficial da União**, 21 fev. 2002.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução RDC nº. 307, de 14 de novembro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. **Diário Oficial da União**, 18 nov. 2002.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução RDC nº. 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 15 mar. 2012.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do trabalhador**, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**, Brasília: Ministério da Saúde, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Requalifica UBS : manual instrutivo**, Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRIENZA, A. M. Processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré- natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto. 2005. 168f. Tese (doutorado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

CARVALHO, K. C. S. **Estudo Comparativo da Relação Custo Benefício do Serviço de Esterilização**: Serviço Hospitalar versus Empresa Terceirizada. Brasília. Monografia (Especialização em Hotelaria Hospitalar) – Universidade de Brasília; 2009.

COFEN, **Resolução COFEN nº 311/2007**. Disponível em <http://www.revistajuridica.com.br/content/legislacao.asp?id=36907>. Acesso em 20/12/2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012, Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 24/06/2015.

COSTA, B. G. A.; SOARES, E.; COSTA, A. Evolução das centrais de material e esterilização: história, atualidades e perspectivas para a enfermagem. **Enfermeria Global**, Múrcia, n. 15, fev. 2009

COSTA, L. F. V.; FREITAS, M. I. P. Reprocessamento de artigos em Unidades Básicas de Saúde: Perfil do operador e ações envolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 811-9, nov-dez. 2009.

COULTER, W.A.; CHEW-GRAHAN, C.A.; CHEUNG, S.W.; BURKE, F.I.T. Autoclave performance and operator Knowledge of autoclave use in primary care: a survey of UK practices. **J Hosp. Infec.**, v. 48, n. 3, p. 180-5, 2001.

CRISTÓFORO, B. et al. Processo de esterilização de artigos em unidades básicas de saúde. In: 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [Internet]. 2004 [citado em 7 de jul de 2016]. Resumo 181. Disponível em: <http://www.bstorm.com.br/enfermagem/ind ex-p2.php?cod=61904&popup=1>

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p.84-8, jan-fev. 2006.

Decreto federal 99658 de 30 de outubro de 1990. Regulamenta, no âmbito da Administração Pública Federal, o reaproveitamento, a movimentação, a alienação e outras formas de desfazimento de material.

FARIAS, S. N. P.; MAURO, M. Y. C.; ZEITOUNE, R. C. G. Questões legais sobre a saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 28-32, 2000.

FEKETE, M. C. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OPS; 1997. p.5-7.

GARCIA, et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n.2, p. 339-46, mar-abril 2012.

GARCIA, et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. **Vigil. Sanit. Debate**, Vitória, v.3, n. 2, p. 36-41, 2015.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

LEITE. FB. **Central de Material Esterilizado**: Projeto de Reestruturação e Ampliação do Hospital Regional de Francisco Sá. Brasília. Monografia [Especialização em Arquitetura de Sistemas de saúde] – UNIEURO; 2007.

LOPES, M. G, K.; KOCH FILHO, H. R.; FERREIRA, I. R. C.; BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. T. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. **Rev Sul-Bras Odontol.**, v. 7, n. 2, p. 166-72, Jun, 2010.

MACHADO, M. H.; VIEIRA A. L. S.; OLIVEIRA E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jan-fev 2011 [acesso em: 31 de jul de 2016]; v. 19 n. 1, [08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf

MEDEIROS, R. **A comunicação interna na organização pública**. 2006. 86 f. Dissertação (Mestrado em administração) – Departamento de Ciências Administrativas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007

O'DWYER, G.; REIS, D. C. S., SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol 15 (supl. 3), nov, 2010

OLIVO, V. F.; PORTELA, O. T.; LANA, L. D. **Gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem: um estudo diagnóstico para subsidiar a instituição de padrões de qualidade no serviço hospitalar**. Biblioteca Lascasa, 2013. Disponível em <[HTTP://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0686.php](http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0686.php)>. Acesso em: 20 de mar. 2013.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 8 (1): 113-124, jan. / mar., 2006.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 58-65, 2011.

PEREIRA, M. J. B. O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. 256f. Tese (doutorado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. O. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PSALTIKIDIS, E. M. **Análise da Produção Científica Brasileira sobre Custos em Central de Materiais e Esterilização**. Disponível em: <http://www.baumer.com.br/Hospitalar/upload/artigo/Portugues/Analise_da_Sobre_Custos_Em_Central_De_Materiais_E_Esterilizacao.pdf>. Acesso em 30 de maio de 2011.

RESSEL, L. B.; BECK, C. L. C.; GUALDA, D. M. R.; HOFFMANN, I. C.; Silva, R. M.; SEHNEM, G. D. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 779-86, Out-Dez 2008.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Prestação de Contas, 2º quadrimestre de 2016. Disponível em <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/prest-2-quadrimestre-2016.pdf>. Acesso em 29/09/2016

RIBEIRÃO PRETO. Portaria nº 107 de 27 de julho de 2015 aprova a alteração da portaria nº 78/10 de 26 de abril de 2010 e dá a conhecer o presente Regimento Interno que organiza e dá as normas para o funcionamento da Comissão de Controle de Infecção da Secretaria Municipal da Saúde. **Diário Oficial do Município**, 27 jul. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Divisão de Planejamento em Saúde. **Plano Municipal de saúde: Período 2014-2017**. Ribeirão Preto: A Secretaria; 2013

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; THOFEHRN, M. B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 530-9, 2014.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.6, Nov-dez. 2006.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas Recomendadas**. 4a. ed. São Paulo: SOBEC; 2007. p. 31-111.

SOUZA A. A.; GUERRA M.; FREITAS D. A.; PEREIRA C. M. Metodologia de implantação de sistemas de Custeio em Hospitais. In: **Anais do 5o. Congresso Nacional de Excelência em Gestão**; 2009 jul 2-4; Niteroi (RJ), Brasil. Florianópolis: ABEn; 2000. p. 295-311.

STRAPASSON, M. R.; MEDEIROS, C. R. G. Liderança transformacional na enfermagem. **Revista brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 228-33, mar-abril 2009.

THIEDE B.; KRAMER A. Evaluation of reprocessing medical devices in 14 German regional hospitals and at 27 medical practitioners' offices within the European context – consequences for European harmonization. **GMS Hygiene and Infection Control**, v. 8, n.2, 2013.

URBANO, L. A. A privatização da saúde e a implantação do SUS: Cenários de uma cidade. Ribeirão Preto: FUNTEC, 2003.

VÍCTORIA, C. G.; KNAUTH D. R.; HASSEN M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: Uma Introdução ao tema. Porto Alegre, Tomo Editora, 2000.

VITAL, J. S.; LINS, T. H.; VERÍSSIMO, R. C. S. S.; SOUZA, E. M. S. Estrutura física de centro de material e esterilização em unidades de atenção básica de saúde. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 8, n.5, 2014.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Parte1 – Entrevista semi-estruturada:

1-Idade

2-Sexo

3-Local de trabalho

4-Tempo de formado

5-Tempo atuação na Atenção Básica

Parte 2- Roteiro para Grupo Focal:

1-Descreva a esterização no seu local de trabalho

- quem faz localmente;
- função do funcionário que prepara;
- transporte se tiver;
- integração com outros setores (ex odonto).

2- O que você entende como estrutura e materiais necessários para uma CME?

3-Elencar fatores facilitadores e dificultadores desta atividade.

4-Sugestões de melhoria para a esterilização no seu local de trabalho.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) senhor (a) a participar da pesquisa ***“Conhecendo e caracterizando o serviço de esterilização da rede básica do município de Ribeirão Preto”***. O estudo poderá contribuir para o atendimento dos serviços das Unidades de Saúdes. O objetivo é Analisar e avaliar o serviço de esterilização, em relação à prática centralizada e descentralizada nas unidades de saúde da atenção básica do município de Ribeirão Preto e aproximar das legislações vigentes, com fluxos e serviços adequados.

Sua participação se dará por meio de entrevista individual e após participação em grupo com discussão focada sobre o setor de esterilização. O local será em salas reservadas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Será gravada, transcrita e analisada pela pesquisadora. O tempo estimado de cada entrevista será de 10 minutos, após a estimativa de tempo de participação no grupo focal é de 1 hora e 30 minutos. A entrevista e o grupo se constituirão de questões contendo informações pessoais e outras questões que tenham relação com sua prática profissional ligada ao setor de Central de Material e Esterilização da Unidade de Saúde em que atua.

Não haverá nenhum tipo de reembolso com os custos decorrentes do deslocamento dos participantes para a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, estes serão de responsabilidade do próprio participante.

Assumimos o compromisso de não revelar sua identidade. A sua participação não causará nenhum prejuízo relativo ao seu trabalho realizado na Unidade de Saúde e na Rede Municipal. Participar da pesquisa, para alguns profissionais, pode gerar algum desconforto em responder perguntas relativas ao processo de trabalho, especialmente nas diferenças de opiniões entre os participantes. Em caso de desconforto solicitamos preferencialmente que o manifeste durante a entrevista ou no próprio grupo, pois esse desconforto poderá ser também de outros participantes. Caso queira, poderá se retirar do local da entrevista ou do grupo a qualquer momento. Também será respeitada sua decisão de desistir da participação da pesquisa, no momento que desejar, mesmo que já tenha iniciado.

Caso ocorra algum dano que julgue decorrente de sua participação nessa pesquisa o(a) Sr(a) terá direito a indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, conforme Resolução CNS

466/2012, Item IV.3 - h.

A participação não trará benefícios diretos a você, mas as informações obtidas por meio da pesquisa poderão auxiliar no planejamento e aprovação de práticas a serem oferecidas à comunidade. Você não irá receber nenhuma remuneração pela sua participação. Garantimos o esclarecimento de dúvidas sobre o andamento do estudo em qualquer etapa.

Após o término da pesquisa os resultados serão apresentados para as equipes das Unidades de Saúde e aos participantes da pesquisa. Os resultados serão publicados em congressos e revistas científicas e as informações coletadas permanecerão anônimas.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos procurar pessoalmente, ou o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, na Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São Paulo – CEP: 14040-902, ou no telefone (16) 3602.3386, funcionamento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 8h às 17h. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (Protocolo CAAE _____) que tem a finalidade de garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, através de manifestação expressa, livre e esclarecida.

Prof.^a Dr.^a Adriana Mafra Brienza
Orientadora/ Telefone: (16) 39312325
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública
Orientadora do Programa Mestrado
Profissional em Enfermagem da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto- USP
Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto
– São Paulo – CEP: 14040-902
Email: Adriana_cse@hotmail.com

Elisângela AP. de Almeida Puga
Pesquisadora/ Telefone: (16) 9 9719-9042
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São
Paulo – CEP: 14040-902
Email: almeidapuga1@gmail.com

Eu, _____
 , abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa “**Conhecendo e caracterizando o serviço de esterilização da rede básica do município de Ribeirão Preto**” e uma via deste termo, assinada pela pesquisadora, ciente dos meus direitos concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

 Assinatura do(a) participante

 Assinatura da pesquisador

ANEXO A - Autorização para realização do estudo na SMS – RP

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 3430/15 – GS

RG/rg

Ribeirão Preto, 01 de setembro de 2015.

Senhora Orientadora,

Informo que os Gerentes das Unidades de Saúde CSE VILA TIBÉRIO, , ESTAÇÃO DO ALTO, HEITOR RIGON, JARDIM PAIVA, EUGENIO MENDES LOPES, DOM MIELE, VILA RECREIO, QUINTINO I, ADÃO DO CARMO, MARIA DA GRAÇA, PARQUE RIBEIRÃO, CTA VILA VIRGÍNIA, JOÃO ROSSI, BONFIM PAULISTA, CASTELO BRANCO, SANTA CRUZ E JD ZARA de Ribeirão Preto –SP, manifestaram a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada nas suas respectivas Unidades de Saúde. Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: “CONHECENDO E CARACTERIZANDO O SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO DA REDE BÁSICA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO”, sob a responsabilidade da Dra. ADRIANA MAFRA BRIENZA.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

**Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssima Senhora

ADRIANA MAFRA BRIENZA

Orientadora do Projeto de Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM – USP

Nesta

ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 003/2016, de 18.01.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 06 de janeiro de 2016.

Protocolo CAAE: 50807715.2.0000.5393

Projeto: Conhecendo e caracterizando o serviço de esterilização da rede básica do município de Ribeirão Preto

Pesquisadores: Elisângela Aparecida de Almeida Puga
Adriana Mafra Brienza (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Adriana Mafra Brienza