

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

DULCELENE DE SOUSA MELO

**Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz
do modelo de crenças em saúde**

Goiânia

2005

DULCELENE DE SOUSA MELO

**Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz
do modelo de crenças em saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Controle e Prevenção de Infecção em Instituições de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Adenícia Custódia Silva e Souza

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Anaclara Veiga Ferreira Tipple

Goiânia

2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

Melo, Dulcelene de Sousa.
M528a Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde / Dulcelene de Sousa Melo. - Goiânia, 2005.
191 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2005.

Bibliografia: f. 172.
Inclui lista de siglas.
Apêndices.
Anexo.

1. Infecção hospitalar – Cuidados em enfermagem 2. Cuidados em enfermagem – Modelo – Reconhecimento de padrões I. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem II. Título.

CDU: 616-.98

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dulcelene de Sousa Melo

Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde.

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem.

Aprovado em: 31/04/2005

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Adenícia Custódia Silva e Souza.

Professor Doutor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Miyeko Hayashida

Enfermeira e Doutora da Seção de Apoio Laboratorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Anaclara Ferreira Veiga Tipple.

Professor Doutor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Assinatura: _____

*Este trabalho está inserido no projeto de pesquisa
“Prevenção e controle de infecção em serviços de saúde:
buscando caminhos para uma nova práxis”, do Núcleo de
Estudos em Controle de Infecção Hospitalar da Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.*

DEDICATÓRIA

À minha família, com amor, admiração e gratidão pelo carinho, dedicação, amizade e apoio incondicional ao longo da trajetória da minha história profissional. A presente conquista só foi possível porque pude contar com vocês, e cada momento foi compartilhado com um olhar, uma carícia, uma lágrima, um sorriso, um abraço, um silêncio...

Mamãe, meu grande exemplo de vida, de fé e de amor. Deus tem me agraciado abundantemente dia-a-dia, e a maior graça de todas, foi ter sido gerada e amada todos os dias de minha vida pela senhora. Não existem palavras que possam expressar toda a sua dedicação, amor, generosidade, resignação, compreensão.

Papai (in memoriam), pouco convivi com o senhor, pois muito jovem teve que partir e nos deixar, e não foi fácil a sua ausência. Entretanto, nos dez anos que pudemos estar juntos, muito aprendi e suas lembranças permanecem vivas no meu coração.

Vocês, mamãe e papai, permitiram que a obra de Deus se concretizasse com a minha vida. Ainda, me deram a minha amada irmãzinha Arlene, amiga e companheira de todas as horas, que há um ano, após quatro anos de união com o meu querido cunhado Paulo Henrique, nos alegrou com a Marina.

Tia Maria Luiza, cada vitória dos seus sobrinhos é uma conquista sua. Tenho certeza disso. Nós sabemos o quanto a senhora nos ama. Tudo começou um dia e continuou porque a senhora ousou a mudar o próprio destino e aos nossos.

Vozinhos e vozinhas, se estivessem conosco hoje, com certeza expressariam, nos seus olhares brilhantes em lágrimas, o orgulho e a alegria deste momento tão especial. Vocês sempre foram os exemplos mais singelos de integridade, honestidade, dignidade... Sinto muito as suas ausências.

Weuber e Marina, meus afilhados, desejo-lhes um futuro brilhante: adoro vocês! Tios, tias e primos sou muito feliz por tê-los comigo e poder contar sempre, para tudo que se fizer necessário.

Vocês são os meus maiores tesouros. Sempre consegui recomeçar, nas adversidades da vida, porque estava sob um grande esteio: o amor de vocês.

Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Deus e criador de todos os seres, pela presença constante em nossas vidas. É bom saber, Pai, que estamos em tuas mãos e que nossos dias estão seguros na tua graça e que nada pode nos separar do teu amor. Obrigada por todos os copiosos dons e dádivas recebidos. Ajuda-nos a viver em retidão. Que possamos refletir, em nossas palavras e ações, a grandeza do teu Ser!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Professora Doutora Adenícia Custódia Silva e Souza pelo generoso acolhimento na construção desse trabalho, onde nas diversas fases percorridas pude contar com um abraço, uma palavra amiga de conforto, confiança, estímulo e elogio. Pela relação dialógica estabelecida, a amizade, o carinho, a solidariedade, a compreensão, a orientação, a escuta, enfim, por tudo aquilo que vivenciamos, que possibilitou o meu desenvolvimento humano e profissional.

À Professora Doutora Anaclara Ferreira Veiga Tipple que esteve sempre ao nosso lado com dedicação, palavras de estímulo, desprendimento em nos ajudar a concretizar este trabalho. Obrigada por ter acreditado em nossas potencialidades, demonstrando empenho, disponibilidade, apontando sempre novas direções.

Aos enfermeiros que participaram como sujeitos desta investigação pelo carinho e receptividade; por permitirem a socialização de todas estas experiências, que possibilitaram a conclusão do estudo. Saibam que este trabalho só foi possível porque vocês se dispuseram a construí-lo conosco. Recebam o nosso carinho e admiração.

Aos Professores Doutores: Miyeko Hayashida, Milca Severino Pereira, Elucir Gir, Adélia Yaeke Kyosen Nakatani, Maria Márcia Bachion e Marcelo Medeiros, pelas valiosas contribuições no desenvolvimento e finalização do trabalho.

À enfermeira Zilah Cândida Pereira das Neves pela amizade e incansável apoio, disponibilidade e solidariedade durante estes longos anos que temos caminhado juntas rumo à concretização de nossos sonhos.

À enfermeira Lillian Kelly de Oliveira Lopes pela presença compreensiva, amorosa e de ajuda incondicional durante estes anos de convivência.

À enfermeira Bernadete de Lourdes Fávaro e à equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Goiânia, que sempre me acolheram e estimularam a permanecer na busca incessante do crescimento científico e profissional. Obrigada pela amizade, respeito, carinho e incentivos permanentes.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Enfermagem pelo empreendimento em promover o inédito acesso à formação em nível de mestrado aos enfermeiros contribuindo, assim, com o crescimento da profissão.

Ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem, na pessoa da Professora Doutora Denize Bouttelet Munari, pelo acolhimento e competência na condução do processo de formação acadêmica.

À Universidade Federal de Goiás e à Diretoria de Enfermagem do Hospital das Clínicas pela oportunidade e apoio. Isto demonstra uma visão futurista na perspectiva da superação de antigos paradigmas em prol da melhoria da qualidade da prestação de serviços/assistência à população, mediada pela valorização e capacitação profissional.

Às Professoras Doutoras Ana Raquel Torres, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Sheila Araújo Teles, Nilza Pelá, Ruth Minamisava e à psicóloga Margareth Veríssimo pelo conhecimento compartilhado e disponibilidade em nos ajudar.

Aos professores da Faculdade de Enfermagem pela oportunidade de compartilharmos todas as experiências do ser enfermeiro e pela permanente busca e crescimento, cujo objetivo é o engrandecimento da nossa profissão.

A todas às amigas e companheiras da primeira turma do mestrado em enfermagem da UFG (Zilah, Solange, Ariadna, Maria Aparecida, Cristiane, Ida, Eunice, Maria Teresa, Jane Mary, Sandra Valéria) pelo prazeroso convívio.

Aos funcionários da Faculdade de Enfermagem pela diária dedicação aos graduandos e pós-graduandos. Destaco a sempre solícita Célia, secretária do Programa de Pós-graduação, Maria do Carmo, Luciano e Dona Maria.

Às muitas pessoas amigas que estiveram presentes na minha trajetória de vida e que ajudaram diretamente ou indiretamente na construção deste trabalho.

Esta não foi uma conquista individual, e sim uma construção coletiva. Quero que cada um sintam-se partícipe de mais uma etapa da minha vida.

Muito obrigada a todos!

“Observei o conjunto da obra de Deus e percebi que o homem não consegue descobrir tudo o que acontece debaixo do sol. Por mais que se afadigue em pesquisar, não chega a compreendê-la. E mesmo que o sábio diga que a conhece, nem por isso é capaz de entendê-la”.

Eclesiastes 8,17.

RESUMO

MELO, D.S. **Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde.** 2005. 191 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

Estudo qualitativo desenvolvido em um hospital público geral de grande porte de Goiânia-Go. Teve como objetivo analisar a adesão dos enfermeiros às precauções padrão (PP) à luz do modelo de crenças em saúde (MCS), de Rosenstock (1974). Os dados foram coletados por meio de entrevista, com roteiro semi-estruturado, e conforme preconizado pela técnica de incidentes críticos (TIC). O instrumento foi validado por juizes seguido do pré-teste. Foram observados os aspectos ético-legais da pesquisa. Fizeram parte do estudo 82 enfermeiros, dos 90 eleitos, que estavam em atividade assistencial direta ao paciente ou atuavam nos setores: de higienização hospitalar, reprocessamento de roupas e materiais odonto-médico-hospitalares. Procedemos a análise de conteúdo dos dados conforme a TIC. As dimensões do MCS foram utilizadas como categorias prévias de análise. Obtivemos 139 incidentes críticos, sendo que 66 foram positivos e 73 negativos, de acordo com a polaridade referida. Destes, 131 situações remetiam às dimensões do modelo de crenças em saúde: 74 (56,5%) eram relacionadas à suscetibilidade percebida; 17 (13,0%) aos benefícios percebidos e 40 (30,5%) às barreiras percebidas. Os incidentes críticos relatados, predominantemente, relacionavam-se às situações de exposição ocupacional a material biológico. O uso de barreiras protetoras foi a PP que obteve maior frequência de indicação. A negação da suscetibilidade foi observada pelo não uso das barreiras protetoras, no manuseio inadequado de perfurocortante e não adesão às PP, relacionadas ao paciente portador de patógeno multi-resistente. A moderada suscetibilidade percebida associou-se à adesão parcial às PP no atendimento a pacientes com maior complexidade nos cuidados assistenciais. Estes comportamentos adotados sinalizam limitada percepção da necessidade de intervenção nos cuidados pós-exposição ocupacional, priorizando o atendimento às necessidades dos pacientes. A alta suscetibilidade percebida foi observada nas situações de atendimento ao paciente sob suspeita ou com diagnóstico de infecção por patógenos de importância epidemiológica, e àquelas relacionadas à responsabilidade do enfermeiro, nesta particularidade da assistência. A severidade percebida foi evidenciada somente nos comportamentos e conseqüências dos incidentes críticos relatados, nos momentos de pós-exposição ocupacional, expressa em sentimentos, alterações psicossomáticas e experiência de infecção. Os benefícios percebidos emergiram, sobretudo, dos incidentes críticos positivos, com enfoque no uso das barreiras protetoras, que foram compreendidas como estratégia de proteção, ratificando a segurança na execução dos procedimentos. As barreiras percebidas foram: falta de preparo do profissional, falta de material de consumo e permanente, número insuficiente de profissionais, estrutura física inadequada, atendimento a pacientes em situações de urgência/emergência, fatores psicossociais e falta de fluxo para o atendimento ao profissional em situação de pós-exposição a material biológico; que poderiam ser minimizadas com a organização do Serviço de Assistência à Saúde, pois se constituíram em impedimentos para a adesão às precauções padrão, embora, os enfermeiros apresentassem adequada percepção da suscetibilidade e benefícios. Verificamos que, as dimensões do modelo de crenças em saúde, elucidaram a adesão dos enfermeiros às PP, sugerindo que empreendimentos devam ser feitos para melhor instrumentalizá-los para a tomada e modalidade de ação, no cotidiano da assistência, que priorize a segurança dos sujeitos envolvidos, nesse processo.

Unitermos: Precauções padrão; modelo de crenças em saúde; infecção hospitalar; enfermagem.

ABSTRACT

MELO, D.S. **Nurses' adherence to standard precautions according to health belief model.** 2005. 191 f. Dissertation (Master's Degree) Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

This was a qualitative study done in a big-sized general public hospital in the city of Goiânia, Goiás. The aim was to analyze nurses' adherence to standard precautions, according to Rosenstock's health belief model (HBM) (1974). Data were collected using a semi-structured interview guide based on principles of Critical Incident Technique (CIT). The instrument was validated by judges, and was then pre-tested. The ethical-legal research principles were observed. Among 90 nurses selected to participate in the study, 82 agreed to take part in this study. Inclusion criteria were nurses who were either in direct contact with patients or in supervisory positions in the hospital cleaning, laundry, or sterilization services. Data were analyzed in accordance with CIT. The analysis categories were constructed using the dimensions of the HBM. A total of 139 critical incidents were identified, of which 66 were considered positive and 73 negative. HBM dimensions were identified within 131 situations: 74 (56,5%) related to perceived susceptibility; 17 (13,0%) to perceived benefits, and 40 (30,5%) to perceived barriers. The majority of the reported critical incidents related to situations of occupational exposure to biological materials. Among the Standard Precautions (SP), use of protective barriers was most frequently utilized. Denial of susceptibility was indicated by the lack of use of protective barriers, improper management of sharp objects, and non-adherence to SP related to patients with multi-resistant pathogens. Moderate perceived susceptibility was associated with partial adherence to SP in cases of patients requiring more complex levels of care; in situations following occupational exposure; and when patients' needs took priority over personal protection. High perceived susceptibility was observed in situations of caring for patients suspected or diagnosed with infections due to pathogens of epidemiological importance and those related to nurses' responsibility. Perceived seriousness was evident in behaviors and consequences related to critical incidences, after occupational exposure, in moments when nurses expressed feelings, experienced psychosomatic symptoms, and were diagnosed with an infection. Perceived benefits emerged, above all, from positive critical incidents, with focus on protective barriers understood as protection strategies which lead to safety while procedures are executed. Perceived barriers were: lack of personnel preparation, lack of material resources, insufficient personnel, improper physical structure, patient emergencies, psychosocial factors, lack of personnel policies for cases of exposure to biological material. These barriers contribute to lower adherence of SP, but they could be addressed by the Health Care Facilities, since nurses have demonstrated adequate perception of susceptibility and benefits. HBM dimensions were associated with nurses' adherence to SP, suggesting that plans should be developed to improve the nurses' actions and decision-making in day-to-day nursing care, prioritizing the safety of those individuals involved in this process.

Key words: Health Belief Model; Standard Precautions; nosocomial infection; nursing.

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APECIH	Associação Paulista de Estudos e Controle Infecção Hospitalar
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEC	Comissão de Educação Continuada
DHS	Department of Health Services
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
HEPA	High Efficiency Particulate Air
HVB	Vírus da Hepatite B
HVC	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida
IRSAS	Infecções Relacionadas aos Serviços de Assistência à Saúde
MCS	Modelo de Crenças Em Saúde.
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
NR	Norma Regulamentadora
PAS	Profissionais da Área da Saúde
PP	Precauções Padrão
SAS	Serviços de Assistência à Saúde
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SHEA	Society for Healthcare Epidemiology of America
SNG	Sondagem nasogástrica
SVD	Sondagem vesical de demora
TIC	Técnica do incidente crítico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Lista de siglas	
1. Introdução.....	14
1.1. Justificativa.....	35
2. Objetivo.....	39
3. Referencial teórico.....	40
3.1. Precauções padrão.....	40
3.2. Modelo de Crença em Saúde.....	48
4. Trajetória Metodológica.....	58
4.1. Campo de estudo.....	58
4.2. Caracterização dos Sujeitos.....	59
4.3. Aspectos Éticos da Pesquisa.....	61
4.4. Procedimentos e Técnicas de Coletas de Dados.....	61
4.5. Organização e Tratamento dos dados.....	64
5. Resultados e discussão.....	66
5.1 Os sujeitos do estudo.....	66
5.2 A adesão dos enfermeiros às precauções padrão sob o olhar do modelo de crenças em saúde.....	71
5.2.1 A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e a suscetibilidade percebida.....	75
5.2.2 A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e a severidade percebida.....	114
5.2.3 A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e os benefícios percebidos.....	124
5.2.4 A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e as barreiras percebidas.....	138
6. Conclusão.....	160
7. Considerações finais.....	165
Referências Bibliográficas.....	172
Apêndices.....	186
Anexo.....	190

1 INTRODUÇÃO

A vida é o bem maior da humanidade, para o qual todos os seres vivos empreendem esforços com o objetivo de suplantar os obstáculos, que se interpõem no seu curso, objetivando protegê-la e preservá-la. Cuidar da vida é primar pelo que de mais precioso existe. Realizar a prevenção e o controle das infecções relacionadas aos processos assistenciais à saúde, que implica a implementação das precauções padrão (PP), é promover ações que têm como fim a promoção e proteção à vida de seres humanos.

Sabemos que, as infecções relacionadas a procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, no ocidente, são tão antigas quanto a origem dos hospitais (AZAMBUJA; PIRES; VAZ, 2004; LACERDA, 2003; LACERDA; EGRY, 1997; RODRIGUES, 1997). Estão associadas às concepções do processo saúde-doença na sociedade e constituem-se evento histórico social. Portanto, as características de manifestações não são as mesmas, bem como as práticas de prevenção e controle (LACERDA, 2003).

Até bem pouco tempo, também, em função da construção histórica, pensávamos em infecção relacionada à assistência à saúde, adstrito a um espaço da prestação de serviços: o hospital. Assim, a denominávamos de infecção hospitalar ou nosocomial, a qual teve o marco inicial na idade média, quando foram criadas as instituições de assistência aos pobres, doentes, peregrinos, etc., que no século XVIII, com o surgimento do capitalismo, se tornaram locais de cura e medicalização (LACERDA; EGRY, 1997).

A infecção hospitalar ou nosocomial, conceitualmente, conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº. 2616, de 12 de maio de 1998 é: “aquela adquirida após a

admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL. MS, 1998, p.7).

Hoje, com a mudança no perfil geral da sociedade pós-moderna, inclusive pela exigência de mudança no paradigma da assistência, instituiu-se a necessidade de novas articulações, por parte dos profissionais, emergindo as recentes formas de assistir.

Com as mudanças na organização dos Serviços de Assistência à Saúde (SAS), a compreensão restrita do termo, infecção hospitalar, precisa ser ampliada, bem como a percepção da extensão de uma prática efetiva de controle e prevenção, dessas infecções, objetivando contemplar uma visão, que permita iniciar um processo reflexivo, que estimule a incorporação, por parte dos profissionais, pois este é um problema coletivo, que permeia todas as práticas assistenciais da saúde com as implicações ético-legais envolvidas.

Para o nosso trabalho, adotaremos a terminologia infecções relacionadas aos Serviços de Assistência à Saúde (IRSAS), entendendo-a com abrangência às novas organizações de trabalho de assistência à saúde. Entretanto, esta é apenas uma discussão inicial. Uma grande caminhada deverá ser trilhada para o estabelecimento de uma nomenclatura adequada, e dos critérios de definição de diagnóstico. A tendência atual é que haja um crescimento destas novas articulações, portanto, tudo isso, precisa ser refletido rapidamente, para que não retardemos um processo assertivo no controle e prevenção das IRSAS, e não ampliemos, ainda mais, a problemática atual.

As IRSAS representam um dos principais indicadores de qualidade de assistência pelos vários fatores, que a sua ocorrência implica, seja para o paciente,

estendendo-se ao seu núcleo familiar ou ao Serviço de Assistência à Saúde. O controle das mesmas, além de atender às exigências ético-legais, tornou-se uma premissa básica, tanto pela importância humana, quanto pelo impacto econômico, principalmente em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, onde os recursos precisam ser racionalizados (SGARBI; CONTERNO, 1997). Porém, esta compreensão não é compartilhada por todos os sujeitos envolvidos nos processos assistenciais.

Algumas mudanças de adequações emergidas do modelo globalizado de economia, impostas às empresas prestadoras de serviço à saúde, têm possibilitado melhorar as exigências críticas, para a prevenção e o controle de infecção em Serviços de Assistência à Saúde; especialmente, por se tratar de um dos parâmetros de avaliação da qualidade de assistência, para o processo de acreditação hospitalar. Contudo, esta estruturação sócio-econômica potencializa mudanças do padrão epidemiológico das doenças (NAVARRO et al., 2002), portanto, das Infecções Relacionadas aos Serviços de Assistência à Saúde.

Quanto ao aspecto das exigências críticas, anteriormente, referidas da acreditação hospitalar, temos as nossas ressalvas visto que, na maioria das vezes, instituições submetidas e aprovadas nesses critérios de qualidade de prestação de serviços são de acesso restrito a grupos específicos da população. O acesso do grupo maior e menos favorecido, ainda, se restringe às instituições públicas ou filantrópicas, que têm tentado avançar na promoção da qualidade da assistência, mas, a duras penas, reflexo das atuais políticas de saúde, que têm limitado a viabilidade de auto-gestão.

As IRSAS configuram-se em complexas inter-relações de fatores intrínsecos ao paciente e à organização dos sistemas operacionais do serviço prestador de

assistência à saúde. Implícito a este, destaca-se a relevância da atuação dos profissionais da área de saúde (PAS).

A prevenção e o controle das IRSAS requerem grandes investimentos de diversas ordens, que, numa visão institucional reduzida, não traz retorno objetivo. Porém, é uma exigência legal. Entretanto, por vezes não é cumprida, estando os serviços/comissões de controle de infecção hospitalar constituídos só para fins de fiscalização, por parte dos órgãos competentes.

Ao longo do desenvolvimento das profissões do cuidado à saúde têm sido agregados saberes, de diversas áreas do conhecimento, que se por um lado permitem avançar na perspectiva de uma intervenção cada vez mais eficaz, por outro, as alternativas terapêutico-diagnósticas evidenciam riscos cada vez maiores, para a ocorrência das IRSAS, sobretudo, quando os processos de controle e prevenção não são devidamente implementados e avaliados.

O estabelecimento de medidas de prevenção e controle de doenças de importância epidemiológica, e das IRSAS se deu concomitante ao desenvolvimento das ciências da saúde. A compreensão do processo saúde doença apresenta várias caracterizações, a partir das quais, têm surgido as intervenções específicas ou gerais (FERNANDES, 2000; LACERDA, 2003).

As medidas direcionadas à prevenção e ao controle das IRSAS começaram com a abordagem epidemiológica, feita por Ignaz Philips Semmelweis, em 1847, quando comparou a mortalidade em pacientes atendidas em serviço de obstetrícia de ensino de médicos, com àquelas assistidas por parteiras, evidenciando a importância da anti-sepsia das mãos como medida profilática de infecções cruzadas, tornando-se, assim, um dos pioneiros do controle de infecção. Posteriormente, tivemos os notáveis trabalhos de Kock e Pasteur pelos quais foi comprovada a

origem microbiológica das doenças. Ainda, destaca-se a importância de Josep Lister, que se diferenciou nos estudos relacionados com assepsia e anti-sepsia cirúrgica (FERNANDES, 2000; SILVA et al., 2000).

Vale fazer alusão ao papel de destaque de Florence Nightingale (1820-1910), que estabeleceu um marco fundamental na associação do controle de ambiente, como forma de redução de índices de mortalidade. Fernandes (2000) refere que seu trabalho era baseado na observação sistemática, e em registros estatísticos, que enfatizavam, fundamentalmente, o ser humano, o meio ambiente, a saúde e a enfermagem.

Após as observações de Florence começaram a ser valorizadas as conveniências dos pacientes e as condições ambientais, nas novas construções de hospitais, questões estas, até então, ignoradas, que foram demonstradas estatisticamente (RODRIGUES, 1997; SILVA et al., 2000). Lacerda e Egry (1997) colocam que Florence fez “uma abordagem epidemiológica das doenças infecciosas e das infecções hospitalares numa era pré-bacteriológica” (p.15), cujos fundamentos repercutem até hoje.

Até o século XIX os conceitos que dominavam o pensamento médico, para o entendimento e intervenção nos processos infecciosos, eram a teoria da geração espontânea e a concepção atmosférico-miasmática, que foram modificadas com o decorrer dos tempos, quando a compreensão da cadeia epidemiológica, associada ao desenvolvimento em geral das ciências, permitiu avançar na perspectiva de descobertas de fatos antigos ligados à saúde coletiva, ampliando as possibilidades de intervenções junto à população (FERNANDES, 2000).

Os trabalhos da teoria microbiana, que começaram em torno de 1880, permitiram avançar na perspectiva de serem estabelecidas medidas de intervenção

respaldadas em evidências científicas, representando um ganho inestimável que permitiu o declínio na ocorrência de várias doenças transmissíveis (FERNANDES, 2000). Atualmente, mesmo com a sofisticação da biotecnologia, nos valemos desses princípios básicos.

As medidas de prevenção e controle das IRSAS como se apresentam hoje, emergiram de diferentes modelos construídos a partir das novas descobertas. A evolução dinâmica das ciências, sobretudo, nos últimos anos, possibilitou a atualização ou substituição das mesmas, quando não mais respondiam às exigências da prática.

As primeiras recomendações sobre isolamento, para pacientes com doenças infecciosas, foram publicadas em 1877, pelos EUA, as quais orientavam a permanência dos pacientes em “cabanas de isolamento”. Porém, o sistema não se mostrou efetivo, porque a ocorrência das infecções cruzadas permanecia (AYUB, E.; AYUB, M.; RIBEIRO FILHO, 2000; GARNER, 1996; SILVA et al., 2000).

Em 1910 tais práticas foram alteradas, surgindo as barreiras de enfermagem. Orientavam a manutenção dos pacientes em isolamento individual, utilização de aventais separados, lavagem das mãos com soluções anti-sépticas e desinfecção dos materiais contaminados entre pacientes (LEÃO; GRINBAUM, 1997).

Nos anos 50, os hospitais de doenças infecciosas começaram a ser fechados nos EUA, exceto aqueles de atendimento aos pacientes portadores de tuberculose, que na década seguinte, também, tiveram o mesmo curso. Estes pacientes passaram a ser atendidos em ambulatórios ou hospitais gerais. No final dos anos 60, os pacientes com doenças infecciosas ficavam internados em quartos individuais ou em enfermarias, em hospitais gerais.

Em 1960, os *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) ao investigarem um surto de infecção nosocomial perceberam a necessidade de política padronizada para isolamento de pacientes com doenças transmissíveis, e em 1970 foi publicado o manual detalhado: *"Isolation Techniques for Use in Hospital"*, com revisão editada em 1975. Introduziu-se, então, o conceito de isolamento por categorias: rigoroso, respiratório, de contato, de proteção, precauções entéricas, precauções com feridas e secreções e precauções com sangue. Porém, não responderam às necessidades, pois não valorizavam o impacto que representam as vias de transmissão, atendo-se mais aos aspectos epidemiológicos, além de que eram difíceis de aplicação (APECIH, 1999; GARNER, 1996).

Na década de 80, com a emergência dos microrganismos multidroga-resistentes e novos patógenos, e a situação de epidemia e endemia relacionada à infecção nosocomial levaram a indagações, que culminaram com a revisão do que foi publicado em 1983, o *"Guideline for Isolation Precautions in Hospital"*, cuja estratégia encorajava a tomada de decisão por parte do profissional, definindo a necessidade do uso de equipamentos de proteção individual (EPI), conforme exposição a materiais contaminados (luvas, máscara e avental). Porém, também, esse modelo foi insuficiente para interromper a cadeia de transmissão de patógenos intra-hospitalares (APECIH, 1999; GARNER, 1996; SILVA et al., 2000).

Um fato que, inegavelmente, revolucionou as medidas de precauções e isolamento, ainda neste decênio, foi o advento da aids. Embora, as medidas editadas em 1983, tivessem levado em consideração o fato, foram as Precauções Universais em 1987, publicadas pelos CDC, que tiveram um enfoque evidente na prevenção da transmissão do vírus HIV, e outros patógenos veiculados pelo sangue, objetivando reduzir o risco de transmissão aos profissionais de saúde. Os fluidos

corpóreos e o sangue de todos os pacientes são considerados potencialmente infectados, para o HIV, HBV e outros patógenos do sangue. Das recomendações referidas nas orientações anteriores, algumas foram excluídas, sendo outras acrescentadas (APECIH, 1999; GARNER, 1996; SILVA et al., 2000).

Sistemas alternativos foram propostos em 1986 por Gilmore e colaboradores, simplificando o modelo baseando-o no uso de equipamentos de proteção individual, classificadas em 4 classes numéricas: 1- luvas; 2- luvas e avental; 3- luvas, avental e máscara; 4- máscara. Esta proposta mostrou-se mais compreensível. E, em Seattle nos EUA (1987) outro sistema também foi sugerido pela *Society for Healthcare Epidemiology of América* (SHEA): Isolamento de Substâncias Corpóreas. A atenção básica estava direcionada com as substâncias orgânicas humanas que eram consideradas potencialmente infectantes (APECIH, 1999; GARNER, 1996; SILVA et al., 2000).

Apesar das sucessivas recomendações tentarem adequar as necessidades de prevenção e controle de infecção, as pesquisas mostravam que novas propostas precisavam ser estruturadas. Então, em 1996, foi publicado o “*Guideline for Isolation Precautions in hospitals*”, uma nova normatização de procedimentos desenvolvida pelo CDC, onde foram sintetizadas as principais características de normas anteriores em um conjunto único de precauções, agora chamadas de precauções padrão (GARNER, 1996).

Hoje, a implementação das precauções padrão (PP) constitui-se uma das estratégias eficazes, para o alcance das medidas de prevenção e controle das infecções, tanto para o paciente, quanto para o profissional (APECIH, 1999; GARNER, 1996; SILVA et al., 2000). E, falar de implementação é,

conseqüentemente, percorrer os processos que permitirão a concretização dessas ações.

Este sistema de precauções e isolamento apesar de efetivo, não tem respondido a todas as necessidades de proteção individual e coletiva atuais, o que foi evidenciado com os recentes surtos com patógenos emergentes, como o que aconteceu no ano de 2003, quando a comunidade e os PAS foram acometidos com a síndrome respiratória aguda grave, com alta taxa de morbi-mortalidade.

Entendemos que, avaliações se fazem necessárias com o objetivo de instituímos práticas compatíveis com os tempos atuais. Novas propostas precisam ser especificadas, a fim de se obterem evidências preditivas positivas de enfrentamento das várias questões da prevenção e do controle das doenças e das IRSAS.

Até o momento, diversas situações de riscos têm sido evidenciadas, com perspectivas de agravos, resultado também dos conflitos sócio-econômicos, onde as armas biológicas e químicas estão passíveis de serem utilizadas. Portanto, antecipações devem ser trabalhadas de forma a instrumentalizar os profissionais, dentro do possível, com medidas pontuais.

Temos a plena convicção que, no cotidiano da vida dos PAS há situações suficientemente críticas, que objetivamente expõem os indivíduos. Isto muito nos inquieta, sobretudo, quando observamos que, em muitos serviços, mínimos esforços são despendidos no sentido de serem estabelecidas práticas que até então têm dado respostas parciais ao cotidiano da assistência. Grupos de profissionais têm se deixado guiar por rituais e mitos, sem buscarem as evidências científicas, que têm sido extremamente dinâmicas.

Salientamos que, as precauções padrão estabelecidas no guia do CDC, em 1996, representaram um grande avanço como resposta em seu conjunto. Embora, sejam claras e de fácil aplicação à prática profissional, podemos observar que no cotidiano dos SAS o curso não tem sido esse. Entre a clareza das recomendações e a efetivação, na prática, existe um espaço real. Isto se constitui nossa preocupação, pois o distanciamento das mesmas da prática assistencial implica em situações que contribuem para o aumento das taxas das IRSAS, muitas vezes constituindo-se em erros.

Entendemos aqui, o erro na perspectiva de Leape (1994), que o coloca como um desvio do que é esperado em uma determinada prática correta, ou como uma variação em relação a uma norma; ainda, trata-se de uma ação não intencional, que pode ou não causar danos, tanto àquele que o comete como àquele que sofre o reflexo do ato danoso. Eles não são esperados e, geralmente, não podem ser previsíveis.

Atualmente, os erros relacionados à assistência vêm ganhando grande importância, sendo discutidos com frequência; ênfase tem sido dada por parte da mídia, dos conselhos de classe e dos meios judiciais. Reconhecer os fatores que facilitam a ocorrência do erro é ponto chave, para que investimentos sejam realizados na melhoria do ambiente de trabalho, na capacitação continuada e permanente dos profissionais, e na disponibilidade de tecnologias, que tornem os processos assistenciais mais seguros no seu conjunto (CARVALHO; VIEIRA; MAGLUTA, 2002).

Acreditamos que, concernente às medidas das PP, a mesma reflexão se aplica, pois necessário se faz apreender quais são os fatores intervenientes, que têm dificultado a aproximação dessas recomendações à prática, de forma a estabelecer

uma cultura de segurança nos processos assistenciais, com a finalidade de interrompermos as seqüências de desacertos, que comprometem a segurança para o paciente, para o profissional e o SAS.

Ao observarmos a prática, verificamos quão difícil é conseguir a adesão da equipe profissional quanto à maximização das medidas de prevenção e controle das infecções em SAS e saúde ocupacional, mesmo quando meios operacionais são disponibilizados pelo SAS. Azambuja, Pires e Vaz (2004) referem que o nível de preocupação dos profissionais com as IRSAS se estabelece em planos completamente abstratos, externos à prática assistencial. As ações são realizadas de forma repetitiva, mecanicista, como se o processo de fazer ocorresse dissociado do processo reflexão, visto que o processo ação-reflexão traduz-se em práticas mensuráveis, quanto à sua eficácia e eficiência, em sua coletividade, passíveis de observação em taxas reduzidas das IRSAS.

A sociedade já desperta para os seus direitos no processo assistencial à saúde, e isto talvez seja um aspecto que venha acelerar a tomada de decisão por parte dos SAS, em seu conjunto. Entretanto, acreditamos que a reclamação, por parte do usuário, por meio de processos éticos e cíveis na busca de seus direitos, não deve ser a motivação do desejado movimento pessoal/institucional, o que implicaria em limitada disposição para a transformação da realidade.

Anterior a isto, seqüências de erros aconteceram e danos foram causados, e poderiam ser prevenidos, situações estas extremamente graves, que têm sido sublimadas e ignoradas. Se não interviermos o mais precocemente, talvez as conseqüências causem maiores impactos do que possamos imaginar. Vale lembrar que o prognóstico das IRSAS é uma incógnita, inclusive pela seleção natural dos microrganismos.

O profissional de saúde é a mola mestra, para que as propostas de proteção à saúde, tanto da equipe de saúde quanto do paciente, possam se concretizar. A percepção do profissional sobre as PP, é fundamental, pois pela sua construção podemos resgatar aspectos que podem transformar a realidade, de forma a estabelecer práticas seguras. Acreditamos que, cabe a ele alavancar a construção e constituição de uma consciência do cuidar humano.

Souza (2001), refere que estudos evidenciam que os PAS estão atualizados quanto às normas, no que diz respeito a uma prática fundamental, que é a lavagem das mãos, na cadeia de transmissão de infecção nosocomial; e que embora seja de vital importância essa medida para o controle de infecção e os profissionais conheçam sua finalidade e indicações, ela apresenta um baixo índice de adesão.

Jimenez et al. (1999) ao observarem, em uma unidade de hemodiálise, as potenciais oportunidades para implementação das PP e o número de vezes que os profissionais as colocaram em prática, concluíram que o uso de luvas foi observado somente em 18,7% das situações em que foram necessárias; e a lavagem das mãos se deu em somente 32,4% das oportunidades, apresentando insatisfatória adesão, conduta que com certeza fragiliza a segurança, tanto do profissional quanto do paciente. Rabaud et al. (2000) ao estudarem a exposição ocupacional referem que a equipe de enfermagem continua a ignorar os fatores de riscos relacionados a esta situação e os benefícios das precauções padrão.

Os fatores que têm levado à baixa adesão têm sido amplamente discutidos, entre eles: a estrutura organizacional dos Serviços de Assistência à Saúde, as políticas institucionais e administrativas, as atividades de educação permanente e continuada dos profissionais, a aparente interferência das práticas na interação paciente-profissional e o número reduzido de profissionais, para a demanda de

trabalho (SOUZA et al., 2002). Além destes, inferimos que há aqueles ligados ao profissional/indivíduo, compreendidos como a auto-percepção na vida, portanto, no processo de trabalho, expresso no comportamento emitido, reflexo do substrato sócio-cultural-emocional.

Promover o conhecimento dos profissionais, sobre as medidas de prevenção e controle das Infecções Relacionadas aos Serviços de Assistência à Saúde, é uma importante estratégia para a adesão, pois ele permite uma compreensão para além da aparente percepção. Contudo, podemos com certeza afirmar que o acesso simples e puro ao mesmo, ainda que com estratégias bastante eficazes, por si só, não garantem práticas compatíveis aos objetivos e metas elaboradas, quando do planejamento das atividades de atualização e/ou capacitação. O comportamento humano é multidimensional, e a tomada de decisão resulta de inter-relação com variáveis internas e externas, sendo que nenhuma delas determina a ação, mas comportamentos prováveis (MOSCOVICI, 1999).

A educação é uma forma potencial de implementar estratégias de prevenção e controle de infecção em SAS, que contemplam o aumento do conhecimento, alteração de percepções e, sobretudo, a mudança de práticas (SOUZA, 2001). Foi evidenciado por Brevidelli (2003) que atividades de treinamento criaram um diferencial entre os profissionais, quanto à adesão às PP, quando comparado aos outros para os quais não foram oportunizadas estas ações.

Vaughn et al. (2004) referem que investimento em educação permanente mostra-se eficaz na diminuição dos riscos de acidente com perfurocortante além de proteção individual e coletiva. Isto, também, é reportado por Beekmann et al. (2001). Para que uma prática possa ser modificada, uma premissa correlacionada ao

sucesso é o conhecimento, e as atividades de educação são formas de compartilhar conhecimentos e estabelecer novas compreensões.

A importância da intervenção educacional não é só para o profissional, contempla, também, os pacientes. Rosenthal, Guzman e Safdar (2004) avaliaram o impacto das intervenções educacionais relacionadas com a lavagem das mãos e medidas de controle e prevenção em cateteres urinários. Evidenciaram que houve decréscimo de 21,3% para 12,9% das infecções. O decréscimo teve alta significância, e os benefícios foram sem sombra de dúvidas de alcance coletivo.

Vimos pelo que foi reportado pelos autores que a atividade de educação permanente e continuada faz um grande diferencial na transformação da prática. Entretanto, esta sua validade não é explorada pelas equipes responsáveis pelas atividades de prevenção e controle da IRSAS, que priorizam sobremaneira outras funções importantes de sua competência, como por exemplo: a vigilância epidemiológica das IRSAS. As atividades para a atualização e capacitação dos profissionais não são estabelecidas como metas, embora reconheçam os seus valores. Tais estratégias, quando são realizadas, são planejadas a partir de modelos e abordagens que não mais respondem às exigências cotidianas.

Concernente à vigilância epidemiológica das IRSAS queremos colocar que este trabalho árduo e diário precisa ser transformado em instrumento de reflexão e mudança. É um material rico para resgatar junto aos PAS práticas coerentes com a missão do cuidar humano. Por exemplo: as taxas de infecções levantadas pela busca ativa, muitas das vezes, se encerram em gráficos demonstrativos, para o próprio grupo e extensivo a grupos fechados, sem a divulgação ampla. Perde-se a oportunidade de envolver os pares na busca da transposição dos fatos atuais, para uma nova perspectiva de proteção coletiva.

Dilly e Jesus (1995), referem que o comportamento humano é aprendido, e que o ensino é um processo de construção da aprendizagem, que se dá nas relações intra e inter-pessoais, as quais se processam num contexto social e institucional situado e situante. Conseqüentemente, conforme os mesmos autores toda ação-reflexão, construção-comunicação, produção-relação envolvem a aprendizagem como processo de mudança-transformação do sujeito e do meio, por intermédio das relações sociais.

Aprende-se a dar respostas às situações que se configuram como problemas que precisam ser solucionados para que o homem possa sobreviver ou desenvolver-se como pessoa. Aprende-se a conviver com o agradável e o desagradável, através do amadurecimento que permite a superação da postura ingênua de que podemos nos permitir selecionar somente pontos positivos de convivência vital para nossas experiências de vida. Aprende-se, enfim, a refletir sobre a realidade, buscando formas de intervenção que possibilitem a manutenção do sentido vital de realização de cada indivíduo (DILLY; JESUS, 1995, p. 20).

Ressaltamos que, ao falarmos de educação como estratégia de adesão, necessário se faz que revisemos as estruturas de atividades empreendidas, com a finalidade de situarmos a prática das mesmas, como instrumento de transformação. Erdmann e Lentz (2004), refletindo sobre o processo de trabalho e o controle das infecções hospitalares, colocam que as estratégias utilizadas pelos controladores de infecção hospitalar, ainda, se pautam na abordagem tradicional, e não apresentam indícios de co-criar com a equipe de saúde a cultura de que controle de infecção é uma responsabilidade de todos.

A educação é um dos caminhos para o desenvolvimento humano, e isto se concretiza pelas experiências vivenciadas. O homem é sujeito da sua educação e esta depende de toda uma dinâmica de inter-relações. Desta maneira, não há efetividade em estabelecermos atividades de educação permanente e/ou continuada fundamentadas exclusivamente na abordagem tradicional.

Acreditamos que, as abordagens de ensino-aprendizagem que compreendem o indivíduo como sujeito, precisam ser resgatadas e trabalhadas para a construção do processo de prevenção e controle das IRSAS, confirmado pela adesão às PP. Do contrário, continuaremos a vivenciar a atual realidade sem grandes perspectivas de mudanças.

Precisamos transpor as barreiras que têm dificultado a percepção de que “o controle de infecção é uma medida de qualidade imprescindível à segurança de profissionais da área da saúde e clientes” (TIPPLE, 2000. p.142). Esta compreensão da proteção coletiva deve nortear firmemente o movimento em prol da consolidação de práticas das PP.

A prática das medidas de prevenção e controle das IRSAS, portanto das PP, não pode ser refletida sob a ótica de apenas um dos sujeitos envolvidos no processo. E, entendemos como sujeitos, num espaço singular, o cliente, o profissional e o Serviço de Assistência à Saúde, visto constituírem um único complexo, que além dos objetivos comuns envolvidos nessa relação de troca, existem aqueles completamente alheios entre si, onde as individualidades precisam ser respeitadas.

Ao retomarmos o histórico das medidas de precauções e isolamentos veremos que o controle e prevenção das Infecções Relacionadas aos Serviços de Assistência à Saúde, por longas datas, centraram-se, de forma limitada, no paciente. Posteriormente, isto foi modificado, fruto das experiências vivenciadas no contexto assistencial, surgindo as preocupações com a saúde do trabalhador. O marco dessa mudança foi o advento da aids, que não só teve impacto na população como um todo, como levou a repensar o processo laboral nos serviços de saúde

(BREVIDELLI, 2003; GARNER, 1996; LACERDA, 2003). O que muito retratou esta nova compreensão foi a publicação das Precauções Universais (1987).

Pensamos que na ocorrência das IRSAS temos a co-responsabilidade dos sujeitos, onde ora um determina o evento, ora outro, ora todos. Porém, quando pensamos na tríade, é inegável que a responsabilidade objetiva no processo, no que se refere ao paciente, sem dúvida nenhuma é do SAS, conseqüentemente dos profissionais. E, de certa forma, o paciente está em situação de maior risco, se assim pudermos falar, porque está numa situação de total dependência e hipossuficiência, na maioria das vezes. Ele não está instrumentalizado a uma avaliação e posicionamento frente a práticas inseguras, quando adotadas. Esta situação é agravada pela sua pouca autonomia nas relações assistenciais, fruto do “auto-empoderamento” dos PAS, que continuamos a perpetuar.

Medeiros (1997) pontua que o hospital é um ecossistema particular onde a presença do paciente e da equipe multidisciplinar formam, paradoxalmente, o ambiente ideal para a ocorrência de agravos à saúde. Assim, prevenir e controlar os riscos da ocorrência das IRSAS trata-se de um processo contínuo de avaliação e implementação da qualidade da assistência e das condições salubres a todos os sujeitos em seus vários níveis de relação.

Com certeza, não dá mais para negar o problema de saúde pública que se constitui a questão dos riscos ocupacionais, embora não estejam sendo tratados com a seriedade que necessitam. A prevalência de várias doenças para os profissionais é maior do que para a população, em geral. Estima-se que 800.000 trabalhadores da área de saúde expõem-se ao sangue nos EUA, segundo o CDC, sendo que entre 6.500 a 9.000 expõem-se uma ou mais vezes ao sangue ou fluidos

corpóreos de pacientes sabidamente infectados ao dia (LACERDA, 2003; NIOSH, 1999).

Em 2001, segundo levantamentos da Universidade de Virgínia, a média de injúria percutânea encontrada ao ano foi de 26/100 leitos de internação (PERRY; PARKER; JAGGER, 2003), e que quando avaliada a exposição da categoria, os enfermeiros representam 43.6%, liderando o *ranking* nas exposições.

Brevidelli (2003), refere que no Rio de Janeiro, após a implantação do sistema de vigilância de acidentes ocupacionais com materiais biológicos foram registrados 10.000 acidentes com material biológico, em 270 serviços, no período de 4 anos de seguimento.

O Departamento de Serviços de Saúde da Califórnia, após a implantação de programa de prevenção de acidentes percutâneos com agulha, fez um levantamento do número de casos notificados, e verificou que houve 2.025 registros, em 21 serviços de saúde. A categoria de maior incidência foi a de enfermeiros com 49% de todas as exposições. Quanto ao momento da ocorrência registrou que 27% se deu durante o uso, 23% após o uso e antes do descarte, 17 % com presença de perfurocortante em local inapropriado, 11% no momento do descarte, 6% durante a limpeza de equipamentos e 6% ao reencapar a agulha. Atualização desses dados foi realizada em 2001, apontando decréscimo em alguns desses índices nos 1.929 casos reportados, em 58 serviços (DHS, 2000; PERRY; PARKER; JAGGER, 2003)

No mundo, conforme dados estatísticos da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004), a epidemia da aids já acomete 39.4 milhões de pessoas, com 4.9 milhões de casos novos e 3.1 milhões de óbitos até 2004. Nos EUA, desde o início da epidemia da aids até 2001, foram registrados 35 milhões de casos e em 2003 os números foram para 38 milhões; e 20 milhões de óbitos ocorreram desde o primeiro

caso notificado em 1981 (CDC, 2004). Entre 1985 e 2001, foram documentados 57 casos confirmados de soroconversão para o HIV, de profissionais de saúde, e 139 prováveis, nos EUA, onde a exposição percutânea foi associada em 89% dos casos (CDC, 2003). No mundo, existem desde 1981, 103 casos comprovados e 219 prováveis (BRASIL. MS, 2004a).

O risco estimado de soroconversão, pós-exposição, está associado às variáveis da ocorrência. Porém, o risco médio em acidentes percutâneos é de 0.3% (IC+ 0.2-0.5%) e 0.09% (IC= 0.006-0.5%) para exposição de mucosas. O risco estimado para pele íntegra não foi mensurado (BRASIL. MS, 2004a).

Mas, o que preocupa em termos de risco biológico não se restringe à aids. Temos também as hepatites B e C. O risco estimado de soroconversão pós-exposição para HBV é 1-37%, isto em função do status sorológico do paciente fonte, tipo de acidente e quantidade de sangue envolvido. Para o HCV a incidência média pós-exposição percutânea é de 1.8%, variando de 0-7% em paciente fonte sabidamente soro-reagente. Importante salientar que, em relação ao HBV, a imunização dos profissionais tem minimizado o impacto. E se pensarmos que as políticas de saúde estão priorizando a vacina para menores de 20 anos, o impacto dessa ação com certeza repercutirá na melhor qualidade de vida, tanto dos profissionais quanto da população (BRASIL. MS, 2004a).

Carvalho, Vieira e Magluta (2002) ressaltam, que embora a vacina contra o HBV esteja disponível há vários anos, hoje, nos deparamos com profissionais que ainda não realizaram esta prática de proteção individual. Em estudo realizado por Prado et al. (2003) em 06 unidades de hemoterapia, no Município de Goiânia evidenciou que 9,16% dos trabalhadores estavam com esquema para hepatite B incompleto e 2,30% não haviam recebido nenhuma dose.

A vacinação, entre outras medidas de PP, é fator preponderante na manutenção da saúde do trabalhador. Impactos têm sido evidenciados com redução nas taxas de soroconversão. Helcl et al. (2000) mostram que no período de 1983 a 1995, após a implantação do programa de vacinação para os trabalhadores de saúde, as taxas decresceram de 177 casos para 17/ 100.000.

Vale lembrar que, grande parte das estatísticas, atualmente disponibilizadas, é de produção internacional, de países que já incorporaram práticas seguras em seus serviços. Todavia tratando-se de centros que têm serviço de vigilância sistematizada, admitem a ocorrência de subnotificações.

Ao acessarmos os dados pertinentes ao risco ocupacional em situações de exposição a material biológico, sobretudo naquelas envolvendo perfurocortantes, nos faz refletir que não é racional continuarmos com nossa prática mesquinha de biossegurança, ignorando o risco iminente. Sabe-se que, mesmo quando as medidas das PP são adotadas, a probabilidade de infecção tanto, para o profissional quanto para o paciente, é uma constante.

A magnitude das IRSAS para o paciente é um ponto crítico da assistência. No Brasil, estudo realizado por Prade et al. (1995) verificou uma taxa de 13%, em 103 hospitais terciários, nas capitais brasileiras. Medeiros et al. (2003) mostraram taxa de 5,9% de infecção em pacientes em um hospital universitário, onde 3.120 pacientes foram submetidos a cirurgia, no período de janeiro de 1999 a outubro de 2002, e quando avaliada por topografia a infecção de sítio cirúrgico foi de 37%, do trato respiratório 1,2%, urinária 0,6% e bacteremia 0,1%. Wenzel e Edmond (2001) referem que, nos EUA, as infecções de sítio cirúrgico são a principal causa de morte.

Quando as medidas de prevenção não são respeitadas temos situações de alta severidade para o paciente, por exposição inclusive aos patógenos veiculados

pelo sangue. Furusyo et al. (2004) ao investigarem a soroconversão de pacientes em uma unidade de hemodiálise para HCV, colocam que as evidências sugerem que a transmissão tenha ocorrido por meio de frasco de heparina de múltiplo uso. Mermel et al. (2003), também, evidenciaram a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico por *Pseudomonas aeruginosa*, em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, das mãos colonizadas do cirurgião. Portanto, fica claro que o profissional expõe o paciente, e medidas de avaliação e controles periódicos, bem como, o estabelecimento de protocolos são de extrema importância.

Estamos no início do terceiro milênio e as questões práticas da implementação das PP ainda estão sendo discutidas. Em vários estudos, observamos que tentativas de compreensão e mudança do contexto assistencial permanecem ativas, apontando caminhos que poderão ser adotados ou ajustados a cada realidade (BREVIDELLI, 2003; O'BOYLE; HENLY; LARSON, 2001; SOUZA, 2001; TIPPLE, 2000). Este trabalho tem esta proposta.

Refletir sobre as precauções padrão nos tempos atuais apresenta-nos o desafio de reconstruir a compreensão dessas na prática assistencial, onde os indivíduos sejam respeitados, e as questões ético-morais estejam norteando não só os processos reflexivos, mas a interação profissional de saúde e paciente, o que, aliás, consideramos ser de fundamental importância para a adesão dos PAS às precauções padrão.

A partir do momento, que ficar claro, que o profissional e os pacientes estão em espaços de inter-relação humana, seguramente a assistência será diferente. Não há como ignorar os riscos aos quais ambos estão submetidos. A suscetibilidade, a vulnerabilidade, a severidade das infecções, tanto para o profissional quanto para o paciente, é uma realidade que nos instiga a sermos éticos, e a mobilizar forças para

transformação. Precisamos resgatar a partir dos sujeitos da prática assistencial os potenciais fatores para a tomada de decisão do PAS, para a adesão às PP.

1.1 JUSTIFICATIVA

As infecções relacionadas aos serviços de assistência à saúde (IRSAS) vêm apresentando mudanças paralelas ao avanço das ciências, constituindo problema emergencial pela magnitude e agravos potenciais e reais à vida da população mundial. A ocorrência das mesmas é, também, reflexo da evolução dos modelos de assistência e da qualidade de suas práticas de intervenção para o controle e prevenção (LACERDA, 2003; LACERDA; EGRY, 1997). Nesta contextualização, os profissionais envolvidos na assistência à saúde têm papel fundamental, tanto na implementação das medidas que impedem sua instalação quanto nas práticas do cotidiano, que permitem que tais processos se concretizem.

Sabemos que nenhum SAS está livre das infecções relacionadas à assistência ao paciente, pois são situações estatisticamente estimadas e, nenhuma intervenção clínica, diagnóstica e terapêutica de assistência à saúde, disponível na sociedade pós-moderna, são capazes de erradicá-las. Assim, somos limitados a estabelecermos estratégias, que possibilitem a prevenção e o controle, o que não tem sido tarefa simples, pelo contrário, demanda grandes esforços, pois não existe uma única ação que consiga ir à raiz do problema, mas um conjunto de ações que podem acessá-la e que estão intrinsecamente ligadas à subjetividade dos atores envolvidos.

Nossas experiências do dia-a-dia estão permeadas por crises, dentre elas, temos as desenvolvidas pela mudança do paradigma assistencial e educacional. Essa transição gera muitas dificuldades, para a operacionalização das medidas

preventivas, pois apesar dos avanços na construção destas medidas de forma a efetivá-las na realidade concreta, ainda esbarramos com a fragmentação e a individualidade das ações inerentes ao paradigma cartesiano que, ao longo dos anos, não se mostrou suficiente para as transformações das práticas do controle e prevenção das IRSAS. Estamos em tempos difíceis, e os desafios que a realidade nos coloca são inúmeros.

Um dos desafios para o controle das infecções em Serviços de Assistência à Saúde, além da adesão consciente dos Profissionais da Área da Saúde às precauções padrão, aqui, agregadas todas as questões que se associam à sua efetivação, é a articulação da formação acadêmica dos profissionais com o desenvolvimento de competências, para a inserção no exercício profissional, com práticas coerentes com os aspectos ético-legais relacionados à ocorrência de infecções nos SAS.

Concordamos com Tipple et al. (2003) que colocam que as práticas de controle de infecção são reflexo, também, da formação profissional. Assim, a elucidação de faces ocultas relacionadas à temática, aqui, alcançada poderá contribuir com esta esfera de construção do conhecimento de forma a também apontar caminhos, para uma formação diferenciada dos futuros profissionais.

As mudanças globais trouxeram-nos perspectivas de novos horizontes e ao mesmo tempo vivemos no paradigma das relações inter-pessoais, pois, é impossível desconsiderar que a assistência é prestada por pessoas com características peculiares, dotadas de potenciais imensos de várias ordens, desenvolvidos ou não, engajados ou não em uma assistência de qualidade. Porém, constituem concretamente os recursos humanos responsáveis por uma adequada conduta, que promova o controle das IRSAS.

As infecções conseqüentes ao atendimento prestado pelos SAS são uma séria complicação com importância humana, social e econômica, porque se relacionam à morbidade, à mortalidade e à elevação dos custos diretos, indiretos e intangíveis (CARDOSO; SILVA, 2004; FREITAS, 1997; SGARBI; CONTERNO, 1997).

Desta forma, diagnosticar o nível de exigência crítica, para a mudança de comportamento dos profissionais, em relação à prevenção e controle das infecções em SAS, assim como, a adesão às PP é de vital importância. Certamente, é um passo premente que possibilitará ir além das aparentes evidências, o que poderá subsidiar e nortear planejamentos de estratégias de intervenção, tanto em nível educativo, quanto operacional, que contribuirão para maior sensibilização e reflexão crítica dos profissionais, quanto à implementação e adesão às medidas de prevenção e controle das infecções em SAS.

Ressaltamos que, a nossa proposta de compreender a adesão às medidas das PP a partir do olhar dos sujeitos, os enfermeiros, à luz do modelo de crenças em saúde segundo Rosenstock (1974a), nos permite aproximar e aprofundar um dos elementos essenciais, no conjunto de variáveis para a adesão, que é a subjetividade do indivíduo-profissional.

Sabemos que, o PAS por si mesmo, não é capaz de modificar, substancialmente, a realidade. Mas, consciente dos fatores dificultadores em nível individual, associado ao reconhecimento inevitável de outras variáveis, que emergiram dos relatos, é possível vislumbrarmos a aproximação de práticas coerentes com a prevenção e o controle das infecções, das quais as PP são fundamentais. Portanto, podemos trazer, ao realizarmos o diálogo com a experiência de vida desses sujeitos, os valores, crenças, comportamentos, atitudes, etc., o que

têm motivado ou desmotivado em alcance coletivo a confluência de forças para a prática da prevenção e do controle.

Esperamos contribuir com a construção de um novo olhar sobre a problemática das IRSAS, com repercussões objetivas na qualidade da assistência à saúde, evidenciadas pela redução nos índices de infecção e exposição ocupacional, satisfação do cliente e profissionais quanto ao serviço prestado, o crescimento profissional da equipe, que estará instrumentalizada a oferecer assistência qualificada, pautada na própria segurança.

Os achados aqui identificados possuem abrangência inimaginável. Temos clareza que o alcance desejado desses resultados, inferências e reflexões não se incorporarão ao cotidiano assistencial como num passe de mágica, porém, quem não estabelece uma meta, mesmo que a princípio pareça utópica, definitivamente não conseguirá construir caminhos para alcançá-la. Esta é uma temática que muito nos preocupa, e desenvolver este estudo constitui uma contribuição para este processo.

2 OBJETIVO

- Analisar a adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde de Rosenstock (1974a).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Precauções padrão

As precauções padrão (PP), editadas em 1996, pelos *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC), são um conjunto de medidas a serem adotadas, pelo profissional, na assistência a todos os pacientes, independente do estado presumível de infecção, e no manuseio de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação. Deverão ser observadas em todas as situações nas quais houver risco de contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, exceto do suor, sem considerar ou não a presença de sangue visível; pele com solução de continuidade e mucosas (GARNER, 1996).

As PP objetivam a proteção, tanto do paciente quanto do profissional em situações de exposição a agentes infecciosos de fontes conhecidas ou não de infecção. A tomada de decisão do profissional depende da natureza do procedimento diante dos riscos potenciais. As medidas que as integram, conforme o guia dos CDC, de 1996, são:

- **Higienização das mãos**

Constitui a principal medida de grande impacto no controle das infecções hospitalares (O'BOYLE; HENLY; LARSON, 2001; PITET, 2001; PITET et al., 2000; PITET et al., 2004) . A adesão média estimada dos profissionais é de 50% a 80%, variando inclusive quanto à categoria profissional. As barreiras referidas pelos PAS, que têm culminado com a baixa adesão são: irritação da pele, falta da estrutura para higienização, interferência no relacionamento paciente e

profissional, prioridades em relação ao atendimento ao paciente, o uso de luvas, desconhecimento das recomendações e esquecimento (PITET, 2001).

A higienização das mãos deve ser minuciosa e seguir técnica que promova a fricção de todas as superfícies das mãos; deve ser realizada sempre que tiver contato com paciente, entre procedimentos no mesmo paciente e após o contato com sangue, líquidos corporais, secreções, excreções ou artigos contaminados, e antes de calçar as luvas e após removê-las.

- **Equipamentos de proteção individual**

Refere-se ao uso de barreiras utilizadas para proteger pele, mucosas e roupas do profissional, do contato com agentes infecciosos, selecionados de acordo com o critério do profissional a partir da natureza do procedimento e possibilidade do modo de transmissão dos patógenos. Incluem a utilização de:

- Luvas: têm por finalidade proteger as mãos dos profissionais do contato com sangue e fluidos corpóreos, mucosas, pele com solução de continuidade, superfícies ou artigos potencialmente ou contaminados e reduzir a transmissão de microrganismos veiculados pelo profissional tanto para a equipe de trabalho, quanto para os pacientes. De acordo com a atividade a ser desenvolvida as exigências, quanto ao tipo do material da luva, devem ser observadas.

Embora as luvas tenham a indicação de proteção do profissional, também, estão indicadas para a proteção do paciente, sobretudo, nos procedimentos quando os princípios da assepsia devem ser assegurados. Ressalta-se que devem ser de uso único, portanto, qualquer tipo de reprocessamento não é recomendado.

- Avental: deve ser utilizado em todas as situações que houver possibilidade de contato com sangue, líquidos corporais, secreções, excreções ou artigos

contaminados ou nas situações de assistência a pacientes em precauções de contato. O seu objetivo é proporcionar uma barreira protetora aos braços e áreas do corpo do profissional, bem como, a roupa, reduzir a transmissão de microrganismo para o profissional, equipe e pacientes. A sua retirada deve ser realizada o mais rápido possível e desprezado no saco de *hamper*.

- Máscara, protetores oculares e facial: as mucosas da boca, nariz e olhos, assim como a pele com solução de continuidade da face do profissional estão particularmente vulneráveis à infecção pela exposição durante a realização de procedimentos. Assim, equipamentos que dão proteção devem ser utilizados em todas as situações nas quais hajam possibilidade de respingo de sangue, líquidos corporais, secreções, excreções na face ou mucosa durante os procedimentos e atividades de atendimento ao paciente. Conforme o procedimento realizado, considerando o tamanho da partícula aérea infectada ou passível de contaminação há indicação de diferentes máscaras de acordo com a sua capacidade de filtração, aspecto que deve ser observado pelos profissionais.

- **Cuidados com artigos e equipamentos**

Os métodos de proteção anti-infecciosa são evidenciados como práticas fundamentais ao controle e prevenção das infecções associadas aos Serviços de Assistência à Saúde, dentre elas está o processamento dos artigos e equipamentos antes do uso entre pacientes, pois devem estar em condições seguras quando da utilização na assistência.

Considera-se o processamento o conjunto de ações desenvolvidas, por profissionais, com os artigos odonto-médico-hospitalares permitindo a sua reutilização. Inclui uma série de etapas: limpeza, preparo, embalagem, rotulagem,

desinfecção/esterilização, e controles de qualidade, (testes físicos, biológicos, químicos, etc.) que devem prioritariamente ser supervisionado por um enfermeiro.

Apropriados procedimentos durante as etapas do processamento são medidas de grande impacto na prestação de uma assistência de qualidade. A valorização desta particularidade do guia do CDC é fundamental, pois observamos que nem sempre os aspectos operacionais corretos são evidenciados no cotidiano dos SAS.

Hoje, além do processamento de artigos odonto-médico-hospitalares permanentes, temos a problemática da reutilização de artigos de uso único que suscita várias discussões relacionadas à gestão econômica do SAS, impactos ambientais do descarte dos resíduos gerados decorrentes ao uso amplo de artigos descartáveis e às questões éticas. Um outro aspecto preocupante, a ser criticamente refletido, é a terceirização de etapas do reprocessamento de artigos, que não tem sido considerado com a devida atenção.

Garantir qualidade no artigo e equipamento utilizados durante a assistência não se constitui tarefa simples, pelo contrário, compreende uma série de procedimentos planejados, controlados, validados e avaliados permanentemente. Para responder a essas exigências faz necessário que protocolos sejam estabelecidos dentro do rigor técnico exigido conforme o potencial para infecção que representam os artigos e/ou equipamentos.

Na atualidade, os vários avanços nas ciências agregam, diariamente, novos conceitos, que têm aprimorado a prática do processamento de artigos e equipamentos, assim como estes estão se tornando cada vez mais complexos e sofisticados. A execução correta de todas as etapas do processamento de artigos requer capacitação e atualização profissional quanto às técnicas e processos em

todas as etapas, aspectos muitas vezes relegado a planos secundários. Assim, ênfase deve ser estabelecida, com seriedade, a esta variável da execução desses serviços, visto ser de grande relevância na qualidade da assistência. Ressaltamos que quando tais reflexões não são realizadas no cotidiano, práticas, frequentemente utilizadas, podem ferir por completo aos princípios bioéticos.

- **Controle ambiental**

Estabelece os cuidados necessários com o ambiente, protocolos de processamento de superfícies, em geral, e o gerenciamento dos resíduos gerados nos SAS.

- **Cuidado com as roupas**

Remete aos cuidados que devem ser assegurados em relação ao processamento de roupas utilizadas nos SAS, atentando para o controle dos fatores de risco.

- **Manuseio de perfurocortantes**

Refere-se aos cuidados gerais com os materiais perfurocortantes para a prevenção de riscos. O transporte desses deve ser feito com atenção, utilizando-se bandejas ou cubas com vistas a minimizar as situações de exposição ocupacional. Devem ser desprezados em recipientes de paredes rígidas e resistentes, que necessitam estar distribuídos próximo aos locais de uso.

- **Acomodação do paciente**

Orienta a manter em quarto privativo os pacientes que constituem riscos potenciais no estabelecimento de infecção cruzada seja pelo mecanismo de transmissão dos agentes infecciosos de importância epidemiológica, ou pela inviabilidade do paciente contribuir com as rotinas de prevenção e controle de infecção.

Associadas a estas condutas, no atendimento a pacientes sob suspeita ou diagnóstico confirmado de doenças transmitidas por patógenos epidemiologicamente importantes, foram estabelecidas práticas específicas, direcionadas conforme o mecanismo de transmissão dos mesmos. Assim, foram instituídas 3 categorias: precauções respiratórias ou aéreas para gotículas; precauções respiratórias ou aéreas para aerossóis; e precauções de contato.

- **Precauções Respiratórias para Gotículas:** estão indicadas para pacientes portadores de microrganismos transmitidos por gotículas (partículas maiores que 5 micra), que podem ser geradas durante a tosse, fala ou espirro e na realização de certos procedimentos. Para esta situação indica-se: quarto privativo e máscara cirúrgica para o profissional de saúde, no momento da assistência. O transporte do paciente deve ser limitado, e quando inevitável, oferecer e orientar a maneira correta do uso e manutenção de máscara cirúrgica, durante a permanência fora do quarto privativo.
- **Precauções Respiratórias para Aerossóis:** estão indicadas para pacientes sob suspeita ou portadores de microrganismos transmitidos por aerossóis (partículas menores que 5 micra), que podem ser geradas durante a tosse, fala ou espirro e na realização de certos procedimentos, podendo permanecer no ambiente por várias horas e serem dispersadas para outros ambientes adjacentes, a longa distância. Para esta situação indica-se: quarto privativo com controle do ar, pressão negativa, sistema com trocas de ar/hora, saída apropriada do ar ou filtro HEPA (*High Efficiency Particulate Air*), e manutenção de portas fechadas; proteção respiratória para o profissional com o uso da máscara/respirador N95, no momento da assistência ou permanência com o paciente. O transporte do paciente deve ser limitado, e quando inevitável,

oferecer e orientar a maneira correta do uso e manutenção da máscara cirúrgica durante a permanência fora do quarto privativo.

- **Precauções de Contato:** estão indicadas em todos os momentos em que houver contato, direto ou indireto, com o paciente colonizado ou infectado por patógenos importantes epidemiologicamente, e que possam ser transmitidos por contatos direto e indireto. As medidas constituem: quarto privativo ou de coorte; uso de avental e luvas no contato direto ou indireto com o paciente, que devem ser desprezados ao término da assistência. O transporte do paciente deve ser limitado, e quando inevitável, as precauções devem ser mantidas fora do quarto. Equipamentos e materiais de cuidado com o paciente devem ser individualizados e submetidos à limpeza e à desinfecção quando da utilização em outro paciente.

A adesão dos profissionais da área de saúde às PP tem sido objeto de estudo, de longas datas. Níveis de adesão à utilização de barreiras (máscaras, luvas, aventais, óculos de proteção) e à higienização das mãos, variam de 0% a 100%, a depender da população investigada, tipo de procedimentos e barreira protetora (Brevidegli, 2003). Recentes estudos apontam a baixa adesão, o que não causa estranheza a ninguém.

Não é necessário ser um *expert* no assunto para verificar esta realidade em observações simples do cotidiano dos SAS. Entretanto, não significa que é uma condição permanente, tanto é que altas taxas de adesão a algumas medidas podem ser constatadas.

Uma medida que não está inserida nas precauções padrão, conforme a publicação dos CDC de 1996, mas que é de extrema importância, é a imunização do profissional da área de saúde. A prevenção e o controle das infecções relacionadas aos serviços de Assistência à Saúde exigem que tal medida seja operacionalizada.

Assegurar que os profissionais da área de saúde estejam imunes a doenças imunopreveníveis por imunização passiva constitui o fundamento de programas de sucesso na saúde ocupacional.

Baldy (1997), Conceição, Cavalcante e Ayub (2000), referem que é imprescindível que existam programas intra-institucionais desenvolvidos, pela Comissão de Controle de Infecção hospitalar e/ou pelo Serviço de Controle de Infecção hospitalar, com as normas para imunização tanto do PAS quanto dos pacientes, que deverão ser aprovados por um representante dos grupos de profissionais do SAS. Refere que os critérios para a imunização dos PAS em atividade devem ser pautados na proteção do profissional e do paciente.

A decisão de quais vacinas farão parte do programa de imunização dos PAS e pacientes deve ser realizada considerando a probabilidade de exposição à doenças imunopreveníveis por vacina; os possíveis impactos da não adoção dessa medida; a natureza do cargo desenvolvido pelo profissional no SAS; as características da clientela atendida pelo SAS (APECIH, 1998).

Consideramos importante que, prévio à administração de vacinas, o PAS seja entrevistado quanto a exposições às doenças constantes no programa de vacinação desenvolvido, bem como a testagem para aquelas doenças passíveis de imunização ativa (caxumba, rubéola, hepatite B e varicela). Acreditamos que o custo-efetividade justifica tal conduta, bem como a triagem sorológica para hepatite viral B pós-vacinal, quando considerado a garantia de um atendimento pós-exposição adequado, embora esta não seja uma conduta consensual. Entendemos que trata-se de ações que evidenciam a real e desejada preocupação e zelo do SAS para com o profissional da área da saúde.

No Brasil estão recomendadas, conforme a Secretaria do Estado da Saúde de Goiás e Coordenação Estadual de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar de Goiás, as seguintes vacinas: anti-hepatite A e B, para tuberculose (BCG), anti-diftérica e anti-tetânica (dupla adulta), anti-caxumba, anti-influenza (gripe), anti-amarílica, anti-sarampo e anti-rubéola. Situações especiais devem ser avaliadas pelos SAS, quando, de acordo a particularidade observada com relação ao Serviço de Assistência à Saúde e ao profissional da área da saúde, poderão ser indicadas: anti-menigocócicas, anti-pneumocócica, anti-hemófilos e influenza do tipo B e anti-rábica (GOIÁS. SES, 2003).

As precauções padrão foram apresentadas aos SAS, objetivando serem instrumentos para o controle e prevenção das IRSAS, e para que de fato respondam a isso, o pressuposto é que sejam plenamente incorporadas ao cotidiano da assistência.

3.2 Modelo de crenças em saúde

Desde longas datas, a compreensão do comportamento humano tem sido objeto de pesquisa. Com o intuito de entendê-lo, teorias têm sido desenvolvidas. Contudo, a maioria apresenta crítica, pois desvelar a complexidade que encerra é um desafio, visto que os indivíduos estão em constante processo de transformação e essa dinâmica inviabiliza a apreensão completa.

Na expectativa de elucidar o comportamento em saúde, suscitado pela baixa participação das pessoas nos programas de prevenção e detecção de doenças do serviço de saúde pública dos Estados Unidos, o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) foi desenvolvido na década de 50, por um grupo de psicólogos sociais (JANZ; CHAMPION; STRECHER, 2002; ROSENSTOCK, 1974b).

A construção do modelo de crenças em saúde sofreu influência das teorias da aprendizagem: behavioristas e cognitivistas. Para os behavioristas a aprendizagem resulta de eventos, e a frequência de um comportamento é determinada pelas suas conseqüências, ou seja, supõe que o comportamento inclui respostas que podem ser observadas e relacionadas a eventos que as precedem (estímulos) e as sucedem (conseqüências). As pessoas tendem a se comportar de modo a obter recompensas ou evitar punições (JANZ; CHAMPION; STRECHER, 2002).

As teorias cognitivistas trabalham a compreensão de como o indivíduo conhece, processa a informação, compreende e dá significados. Enfatizam os aspectos subjetivos do indivíduo (atitudes, valores, crenças, etc.), compreendidos como variáveis intervenientes. Assim, o comportamento resulta da avaliação subjetiva, feita em função de um resultado e da probabilidade, ou da expectativa, em que a ação empreendida promoverá o alcance de um dado resultado. Dentre as teorias cognitivistas destaca-se a teoria psicossocial de Lewin Kurt, que teve influência preponderante na construção do MCS.

As duas teorias da aprendizagem, behaviorista e cognitivista, indicam que os reforços, ou as conseqüências dos comportamentos são importantes.

Rosenstock (1974b, p.354), refere que comportamento em saúde é “qualquer atividade empreendida pela pessoa que acredita estar saudável, com a finalidade de prevenir ou detectar a doença em estágio assintomático”. Teoriza que a tomada de decisão para a prevenção de uma doença, ou ameaça à vida, requer que o indivíduo acredite que esteja suscetível a ela, que a ocorrência desse evento seja percebida pelo menos com severidade moderada em algum aspecto de sua vida, que a escolha de uma ação específica lhe traga benefícios, reduzindo a sua suscetibilidade e/ou a

severidade, quando da doença já instalada, e que não requeira transpor grandes barreiras.

A teoria do MCS, conforme autor supracitado, enfatiza que a tomada de decisão em saúde, ou seja, o comportamento em saúde, é um processo mediado por quatro dimensões:

- **Suscetibilidade Percebida**

Refere-se à percepção subjetiva do risco frente a um dado evento de agravo à saúde. A aceitação da possibilidade de adquirir uma doença varia entre indivíduos, onde existem três pólos distintos. Há aqueles que negam a possibilidade; outros admitem a chance estatística da ocorrência, mas como condição improvável para si mesmo; e, por último, a pessoa pode sentir-se em perigo real de vir a contrair tal condição. Sofre a influência de fatores sócio-demográficos.

Esta dimensão do MCS tem sido associada como grande preditora para o comportamento preventivo em saúde, menor que na tomada de decisão quando processos patológicos já estão instalados.

- **Severidade Percebida**

As convicções relacionadas à severidade a um dado problema de saúde podem variar de pessoa para pessoa. O grau de severidade pode ser julgado tanto pelos aspectos emocionais suscitados, quanto pelas dificuldades geradas no evento. Consiste na percepção das conseqüências e repercussões da severidade na própria vida. Elas podem ser reduzidas a um aspecto ou abranger vários, considerando a extensão que apresentam. Entre eles destaca-se a relevância clínica, se há redução da capacidade física ou mental a curto ou a longo período, se a incapacidade é permanente ou se o desfecho é a morte. Ainda, podem incluir aquelas implicações envolvidas nas relações sociais, de trabalho e familiares, entre outras. Em síntese, o

impacto que uma dada doença ou situação de ameaça à vida promove na, e para a pessoa.

- **Benefícios Percebidos**

A direção da ação da pessoa frente à doença ou ameaça à sua vida é influenciada pelas crenças que tem em relação à efetividade das medidas ou alternativas conhecidas, negociadas socialmente, que visam reduzir a ameaça à qual sente-se submetida. Podemos dizer que é a validade subjetiva dada a uma tomada de decisão frente às exigências inerentes.

- **Barreiras Percebidas**

Um indivíduo pode acreditar que uma dada ação seja capaz efetivamente de reduzir a ameaça à vida, e ao mesmo tempo ver que aquela escolha remete aos aspectos negativos, que impediriam ou impulsionariam a tomada de decisão. Pode ser que traga desconforto, cause transtornos, seja dispendioso, demande tempo, etc. Estes podem servir como barreiras para a ação e estimular motivos conflitantes de uma avaliação do custo-benefício, por parte do indivíduo.

Estudos desenvolvidos durante a década 1984-94 evidenciaram que as barreiras percebidas foram fortes preditoras de comportamentos (JANZ; CHAMPION; STRECHER, 2002). Se o indivíduo tem alta prontidão para a ação, e os aspectos negativos conseqüentes forem vistos como relativamente fracos, a ação, em questão, provavelmente será tomada. Se, por outro lado, houver fraca prontidão para a ação, enquanto os potenciais aspectos forem vistos como de grande impacto negativo na vida do indivíduo, funcionarão como barreiras para ação preventiva em saúde.

Quando há alta prontidão para ação e as barreiras percebidas forem consideradas grandes, o conflito será difícil de resolver, pois o indivíduo percebe que

a ameaça precisa ser afastada, mas por outro tem compreensão que isto acarretará em vivências relacionadas com situações pouco prazerosas. Como solução o indivíduo poderá buscar uma alternativa de meio termo, que esteja voltada à própria proteção frente à ameaça de vida e que cause menores ônus.

Em síntese, de acordo com o MCS, uma ação, comportamento em saúde, depende da percepção da suscetibilidade e severidade de uma ameaça à saúde, e da crença de que uma particular recomendação ou ação em saúde terá benefícios, em detrimento das barreiras percebidas (KRETZER; LARSON, 1998). A tomada de decisão é o resultado da combinação de suscetibilidade e severidade percebidas, enquanto a modalidade de ação é escolhida em função da percepção dos benefícios menos as barreiras percebidas (ROSENSTOCK, 1974a).

Portanto, tomada de decisão e modalidade da ação são determinadas pelo valor subjetivo atribuído a cada dimensão do MCS frente à ameaça ou risco à saúde. As crenças relacionadas à suscetibilidade e à severidade percebidas em situação de ameaça ou risco possuem força preditiva positiva na tomada de decisão do comportamento em saúde. Entretanto, as crenças relativas à percepção dos benefícios e das barreiras é que determinarão o curso da ação.

Souza (2001) reflete que a tomada de decisão “é um processo no qual o indivíduo move-se através de uma série de estágios ou fases, em cada qual ele interage com pessoas e eventos” (p.51), a partir do qual a probabilidade ou não da decisão será verificada. Janz, Champion e Strecher (2002) relatam que na interação com pessoas e eventos o indivíduo sofre influência de outras variáveis como dados sócio-demográficos, psicológicos, estruturais e estímulos para tomada de decisão, chamados de fatores modificadores, conforme foi apresentado por Rosenstock (1974a).

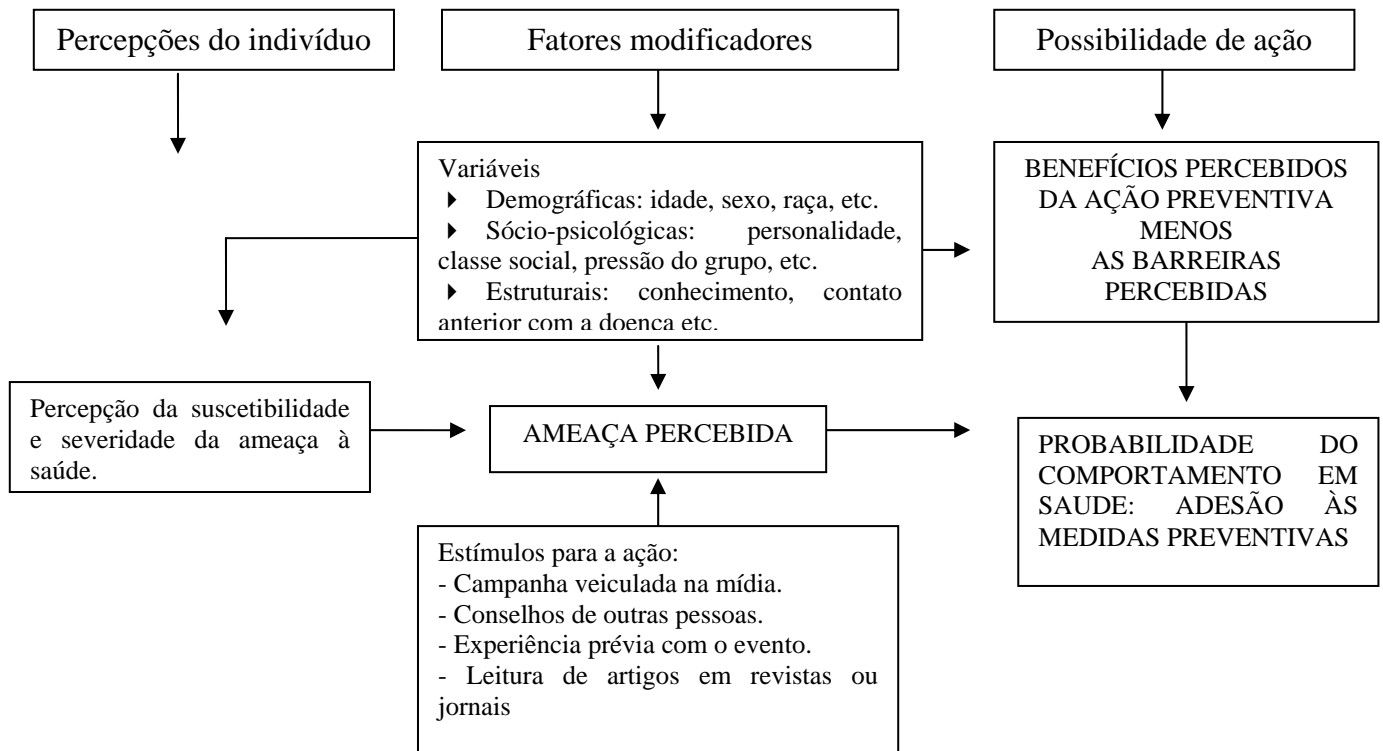


Figura 1 – Representação esquemática do Modelo de Crenças em Saúde (ROSENSTOCK, 1974a)

Kretzer e Larson (1998) relatam que mais recentemente o conceito de auto-eficácia tem sido incorporado à teoria do modelo de crença em saúde. Acrescentam que esta nova variável talvez seja a mais importante na mudança de comportamento, e está se tornando constructo de muitas outras teorias do comportamento.

A auto-eficácia “caracteriza-se pela convicção do indivíduo de que ele pode realizar, com sucesso, a ação que produzirá os resultados esperados” (PRAÇA; GUALDA, 2001). A auto-eficácia pode ser individual ou coletiva.

Janz, Champion e Strecher (2002) referem que a auto-eficácia não foi definitivamente incorporada ao MCS porque, inicialmente, o foco estava circunscrito a ações preventivas, normalmente de natureza única, como a aceitação em realizar exames preventivos ou imunização. As mudanças de comportamento relacionadas a estilo de vida e aos hábitos, constituem-se situação de difícil transformação,

vivências em que a auto-eficácia tem grande expressão na tomada de decisão. Acrescem que Rosenstock, Strecher e Beck (1988) sugerem que a auto-eficácia deve ser adicionada como um constructo separado dos conceitos de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras.

Compreendendo que o comportamento dos indivíduos, na prática assistencial, concernente às medidas de precauções padrão e a tomada de decisão pode ser elucidada a partir de suas crenças, utilizaremos o modelo proposto por Rosenstock (1974a) como referencial teórico, para a presente investigação.

No cotidiano da assistência, a partir dos construtos do modelo de crenças em saúde, pressupõe-se que os profissionais devem ter percepção da suscetibilidade, ou seja, devem estar cientes que as situações de riscos são constantes nas relações de reciprocidade estabelecidas no processo de assistência à saúde, tanto para si próprios e seus pares, quanto para o paciente. Estando o profissional alheio a esta percepção de suscetibilidade, a tomada de decisão pró-ativa ficará prejudicada.

Além da suscetibilidade, a severidade percebida pelo profissional frente a um evento de exposição ou ameaça à saúde também é de grande valia, porque a associação das duas dimensões é que sugestionará a tomada de decisão. Entretanto, o sentido de força da modalidade de ação é dependente das duas outras dimensões ou componentes do MCS: benefícios e barreiras percebidos.

A percepção dos benefícios das PP tem sentido de força com valor preditivo, positivo para a adesão, pois, é a convicção da pessoa que, frente a um dado evento, decisões assertivas precisam ser tomadas e que estas vêm de encontro à necessidade de proteção e segurança à vida. Porém, para que de fato a decisão, seja assertiva a percepção das barreiras não pode ter força maior do que a

percepção dos benefícios, visto que estes aspectos negativos da tomada de decisão quando percebidos com peso maior aos benéficos, interferirá na tomada de decisão pró-ativa, onde teremos uma situação que tenderá a ser impeditiva à tomada de adequada atitude.

Exemplificando, para a realização de uma sondagem naso-gástrica (SNG) recomenda-se o uso de todos os equipamentos de proteção individual (EPI). O indivíduo compreende que é um procedimento, que coloca o profissional em graus variados de exposição, que transita desde o contato com mucosas até ser alvo de projeção de grandes quantidades de sangue e secreções, a depender do quadro do paciente e desenvolvimento da técnica. Pode desenvolver sem nenhuma intercorrência, ou interromper o procedimento para auto-cuidar-se. Diante de tais situações acredita que o uso do EPI está validado como medida de proteção, mas o desconforto físico é considerado alto. Porém, acredita que a limitação do desconforto não tem força maior que a necessidade de proteger-se frente ao risco de contaminação (susceptibilidade e severidade percebidas). Assim, terá uma tomada de decisão, com provável finalização assertiva.

Entretanto, se as barreiras percebidas, o desconforto dos EPI, estiverem em proporções maiores que os benefícios percebidos, a tomada de decisão não terá um curso assertivo, ou seja, o indivíduo tenderá a ignorar o risco, influenciado por percepções distorcidas como, por exemplo, que estará em alerta para antever-se às situações de exposição.

Prosseguindo a reflexão sobre a execução de uma SNG, uma situação de difícil resolução é aquela em que o indivíduo tem a prontidão para ação, verificada na percepção da ameaça (compreendidas como a associação da susceptibilidade e severidade percebidas), porém os benefícios e as barreiras têm igual força na

compreensão do sujeito. Nestas situações, o curso da ação está indefinido. Aqui, o que poderá fazer a diferença são outras variáveis internas (auto-eficácia, valores, etc), ou externas (organização do trabalho, a dinâmica do grupo, postura do paciente, campanha educativa, etc.).

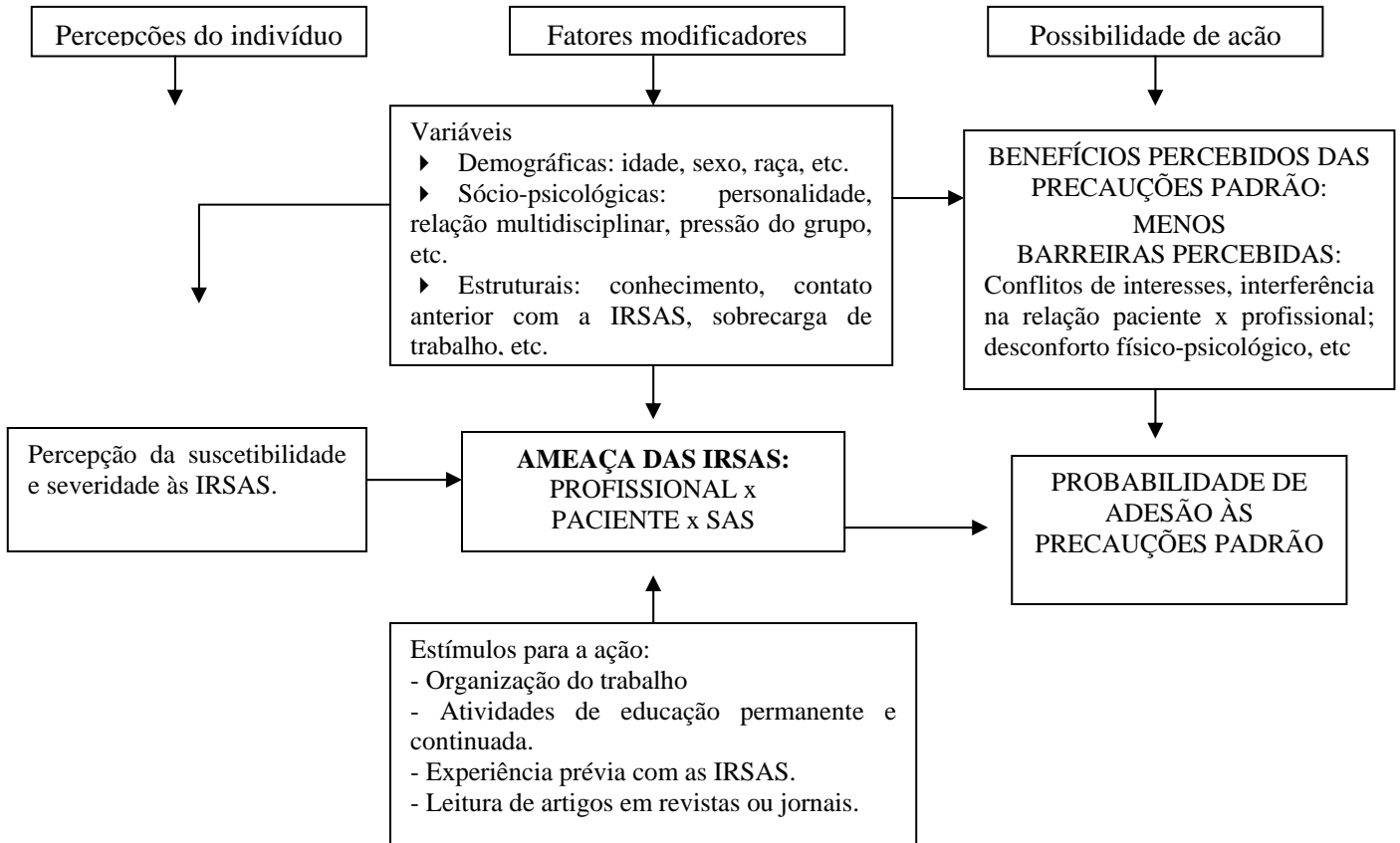


Figura 2 – Representação esquemática da adesão às PP adaptada do MCS (ROSENSTOCK, 1974a).

Assim, retomamos que o comportamento em saúde, para o nosso objeto de investigação, a adesão às PP é um processo mediado pelas crenças (percepção da suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras), e outras variáveis que podem ter origem interna ou externa. Nesta compreensão, a nossa proposta foi desenvolver a reflexão sobre a incorporação das medidas de precauções padrão, pelos enfermeiros

no cotidiano da assistência à saúde, resgatando concretamente as exigências críticas, para a efetivação destas fundamentais recomendações nos SAS.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A investigação de uma realidade específica pode ser feita trilhando vários caminhos. Para o nosso estudo, optamos pela abordagem qualitativa da pesquisa, por considerarmos que ela nos dá elementos da subjetividade dos sujeitos de fundamental importância, a partir dos quais é possível apreender aspectos diversos, de acordo com o objetivo proposto, que, aqui, permitiu a elucidação das práticas de assistência relacionadas com a adesão dos profissionais de saúde às medidas de Precauções Padrão (PP).

Refletir sobre a prática assistencial relacionada a essas medidas, em Serviços de Assistência à Saúde (SAS), é aproximar da compreensão do sujeito histórico, no processo saúde/doença, que traz carga histórica e cultural, política e ideológica que não pode ser contida em dados meramente estatísticos; os sujeitos são gente, em determinada condição social ou classe, com suas crenças, valores e significados (MINAYO, 1999), e a busca da compreensão desse universo subjetivo levou-nos à decisão da adoção do percurso metodológico, aqui, estabelecido.

4.1 Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital geral de grande porte, público, de Goiânia-GO. Conta com nove (09) unidades de internação e presta assistência em várias especialidades médicas. Além do atendimento à comunidade local, é pólo de deslocamento de assistência das regiões norte e nordeste do país. Constitui campo de estágio, de formação acadêmica e de nível técnico, em várias áreas do

conhecimento. Possui Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e Comissão de Educação Continuada (CEC), em atividade.

A decisão em proceder a pesquisa, neste SAS, se deu por termos vínculo empregatício com o mesmo há 10 anos, e vivenciarmos a prática assistencial de enfermagem, imersão esta, entendida por nós, necessária para compreender como ocorre o processo da temática, aqui proposta. Ainda, ponderamos que por se tratar de um serviço, por excelência, formador de profissionais da saúde, apresenta uma responsabilidade subjetiva na vida desses futuros trabalhadores. Esta responsabilidade é expressa pela prática cotidiana dos funcionários em atividade, e deve estar articulada de modo coerente com as medidas de prevenção e controle de infecção em Serviços de Assistência à Saúde, pois partimos do princípio que a prática da vida acadêmica, desenvolvida nos campos de estágio, é fundamental para a compreensão da teoria, e representa vivenciar a outra face da aprendizagem, por vezes mais significativa, por aproximar o aluno da realidade.

4.2 Caracterização dos sujeitos

A população do estudo foi constituída por enfermeiros. Os elegemos como sujeitos por compreendermos que representam, no contexto assistencial, um profissional diferenciado nas relações inter-pessoais. Constituem o elo na própria equipe e na equipe multidisciplinar. Entendemos que, são mediadores para a efetivação da implementação das medidas de prevenção e controle das infecções em SAS no processo laboral.

Além disso, integram a equipe que permanece 24 horas ininterruptas com assistência direta ao paciente, vivenciando os conflitos de diversas origens, onde

suas práticas se revertem efetivamente em benefícios ou danos, tanto para a própria equipe quanto para o paciente. Ainda, compõem o grupo no qual o maior número de injúria percutânea é reportada (PERRY; PARKER; JAGGER, 2002), dentre outros tipos de exposições ocupacionais. Dialogar como se dá a compreensão das medidas de precauções padrão por estes profissionais traduz-se, em uma contribuição significativa para a transformação da prática cotidiana.

Como critérios de inclusão, estabelecemos que os sujeitos deveriam ter tempo igual ou superior a um (1) ano de exercício profissional; estar em atividade assistencial direta ao paciente ou pertencer aos setores responsáveis pelas práticas da higienização hospitalar; reprocessamento de roupa e materiais odonto-médico-hospitalares e concordar formalmente em participar do estudo. Consideramos que tais sujeitos têm uma vivência cotidiana intensa relacionada à temática aqui abordada, e entendemos que nos darão elementos capazes de melhor elucidar as exigências críticas para a prevenção e o controle das infecções em SAS, de maneira particular intra-hospitalar.

Para a organização e desenvolvimento da coleta de dados, levantamos previamente junto à Divisão de Enfermagem do Hospital (Apêndice A) a relação dos enfermeiros, em exercício, com seus respectivos setores de atuação.

Foram eleitos 90 enfermeiros, destes participaram do estudo 82. Devido à sobrecarga de trabalho diária não foi possível a participação de três (03) sujeitos, por não disponibilizarem tempo, embora tivessem expressado desejo em integrar o grupo de pesquisados. Três (03) enfermeiros recusaram-se a participar e dois (02) encontravam-se em licença.

4.3 Aspectos éticos da pesquisa

Para o desenvolvimento da investigação foram cumpridas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos, conforme a resolução Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL. MS, 1996). Assim, o estudo foi submetido à apreciação e aprovação do comitê de ética em pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia-GO (Anexo A).

A participação dos sujeitos se deu após a abordagem individual e esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo, e em que consistia a participação objetiva dos mesmos. Também foi entregue, no momento da entrevista, o termo de consentimento livre e esclarecido, para leitura e anuência formal do aceite, o qual descreve a proposta do estudo, bem como dá ciência sobre a participação livre e voluntária dos sujeitos (Apêndice B). O documento foi impresso em duas vias, permanecendo uma conosco e a outra com o sujeito.

4.4 Procedimentos e técnicas da coleta de dados

Utilizamos como métodos para a coleta de dados a entrevista com a utilização de um roteiro semi-estruturado (Apêndice C), que na primeira parte apresentava questões relacionadas à caracterização sócio-demográfica dos sujeitos. Na seqüência, continha as questões norteadoras para a coleta dos incidentes críticos, conforme proposta por Flanagan (1973).

Utilizamos para a coleta de dados a técnica do incidente crítico (TIC). Compreende-se por incidente crítico as situações, particularmente relevantes, observadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados, que podem apresentar polaridade positiva ou negativa, conforme conseqüências extraídas ou objetivos dos mesmos (DELA COLETA, 1974). Decidimos pela TIC por ser um recurso

metodológico de auto-relato, que permite a projeção do narrador, a subjetividade de sua visão de mundo: preocupações, valores, crenças, etc. Possibilita a observação direta do comportamento humano de modo a facilitar a sua utilização potencial na solução de problemas práticos (FLANAGAN, 1973).

O principal objetivo da TIC é levantar as exigências críticas, que são evidenciadas pelos comportamentos críticos, adotados diante da situação, que fizeram a diferença na vivência específica. Para a utilização da TIC percorremos os passos sugeridos por Dela Coleta (1974), Dela Coleta e Dela Coleta (2004).

O instrumento foi avaliado por juizes com domínio da temática e dos procedimentos metodológicos, com a finalidade de confirmar a sua coerência e objetividade, após o que procedemos o pré-teste com oito enfermeiros, para determinar a sua efetiva utilidade na geração das informações desejadas, conforme o objetivo proposto (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para a coleta dos incidentes críticos, inicialmente, esclarecemos em que consistia a técnica, considerando as observações de Estrela e Estrela (1994). Solicitamos que tentassem lembrar, a partir da experiência profissional, as situações assistenciais recentes nas quais utilizaram ou não as medidas de precauções padrão. Na seqüência, pedimos que fizessem o relato dessas vivências. No diálogo deixávamos claro que poderiam fazer quantos relatos quisessem e, assim como tinham a total liberdade para não relatar nenhum, se assim considerassem pertinente.

Ao término dos relatos pedimos que confirmassem a polaridade do incidente em positivo ou negativo, de acordo com a própria percepção. Salienta-se que as mesmas situações podem ser consideradas com atributo contrário por outros sujeitos, em função das conseqüências extraídas da experiência. Ainda, houve

situações que mesmo quando apresentávamos uma exemplificação de incidente crítico, não foi possível o relato, e para estes sujeitos nos restringimos à primeira parte do roteiro de entrevista.

A aplicação dos instrumentos aos sujeitos foi realizada na própria unidade de lotação, durante o turno de trabalho, após a abordagem individualizada e esclarecimentos sobre a pesquisa, estabelecendo em comum acordo o melhor momento, conforme a disponibilidade do participante. Para um dos sujeitos a aplicação foi desenvolvida em outro local, por solicitação do mesmo.

O registro da entrevista foi realizado por transcrição à medida do desenvolvimento do diálogo. Ao final, procedemos a leitura dos relatos para que os entrevistados tomassem ciência e os confirmassem ou alterassem conforme as suas compreensões e conveniências.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a julho de 2004. A duração média das entrevistas foi de 40 minutos. Ao término da entrevista dialogávamos com os respondentes, estabelecendo que gostaríamos de continuar contando com a participação dos mesmos, caso fosse necessário complementar ou esclarecer algum dado.

À medida da aplicação dos instrumentos, tivemos o zelo de transcrevê-los para o banco de dados, momento no qual os incidentes críticos relatados foram estruturados conforme os componentes que os integram. Isso possibilitou a fidedignidade dos dados e o retorno aos sujeitos, caso necessário.

Os incidentes críticos coletados foram avaliados por outro pesquisador com a finalidade de validar a presença dos elementos, que caracterizam o incidente crítico: situação, comportamentos e conseqüências, momento no qual foram excluídos seis (06) relatos. Após a validação, obtivemos 139 incidentes críticos.

4.5 Organização e tratamento dos dados

Os dados quantitativos levantados das questões de caracterização sócio-demográficas dos entrevistados foram processados pelo Programa *SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows)*, que permitiu a análise pela estatística descritiva.

Para os relatos dos incidentes críticos utilizamos a análise de conteúdo em conformidade com a técnica dos incidentes críticos descrita por Dela Coleta (1974), Dela coleta e Dela Coleta (2004). Como referencial teórico, adotamos o Modelo de Crenças em Saúde proposto por Rosenstock (1974) e as precauções padrão (GARNER, 1996).

Inicialmente, os 139 incidentes críticos foram distribuídos de acordo com a polaridade positiva ou negativa referida pelos sujeitos. Na seqüência, procedemos o agrupamento das falas a partir dos elementos constitutivos do incidente crítico e procedemos a mensuração quantitativa.

Passamos à leitura flutuante, a fim de apreender as significações sob o olhar das dimensões do modelo de crenças em saúde (MCS): suscetibilidade percebida, severidade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas (Rosenstock, 1974), que foram estabelecidas previamente como categorias temáticas de análise.

Após as exaustivas leituras, fomos alocando as falas dos sujeitos às categorias analíticas previamente definidas das dimensões do MCS, mantendo a estrutura dos componentes do incidente crítico, conforme sentidos emergidos.

A definição final e alocação das falas foi um desafio frente ao tênue limite entre as dimensões. Assim, os relatos apresentados nos resultados e discussão foram selecionados, tendo-se por critério aqueles que melhor caracterizavam a categoria de análise e foram identificados com a letra E (Enfermeiro), e seqüente

numeração e símbolo positivo (+) e negativo (-), estes referindo-se à ordem da realização das entrevistas e à polaridade referida dos incidentes críticos relatados. Foi procedido o ajuste semântico, quando necessário, para melhor compreensão das declarações.

Optamos por discorrer integralmente sobre cada temática emergida dentro das categorias analíticas previamente definidas, o que nos permitiu identificar e compreender a adesão dos enfermeiros às precauções padrão. Estes resultados serão apresentados na seguinte estruturação:

- ▶ A adesão dos enfermeiros às precauções padrão sob o olhar do modelo de crenças em saúde.
 - ✓ A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e a suscetibilidade percebida;
 - ✓ A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e a severidade percebida;
 - ✓ A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e os benefícios percebidos;
 - ✓ A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e as barreiras percebidas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Os sujeitos do estudo

Participaram do estudo 82 (91,1%) enfermeiros, sendo que 66 (80,5%), exerciam atividades de supervisão de turno e 16 (19,5%), gerência do serviço de enfermagem. Foram excluídos da amostra oito (8,9%) profissionais por estarem de licença, férias, por indisponibilidade de tempo para a entrevista e recusa em participar da investigação.

A faixa etária dos sujeitos foi de 27 a 65 anos de idade, com a média de idade 39,6 anos. A maioria foi do sexo feminino (90,2%). O tempo de exercício profissional variou de um (01) a 30 anos, sendo que 59 (72,0%) têm entre um (01) e 14 anos de exercício profissional (média: 8 anos). A tabela 1 (p.66) apresenta os dados de caracterização dos sujeitos.

Ao serem questionados quanto à existência de disciplina curricular, no momento da formação acadêmica, sobre as medidas de prevenção e controle de infecção em Serviços de Assistência à Saúde (SAS), a maioria referiu que não. Somente oito (9,8%) declaram que sim.

A abordagem das medidas de precauções padrão (PP) e biossegurança não se constituiu uma prioridade na formação acadêmica dos sujeitos, desse estudo, onde avaliaram como suficiente para a prática profissional em 28 (34,1%) e 21 (25,6%), sucessivamente. Acreditamos que, em parte, isto está relacionado ao tempo variável de formação, onde 63,4% concluíram a graduação, em período anterior a 1996.

Melo et al. (2004a) em estudo com alunos do último ano da formação de quatro (04) Faculdades de Enfermagem de Goiás, verificou que a abordagem das medidas de prevenção e controle ocorre em associação a outras temáticas, especialmente, àquelas de formação técnica.

Tabela 1 – Dados de caracterização dos enfermeiros de um hospital geral público de grande porte (N-82), Goiânia-GO, 2004

VARIÁVEIS	FREQÜÊNCIA	%
- Sexo		
Feminino	74	90,2
Masculino	08	9,8
- Idade		
27 – 32	10	12,2
32 – 37	20	24,4
37 – 42	27	32,9
42 – 47	12	14,6
47 – 52	05	6,1
52 – 57	05	6,1
57 – 65	03	3,7
- Tempo de exercício profissional		
01 – 05	14	17,1
05 – 10	16	19,5
10 – 15	29	35,4
15 – 20	12	14,6
20 – 25	06	7,3
25 – 30	05	6,1
- Razão social das instituições de ensino superior nas quais realizaram a graduação		
Direito Público	49	59,8
Direito Privado/Filantrópico	33	40,2
- Disciplina específica, na graduação, de prevenção e controle de infecção em Serviço de Assistência à Saúde		
Sim	08	9,8
Não	74	90,2
- Abordagem das medidas de precauções padrão, nas disciplinas da graduação		
Sim. Suficiente	28	34,1
Sim. Insuficiente	41	50,0
Não	13	15,9
- Abordagem sobre medidas de biossegurança nas disciplinas da graduação		
Sim. Suficiente	21	25,6
Sim. Insuficiente	29	35,4
Não	32	39,0
- Realizou cursos em nível de pós-graduação		
Não	19	23,2
Lato Sensu	57	69,5
Stricto Sensu	06	7,3
- Recebeu orientação sobre as precauções padrão no atual Serviço de Assistência de Saúde		
Sim	37	45,1
Não	45	54,9

As temáticas enfocadas, hoje, nas PP e biossegurança, começaram a ser discutidas a partir da década de 80, num primeiro momento pelo guia de 1983, e posteriormente, quando foram instituídas as precauções universais (PU), atualizadas em 1996, para melhor se adequarem às exigências enquanto sistema de precauções e isolamento; passando a serem denominadas de PP, sintetizando as recomendações das PU e Isolamento de Substâncias Corpóreas (GARNER, 1996).

Tipple et al. (2003), referem que, não tem sido uma prioridade na formação acadêmica dos profissionais, o desenvolvimento de competências esperadas, para a prevenção e controle das infecções relacionadas aos SAS (IRSAS), e que essa abordagem deve ser realizada como fundamento das práticas trabalhadas. Pontuam que, o assunto, até então, representa uma inovação. Entretanto, entendem que existe uma indissociabilidade entre estas práticas e o exercício profissional da assistência à saúde. Assim, é premente, por parte, das Instituições de Ensino Superior viabilizar efetivamente a integração das disciplinas curriculares a essas temáticas.

Em contraposição aos autores acima citados, Cardoso e Silva (2004), após o estudo realizado em um hospital universitário, sobre o a percepção do enfermeiro sobre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, inferem, a partir dos achados, que os órgãos formadores estão preocupados em oferecer disciplinas acerca da infecção hospitalar, contribuindo com a inserção destes profissionais à realidade do mercado de trabalho. Todavia, novos investimentos devem ser empreendidos para aprimorar e ampliar este conhecimento.

Acreditamos que, a formação acadêmica é o momento de introdução da compreensão de que o controle e prevenção das IRSAS são de responsabilidade coletiva, não de grupos específicos. Do contrário, continuaremos a verificar que a

preocupação/reflexão dos profissionais permanecerão em planos extremamente abstratos, reflexo da construção de um saber fragmentado e de paradigmas, que precisam ser transpostos.

Azambuja, Pires e Vaz (2004, p.84) citam que “o conhecimento repassado, produzido na academia tende a ser aplicado, reproduzido pelo trabalhador, quando inserido no mercado de trabalho”. Refletimos que, o acadêmico ao egressar deve ter construído a compreensão dos aspectos teóricos e práticos do controle e prevenção das IRSAS; pois constituirão elementos de uma atuação profissional coerente, com foco na proteção pessoal e coletiva.

Quanto à formação em nível de pós-graduação 63 (76,9%), declararam que fizeram, e o número de cursos variou de um (01) a sete (07). Dentre estes sujeitos, um (1,2%) tem mestrado em Ciências da Religião; cinco (6,1%) estão cursando o mestrado nas seguintes áreas: Ciências da Religião, Cuidar em Enfermagem e em Gestão de Serviços de Saúde. Observa-se que, um percentual considerável de enfermeiros tem buscado o aprimoramento, sobretudo, após o ano de 2000, além de constituir uma exigência da sociedade pós-moderna, trata-se da necessidade de crescimento profissional e acesso facilitado aos cursos de pós-graduação.

Hoje, não há como permanecer num plano de inércia, visto que a dinâmica social impõe o desafio à mudança. Entendemos que a qualidade da mudança está, proporcionalmente, relacionada ao que o sujeito do processo permite. Assim, necessário se faz que tenhamos um posicionamento crítico frente à vida, para que não sejamos absorvidos por correntes, que nos desviam da nossa essência humana, que infelizmente tem sido uma tendência.

Relacionado com o nosso objeto de estudo, na aplicação do referencial teórico de Rosenstock (1974a), o modelo de crenças em saúde, ponderamos que o

grau de escolaridade, associado a outras variáveis, pode atuar como fator facilitador, para a adesão às precauções padrão, bem como, para atualização e melhoria de outras práticas da assistência de enfermagem. A capacitação e o aprimoramento profissional fazem com que novos horizontes sejam visualizados com aproximação da prática. Constitui um dever dos SAS prestarem assistência segura e livre de riscos passíveis de prevenção; e compete à equipe de enfermagem contribuir com este processo, na especificidade do cuidado.

Erdmann e Lentz (2004, p.38) referem que “desenvolver conhecimentos é uma responsabilidade profissional necessária para o incremento de melhorias na qualidade da assistência prestada”, e faz com que o serviço de saúde mantenha eficiência, eficácia, aceitabilidade e legitimidade, construindo uma história ética e moral. Assim, a excelência na assistência estará centrada no respeito à dignidade humana, que fomentará o reconhecimento e valorização das profissões, pela sociedade.

Concernente à participação dos enfermeiros em atividades de educação intra-institucionais sobre as PP, verificamos que 54,9% dos sujeitos disseram que não. Em se tratando de uma temática de tamanha relevância na qualidade da assistência, julgamos ser este um ponto crítico, sobretudo se pontuarmos que durante a vida acadêmica a abordagem das disciplinas curriculares, para 65,9% dos sujeitos, não oportunizou essa construção, e que o serviço também não o faz. Portanto, o conhecimento fica à mercê da iniciativa do profissional. Conseqüentemente, teremos a exposição do profissional, dos pares e da clientela, com todos os níveis de acometimentos que o desconhecimento de tais práticas geram.

As atividades de educação permanente e continuada são apontadas como um dos pontos chaves, para a implementação efetiva das medidas, que visam prevenção e controle das infecções em SAS, incluindo as PP, com impactos importantes no que se refere à adesão dos profissionais (BREVIDELLI, 2003; MACCOY et al., 2001; ROSENTHAL; GUZMAN; SAFDAR, 2004), visto constituírem momentos que favorecem a reflexão, para o cotidiano.

As práticas em saúde requerem ações educativas, pois, além dos processos de intervenções na doença, aspecto este já valorizado pelo modelo biomédico, compreende os processos de intervenção, para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios, para a manutenção e/ou recuperação do estado de saúde (PEREIRA, 2003). Assim, entendemos que as PP são práticas, que precisam ser discutidas, refletidas e contextualizadas com o objetivo de cumprirem as função de proteção, manutenção e recuperação da saúde.

Os dados acima socializados apresentam o perfil da nossa amostra, com pontuais reflexões. Formam o grupo de sujeitos que nos emprestaram suas percepções de ser e estar no exercício profissional, e a adesão às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde, que serão então compartilhadas.

5.2 A adesão dos enfermeiros às precauções padrão sob o olhar do modelo de crenças em saúde

Para adentrarmos no universo subjetivo dos sujeitos e desvelarmos aspectos da adesão às precauções padrão, optamos por trabalhar com a técnica do incidente crítico (TIC). Conforme prevíamos, os entrevistados, em sua maioria, conduzidos por duas questões norteadoras com referências positiva e negativa, fizeram os relatos das vivências cotidianas, que nos permitiu resgatar as práticas relacionadas às

precauções padrão. A TIC deu ao pesquisador e sujeitos uma liberdade na inter-relação, permitindo que situações narradas surgissem com espontaneidade, trazendo de fato elementos significativos.

Ressaltamos que, embora fizéssemos parte da equipe de trabalho dos entrevistados, isto não constituiu elemento de impedimento ou constrangimento. Pelo contrário, proporcionou-nos instantes de partilha e diálogo, muito ricos. Durante as entrevistas, percebemos empenho e desprendimento dos entrevistados em participar da pesquisa. Foram momentos que, apesar da sobrecarga diária de trabalho, permitiram aos sujeitos exteriorizar vivências, que os angustiaram, os alegraram e os marcaram, por algum motivo. Por vezes, também, se divertiram com os próprios relatos, considerando-os hilários, apesar de trágicos, quando consideradas as possíveis conseqüências.

Das 82 entrevistas realizadas, obtivemos 139 incidentes críticos. Evidenciamos 66 situações positivas e 73 negativas; 176 comportamentos positivos e 145 negativos; e 141 conseqüências positivas e 146 negativas, conforme tabela abaixo.

Tabela 2 – Apresentação dos incidentes críticos positivos (+) e negativos (-) relatados pelos enfermeiros, conforme os elementos que os compõem, Goiânia-GO, 2004

INCIDENTES CRÍTICOS	(+)	%	(-)	%	Total	%
- Situações	66	47,5	73	52,5	139	100
- Comportamentos	176	54,8	145	45,2	321	100
- Conseqüências	141	49,1	146	50,9	287	100

Contatamos que os incidentes críticos negativos e positivos narrados foram relativamente proporcionais em comparação com outros estudos realizados por enfermeiros, com a utilização da TIC, onde se verificaram proporções aproximadas de um quarto de positivos para três quartos negativos (SOUZA, 2001), um terço de

positivos para dois terços de negativos (BERTAZONE, 2003; CHIANCE, 1992; GALERA, 1994; HAYASHIDA, 1997; MIELO, 2001; NOGUEIRA, 1988; RAVAGNANI, 1991).

Os incidentes críticos relatados, independente da polaridade referida, apresentaram várias vivências da assistência de enfermagem. Prevaleram as que denotavam exposição ocupacional do profissional da área da saúde (PAS). Permitiram apreender dos sujeitos a compreensão de precauções padrão, como medidas de proteção para o profissional.

Em estudo desenvolvido por Melo et al. (2004b), com estes mesmos sujeitos sobre a compreensão das precauções padrão evidenciou que são medidas de proteção: no atendimento a todos os pacientes, independente do diagnóstico; no atendimento aos pacientes sabidamente infectados; para o profissional; para o paciente e profissional; precauções padrão enquanto cuidado e precauções como o uso de equipamentos de proteção individual (EPI). Sinalizou níveis de adequação pró-ativos à implementação das mesmas, ao cotidiano. Entretanto, foram observadas percepções reducionistas e até distorcidas da abrangência, o que coloca vulnerável a função social de tais medidas. Isto é preocupante.

Acreditamos que, os dados, ora apresentados, resgataram da subjetividade dos sujeitos, talvez em planos de processos mentais não controlados, a representação que as PP têm efetivamente em suas vidas. Embora entendamos que a adesão às precauções padrão transite por outras variáveis, que não somente relacionadas ao indivíduo, formalmente buscamos entendê-la no/e pelo sujeito, o que nos possibilitou acessar as demais variáveis, visto terem sido referidas, pois estão indissociadas.

Verificamos que, dos 139 (100%), incidentes críticos relatados, 131(94,2%) situações evidenciaram práticas que remetiam às dimensões do modelo de crenças em saúde, segundo Rosenstock (1974a), e estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Apresentação do número de situações, relatadas pelos enfermeiros, de acordo com as dimensões do modelo de crenças em saúde, conforme a polaridade referida, Goiânia, 2004

Situações dos incidentes críticos (N=131)	Polaridade referida			
	(-)	%	(+)	%
- Suscetibilidade percebida	40	30,5	34	26,0
- Severidade percebida	00	-	00	-
- Benefícios percebidos	01	0,8	16	12,2
- Barreiras percebidas	29	22,1	11	8,4
- Total	70	53,4	61	46,6

Dos incidentes críticos relatados, 74 (56,5%) situações eram relacionadas à suscetibilidade percebida, 17 (13,0%) aos benefícios percebidos e 40 (30,5%) às barreiras percebidas. As demais, 08 situações (5,8%), referiam-se a vivências, que classificamos em acidentes ocupacionais, visto ocorrerem em circunstâncias, que não obstante a adoção das precauções padrão, culminaram com a exposição do profissional a materiais biológicos. Não foram encontradas situações que sugestionassem a severidade percebida.

O comportamento em saúde, para o nosso objeto de estudo a adesão às precauções padrão, está condicionado as quatro dimensões do MCS, havendo a mediação dos estímulos para ação e fatores modificadores. Partindo da premissa das dimensões, isoladamente, desconsiderando os fatores modificadores, teríamos condições de avaliar uma provável tomada e modalidade de ação. Segundo Rosenstock (1974a), há uma forte correlação de tomada de decisão para a ação na associação das dimensões suscetibilidade percebida e severidade percebida, mas a

modalidade da ação é, concretamente, provável a depender da relação inferida pelo sujeito entre a barreira e benefícios percebidos.

Os dados apresentados na tabela 3 (p.74) revelam que não houve indicadores da severidade percebida. A suscetibilidade percebida sugere que há uma provável tomada de decisão pró-ativa à adesão às PP. Entretanto, a modalidade de ação não é animadora, pois a relação entre barreiras e benefícios nos aponta que os sujeitos tenderão a não aderir às PP; a não ser que os fatores modificadores (sexo, idade, tempo de exercício profissional, pressão do grupo, etc.) tenham sentido de força positiva, de grande impacto.

Para melhor compreender a adesão dos enfermeiros às PP, passaremos a discutir em separado, a partir dos relatos em cada dimensão do MCS. Esclarecemos que os diálogos, que estabelecemos com os sujeitos para a análise, se deram independente da polaridade referida ou do componente do incidente crítico.

5.2.1 A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e a suscetibilidade percebida

Garner (1996) dispõe sobre a estratégia primária de prevenção e controle de infecção relacionada aos Serviços de Assistência à Saúde, as precauções padrão. Compreendê-las e adequá-las eficazmente à prática da assistência é imprescindível. Garantem, quando pontualmente implementadas, proteção a pacientes e profissionais com benefícios extensivos à coletividade.

Embora comprovada a validade de tais medidas, sabemos que a adesão dos profissionais à recomendação é insatisfatória. A baixa adesão ao uso das barreiras protetoras, está associada a vários fatores: a falta de disponibilidade dos EPI, trazem desconfortos físicos, atendimento em situação de urgência/emergência,

interferência no desempenho técnico (FERGUSON et al., 2004; LYMER; RICHT; ISAKSSON, 2004; PHIPPS et al., 2002; STEIN et al., 2003), a sobrecarga de trabalho, e assim a falta de tempo (FERGUSON et al., 2004; KNIGHT; BODSWORTH, 1998;), interferência no relacionamento com o paciente, falta de conhecimento (WANG et al., 2003), esquecimento (REIS; GIR; CANINI, 2004; CLARKE et al., 2002; GERSHON et al. 1995), fatores individuais (VAUGHN et al., 2004) entre outros. Brevidelli (2003) ao realizar um resgate histórico dos estudos referentes aos níveis de adesão à utilização de barreiras protetoras e à lavagem das mãos, constatou índices que variaram entre 0% a 100%.

Além dos trabalhos com enfoque específico da adesão profissional, a baixa adesão pode ser verificada nas investigações relacionadas às taxas de acidentes ocupacionais e infecções hospitalares; nas quatro principais topografias: corrente sanguínea, sítio cirúrgico, sistemas urinário e respiratório.

Canini et al (2002), verificaram que, no ano de 1998, os acidentes com perfurocortante representaram 31,40% dos acidentes notificados ao SESMT; a maioria ocorreu entre os trabalhadores da enfermagem; 21,27% dos acidentes foram ocasionados por não adesão às PP. Phipps et al (2002), referem que a injúria em maior frequência referida foi com as agulhas (92,0%), que ocorreram, principalmente, quando do reencape e desconexão da agulha da seringa, antes do descarte.

Kermode et al (2005), referem que de acordo com os dados da organização mundial de saúde, entre os 35 milhões de PAS, aproximadamente, três milhões/ano são expostos a patógenos veiculados pelo sangue (2 milhões ao HVB, 900 mil ao HCV e 300 mil ao HIV), por meio de injúrias percutâneas, que podem representar altas taxas de soroconversão, a maioria (90,0%) prevenível.

As taxas das IRSAS por topografias variam de acordo com: a especificidade do atendimento, características da clientela atendida, tipo de serviços oferecidos e a tecnologia utilizada na assistência ao paciente. Em geral, temos as infecções do trato urinário, respondendo por, aproximadamente, 35% das infecções reportadas (TURRINI, 2003), seguidas das pneumonias, 15% a 27% com alta letalidade (20% a 33%), representando 60% dos óbitos associados às IRSAS (CAVALCANTE; FERNANDES, 2003). As infecções de sítio cirúrgico respondem por 20%, e as de corrente sanguínea por 15% (BURKE, 2003).

Turrini (2002) ao descrever as IRSAS, em hospital pediátrico, ocorridas nos quinze dias que antecederam ao óbito e sua relação com o evento fatal, verificou que as infecções por topografia foram 29 (32,2%) do trato respiratório (pneumonias), 27 (30,0%) de corrente sangüínea, nove (10,0%) urinárias, nove (10,0%) gastrointestinais, sete (7,8%) de pele e tecidos moles, três (3,3%) de sítio cirúrgico e seis (6,7%) outras. As três primeiras topografias responderam por 72,2% das infecções.

Embora saibamos que, existem vários fatores intervenientes na ocorrência das IRSAS, estes índices podem refletir práticas pouco assertivas relacionadas a situações passíveis de intervenção, prevenção e controle.

A suscetibilidade percebida, variável do nosso referencial teórico MCS, é um dos preditores para a adesão às PP. Refere-se às crenças do indivíduo frente à situação de ameaça à sua saúde/vida, diante da qual pode: negar enfaticamente a possibilidade de vir a contrair tal agravo; pensá-la como uma possibilidade estatística, porém, não factível; ou, por fim, pode expressar sentimento que ele está em uma real condição de ameaça. Trata-se, portanto, da percepção subjetiva do risco.

No cotidiano da assistência, permanentemente, os profissionais estão inseridos em um contexto que os coloca frente a vários desafios, dentre os quais a exposição individual e coletiva às infecções por patógenos de fontes conhecidas ou não. Na vivência com tais condições, vêm-se obrigados a tomarem uma decisão no plano individual ou coletivo, que tanto poderá ser ferramenta de proteção quanto de exposição.

A tomada de decisão está na dependência do nível de suscetibilidade que o sujeito em questão se encontra. A partir dos relatos, pudemos verificar que existem aqueles que nas circunstâncias relatadas, negaram situações de ameaças; outros, apresentaram moderada percepção da suscetibilidade, aqui considerados aqueles que aceitaram a possibilidade estatística, da ameaça, e, assim, foram capazes de aderir a pelo menos uma das medidas recomendadas pelas PP no enfrentamento concreto da ameaça. Houve aqueles que tiveram a percepção real da ameaça, portanto, adotaram as medidas cabíveis nas situações específicas. A distribuição das situações dos incidentes, conforme explicitamos, encontra-se na tabela abaixo.

Tabela 4 – Distribuição das situações relacionadas às precauções padrão, relatadas pelos enfermeiros, de acordo com os níveis de suscetibilidade percebida, e polaridade referida do incidente crítico, Goiânia, 2004

Precauções Padrão (N=74)	Negação da suscetibilidade				Moderada percepção da suscetibilidade				Alta percepção da suscetibilidade			
	IC (-)		IC (+)		IC (-)		IC (+)		IC (-)		IC (+)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
- Uso de barreiras protetoras	17	22,9	09	12,1	10	13,5	11	14,8	01	1,4	00	-
- Manuseio de perfurocortante	01	1,4	01	1,4	01	1,4	02	2,7	00	-	00	-
- Atendimento ao paciente PPIE*.	01	1,4	00	-	01	1,4	01	1,4	01	1,4	09	12,1
- Outras	02	2,7	01	1,3	01	1,3	00	-	04	5,4	00	-
Total	21	28,4	11	14,8	13	17,6	14	18,9	06	8,2	09	12,1

* PPIE: portador de patógenos de importância epidemiológica.

A suscetibilidade percebida como negação da ameaça, e assim, o desuso das PP, foi evidenciado em 32 situações (43,2%) relatadas, sendo 21 (65,6%) dos incidentes críticos negativos e 11 (34,4%) dos positivos. A maioria desses incidentes finalizou com a exposição percutânea, pele ou mucosas do profissional. A objetiva exposição dos profissionais se deu pela não adesão, ou adesão parcial tanto ao uso de barreiras quanto à observação das práticas recomendadas no manuseio de perfurocortantes. Portanto, foram passíveis de prevenção.

A caracterização dos relatos de polaridade referida negativa ou positiva não apresentou diferença quanto à temática abordada pelos sujeitos. O diferencial esteve na percepção do aprendizado expresso nas conseqüências. Para aprofundarmos, a partir dos relatos, os níveis de suscetibilidade percebida passaremos a discuti-los, na seqüência.

5.2.1.1 A não adesão às precauções padrão e a negação da suscetibilidade percebida

As precauções padrão são um conjunto de medidas de proteção, tanto do profissional quanto do paciente. Incluem, a higienização das mãos, o uso de barreiras (luvas, máscara, gorro, óculos, avental), manuseio de perfurocortantes, recomendações direcionadas para o reprocessamento de artigos, superfícies e roupas, o gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde e acomodação em quarto privativo dos pacientes com condição, e características que representam fator dificultador na prevenção e controle das infecções relacionadas aos Serviços de Assistência à Saúde (GARNER, 1996).

Das 74 situações relatadas que evidenciaram a percepção da suscetibilidade 32 (43,2%) foram sugestivas de negação do risco frente à execução dos

procedimentos, nos quais havia uma antecipação de provável exposição a material biológico (sangue, secreções, excreções, etc.).

A concretização da exposição representou a vivência do que não era sequer imaginado, e isto pode ser verificado, quando o uso de barreiras foi negligenciado, e não foi observada a devida atenção no manuseio de perfurocortante e atendimento a paciente colonizado por MARSAs.

“[...] foi fazer um HGT! Não sei, o que aconteceu, que ela perfurou o dedo. Se ela estivesse de luva, não que fosse menos importante, mas teria minimizado a exposição. É acadêmica de enfermagem e está no 7º período, e não tomou a vacina para hepatite B. A luva traria uma precaução melhor”. (E65 -)

“Eu estava no PS trabalhando por 36 horas seguidas de plantão. Faltavam uns 15 minutos para terminar o meu plantão. O médico solicitou uma glicemia capilar do paciente. Aí, eu fui lá correndo fazer. Além de tudo, eu tinha discutido com uma funcionária, estava nervosa e sem luvas. Ao terminar a punção fui e reencepei a agulha pela técnica de pescagem e apertei a tampa na agulha, e ela transfixou a capa e perfurou o meu dedo”. (E15+)

“[...] Fui fazer um HGT sem luva e furei o meu dedo. A paciente tinha internado a pouco mais de 4 h, não tinha exames. Mais tarde, a paciente foi a óbito”. (E37+)

As três situações, acima, apresentadas dizem respeito a um procedimento técnico de punção digital realizado com muita freqüência, no dia-a-dia da assistência hospitalar, pela equipe de enfermagem, aparentando algo simples de executar, dando a falsa impressão que não oferece risco. Assim, medidas que minimizem tal condição podem ser negligenciadas, e tornando-se um aspecto crítico, pois verificamos que todas finalizaram em injúrias percutâneas.

Nos trabalhos realizados por Souza (1999) e Souza (2001), avaliando as situações de risco biológico evidenciaram que tal procedimento foi significativo na ocorrência de injúrias percutâneas, para a equipe de enfermagem. Tal constatação foi evidenciada por Coelho Junior, Nascimento e Farias (2000). Os autores referem

que, a complexidade não aparente da técnica leva à inobservância de práticas seguras.

As luvas são equipamentos de proteção individual e coletiva. Inicialmente, foram pensadas pelo Dr. Halstead, em 1989, para proteger as mãos de uma enfermeira, que era instrumentadora e apresentava alergia nas mãos. Posteriormente, foi incorporada à prática assistencial na perspectiva de proteção do paciente (RIBEIRO; CAMARGO, 1997). Com o despertar para os riscos dos PAS, passaram a compor o grupo de barreiras, para prevenção do PAS na exposição a material biológico.

A ênfase dada às luvas, como equipamento de proteção individual (EPI), se deu na década de 80. Entretanto, após duas décadas, ainda, temos dificuldades de incorporá-las à prática. São referidas como a barreira de proteção com melhor aceitação pelos PAS, e pensamos que a não adesão está ligada à percepção subjetiva relacionada, provavelmente, ao desempenho técnico, como é reportado em estudos (FERGUSON et al., 2004; GODIN et al., 2000; LYMER; RICHT; ISAKSSON, 2004; PHIPPS et al., 2002).

O perfil da profissional do primeiro relato (E65-), membro da equipe de enfermagem, transparece a evidente negação da ameaça, sobretudo, quando considerado que está em período de capacitação profissional, com pouco tempo para a conclusão da graduação e ainda não aderiu a uma importante medida de prevenção de doenças: a vacina para hepatite B; está lotada em unidade de atendimento de urgência/emergência e adota práticas inseguras.

O comportamento pode ser explicado pela negação da suscetibilidade, provavelmente, associada a variáveis psicossociais e à organização do trabalho. Reiteramos a nossa preocupação com a formação profissional dissociada da

construção de competências, para o controle e prevenção das IRSAS, compreensão esta compartilhada por vários pesquisadores (AZAMBUJA; PIRES; VAZ, 2004; GIR et al., 2004; SHIMIZU; RIBEIRO, 2002; TIPPLE et al., 2003)

No terceiro relato (E15-), podemos observar uma seqüência de fatos que associados à percepção de negação da suscetibilidade culminaram com o acidente com material perfurocortante. A profissional refere que se encontrava em 36 horas consecutivas de trabalho, estava em final de turno de atividade, tinha discutido com uma funcionária, estava nervosa e foi apressada, não usou as luvas e reencapou a agulha.

A condição acima, exemplifica, o que Leape (1994), caracteriza como erro latente, ou seja, tudo concorreu para que tivesse a finalização observada. É da responsabilidade do SAS intervir nos processos assistenciais de forma a interromper a cadeia de prováveis raízes de erros, mediante ferramentas pontuais, sobretudo, em situação previsível. Como permitir, por exemplo, que o profissional esteja em regime de plantão por 36 horas consecutivas? Podemos afirmar que políticas direcionadas para a saúde do trabalhador não estão estabelecidas, e que PAS não dá a devida importância à sua qualidade de vida.

O não uso de barreiras protetoras, também, foi verificado em relatos de outros procedimentos da prática cotidiana da enfermagem que são: a punção venosa, manuseio de perfurocortante, administração de medicamentos e trabalho em equipe.

“Eu estava fazendo as medicações e fiz uma heparina... a agulha era fixa e eu fui reencapar... estava conversando com a paciente e continuei a conversar e a reencapar a agulha, olhando para a paciente e foi tufi... furei o meu dedo, profundo mesmo. Não estava de luva”. (E2 -)

“Numa punção venosa com abocath em adulto, que você acha que vai correr tudo certinho, e não aconteceu... e extravasou sangue para todo o lado.[...] sabe que não é correto, mas faz. Aqui, é um pequeno, é um pequeno que pode se tornar grande. No momento de retirar o mandril e conectar o equipo extravasou o sangue e sujou a minha mão. Eu não estava de luva”. (E49 -)

“Fui puncionar uma veia e não consegui puncionar da primeira vez e dependurei o scalp sem proteção. Não sei o que eu fiz, pois perfurei o meu dedo”. (E22 -)

“Eu fiz uma medicação IM, ao terminar fui descartar a seringa no lixo e a arremessei no balde e na mesma velocidade que ela foi ela voltou, como uma bola, e bateu no meu braço”. (E11+)

As Precauções Universais (PU) editadas em, 1987, pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), nas recomendações para prevenção de transmissão do HIV, em SAS já apresentavam claramente que todo o PAS deveria usar apropriadas barreiras protetoras, quando da exposição com sangue e fluidos corpóreos.

As luvas estavam indicadas no contato com: sangue, fluidos corpóreos, membrana mucosa ou pele com solução de continuidade de todos os pacientes, com artigos ou superfícies contaminadas com sangue ou fluidos corpóreos e para realização de punção venosa e/ou outros procedimentos de acesso vascular (CDC, 1987).

Relacionado ao manuseio de materiais perfurocortantes eram recomendados: não reencapar agulhas, não direcioná-las ou quebrá-las com as mãos e retirá-las das seringas. Após o uso deveriam ser descartadas em caixas de paredes rígidas, as quais deverão permanecer próximas aos locais de uso.

Vejamos que a recomendação do uso das luvas, para instalação de acesso vascular e manuseio de perfurocortante, bem como outras definições, quanto ao uso dos EPI não são novidades introduzidas com o guia de 1996. Ao sintetizar as

principais medidas das PU e Isolamento de Substâncias Corpóreas, somente as atualizaram naquilo que as evidências científicas sustentavam.

Garner (1996) coloca que três grandes razões justificam o uso das luvas. Primeiro: elas promovem barreira de proteção e prevenção de contaminação grosseira das mãos quando tocar sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, mucosas membranas e pele não íntegra; e reduzem o risco de exposição a patógenos veiculados pelo sangue. Segundo: reduzem a possibilidade de transmissão de patógenos das mãos do PAS, para o paciente durante procedimentos invasivos e/ou outros, que envolvam o contato com membrana mucosa e pele não intacta. Terceiro: reduzem a possibilidade de infecções cruzadas.

O Ministério da Saúde recomenda o uso rotineiro de barreiras de proteção, quando do contato mucocutâneo com materiais biológicos puder ser previsto. Nos procedimentos que envolvam o manuseio de perfurocortantes, o PAS deve ter a máxima atenção, jamais utilizar os dedos como anteparo durante a sua utilização (BRASIL. MS, 2004).

Podemos observar que, os sujeitos negam a suscetibilidade e por acréscimo não acreditam nos benefícios do uso de barreiras e demais recomendações relacionadas à seguridade ocupacional. Não conseguiram suplantar os obstáculos que dificultam a adoção de práticas seguras, por pensar, por exemplo, que tudo seria realizado sem intercorrências: *“você acha que vai correr tudo certinho” (E47-)*.

Souza (2001), desenvolveu um estudo com a mesma população deste estudo, e refere que, todos os enfermeiros da amostra (N=134), declararam que nas situações anteriormente referidas, o uso das luvas é recomendado. Embora, os

sujeitos não sejam, necessariamente, os mesmos, podemos inferir que nem sempre aquilo que é de domínio cognitivo se faz presente na prática assistencial.

Ennes (2002), ao avaliar o uso, desuso e uso inadequado dos EPI pela equipe de enfermagem, na prevenção de riscos ocupacionais, refere que as luvas foram as mais citadas entre as barreiras, e em observação participante constatou uso exagerado ou inadequado, e práticas inseguras em situações individualizadas ou fragmentadas do cotidiano de trabalho.

Um aspecto que surgiu nas falas dos sujeitos, relacionado ao não uso das barreiras, é a percepção de que a adoção das PP não se aplica a determinados procedimentos e situações, isto pode ser conferido nas falas a seguir:

“Fui fazer uma injeção intramuscular. Não estava de luva, porque não precisava, mas ao retirar a agulha houve um sangramento e automaticamente coloquei o dedo”. (E47 +)

“[...] Há ± 2 semanas chegou uma criança linda, maravilhosa, olhos azuis, bem cuidada... a mãe então! O funcionário do laboratório foi colher sangue e não conseguiu.[...] Aí, ele me chamou, e fiz três punções para conseguir colher o sangue. Estava sem luvas. Depois a mãe falou assim: gostaria de falar com o dr. fulano de tal porque eu sou HIV+ e...” (E34+)

“[...] a gente não toma cuidado com nenê prematuro... incrível... ninguém toma, é impressionante! A gente tem a ilusão que ele está tão examinado que não pensa que pode estar na janela imunológica. Fui puncionar a veia do bendito prematuro com scalp 27. Tentei uma vez e extravasou... [...] aí, não sei o que aconteceu, o que aprontei que furei meu dedo... quando fui virar o menino. “[...] Dessa vez não tinha a luva nem a bandeja”. (E31-)

“Quando eu peguei HBV eu tinha chegado na UTI e a traquéia estava cheia de água no circuito. Achei que era só água e não peguei luva. Aí, eu desconectei, e disse: só vou tirar a água e nisso o respirador ciclou. Veio a secreção pura mesmo e sujou a minha mão e respingou um pouco no unissex e no sapato”. (E52 -)

Notamos a crença que para alguns procedimentos como: injeção intramuscular, desprezar condensado do circuito de respirador, atender a criança, auxiliar outro profissional o uso das barreiras é dispensável. A negação da ameaça,

expressa na segurança de que estava correto do não uso da barreira, retrata uma realidade do cotidiano, que precisa ser trabalhada.

Por vezes, os PAS consideram dispendioso, desnecessário o uso das barreiras protetoras, para uma ocorrência quase nula de exposição ocupacional. Compreendemos que, a não adesão às práticas de biossegurança não pode ser justificada pela contenção de gastos ou pelos rótulos do que representa risco. Não considerar a universalidade do risco e a necessidade do uso das PP é expor-se além do que o próprio exercício profissional congrega. Valores maiores estão em jogo e não podemos nos valer de reflexões, pouco consistentes, quanto ao acidente com material biológico, que pode representar uma soroconversão.

Ferguson et al. (2004) referem que a não adesão ao uso rotineiro das luvas (56,0%), foi observada entre os PAS, que acreditavam que o paciente não apresentava risco durante a assistência, e que altas taxas de acidentes mucocutâneos estiveram associadas a estas situações. Phipps et al. (2002) observaram, na investigação sobre a adesão dos PAS às PP, que 78,0% dos sujeitos declararam que fazem o uso da luva, quando acreditam que o paciente é portador de infecção veiculada por sangue ou fluidos corpóreos.

Nos relatos acima, podemos verificar que as situações culminaram com as exposições percutâneas de pele e membrana mucosa. Somente em um relato não houve a real possibilidade da exposição.

Podemos notar quão complexo é o comportamento humano. Às vezes nos parece que o exercício profissional vai em direção oposta às crenças, aos valores, e às atitudes construídas, socialmente. Isto pode ser observado no contra-senso do PAS, quando refere ter acessado o conhecimento de situações que requerem práticas seguras, porém, sua decisão não comporta a cognição relacionada ao

objeto da vivência, prevalecendo as crenças pessoais, pactuadas nas normas sociais.

“Tem um paciente HCV+ e está na fase de replicação viral. O técnico estava tentando puncionar a veia, e não conseguiu e me pediu para ajudar. Fui puncionei sem luva... e nada!! Puncionei e chegou a sujar a minha mão de sangue”. (E28+)

“Ao retirar o soro do braço de um paciente soropositivo para HIV perfurei com o scalp o dedo médio da mão. Não estava de luva”. (E79 -)

Nos relatos, acima, podemos verificar que mesmo sabendo que o paciente é portador de patógenos veiculados pelo sangue, o conhecimento antecipado do diagnóstico não motivou a tomada de decisão para a utilização das barreiras. Mais uma vez observamos comportamentos inseguros de grande preocupação. Terminantemente, os sujeitos negam a situação de vulnerabilidade, subestimando os riscos.

Alencar (1998), refere que o conhecimento sobre a aids, e acreditamos que também, das outras doenças veiculadas pelo sangue, e suas conseqüências bio-psico-sociais é necessário, mas não é suficiente para tornar relevante a possibilidade de contaminação, e, assim, adotar comportamentos preventivos. Concordamos com a autora e entendemos que as crenças medeiam este processo, e que a negação da suscetibilidade explica tais comportamentos como anteriormente vimos nos relatos.

As taxas de soroconversão de PAS para o HIV e HCV não são desprezíveis, pelo contrário, ao considerarmos a severidade que acarreta, os benefícios das PP são justificados. Para o HIV, atualmente, temos a profilaxia pós-exposição com eficácia aproximada de 79,0%, a dependerem do momento da intervenção e adesão do PAS às recomendações. Mas, nos preocupa a capacidade de mutação viral, onde resistências às drogas de escolha para terapêutica vêm sendo confirmadas, o que piora o prognóstico.

Em relação ao HCV não existe uma medida específica eficaz na pós-exposição. O benefício profilático de imunoglobulinas não tem comprovação científica; o interferon tem atuação efetiva só quando a infecção pelo vírus já está estabelecida. O que o Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 2004a) recomenda é o acompanhamento sorológico e tratamento na soroconversão conforme o protocolo estabelecido para as hepatites virais.

“Há pouco tempo a funcionária da hemodiálise não estava de capote, máscara e luva [...] e a máquina ligada estava com pressão nas linhas, estava refluindo sangue e com a pressão espirrou e foi sangue no rosto todo, sujou a sala. [...] Quando ela abriu a pinça da conexão com a pressão alta, espirrou. Ela deveria ter se paramentado e colocado a conexão dentro do galão e não aconteceria isso. A paciente não tinha sorologia, estava em andamento”. (E67 -)

A prevalência das hepatites virais, em hemodiálise, é um dado relevante e de domínio, por parte dos profissionais, pois exames de controle são realizados pelos pacientes como parte do protocolo da assistência, em hemodiálise. Carneiro et al. (2003) referem que a taxa de prevalência para o HVC é de 16,5% nas hemodíalises de Goiânia, variando de 1,1% a 34,9%. Contudo, ainda assim, vemos a completa falta de auto-cuidado dos PAS ao não adotarem as PP.

Lopes et al. (2001) na investigação do perfil soropidemiológico do HVB em profissionais de hemodiálise, em Goiânia, verificaram prevalência global de 24,3%, cujos fatores de risco foram tempo de exercício profissional, relato de exposição ocupacional e não uso de EPI. Sugerem que reavaliações sobre as medidas de controle e prevenção das IRSAS sejam realizadas, constantemente.

“Teve um caso em que a paciente veio muito grave [...] e estávamos reanimando a paciente e todo mundo sem paramentação, sem máscara, capote. No meio da reanimação a médica chegou e informou que a paciente era suspeita de hantavirose, pois o marido havia ido a óbito no HDT, sem diagnóstico fechado”. (E70 -)

“Eu estava cuidando de um paciente grave, com MARSA e estava com precauções de contato, e ele necessitou de uma gasometria. Então, a equipe do laboratório veio e não conseguiu colher e me chamou. Do jeito que eu estava eu vim colher a gasometria na femoral. Sujou a minha mão de secreção... o paciente estava todo edemaciado... e quando eu pus a mão minha unha enfiou... foi quando eu vi. Como estava envolvida em outro procedimento, do jeito que eu vim só peguei a agulha e puncionei para colher”. (E15-)

Gir et al. (2004), referem que não reconhecer a vulnerabilidade constante do exercício profissional é predispor-se à exposição a patógenos. Refletem que, a desconstrução desta percepção deve ser trabalhada, para que a alienação no processo de trabalho e as práticas de risco sejam substituídas por comportamentos seguros.

A gravidade observada no dia-a-dia resultante da baixa adesão, apontando para a negação da suscetibilidade está reportada em vários relatos. A dimensão de tais incoseqüentes posições podem ser estimadas e até confirmadas. Podemos verificar a dimensão coletiva do risco, quando um PAS não compactua com recomendações internacionalmente aceitas e certificadas.

Observamos que, nas situações relatadas, mesmo aquelas previsíveis de ocorrência de exposição, grande parte dos profissionais não utilizaram de medidas protetoras, sabidamente eficazes, demonstrando negação ou baixa percepção da suscetibilidade ao risco.

Surpreendentemente, essa crença se fez presente, mesmo na consumação do risco e foi evidenciada pelos comportamentos adotados frente à situação de exposição.

“Eu falei com o médico, observamos o doente e ele não tinha nenhum diagnóstico assim... ele era um velhinho... Não fiz exame, não fiz nada”. (E11+)

Novamente, temos a percepção de que determinados grupos de pessoas não oferecem riscos e outros sim; portanto, neste caso, que era um velhinho, nenhuma conduta precisava ser tomada. O sujeito está convicto de que não existe ameaça, como se o risco biológico pudesse ser mensurado dessa forma.

“Ai, eu pensei que devíamos estar usando máscara, sobretudo porque sabia que poderia estar colonizada por pseudomonas... e me toquei mais ainda, quando vi o catarro esverdeado na garganta da criança, subindo e descendo. Estava de luva. Não busquei a máscara, deixei o pau quebrar... não tinha como sair do procedimento tinha que acontecer até o final”. (E46 -)

Entendemos que, para aqueles casos em que o profissional não se sente suscetível, somente, quando “vê”, algo verdadeiramente relacionado à situação de ameaça, é que é despertado e associa a cognição acerca do fato. Então, emite um juízo de valor associado aos benefícios do uso das barreiras.

“Depois eu lavei meus pés e a calça até o joelho e fiquei com a roupa até a hora de ir embora. Fiquei com a roupa e fui para casa. (E9+)

“Entre sem máscara e orientei. Quando cheguei ao leito e orientei, lembrei: cadê a máscara? Já era tarde”. (E60 -)

“Abracei o meu filho sem lavar as mãos e retirar a roupa”. (E72+)

“Procurei o algodão, e não o encontrei. Automaticamente, coloquei o dedo”. (E47 +)

“Eu aspirei com a luva de procedimento, com a mesma que eu estava... eu não troquei...” (E10 -)

“Tive o maior cuidado, ainda mais que a criança tem problema renal, grave, teve várias transfusões... mas eu fui de boa! Deveria ter usado (a luva)... mas não usei”. (E29 -)

As falas reportam o completo descaso em relação à exposição ao risco, transparecendo as crenças de que tais ocorrências não representam ameaças, e alguns PAS expressam a necessidade de até desafiá-las.

Em alguns relatos além de não usarem as barreiras necessárias, ainda não se preocupam em eliminar, de imediato, o material biológico que teve contato com a

pele, mucosa e vestimenta. Compreendemos que, a cognição acerca do objeto específico aparece, mas precisa contrapô-la para validar as próprias crenças, concernentes à suscetibilidade e vulnerabilidade, atestando aquilo que acreditava: que está imune.

“Não fiquei com medo não. Acho que já adquiri resistência [...] Eu acho que quando você fica preocupado, fica mais susceptível, aí é que as coisas vêm, você fica meio neurótica. Não tenho medo não! Se eu pegar, peguei! Mas acho que não pego mais doença de hospital”. (E9+)

“Me vejo susceptível a pegar uma doença... aqui, acaba pegando imunidade!! Se você fica pensando, fica neurótico! Mas, mesmo assim tento me precaver. Aqui vejo o paciente e não sei a procedência... às vezes calço luva...” (E11+)

“Quando eu comecei tinha medo de tudo... de doença, de cadáver, de tudo! E com o tempo fui entendendo que não era assim... hoje, não tenho medo de doença... vejo tudo com naturalidade. A gente usa para o são e para o doente. Sou meio lerdinha... Às vezes vou fazer alguma coisa e penso: não vou por uma luva não! Está tudo bem. Mas às vezes suja as mãos”. (E9+)

Os sujeitos acreditarem que são imunes. O exercício profissional concedeu-lhes este prêmio, e se ocorrer é uma consequência naturalmente aceita, porque acontece com qualquer um. Desta forma, a adoção das PP é facultativa. O segredo é não se preocupar.

Pelas falas dos sujeitos observamos que o tempo de exercício profissional fez com que fossem desconsiderando o factível risco cotidiano dos PAS, atribuindo à falta de maturidade considerar-se susceptível.

Brevidelli (2001) ao aplicar o MCS para explicar o comportamento de reencapar agulha verificou que os profissionais de enfermagem, que aderiram à recomendação de não reencapar agulha tinham menos de dois anos de exercício profissional. Gir et al. (2004) referem que o trabalhador de enfermagem subestima seu potencial de vulnerabilidade à infecção, que está continuamente presente na prestação da assistência.

Os sujeitos ao manterem esta percepção de si próprios, frente ao exercício da profissão, se expõem ao risco, e na condição de líder de uma equipe, acabam por estendê-lo aos pacientes e demais membros da equipe.

“O colega médico infectologista disse que não era para discriminar o paciente, que não precisava de isolamento e que para contrair a convivência teria que ser maior. À tarde, o infecto voltou e retirou o paciente do isolamento e recolheu as máscaras dos funcionários. Depois, o paciente foi para outra unidade hospitalar, e soube que foi a óbito, no mesmo dia. Pergunta se o resultado voltou da baciloscopia?!” (E27 -)

O profissional médico demonstra um comportamento sugestivo de que adotar as PP interfere na relação com o paciente, desrespeita-o, e, por isso pode negligenciar a segurança de um grupo de profissionais, apoiado nas próprias convicções de negação do risco. Age assim, impondo o poder socialmente atribuído à sua categoria, destituindo a autonomia dos demais profissionais. Tal postura nos assusta, pois se trata de um profissional com conhecimento especializado em doenças infecciosas. Mais uma vez, fica flagrante o dualismo entre o saber e o fazer.

Turrini e Lacerda (2004) em uma investigação sobre as dificuldades relacionadas aos recursos humanos, para implementação do programa de controle de infecção hospitalar, referem que metade dos entrevistados disseram: que o profissional médico é o que mais oferece resistência à aceitação das normas e rotinas implantadas, pelo SCIH/CCIH. As autoras discutem que este comportamento está relacionado ao tempo de permanência desses profissionais nos SAS, especialmente, quando o corpo clínico é aberto, o que dificulta o envolvimento com os diversos setores e com a incorporação de normas e rotinas próprias de cada hospital.

Vários fatores estiveram associados à negação da suscetibilidade, observados na negligência do uso das PP. É importante que os referidos fatores sejam resgatados coletivamente da realidade, com vistas a construir um processo de sensibilização, para o risco real da ameaça, tanto para o PAS quanto para o paciente.

A conscientização e a sensibilização, dos profissionais da área de saúde, são imprescindíveis para a implementação das precauções padrão. A magnitude da exposição ocupacional e exposição do paciente, têm que motivar os PAS e os Serviços de Assistência à Saúde a estabelecerem políticas direcionadas à prevenção e controle das IRSAS. É inadmissível permanecer com práticas inadequadas no cotidiano, se medidas como: o uso de barreiras, podem ser adotadas, com respostas satisfatórias.

5.2.1.2 O uso das precauções padrão e a moderada suscetibilidade percebida

Até então vimos que, paradoxalmente, pela negação da suscetibilidade percebida, os profissionais não emitiram comportamento em saúde: não empreenderam ações pró-ativos à adesão às PP. Conforme o MCS, o indivíduo para adotar um comportamento em saúde, deverá apresentar algum grau de percepção de suscetibilidade frente à ameaça, sendo caracterizado por acreditar, pelo menos, na probabilidade estatística da ocorrência ou percebê-la como algo factível.

Para a nossa análise consideramos moderada suscetibilidade aquelas situações e comportamentos que apresentavam adesão parcial às PP, ou seja, utilizaram uma ou mais barreiras e/ou medidas das PP indicadas na dada situação, sugerindo que havia uma motivação para a tomada de decisão, embora de forma incompleta.

As significações nos permitiram apreender que a percepção do risco com probabilidade estatística foi o diferencial. Os próprios sujeitos apontam, após vivenciar uma situação, que as exigências críticas iam além das inicialmente planejadas. Esta percepção foi observada em 27 situações, a maioria envolvendo experiências relacionadas ao uso de barreiras e ao manuseio de perfurocortantes, em situação de exposição ocupacional.

Os sujeitos expressam que, as situações não eram esperadas, e havia a parcial paramentação. Porém, mesmo percebendo a insuficiente paramentação no transcorrer da assistência, não podiam parar para utilizar dessas barreiras protetoras pela necessidade de manter a segurança ao paciente, ou porque o risco biológico era uma situação real.

“O corpo de bombeiros trouxe para o PS um paciente jovem, e este veio para nós, e percebemos que ele estava com insuficiência respiratória. Foi providenciada a entubação do paciente, e só não estávamos de óculos. Acho, porque, estávamos muito próximos espirrou secreção dentro do olho [...] Aconteceu que, fui eu e o médico banhados, mas senti no olho”. (E69+)

“Há uma semana atrás, internou um paciente do sexo masculino, estava consciente, dispnéico, com náuseas e vômitos com rajadas de sangue. E logo após, o paciente foi sedado e preparado para ser entubado: houve vômito em grande quantidade com resíduo alimentar quase o sufocando, nos atingindo A equipe de enfermagem se paramentou pouco (apenas luvas) ocorrendo contaminação facial com resíduo desse fluido”. (E40+).

Apesar de tratar-se de uma intercorrência que exige condutas rápidas, houve tempo para o planejamento. Os fatos aconteceram em uma unidade de pronto atendimento e de terapia intensiva. Entendemos que seja um pressuposto uma organização de trabalho que permita intervenções rápidas e com segurança, particularmente, pela complexidade dos pacientes assistidos.

Durante a técnica de entubação orotraqueal é provável que, pelo estímulo, possam ocorrer náuseas e vômitos; caracterizamos como situação previsível, porém,

nem sempre esperada pelos sujeitos. Demonstra que apesar de acreditarem e até vivenciarem, na prática, semelhantes histórias, vêm apenas, como uma possibilidade estatística.

“Estava eu dentro da UTI adulto, que recebia criança, não me lembro bem a doença. Essa criança estava só de cateter nasal de oxigênio e eu entrei lá, eram precauções respiratórias, estava de máscara e os meus óculos de grau... aí, a criança estava com o nariz obstruído e fui ensinar a mãe a colocar o sorinho no nariz para desobstrução com seringa. Mãe: é assim... pelo estímulo imediato ela espirrou e, não sei como passou por debaixo dos meus óculos, que caiu dentro do meu olho”. (E46 -)

Os fatos são avaliados como inusitados. Mas, consideramos que no cotidiano da assistência são poucas as situações imprevisíveis se houver uma organização de trabalho compatível com às exigências relacionadas: à complexidade da assistência e segurança dos sujeitos envolvidos no processo de assistência à saúde. A não adesão, nessas situações, também foi reportada por Ferguson et al. (2004).

Chamou-nos a atenção o relato no qual o sujeito acreditou que os óculos, de correção visual promoviam a proteção, tanto que ficou surpresa quando a secreção ter atingiu sua mucosa ocular. Estes até podem proteger, dependendo da direção projetada do material biológico, mas várias são as possibilidades, e deve haver completa proteção/vedação nas extremidades laterais e superiores das lentes, e isto só é garantido pelos óculos protetores ou protetores faciais.

Ennes (2002) descreve que os óculos de proteção, para alguns profissionais de enfermagem não foram reconhecidos como EPI, outros compreendem que são fundamentais ou importantes. Constatou que os óculos não estão disponíveis para o uso imediato da equipe de enfermagem; pela observação participante verificou que deveriam estar, conforme a rotina do setor, no carrinho para atendimento em parada

cardio-respiratória, mas não os encontrou. A falta de disponibilidade dos óculos protetores pode ser observada em alguns SAS.

“Tínhamos uma paciente com lupus e tinha muito sangramento nasal, hemoptise e queixava que havia alguma coisa obstruindo a garganta dela [...] Mais tarde, percebi que havia um coágulo e o desconforto dela estava aumentando. O coágulo aumentou e ela já não conseguia engolir e estava já meio cianótica, e aí, eu não tive outra escolha: peguei uma luva e toquei a mão na orofaringe e fui removendo aquela secreção, e foi exalando aquele cheiro e espirrava grande quantidade de sangue no rosto, na roupa e eu pensava: devia ter colocado uma máscara, um capote... mas, são situações que não dá para pensar muito e não dava para parar, tive que continuar até o final. Quando estava tudo limpo... toda a cavidade, e após colocá-la limpa, é que fui me cuidar”. (E24 -)

“Havia uma paciente, aqui, no pós-operatório de Duhamel e re-operou no 5º PO, no domingo, para ressutura de parede. Apresentou um pico febril, ferida hiperemiada. Avaliei, e vi que havia secreção serosa abundante e aí eu realizei o curativo. Não usei óculos, ali, achei que não precisava... não sei. Fiz a lavagem da ferida com soro fisiológico... sem problemas”. (E35+)

Os óculos protetores para os sujeitos com moderada suscetibilidade constituem-se em barreiras a serem transpostas, entretanto não os têm impedido de fazerem uso dos demais EPI. Gerson et al (1995) referem a taxa de adesão de 63%. A variação de 0% a 91% foi encontrada em estudos de adesão às barreiras protetoras de 1990 a 2002 (BREVIDELLI, 2003).

Nos relatos apresentados e nos próximos, é interessante observarmos que a moderada percepção da suscetibilidade esteve relacionada à assistência a pacientes que requeriam procedimentos de maior complexidade; sendo necessárias: a sondagem nasogástrica (SNG), a sondagem vesical de demora (SVD), a entubação oro-traqueal e a aspiração traqueal.

“[...] não estava usando óculos, mas estava de avental e luvas. Fui passar uma SNG em um paciente com sangramento gástrico, e quando eu puxei jorrou sangue, mas eu estava de avental, mas não com óculos, por sorte que não espirrou no rosto”. (E4+)

“Fui passar uma SNG no paciente e o efeito foi o contrário e ele vomitou em mim, e eu tive que retirar tudo, tudo. Estava de máscara, óculos, luvas e jaleco”. (E63 -)

“Fui passar uma SNG, e ao passá-la a paciente vomitou. Estava paramentada com avental, máscara e óculos, e sem sapato fechado. Consegui afastar a tempo e não sujou o pé”. (E48 -)

“Agora a pouco fui passar uma SNG em uma paciente com MARSÁ. Orientei a acadêmica de enfermagem, mas nós usamos máscaras, luvas. Não usamos avental. A criança parece que tem alergia à sonda, e quando põe a sonda, fica com vômitos incoercíveis [...] Não adiantou e a criança continuou a vomitar. Retiramos a sonda... e melhoraram os vômitos. Ela é uma criança debilitada e necessita da sonda!” (E29 -)

“Tem uma recente situação, na hemodiálise. Fomos trocar as vias do cateter duplo lúmen. Estava dando refluxo. Eu não estava devidamente paramentada como deveria ser... estava com óculos de grau, gorro, máscara, luvas e jaleco de manga longa. Não sei o que aconteceu que a linha se soltou e eu levei uma golfada de sangue. Este sangue que saiu esguichado espirrou no meu rosto, braço, na cabeça... foram gotículas, não chegou a sujar direito, mas ficou respingado”. (E3 -)

Despertou-nos a atenção o fato de que muitos dos episódios narrados envolviam a SNG. A execução desta técnica leva-nos à leitura que a equipe tem percepção da necessidade do uso de barreiras, mas não aprendeu a lidar de forma completamente assertiva. Está evidenciado no relato: “[...] o efeito foi o contrário, e ele vomitou em mim [...]” (E 48-).

Dois aspectos importantes das falas dizem respeito ao uso do jaleco e dos sapatos fechados. Alguns relatos mostram que o jaleco é um EPI, cuja função corresponde à mesma do avental. Esta compreensão é relevante. Entretanto, os jalecos, em geral, utilizados não apresentam as características requeridas a um EPI.

Os jalecos normalmente têm atendido mais aos aspectos estéticos. Para responderem na qualidade de EPI deve ser avaliado o tipo de tecido, e o modelo deve promover a proteção dos braços e da roupa utilizada pelo profissional. Quanto ao tecido, o Ministério da Saúde faz referência, que deve ser de algodão ou material sintético (BRASIL. MS, 2004).

Outra consideração válida é que ocorrendo a contaminação do jaleco com material biológico, nem sempre o SAS tem o suporte para reprocessá-lo, tornando-se um problema para o PAS. O jaleco é uma forma de proteção individual, na perspectiva de minimizar a contaminação dos vestuários dos profissionais. O correto seria que ao término de cada jornada de trabalho o profissional pudesse banhar-se, trocando a roupa no próprio SAS e retornasse para o domicílio, com menos riscos para si e aos familiares. Entretanto, observa-se que parte dos SAS não oferecem as condições mínimas de cuidado e higiene corporal ao PAS; mal possuem vestiário com armários para guarda dos pertences durante o turno de trabalho.

Um aspecto crítico do jaleco diz respeito à percepção do risco individual e coletivo agregado ao seu uso. Os profissionais, muitas vezes, não fazem seu uso com critério, utilizando-os em procedimentos diversos, sem substituição; transitam usando-os por todas as áreas do hospital, inclusive refeitórios; em áreas externas ao SAS em situações em que a permanência com os mesmos não se justificam. Ainda, verifica-se que nem sempre têm o hábito de lavá-los após a jornada diária de trabalho.

Aqueles que optaram por utilizarem o jaleco, demonstram que estão atentos a real condição insalubre que o ambiente de trabalho representa e, por outro lado, reportam a falta de apoio na organização de trabalho do SAS. Em um país de clima tropical e numa cidade cujas temperaturas são relativamente altas para o uso de sobre-vestes, existe um nível de suscetibilidade percebida associada aos benefícios percebidos.

O uso de sapatos fechados é uma medida de biossegurança extremamente importante que não consta no guia do CDC de 1996, até porque as recomendações

estabelecidas foram pautadas na realidade dos Estados Unidos, onde fatores climáticos antevêm o uso deles. Todavia, não é o caso da maioria das regiões do Brasil, e a sua relevância, enquanto proteção do profissional, é inquestionável, mesmo quando fatores climáticos são desfavoráveis. Eles são referidos em orientações ao trabalhador, como barreira protetora em situação de contato com sangue, secreções, fluidos corpóreos.

O uso dos sapatos fechados é uma das medidas de seguridade ocupacional de difícil sensibilização e consenso. Os profissionais, em geral, são resistentes ao seu uso, por vários motivos, entre eles: aqueles relacionados ao conforto dos pés durante a exaustiva carga de trabalho.

O Ministério da Saúde, nas recomendações para o atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico, faz uma breve alusão aos sapatos fechados e botas para proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (BRASIL. MS, 2004). Esta orientação pouco orienta a conduta do PAS, no SAS. Será que as situações que oferecem risco biológico são tão limitadas?

Acreditamos que, estudos precisam ser desenvolvidos concernentes ao uso dos sapatos fechados, em SAS. A compreensão da sua validade entre os controladores das IRSAS é unânime, mas pouca produção científica trabalha este aspecto particular da nossa realidade, causando-nos a impressão de que a questão está implícita e resolvida no exercício dos PAS.

Pudemos apreender pelos relatos anteriores que apesar dos PAS estarem sensibilizados para o uso dos EPI, a adesão não foi completa, ficando expostos paciente e profissional. Cremos que, a imersão na dura rotina profissional leva à

sublimação dos processos mentais controlados, permanecendo aqueles automatizados, muito comuns na sociedade pós-moderna.

A média suscetibilidade percebida foi evidenciada, também, em situações que envolveram a injúria percutânea, conforme os relatos a seguir.

“[...] um paciente chegou no POI do CC todo tatuado, e você perfura o dedo que extravasa de uma falange para a outra. Fui fazer um HGT nele.[...] começou a ter sudorese, queda de PA e as funcionárias me chamaram. Catei o aparelho de HGT, agulha, luva... tudo. Quando fiz o HGT deixei a agulha na cama, e aí ele melhorou, e falei: vamos aproveitar e trocar o lençol da cama. E, quando juntei os lençóis ela penetrou no dedo da falange medial a proximal do dedo anular E”. (E31)

“Foi feito uma punção central na UTI e o médico pegou as agulhas e as penetrou no campo e não deixou visível e, apesar da luva, quando fui recolher os campos, perfurei o dedo”. (E69+)

“[...] Paciente terminal... fui fazer uma retirada de punção e mandar a ponta de cateter para cultura, estava de luva e tudo mais... Na hora de cortar a ponta, eu pus a ponta no vidro e fui cortar com a lâmina de bisturi... só que a lâmina cortou a meu dedo. Fiz o acompanhamento, mas você fica apreensivo. Fiquei sabendo que a luva tira um pouco”. (E6+)

Vimos relatadas três situações, envolvendo perfurocortantes, e verificamos que os enfermeiros fizeram o uso da barreira protetora para o manuseio. A falta da atenção relacionada às recomendações pertinentes manuseio e descarte dos perfurocortantes foi que os colocou vulneráveis, denotando a média percepção de suscetibilidade, pois acreditavam na ameaça, porém, como probabilidade estatística, então confiavam que só utilizando as luvas era suficiente.

O segundo relato nos leva a refletir sobre a responsabilidade coletiva frente ao risco. A falta de atenção dos dois profissionais envolvidos no procedimento favoreceu a ocorrência do acidente. Reis, Gir e Canini (2004), ao caracterizarem os acidentes com acadêmicos de enfermagem, verificaram que 22,2 % dos acidentes ocorreram por falta de atenção.

Para o último relato, o PAS estava sensibilizado ao uso da luva para a retirada do cateter. O que fragilizou a segurança foi a utilização da lâmina, direcionando-a para a outra mão, sem o apoio de uma superfície dura. Talvez esta conduta de moderada suscetibilidade possa ser explicada pela percepção do indivíduo de que era um procedimento simples; com mínima possibilidade de finalizar com uma injúria percutânea, ou a falta de treinamento/conhecimento da maneira correta da posição das mãos durante o manuseio do perfurocortante.

Com referência às situações acima descritas, atividades educacionais poderiam atuar com respostas satisfatórias, corrigindo falhas ligadas à execução técnica de procedimentos, para prevenção de acidentes com perfurocortantes, sobretudo, aqueles percutâneos, que têm importante impacto na soroconversão. Do et al. (2003), ao avaliarem os casos de soroconversão para HIV de PAS, nos 20 anos de epidemia nos Estados Unidos, verificaram que dos 57 casos confirmados, a maioria (88,0%) correlacionou-se às injúrias percutâneas, ocorridas durante (34,0%), após o procedimento (41,0%) e no descarte (20,0%).

Nos comportamentos dos incidentes críticos foi possível identificarmos a moderada percepção da severidade, no curso da tomada de decisão, onde haviam as iniciativas imediatas adequadas, porém, limitando-se a isto, sem a continuidade do processo de avaliação, requeridos nas experiências específicas.

A maioria dos incidentes críticos envolvia situações de exposição ocupacional. Assim, os comportamentos que evidenciaram a moderada suscetibilidade percebida, emergiram da tomada de decisão e modalidade de ação, frente a estas ocorrências, sobretudo após risco real.

Foram caracterizadas a partir da iniciativa percebida da adoção de medidas assertivas imediatas, porém, limitando-se a estas, sem avaliar aquelas que na

seqüência seriam recomendadas, conforme o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 2004a).

Para chegarmos à definição de que o comportamento observado referia-se à compreensão de suscetibilidade, tivemos que retomar aos incidentes críticos, várias vezes, porque alguns dos comportamentos também podem sugerir a crença relacionada aos benefícios percebidos de uma dada tomada de decisão.

“Continuei o procedimento. Tirei o capote. E tomei um banho. Não comuniquei o acidente, porque não senti necessidade”. (E4+).

“Depois que consegui normalizar fui lavar a mão”. (E49 -)

“Limpei a ferida e depois lavei a mão com água e sabão”. (E47 +)

Podemos observar que os sujeitos acreditaram que a dada situação verdadeiramente constituiu-se uma ameaça real, portanto medidas precisavam ser tomadas. A exposição ao material biológico foi o estímulo para despertar a percepção da suscetibilidade que foi reportada nos comportamentos. Assim, realizaram cuidados locais.

A baixa adesão às PP tem sido associada à priorização no atendimento às necessidades dos pacientes, revelando um aspecto que chama a atenção, porque diante da assistência acreditavam que deveriam continuar o procedimento e, ao finalizar, cuidariam de si próprios.

“Depois eu lavei meus pés e a calça até o joelho e fiquei com a roupa até a hora de ir embora. Fiquei com a roupa e fui para casa”. (E9+)

“Lavei a mão. Tinha sujado-a de sangue durante a punção sem luva” (E28+)

“Lavei, comuniquei. Não fiz teste rápido do menino e não fiz nada. Deixei relatado”.(E31-)

Observamos que os sujeitos expressam a crença de que a conduta pós-exposição ocupacional perpassa pelos próprios critérios de avaliação que está

pactuado no grupo: *“Não fizemos mais nada. Só quando tinha acidente com perfurocortante mesmo é que fazíamos alguma coisa” (E75+)*. Ou seja, embora a caracterização do acidente recomendasse a realização do acompanhamento sorológico, ele decidiu que não seria necessário, compreendendo que o registro em relatório, e os cuidados locais seriam suficientes.

“Eu ainda tive tempo de colocar uma luva, mas me sujei muito. Sujou a minha roupa, a médica pegou o bebê e me passou e aí entreguei o bebê para o berçário. Eu tomei banho e troquei a roupa, vesti a roupa do hospital e depois que fui auxiliar nos cuidados do bebê. (...). Não fizemos mais nada. Só quando tinha acidente com perfurocortante mesmo é que fazíamos alguma coisa até pelo fluxo até hoje mal organizado de atendimento ao profissional com acidente com material biológico”. (E75+)

Certamente tal postura decorreu da moderada percepção da suscetibilidade, bem como, da auto-confiança e da falta de conhecimento dos protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde, ou pelo que os próprios sujeitos relatam: *“fluxo até hoje mal organizado de atendimento ao profissional com acidente com material biológico”(E75+)*.

Apreendemos das falas que consideram que estão em condição importante de exposição, mas sabem o que fazer, se o material biológico não tem sangue visível, o próprio PAS encerra o caso. Parece-nos que manter a calma é fundamental para gerenciar estas situações de estresse e que o cuidado com o paciente tem prioridade. É o que podemos averiguar nos próximos relatos.

“Como a secreção não tinha raja de sangue vivo, não compareci para o retorno para fechar o caso no SCIH”. (E81+)

“Aí eu lavei a minha mão. No outro dia, eu fui à clínica ver se o paciente estava bem e conversei com a mãe do paciente que me relatou que ele era usuário de droga...” (E21-)

“De imediato lavei com água corrente. E não procurei o médico. Só depois no ano seguinte que fiz os meus exames de rotina e vi que estava soro negativo. Fiquei feliz... não tive sintomatologia nenhuma”. (E79 -)

Por fim, observamos que a percepção de suscetibilidade está condicionada ao diagnóstico de infecção. O uso de barreira é para o paciente sabidamente HIV+, reforçando a compreensão de que o risco está naquilo que é palpável ou confirmado, crença também compartilhada pelo grupo.

“Aí eu olhei para a funcionária do laboratório, nos comunicamos com o olhar, como dissesse... porque ela não avisou antes que era HIV+, teríamos usado luvas...” (E34+)

Cutter e Jordan (2004) observaram tal comportamento na amostra estudada; somente 1,5% dos sujeitos adotaram as PP, para todos os pacientes independente do status sorológico; 63,3% relatam a adoção pautada em julgamentos relacionados à nacionalidade, estilo de vida e orientação sexual. Práticas pautadas nesses critérios colocam em risco toda uma coletividade.

Hoefel e Schneider (1997) discutindo a contextualização do PAS, na cadeia epidemiológica das infecções referem que a aids causou um pânico disseminado. A partir daí as normas de biossegurança foram grandemente impulsionadas pela premente necessidade de orientação nas condutas pelos próprios PAS. A representação social da aids está associada à morte, ao preconceito e à discriminação social, despertando os sentimentos de medo, pavor e negação.

Ser soropositivo ou ter aids são condições que alteram completamente a vida de qualquer cidadão. A severidade percebida atribuída é alta. Os avanços na terapêutica têm ajudado a melhorar a qualidade de vida, e o prognóstico a curto e médio prazo, todavia, não conseguiu responder à necessidade de prevenção e controle mundial.

Avaliamos que toda esta reflexão vem à tona na vida dos PAS, e este pensamento reducionista o leva a temerosidade extrema do fato. É uma forma

inconseqüente de enfrentar as situações de risco biológico. Deixam de considerar, conforme vimos na fala, a universalidade do risco, na qual são pautadas as PP.

A moderada percepção da suscetibilidade tem uma carga positiva, para adesão às PP. Segundo Rosenstock (1974b) para a tomada de decisão frente à ameaça, o indivíduo deverá apresentar algum grau de suscetibilidade percebida. Assim, investimentos devem ser empreendidos para que os fatores dificultadores à completa adesão possam ser identificados de forma a elevar a percepção de suscetibilidade, e conduzir o PAS a uma tomada de decisão para a implementação efetiva das PP.

5.2.1.3 O uso das precauções padrão e a alta suscetibilidade percebida

A alta suscetibilidade percebida foi apreendida nas situações e comportamentos dos incidentes críticos. É caracterizada pela crença do indivíduo de que uma dada ameaça é real, e, aqui, foram agregados os relatos em que a adesão foi assertiva frente ao risco.

A maioria das situações de alta suscetibilidade demonstrou que a preocupação dos profissionais centrava-se em vivências de risco evidente. Havia diagnóstico presumido ou confirmado de infecções, por patógenos de importância epidemiológica, onde as precauções específicas deveriam ser estabelecidas. As demais abordaram questões ligadas à responsabilidade dos PAS na auto-proteção e proteção do paciente.

“As médicas da paciente do leito 90 estavam discutindo o caso e ela era suspeita de TB pulmonar. Ela não está com PNM. A pneumo acha que pode ser uma TB... Coloquei em isolamento”. (E31+)

“[...] a paciente com suspeita de TB e que nós encaminhamos para o isolamento, a utilização da máscara, do avental, luva para procedimento. Chegou com IRA e ao fazer o RX observou-se a possibilidade de TB”. (E78+)

Nas descrições, observamos que frente à suspeita diagnóstica de tuberculose os sujeitos expressam a percepção do risco pessoal e coletivo, cuja estratégia para minimizá-lo é a implementação ágil das PP, e àquelas específicas baseadas no mecanismo de transmissão do microrganismo. Parece-nos que, medidas excessivas são consideradas necessárias, denotando o medo, a insegurança relacionada à suscetibilidade e à severidade da doença. Ao mesmo tempo, sugere o desconhecimento das condutas adequadas, e reporta aos aspectos do estigma, relacionados à representação social da tuberculose.

Consideramos oportuna a compreensão de suscetibilidade/severidade dos sujeitos, se pautada no entendimento de que a tuberculose é uma patologia em recrudescimento, com implicações importantes para a saúde pública mundial, especialmente, com o surgimento da aids e das cepas multidroga-resistentes. Entretanto, se estiver vinculada, somente, à representação social da doença, isto constitui-se um grande problema, pois envolve muitas questões, além daquelas da exposição ocupacional, como àquelas éticas emergidas à implementação da assistência.

Os PAS têm alto risco para infecção, com prevalência maior do que a população, em geral, tendo como fatores de risco: o setor/área de atuação, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados e implementação das medidas específicas de prevenção e controle - administrativas, de engenharia e de proteção respiratória (HOSOGLU et al., 2005).

Estima-se que, 50 milhões de brasileiros estejam contaminados com o bacilo e que e cerca de 90 mil novos casos da doença são registrados anualmente no país.

Um terço da população mundial está infectada pelo *M. tuberculosis* e, por ano, ocorrem 8,5 milhões de casos e 3 milhões de mortes causadas pela doença. A maioria em países em desenvolvimento (BRASIL. MS, 2004b).

Estudo retrospectivo conduzido por Hosoglu et al. (2005) em um hospital universitário da Turquia mostrou que num período de 15 anos (1986-2000), 22 PAS foram acometidos pela tuberculose, com uma incidência de 199.9/100.000 comparada com 40.8/100.000 na população, em geral; para os enfermeiros a taxa foi de 274.4/100.000 (RR=6.7).

São condutas específicas orientadas nas precauções respiratórias para aerossóis: manter paciente em quarto privativo ou de coorte com sistema de troca de ar com filtro HEPA (*High Efficiency Particulate Air*), e utilização do respirador N95 pelo profissional na prestação da assistência. O transporte do paciente para outros ambientes deve ser evitado, se necessário orientar o uso da máscara cirúrgica (GARNER, 1996).

Aspecto de relevância na implementação de tais medidas é o conhecimento do PAS, pois o ajuda a avaliar adequadamente a situação, e isto é reportado nas falas.

“[...] queriam usar a máscara e achavam que não fosse individual e vi um monte de máscara dependurada na porta sem identificação, somente a do laboratório identificada, como se houvesse uma para cada equipe: enfermagem, limpeza, laboratório”. (E54 +)

“Nós tivemos um paciente que estava com TB confirmado, bacilífero e o medicamento estava trancado na sala da funcionária do programa de tuberculose, e não foi possível iniciar o tratamento do paciente. O que aconteceu foi que os funcionários ficaram expostos a um tempo maior do que necessitava”. (E70 -)

O desconhecimento predispõe ao risco, seja pela falta de implementação das práticas recomendadas, ou pela inadequação das mesmas. Entendemos que, é fundamental que os PAS participem periodicamente de atividades de educação

continuada e permanente, com abordagem das situações práticas do cotidiano para discutirem e esclarecerem dúvidas e padronizarem condutas. Kermode et al. (2005) relatam que tais atividades devem focar, além dos riscos, a relevância das PP, a fim de instrumentalizá-los, com estratégias específicas, para superação das barreiras percebidas na adoção destas recomendações.

“Chegou uma criança no PA infantil que tinha febre, vômitos, irritação, prostrada, apática, e quando eu recebi a criança estava prescrito fazer fase rápida de hidratação com diagnóstico de GECA. Avaliei a criança e vi que tinha sinais de irritação meníngea. Coloquei em isolamento”. (E56+)

As infecções de importância clínica e epidemiológica requerem uma vigilância coletiva permanente; do contrário os riscos das IRSAS tenderão a aumentar, em função das mudanças globais facilitadoras do intercâmbio social, em várias áreas.

“Temos uma paciente que está com pseudomonas multi-resistente. Fui fazer o exame físico e usei os EPI”. (E39+)

“Temos agora uma paciente colonizada com pseudomonas multi-resistente que se usa nos procedimentos de curativos toda a paramentação. Eu me paramentei e fui fazer o curativo...” (E17+)

Podemos verificar que os germes multi-resistentes são reconhecidos como importantes ameaças, por parte dos sujeitos, que apresentam comportamentos adequados relacionados às recomendações das PP.

As bactérias *Pseudomonas aeruginosa* são bacilos gram-negativos, não fermentadores, de difícil tratamento, amplamente, distribuídos no ambiente hospitalar e prevalentes nas IRSAS (pneumonias, infecção do trato urinário, bacteremias). Freqüências, particularmente, elevadas são detectadas em unidades de terapia intensiva, berçários de alto risco, unidades de queimados e de câncer (LEVIN; MARINHO; ARRUDA, 1997).

Moura (2004), ao avaliar a adesão dos profissionais da enfermagem, quanto às recomendações para assistência a portadores de microrganismos multi-resistentes, verificou que não foi total, embora o SAS tivesse proporcionado treinamentos, inferindo que as motivações eram outras, aquelas relacionadas às crenças individuais sobre a tomada de decisão e modalidade de ação. Concluiu que: as barreiras físicas, cognitivas e psicológicas justificavam a não adesão de alguns profissionais.

Stanzani e Pedigone (2000) ao investigarem o perfil de sensibilidade do *S. áureus* a oxacilina e *P. aeruginosa* a aminoglicosídeos das infecções hospitalares, de pacientes internados na clínica cirúrgica, constataram baixas taxas de prevalência. Lembram que são resultantes, provavelmente, da adesão às medidas de controle preconizadas e ao uso racional de antibióticos.

A implementação das precauções de contato é de extrema importância na interrupção da cadeia de transmissão. Ferreira et al. (2003), ao avaliarem o perfil molecular de isolados clínicos de *P. aeruginosa* multi-resistentes em, 7 hospitais, do Estado de Minas Gerais, referem que os achados, de amostras de diversos pacientes de um mesmo hospital, e de diferentes hospitais indicam uma disseminação intra e extra-hospitalar.

O enfermeiro, em conjunto com os técnicos e os auxiliares, congregam a equipe que maior número de procedimentos realiza, junto ao paciente. Por conseguinte, clareza e segurança na implementação das medidas recomendadas são imprescindíveis.

“[...] fui fazer uma coleta, posicionei a paciente, paramentei-me com luva e máscara, preparei o pacote de espéculo e não inspecionei antes de introduzir, passar na paciente. Após passá-lo, e ao abri-lo, eu percebi secreção espessa ressecada na parede interna do espéculo. Troquei imediatamente”. (E61 -)

“O paciente tinha passado por um trauma craniano e adquiriu uma meningite... e descobriu muito tardiamente... já com bactéria resistente. O profissional médico foi fazer uma medicação intratecal e não utilizou EPI. O paciente era tatuado, dependente químico e politraumatizado. Eu estava acompanhando o procedimento com as acadêmicas do 10º período de estágio supervisionado, e foram 7 dias seguidos. Eu preparei todo o material, com todos os equipamentos... inclusive com capote, mas o profissional médico se recusou a usar”.
(E27 -)

Os relatos evidenciam a preocupação dos sujeitos com a proteção do paciente e do profissional. Trazem à tona o processo reflexivo que motivara a tomada de decisão e modalidade de ação: consciência/conhecimento que tais procedimentos exigem a implementação das PP (o uso de barreiras e o reprocessamento seguro de artigos).

Interessante notarmos como os processos mentais inconscientes revelam a construção histórico-social dos fatos, que pode ser constatada na situação narrada pelo sujeito da entrevista (E27-). Apesar de demonstrar a via dupla das PP, ao justificar o uso de barreiras pelo profissional, apreende-se a percepção de grupo de riscos, idéia vinculada ao início da epidemia de aids: tatuado e dependente químico.

Alencar (1998), discute que a convivência com a aids, por mais de duas décadas, e os avanços do conhecimento científico sobre o vírus e as formas de transmissão pouco contribuíram para minimizar o preconceito presente, desde a identificação dos primeiros casos. Ressalta que, novas doenças endêmicas realimentam o imaginário social com as antigas representações sociais, e novas são agregadas a partir da convivência com a doença.

Níveis aumentados de estresse, medo e ansiedade foram observados nas situações e comportamentos dos incidentes críticos relatados pelos sujeitos, que demonstram a alta suscetibilidade percebida, havendo até um dimensionamento da experiência, com impactos psicológicos, demonstrando a alta carga de estresse.

“Todo mundo ficou com excesso de preocupação e um ambiente meio que de terror... e me marcou muito. Foi uma cirurgia grande e aquele tanto de compressas... A cirurgia aconteceu normal”. (E1 -)

“Recentemente, fui fazer um estágio teórico-prático [...] Ficamos em uma sala pequena, com janela fechada e ar condicionado, havendo a exposição dos profissionais”. (E68 -)

“O médico solicitou que todos ficassem de capotes... utilizou-se duas luvas, óculos diferenciados. Ele falava (o médico) evita chegar próximo à mesa que até a fumaça pode pegar. Eu ficava com medo de pegar as coisas do balde. Retiramos todo o material como cirurgia contaminada...” (E1-)

“Não saí do campo. Não troquei a luva... nada... do jeito que estava ficou. Eu sei que fiquei ruim, abalada. O médico disse que não era para preocupar não e o máximo que poderia acontecer era uma HCV. Então puseram uma escadinha pra eu sentar, abaixei a cabeça, com as mãos na paciente para melhorar o mal estar. Tinham colhido o sangue da paciente e pedido exame e o meu também. Ao sair do campo retirei a luva e lavei as mãos e fui ver o que tinha acontecido, mas fez foi só arranhar”.(E64 -)

“Bom, fui à torneira e lavei com água e sabão e espremi... como se fosse resolver alguma coisa!” (E02 -)

Na penúltima fala, (E64-), aspecto importante apresentado é que diante do acidente, o profissional que acompanhava aquele que se acidentou, vendo o desespero expresso nas reações psicossomáticas, faz brincadeiras e exerce uma pressão psicológica, que impede a tomada de decisão assertiva: permanece no campo cirúrgico e não sai para lavar as mãos. Vemos os opostos da suscetibilidade: o profissional acidentado que tem a real percepção do perigo para si, e do colega médico que nega a suscetibilidade do profissional acidentado e do paciente.

Acreditamos que a alta suscetibilidade percebida é salutar na tomada de decisão. Entretanto, os níveis muito altos de ansiedade, no enfrentamento da ameaça, precisam ser controlados. Do contrário podem desencadear a inabilidade para gerir o conflito, expondo-se ao risco.

Nos comportamentos pudemos evidenciar que os sujeitos emitiram crenças que sugerem a alta percepção de suscetibilidade, sobretudo, quando surpreendidos com uma situação inesperada.

“Retirei imediatamente e introduzi outro (espéculo) e procedi a coleta. Posteriormente, levei ao conhecimento da diretoria técnica, e fizemos reunião entre as enfermeiras e as auxiliares e nessa reunião [...]” (E61 -)

“Eu só olhei para ela e falei: Dona fulana! Ela falou: ah! Já aconteceu mesmo, né?! Da próxima vez eu vou usar luva, garanto para você que vou usar. Respondi: não é para mim que você tem que garantir é para senhora mesma... nós mulheres lidamos com coisas em casa e acabamos tendo pequenos cortes e temos que ter mais cuidado”. (E63 -)

“Aí eu fiquei preocupada em limpar a mão dela e peguei um algodão, e fui limpando e pedi que deixasse e fosse lavar a mão” [...] (E25-).

“Eu orientei a lavar com água corrente e sabão. A gente chamou o laboratório para fazer o teste rápido e deu negativo. A encaminhei para o HDT, ela tomou medicamento. Fiz o comunicado à medicina do trabalho”. (E32-)

Os sujeitos frente à ameaça apresentaram comportamentos que denotavam preocupação com o risco iminente; acreditavam que ele é constante, logo práticas seguras precisam ser garantidas e mantidas, tanto em relação à exposição real, quanto para aquelas prováveis exposições a material biológico.

“Ela veio atrás da gente, o paciente estava em isolamento além de outras patologias, era suspeita de TB. Nós orientamos a lavar as mãos. Chamamos o laboratório para colher o teste rápido. Foram preenchidos todos os protocolos e encaminhada no fluxo”. (E65 -)

“Subi para a CCIH, coletou o sangue do paciente e meu e solicitou os exames VDRL, hepatites... Era um final de semana, não fazia teste rápido, fiquei esperando o Elisa tomando AZT e 3TC. Depois fiz os exames de controle e nunca deu nada”. (E55 -)

“Ela correu para tomar banho [...] Fizemos tudo o que é preconizado, colhemos o sangue da paciente e dela. Quando chegou junto a mim pensei que estava esfaqueada... o sangue escorria na cabeça e ela me disse que o sangue foi dentro da boca”. (E67 -)

“De imediato chamei alguém e pedi para calçar luva e conectar. E fui e lavei as mãos. Olhei no prontuário, mas tinha exames mais antigos e as sorologias eram negativas [...]” (E56-)

“Colheu o sangue da paciente para teste de HIV e hepatite e meu também, e graças a Deus a paciente não tinha nada”. (E02 -)

“Lavei a mão com água e sabão. Peguei o cartão da mãe era negativo. Já iniciei o esquema, lá não tinha teste rápido e antes das 2 horas tomei o medicamento que foi continuado por um mês”. (E56 -)

Nos comportamentos, constatamos que os sujeitos percebem realmente o perigo de contrair alguma doença, assim os cuidados imediatos e os demais identificados reportam isso. Vemos, também, que expressam clareza quanto aos encaminhamentos pós-exposição.

O conhecimento e a alta suscetibilidade percebida tiveram importante papel na tomada de decisão. Podemos verificar que a socialização dos protocolos das medidas pós-exposição facilitou a adoção dos comportamentos adequados frente ao risco, e deu certa segurança e tranquilidade.

Esta compreensão também pode ser constatada nos comportamentos emitidos frente às ameaças, em situações específicas, onde foram indicadas tanto as PP quanto as precauções baseadas no mecanismo de transmissão do microrganismo.

“Eu coloquei o paciente em isolamento, em quarto privativo, orientei o uso de máscara para o acompanhante, funcionários e todas as medidas cabíveis até que viesse o resultado da baciloscopia. Isso era por volta de 10h [...]” (E27 -)

“Aí, eu falei: Oh! O negócio é o seguinte: vamos tirar todas as outras pacientes deste quarto, e a paciente permanecerá em isolamento. Aí fui conversar com a paciente e explicar que ela ia ficar sozinha, que as pessoas iam entrar de máscara... tirando que a paciente queria me bater o resto foi normal”. (E31 +)

“Avaliei a criança e percebi que tinha sinais de irritação meníngea. Coloquei em isolamento. Comuniquei com o médico a minha suspeita. Orientei a equipe a utilizar a máscara. Ao avaliar a criança eu não estava de máscara. Ao perceber a hipótese que poderia ser meningite coloquei a máscara, inclusive não tinha. Peguei emprestada no centro cirúrgico. Foi feita a punção lombar e confirmou meningite meningocócica”. (E56 +)

“Após levantar-se a hipótese providenciei a colocação do mesmo em quarto privativo. Orientei aos funcionários e entreguei a máscara N95. O funcionário, até mesmo o laboratório e gasometria que são serviços terceirizados, usava a máscara. Até quando ele chegou, a funcionária do serviço falou que a máscara é cara e não teria para ele e aí eu falei que não, que ele também precisava da proteção”. (E78+)

Percebemos que tinham clareza do perigo e das medidas a serem adotadas. O conhecimento dos aspectos clínicos e epidemiológicos das doenças associado à alta suscetibilidade percebida, levou a tomada de decisão adequada, ou seja, a adesão às medidas de prevenção e controle das IRSAS, dentro das limitações que a realidade impõe, visto que as medidas de engenharia recomendadas não são observadas, no serviço em estudo.

Após acessarmos todas essas situações e comportamentos relatados pelos sujeitos, que evidenciavam a suscetibilidade percebida na adesão ou não às PP, levam-nos a entender que as crenças exercem papel importante na tomada de decisão, sendo que a associação dos fatores modificadores, ora são estímulos pró-ativos à ação, ora contra-ativos à ação.

5.2.2 A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e a severidade percebida

A severidade percebida refere-se às conseqüências ou impactos que uma dada doença/ameaça promove na, e para a vida da pessoa, resulta da avaliação que perpassa pela subjetividade do sujeito, sendo assim variável. Para algumas pessoas podem ficar reduzidas a um aspecto da vida, enquanto que, para outras, estendem-se a vários. As conseqüências podem ser: comprometimento emocional, relevância clínica, redução transitória ou permanente da capacidade física ou mental, morte, implicações nas relações sociais de trabalho e familiares, etc.

À imersão nos relatos dos sujeitos, pudemos apreender que a severidade percebida foi evidenciada após a vivência de situações de ameaça, ou seja, os acidentes ocupacionais, independente da polaridade referida, em que as PP não foram seguidas. Portanto, se fez presente somente nos comportamentos e nas conseqüências.

“Ninguém se sujou ou acidentou... mas poderia, como em outros casos acontece. Poderia ter tido uma contaminação... se tivesse seria correr atrás do prejuízo... muito desespero porque ia ficar preocupada de contrair uma doença... sobretudo HIV... muito arrependida de não seguir as recomendações”. (E34+)

“Fiquei preocupado, a dúvida: não tinha nada da paciente! Fiquei bastante preocupado. A partir desse dia fiquei mais atento! Fiquei mais alerta! Ah! Acontece com todo mundo, mas comigo não acontece... às vezes a gente pensa assim... Nossa! Não sei! Sei não! O medo... Fiquei com medo por uns 6 meses. Imagino que muda a vida da gente... pelo medo que fiquei”. (E37+)

“Não deu nada, mas enquanto isso: vomitei, fiquei tonta com os efeitos colaterais da medicação. Fiquei morrendo de medo... eu tão brava pegando hepatite, HIV ainda mais que o moço do laboratório disse que meus títulos protetores para hepatite eram baixos e precisava tomar nova dose de vacina”. (E55 -)

“Agora: uso EPI!! Se tivesse pego uma doença... eu pirava. Acho que enlouqueceria. Aprendi que a gente deve deixar tudo preparado e organizado. Aí fiquei mais esperta... mais rigorosa para deixar a máscara e prestar atenção se todo mundo está paramentado”. (E18+)

A severidade percebida foi evidenciada por meio da expressão de sentimentos, condutas adotadas, alterações psicossomáticas e na vivência da infecção. Inferimos que, as reações dos sujeitos frente à ameaça, que num primeiro olhar evidenciaria somente a alta suscetibilidade percebida; na verdade remete à percepção da severidade, ou seja, à percepção de que a dada ameaça traria algum nível de conseqüência à sua vida. Isto pode ser observado no segundo relato, no qual o sujeito declara que durante seis (06) meses vivenciou o medo, ao pensar na possibilidade de soroconverter. Interessante notarmos que, os fatos vividos os

estimularam à reflexão e os despertaram a reverem os próprios valores e crenças.

Extraem o aprendizado de que mudar é preciso.

“Larguei imediatamente a cabeça da mulher. Corri e lavei a mão. Quando eu melhorei voltei para assistir o paciente”. (E19+)

“Sai correndo para lavar, a única coisa que vi foi a pia e água, água, água... Procurei de imediato: lavei e fui para o ambulatório para alguém me atender. Aí o profissional que me atendeu disse que não era nada tão importante e não tinha nada a fazer. Aí a colega disse pra eu tomar uma rifampicina e eu tomei porque estava desesperada. (E46 -)

“Corri, lavei a mão, queria arrancar o dedo fora, era um paciente que tinha chegado na madrugada e não tinha diagnóstico e isto foi ± às 3 horas da manhã”. (E69+)

Os sujeitos ao se virem na iminência de contrair uma infecção, demonstram: um medo extremo, desespero e desestruturação. Tais sentimentos evidenciam que a doença é séria e traz alguma conseqüência, ou repercussões clínicas, emocionais, sociais, econômicas, etc.; portanto, em contrapartida o sujeito deveria interromper o processo, percebido como já instalado, por meio dos cuidados locais, na procura do atendimento no ambulatório.

Em alguns momentos, considerando a gravidade da referida situação de ameaça, eles se vêem sem uma expectativa de contornar a situação e crêem, que somente, depositando a confiança em um Ser Supremo isto é possível.

“Dá um certo medo: Alerta! Cada acontecimento alerta um pouquinho. Tanto é que me lembrei. Às vezes aprende mais com o negativo. Pensei: tenho certeza que vai dar negativo. Graças a Deus deu mesmo”. (E60 -).

“Rezamos... no meio dos outros pacientes, estávamos terminando a reanimação sem sucesso”. (E70 -)

“Na hora fiquei assim meio traumatizada. Nunca mais atendi a campanha sem a luva no bolso. Fiquei com trauma e não queria atender emergência e tinha medo. Tirei uma lição”. (E19+)

Percebemos em uma das falas o alívio, quando os resultados foram negativos, e que graças a um Ser Supremo foi eximido da situação. Caso contrário,

só Ele seria capaz de realizar alguma coisa, porque no plano humano a doença não teria solução, pois estava fadado a morrer.

Observamos que, os sujeitos ao perceberem a severidade da ameaça, compreenderam que além deles próprios, os pacientes também foram expostos. Quando há a negligência no uso das medidas de prevenção e controle, o risco além de individual é coletivo, estendendo-se ao paciente e a outras instâncias, às vezes de difícil mensuração. Por conseguinte, a severidade percebida também é coletiva. Nas descrições anteriores Isto foi mencionado.

Nos relatos, vimos que a vivência das situações que remetiam a exposição a uma doença séria, fez com que repensassem as próprias vidas e aprendessem com o negativo. Este achado é reportado por Souza (2001). Em outras narrativas isto também se fez presente, só que a severidade percebida refere-se à associação com a aids.

“E nesse período cheguei até a ter sintomas, emagreci... uma fraqueza, a boca cheia de afta... eu não tenho medo do paciente, mas tenho... porque eu estava com meu filho... passava na minha cabeça de eu não ver o meu filho crescer... meu corte era novinho... aquela diálise peritoneal toda deve ter contaminado. Sou muito tranqüila... foi uma situação de emergência e nem pensei. Nunca mais... o paciente vai cair... mas, não pego. Muitas vezes a luva não protege por completo, mas ajuda”. (E12 -)

“A funcionária ficou nervosa, não teve condições mais de trabalhar, fez os exames periódicos. Ela ficou tão... que queria fazer a profilaxia, sendo que o teste rápido para HIV tinha sido negativo, e assim não havia indicação. Se a paciente fosse positiva para HIV não sei... Olha, uma moça jovem, recém-casada, filho pequeno... ela não teria condições de trabalhar até à conclusão dos resultados dos exames”. (E07 -)

“E não tive nada. Dá vontade de sair correndo... fugir... Nessa época estava grávida... fiquei muito preocupada... o básico eu estava usando... eu fiquei muito apavorada... enquanto não fiz o HIV... Dá vontade de largar a profissão [...]” (E38 -)

“A funcionária ficou extremamente mal, e a gente também porque é um risco que a gente tem que correr. A funcionária ficou deprimida e chateada, porque o paciente era grave, agitado e ficou com medo de uma doença”. (E20-)

“Fiquei 10 dias sem dormir, sem comer, tendo taquicardia... foi horrível. Toda vida tive muito cuidado... a partir de então passei a ter mais cuidado”. (E31-)

Salientamos que, a experiência do acidente ocupacional gerou repercussões antecipadas da severidade percebida da aids. A experiência é carregada de alterações psíquicas, emocionais e físicas. Os sujeitos se viram totalmente desestruturados, inábeis para permanecerem no convívio social e no exercício profissional; ou seja, caso ocorresse a soroconversão mudaria toda a sua vida no trabalho, na família e na sociedade.

Sailer (2004), ao analisar as crenças relacionadas ao tratamento quimioprolático pós-exposição ocupacional, verificou que a severidade percebida foi evidenciada pela preocupação com o perigo e medo de adquirir aids e ao apego à vida diante da ameaça vivenciada.

Podemos verificar nas entrelinhas um sentimento de culpa, em algumas falas, por não terem utilizado as PP. Existe a percepção de que o risco do PAS é uma constante, no cotidiano, e os EPI não dão a completa segurança, mas são barreiras que minimizam a gravidade da exposição. Demonstram percepção dos benefícios dos EPI para a redução da severidade percebida na vivência específica.

Constatamos que a experiência de maternidade, associada a situações que evidenciaram severidade percebida, parece constituir um fator facilitador para a adesão às PP, e isto pode ser constatado nas falas. A vida e os filhos representam os bens mais preciosos das pessoas. O profissional para não perdê-los e diante da iminência do risco, sensibiliza-se e tem convicção de que precisa mudar, e vale até deixar a profissão.

Logo os sujeitos expressam uma insegurança imensa em relação ao futuro, quando da suscetibilidade e severidade percebidas da aids. Souza (1997), refere que “a aids impôs à sociedade o pânico pela sua letalidade, ao lado do preconceito,

discriminação que as pessoas infectadas pelo HIV sofrem” e está “ligada à idéia de morte, doença fatal, vírus invencível , morte com data marcada” (p.25). Reflete que, ela macula a identidade social do indivíduo, pois comportamentos desviantes (promiscuidade e perversão sexual, homossexualidade, dependência química, etc.) lhes são agregados, e a pessoa passa a ter um atributo que a torna diferente, e as expectativas habituais, socialmente construídas, não se aplicam mais a ela.

“Nesse caso aí eu fico preocupada, sempre fico preocupada. Minha mão era pele íntegra e não era acidente com perfurocortante. Tive diarreia, vômitos. Suspendeu o esquema e continuei a fazer os controles, fiz o Elisa e até o Western-blot. Antes havia feito um teste rápido e deu positivo. Quase morri. Procurei o infectologista, e ele falou que a possibilidade era muito pequena. Fiquei desesperada... ele acha que o teste deu positivo, porque estava com herpes, sendo uma reação bioquímica cruzada. Você repensa toda a sua vida, pesquisa todas as possibilidades de contágio, até sair o resultado. Foi terrível... fiquei... não acreditava que poderia ser negativo. Mudou muito. Tenho muito cuidado com sangue e secreções. Deixei de fazer a unha”.(E56 -)

Na iminência de soroconverter para o HIV todos estes aspectos do estigma, do preconceito e da discriminação vêm à tona, em planos inconscientes, gerando os mais diversos sentimentos. Além disso, o conhecimento que o profissional tem sobre o HIV/aids, e a experiência na assistência, dimensionam, ainda mais, as conseqüências, porque não há como negar que o diagnóstico de aids, definido a partir dos protocolos de notificação compulsória, resulta em exigências maiores para a vida da pessoa, quanto às adaptações nas esferas intra-pessoais e inter-pessoais, como bem sabemos.

“Porém fiquei com a consciência pesada! Sobretudo quando ela me falou dos problemas por causa do acidente na casa dela, quase deu separação, porque o marido dela não entendia a situação, por causa dos procedimentos... foi uma situação difícil. Ela ficou mal, aperreada muitos dias... pelo acidente e a atitude do marido. Agora, quando eu tiro o mandril, saio e coloco na caixa de perfurocortante e falo: cuidado!” (E11+)

“Teve gente que passou mal... desespero. Ficamos extremamente apreensivos. Todas as situações extremamente negativas têm um fator positivo: passou-se a ter mais cuidado nessas situações, as pessoas assustaram... a mudança imposta pela exposição: ou você muda ou corre novos riscos, né?! É incrível! Você mexe com isso o tempo todo, pede para pessoa usar e eu mesmo estava sem paramentação. Teve uma funcionária que chegou a ter diarreia, vômitos, ficou desidratada e teve que ficar internada. Foi terrível”. (E70 -)

Ressaltamos que, as vivências relacionadas à severidade percebida, demonstram que os sujeitos se viram diante de fatos, que os fizeram repensar as condutas no trabalho. A não adoção das PP precipitou uma situação de risco aumentado para doenças consideradas de alta severidade. Souza (2001), refere que, as pessoas que conseguem fazer este movimento reflexivo acerca dessas situações de forma consistente, normalmente, apresentam respostas cognitivas capazes de transformar de fato a prática relacionada à segurança ocupacional.

Além das situações de severidade percebida demonstradas até então, houve aquelas em que os agravos não ficaram restritos aos sofrimentos psíquicos, mas após a exposição a material biológico os sujeitos evidenciaram a infecção.

“Mas não sei te dizer o período disso e a ocorrência, mas a seguir detectou-se que eu estava com hepatite B. Não voltei para ver o caso do paciente, levou tempo para ser diagnosticado. Tinha feito também uma cesárea em maio e veio a detectar em dezembro. Na gestação não era soro-reagente. Não sei dizer o período. Tive que tomar gamaglobulina... Fiz o exame e verificou-se. Fiquei afastada por 1 mês, repouso. Eu falava que não estava bem, mas ninguém me levava a sério até que um dia de plantão comentei com o intensivista e ele disse: vai lá e colhe uma urina. Quando trouxe a amostra ele já disse: é hepatite. Agora não faço mais isso não. Abriu um leque, clareou, pra eu perceber que a pressa e vontade de socorrer o paciente tem que ser com responsabilidade para ambas as partes. Na época até pelo fato de ser mãe, o que eu fiz... eu pensei mais no paciente do que em mim, na família... só enxergava um lado da coisa. Se eu cuidar bem de mim posso até cuidar melhor do paciente... e isso me fez tomar decisões como: deixei Brasília pela falta de condições de trabalho: não tem luvas, aspirar paciente sem condições, passar SVD com coletor aberto... ou seja você vai prejudicar mais do que ajudar. Hoje tenho outra visão”. (E52 -)

“Tudo bem né... terminei o plantão e fui dormir e acordei com os olhos deste tamanho (mostrou com as mãos sobre os olhos) e o menino havia sido transferido para outro hospital. Tive que ir ao oftalmo. Isso me rendeu uma conjuntivite daquela”. (E46 -)

As duas situações relatadas se deram após exposição de mucosa e pele, no segundo caso uma conjuntivite bacteriana de fácil tratamento. Já, o primeiro temos uma infecção com repercussões maiores, para o indivíduo, e o período que se passou, desde a exposição até o diagnóstico, foi longo. O PAS refere total desamparo, enquanto manifestava os primeiros sintomas, até que por fim diagnosticou.

A experiência da soroconversão foi um momento no qual o profissional, ao avaliar as conseqüências, verificou que seria uma doença prevenível pelo uso do EPI, em uma situação inesperada (sujou-se com condensado do respirador e não estava paramentada). Deste modo, consegue re-elaborar toda a sua conduta no exercício profissional.

Após a experiência de soroconversão compreende que a prestação da assistência tem que ser com responsabilidade, para com os sujeitos envolvidos, pois anteriormente acreditava que deveria estar atenta à proteção exclusiva do paciente. Esta visão pode ser superada, embora importante, e passa a sentir a necessidade de auto-cuidar-se, inclusive pra cuidar do outro.

Tivemos um outro relato que não houve a soroconversão. Constituiu-se numa situação extremamente grave em que os sujeitos expressam quão dolorosa foi a vivência, demonstrando a severidade percebida do episódio, pelas prováveis associações a doenças, que tamanha tragédia poderia gerar.

“Tentamos ajudá-la para levantar. A levamos para tomar um banho... consolá-la. Chorava muito [...].teve que ser submetida a suturas. Foi a pior coisa que eu já vi. Ela estava sob a minha supervisão”. (E32 -)

Além dos relatos da severidade percebida referida de forma direta ao profissional, houve aqueles onde foram evidenciadas a severidade percebida, para o paciente, onde o descumprimento das PP se fez presente. Os sujeitos apresentam as IRSAS como a severidade maior, que vem acompanhada de custos aumentados e dor ao paciente.

“Nossa queria morrer. Meu Deus! Fiquei até ruim, fiquei preocupada... cheguei em casa até o meu marido percebeu. Não costumo levar problema do serviço para casa, mas não tinha jeito, estava desconcertada. Aí expliquei a ela que aquilo não poderia ter acontecido... E a gente fica acompanhando o paciente para ver se ele não vai ter febre... fica com a consciência pesada. Fiquei com medo dele ter uma IH porque ficou exposto a isso. Agora quando existe uma situação que tenho que fazer a desobstrução vou pegar o material, não confio mais, pode passar despercebido. Fico tão preocupada! Hoje mesmo fiz isso”. (E76+)

“Fico preocupada com a infecção de cateter, e muitas vezes tem que sacar o cateter, puncionar outro. Gera custos e dor para o paciente. Estar manipulando ali sempre vem gotículas de sangue e secreções, tanto em mim quanto no paciente”. (E62-)

“Aí eu fiquei preocupada com medo da infecção, porque já era uma paciente debilitada, com estes problemas (DHEG+trauma em vulva). Correu tudo bem. Recebeu alta 72 horas depois. Aqui não teve infecção [...]” (E26+)

As narrativas mostram, claramente, que os PAS ficam preocupados ao perceberem que a conduta na execução dos procedimentos gerara a exposição do paciente. Ao mesmo tempo, parece que acreditavam que sua responsabilidade como facilitador da provável infecção, que representa a severidade maior, se restringe à permanência do paciente no SAS.

A realização da vigilância pós-alta das IRSAS, estratégia de mensuração da qualidade da assistência prestada, dentre outras vantagens, possibilita identificar as situações da prática, que devem ser avaliadas e melhoradas. É, também importante, porque permite reportar àquelas que têm evidenciado respostas satisfatórias.

Entendemos que, os profissionais necessitam de retornos das práticas bem sucedidas, pois, enquanto seres humanos, o reconhecimento dos investimentos, enquanto pessoa e grupo, é de vital importância. Em se tratando da adesão às PP, é fundamental, porque, temos convicção de que, elas demandam muitos esforços da equipe, que não têm sido valorizados pelo SAS.

Dentre as falas acima, pudemos observar que as situações em que o profissional participou ativamente da exposição, mesmo que não tenha sido intencional, fizeram com que repensasse a própria prática profissional, quando decide por adotar práticas que previnam tais erros.

“Isso só desperta a necessidade da educação continuada relacionada à formação das precauções padrão e acidente com material biológico. Nesta vez ficou apavorada, começou a chorar...” (E65 -)

Destacamos que, os sujeitos referem que a educação continuada relacionada às PP e ao acidente com material biológico é uma estratégia de prevenção, que reduz a severidade percebida. Concordamos com as declarações e compreensão dos sujeitos.

Azambuja, Kerber e Vaz (2003) referem que cabe ao empregador preservar a cidadania do trabalhador, que implica em ações que preservam a qualidade de vida. As atividades de educação permanente e continuada são uma das formas de viabilização e manutenção da cidadania, pois garante momentos de reflexão acerca das várias situações que colocam em evidência a qualidade de vida do paciente e do profissional.

A severidade percebida é componente importante no curso da tomada de decisão, sobretudo quando associada à suscetibilidade percebida, crença que não deveria ser evidenciada apenas nas experiências concretas de exposição à ameaça. Estratégias que possam trabalhar a severidade associada às práticas inseguras

devem ser uma preocupação do SAS de forma a antecipar-se com a prevenção dos agravos.

5.2.3 A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e os benefícios percebidos

As crenças relacionadas aos benefícios dizem respeito à compreensão da eficácia conhecida de uma dada alternativa, para reduzir uma ameaça da qual o sujeito sente-se alvo. Ele acredita que ao adotar uma determinada modalidade de ação, terá reduzida a suscetibilidade ou a severidade. Refere-se à prontidão para modalidade de ação.

A percepção dos benefícios foi apreendida das situações, comportamentos e conseqüências, que enfocaram sobremaneira aspectos concernentes ao uso de barreiras protetoras. Os sujeitos as apresentam como um elemento chave para a proteção e segurança, nas diversas vivências da prática da assistência.

“Eu estava no expurgo, eu me paramentei com todos os equipamentos inclusive luva grossa, e estava lavando o material. Fui demonstrar para o aluno e como não tenho muita destreza quando fui lavar uma lima, ela é bem pontiaguda, é perfurante transfixou a luva, atravessou a luva, mas não furou a mão”. (E72+)

“Tinha uma adolescente acamada, imobilizada no leito, tinha fratura de cabeça de fêmur e eu e uma outra funcionária fomos fazer a mudança de decúbito, mas ela estava com muita dor e nós ali... com todo o cuidado, e não vimos... e desconectou o equipo de soro. Quando nós a viramos vimos que estava toda suja de sangue. Era uma punção de intracath. Todas nós estávamos de capote e luva. Sujou o capote e a luva durante o manuseio”. (E20+)

“Foi quando eu estava com meus alunos, fui fazer um curativo e era um pé diabético, curativo contaminado, estava fétido com muita secreção. Coloquei todos os EPI”. (E44 +)

“Aconteceu há duas semanas numa emergência, estávamos com uma intercorrência e precisávamos puncionar uma veia. Estava difícil o acesso. Dois funcionários tinham tentado, mas não conseguiram. Eles não estavam de luvas. Então fui tentar puncionar de luva e consegui”. (E3+)

Nas situações relatadas, observamos que a modalidade de ação dos sujeitos demonstra a adesão dos profissionais às PP, conforme orienta o guia do CDC de 1996. Ao realizarem as atividades, os sujeitos puderam confirmar aquilo que acreditavam: as PP devem ser adotados no atendimento a todo paciente, independente do estado presumível ou não de infecção e no manuseio de artigos e superfícies contaminadas ou sob suspeita de contaminação.

Diante da exposição expressaram que, de fato, o uso das PP concorreu para proteção e segurança. Os sujeitos demonstraram que os benefícios sobrepuseram-se às barreiras percebidas, aspecto decisivo para a modalidade da ação. Paralelo à percepção dos benefícios, evidenciamos em alguns relatos a percepção da auto-eficácia do PAS, expresso na crença da própria capacidade de realizar, com sucesso, a ação que levou ao resultado esperado.

Jeukens (1997), verificou na investigação sobre a adesão da equipe de enfermagem às precauções universais que os profissionais assinalaram sentirem-se protegidos ao implementarem tais ações. Este é um fator importante, pois tende a diminuir um dos estressores ligados à assistência que é o medo excessivo de adquirir alguma patologia que os tornem inseguros, impossibilitando a tomada de decisão assertiva.

Nos comportamentos, pudemos observar claramente os benefícios percebidos do uso das barreiras protetoras, auferidos anteriormente, além daqueles relacionados à adoção das outras medidas das PP.

“Eu calcei a luva e fui, não tenho muita habilidade. Eu de luva puncionei e consegui!”. (E3+)

“A médica olhou para mim (estava toda paramentada) e falou: uai, aonde você vai? Precisa de tudo isso?! Respondi: precisa! Vou passar uma SNE”. (E58+)

“Paciente do sexo feminino, estava com uma escara infectada na região glútea, apresentava odor fétido [...]. Primeiro eu já sabia da situação e extensão da ferida e já preparei o material para o curativo. Aí o que eu fiz foi: o preparo do material e me paramentei”. (E77+)

“E coloquei todos os equipamentos: luva, avental, máscara... a precaução dela é de contato. Antes de iniciar o curativo lavei as mãos, é claro... antes de paramentar. Após o curativo retirei o avental e coloquei no hamper próprio rotulado, a luva... E lavei as mãos”. (E17+)

“Fui coletar secreção traqueal... a gente põe num vidrinho... no vidro tem duas entradas que são conectadas ao látex do aspirador e ao que vai para o paciente... quando fui testar veio aquele caldão esverdeado. Substituí todo o material”. (E36+)

Frizamos que a percepção dos benefícios faz com que os PAS sintam-se tranquilos e seguros para realizarem as atividades assistenciais. Apreendemos que se sentiram protegidos, aliviados, satisfeitos com o resultado do investimento.

“Eu retirei a luva, lavei as mãos com água e sabão. Não perfurou o dedo, somente a luva”. (E16+)

“Depois que terminávamos tirava o capote, luva, tudo... desprezava tudo no hamper e deixava tudo limpinho. Ficávamos tranquilas, porque estava protegida e a criança também”. (E24+)

“Retirei a lima com todo cuidado e a luva e vi se havia perfurado, não havia. Lavei a mão. Antes de retirar a luva demonstrei aos alunos e falei da importância do uso do EPI, porque se estivesse sem a luva teria perfurado a mão”. (E70+)

“Aí eu arranquei o capote e a roupa não molhou. Senti aliviada”. (E18+)

“De imediato eu continuei (era uma emergência e estava paramentada). Depois retirei tudo, lavei as mãos e observei se tinha me molhado. Mas, não!” (E13+)

Evidenciamos que, os sujeitos, após as situações em que aderiram às PP, embora convencidos dos benefícios do uso das barreiras protetoras, parece que buscam o *feedback* esperado deste uso, como que certificando que o comportamento foi correto, para retro-alimentar as próprias crenças de que vale a pena utilizar os EPI.

“Aí me paramentei com luvas, máscara, avental. Fiz o exame físico. E aproveitei para fazer o curativo dela, porque ela está com úlcera de decúbito. Após estes procedimentos retirei todos os EPI. Lavei as mãos e fui fazer as anotações”. (E39+)

“Mas estava paramentada com luvas, máscara, avental, óculos, porque era um curativo demorado, bem grande. Fui debridando e de repente vi que tinha miífase!” (E44 +)

“Então me paramentei com gorro, máscara, luva e capote. Me paramentei toda. Nunca havia me paramentado tanto. Nunca tinha usado óculos... não achava importante [...] eu cuidei da paciente, cortei o cabelo dela. Realizei o procedimento, tudo bem”. (E67+)

“Utilizei a bandeja, todo o material estéril. Lavei as mãos, utilizei luvas estéreis com técnica asséptica. Tentei proceder a técnica mais asséptica possível”. (E42 +)

“Durante o procedimento usei o avental, máscara e luvas... Usei um pacote de curativo estéril, usei luva de procedimento estéril [...] Desprezei o material sujo em saquinho próprio individual, a lâmina de bisturi na caixa de perfurocortante, porque liberei um ponto e colhi material para exame”. (E35+)

“Levamos o material até próximo do leito, a paciente já sabia do procedimento. Lavei as mãos e vesti o capote. Coloquei a máscara, porque o odor estava intenso. Calcei as luvas. Aí com essa luva retirei o curativo que estava na paciente...Troquei a luva e a técnica em enfermagem já estava abrindo o material para mim na bandeja. Aí fui fazendo a limpeza da ferida com SF, retirando os tecidos necrosados. Após limpar as bordas da ferida e como não tinha opção de tratamento da ferida foi colocado dersani nas regiões de tecido granulado. Aí tinha que fechar, porque havia drenagem. Desprezei o material no expurgo, retirei a luva e o capote.- Aí lavei as mãos e prescrevi um novo curativo para a paciente”. (E77+)

O indivíduo ao acreditar nos benefícios da adoção das PP, planeja e executa os procedimentos com leveza, confiança, satisfação e prazer. Todas estas evidências até então apresentadas, também, puderam ser identificadas nas conseqüências dos incidentes críticos.

“Ah! Eu pensei o tanto que estava certa, uma sensação de alívio, se estivesse errada... reforçou aquilo que estava acreditando. Percebi respeito por parte dos alunos, porque pensavam que era exagero estar paramentada, e a importância da luva, porque é muito negligenciado o uso da luva no expurgo”. (E70+)

“Passei a sonda não teve nenhuma intercorrência. O tanto que a gente acomoda, que quando usa a paramentação as pessoas assustam. Me senti mais protegida, para mim e o paciente. Me sinto mais a vontade de trabalhar com o paciente”. (E58+).

Os dados além de corroborarem com os achados anteriormente comentados nas situações e comportamentos, mostram que existe uma construção coletiva por parte daqueles que não acreditam no benefício, ou na suscetibilidade, pois existem procedimentos que requerem uma paramentação completa. Quando o PAS se paramenta com todos os EPI é causa de espanto, fato que pode constranger aqueles que não estão convictos dos benefícios percebidos, sendo o constrangimento um entrave para a adesão. Outra barreira que podemos observar, no segundo relato é que a acomodação faz com que os PAS negligenciem o uso dos EPI.

“Tirei que reforçou ainda mais o uso do EPI, mesmo que não tenha acontecido nada. É uma proteção que eu tenho, uma segurança”. (E72 -)

“Eu senti segurança dos dois lados. Para mim, porque havia me protegido, e para a paciente por causa da evolução”. (E43 -)

Verificamos que, nas situações em que os EPI foram utilizados e corresponderam aos objetivos no momento da exposição, reforçaram a crença dos benefícios para aqueles PAS que estavam convencidos deles. Salientamos que, a ação de adesão às PP por si só é educativa, tanto para aquele que dela se beneficiou diretamente, quanto para as pessoas que presenciaram tal ação, sobretudo quando a interrupção de uma consequência indesejada foi possível, pois não se trata de abstrações, mas da realidade na qual foram implementadas e deram certo. Desperta para as práticas recomendadas com e pelos acertos.

“Me senti segura para cuidar, sem dúvida nenhuma, fiquei muito tranqüila, tanto é que realizei o procedimento”. (E67+)

“Continuei o curativo com segurança, pois sabia que estava paramentada para tal procedimento”. (E44 +)

“A gente não pensa muito... fiquei aliviada porque ainda bem eu estava assim... protegida. Se tivesse sujado... Fazer o quê?! Já tinha sujado. Preocupava... mas fazer o quê?! Tirar a roupa! A situação reforçou a importância da paramentação, porque estando paramentado você está protegida, melhor assim!” (E13+)

“Isto trouxe uma auto-afirmação do uso do EPI porque eu não esperava aquela sangueira... e se não estivéssemos com EPI eu teria me exposto. Eu observo que todas as vezes que presto cuidado ao paciente sem máscara sempre eu tenho amigdalite, gripo”. (E20+)

Os sujeitos avaliam que, os EPI, dão aos PAS: proteção, segurança, confiança e são barreiras nas situações de exposição a material biológico. A aproximação de tais experiências nos permitiram refletir que uma das formas de trabalhar a adesão é resgatar os aspectos facilitadores, ou seja, o que tem reforçado, estimulado a adoção de comportamentos coerentes com as recomendações de prevenção e controle de IRSAS.

“Mas, depois disso comecei a pensar e ver que precisava me corrigir e que eu seria capaz de puncionar veia com luva. A partir de então, só punciono veia com luva”. (E21-)

“Isso nos fez refletir sobre a importância de chegarmos no cliente no ato de sua admissão paramentados adequadamente, pois previne acidentes de contaminação com sangue como no caso ocorrido. Por outro lado, percebemos que a rapidez na conduta salvou a vida do cliente naquele momento. Acredito que antes de me ver como profissional, tenho que pensar e agir como pessoa que necessita das precauções existentes no hospital [...] para que possa desenvolver a função. É faca de dois gumes... aqui tem muito isto, da rapidez para salvar a vida. Mas tem que pensar em nós”. (E40+)

Os profissionais apresentam discernimento de que a relação estabelecida na assistência, requer postura situada e situante do profissional, no sentido de sentir-se responsável pela própria proteção e da coletividade. Vimos que o relato traz aspectos conflituosos do cotidiano, no que diz respeito à percepção das barreiras x benefícios percebidos, por exemplo, em situação de emergência: *“da rapidez para salvar a vida. Mas tem que pensar em nós” (E40+)*.

Nesta situação o PAS se vê diante de uma ameaça, que é a exposição a material biológico. Todavia, acredita no benefício do uso dos EPI para redução desta ameaça. Entretanto, na vivência específica crê que a rapidez no atendimento reduzirá, sensivelmente, a ameaça observada para o paciente. Paramentar-se significa perder preciosos minutos, que poderão fazer diferença no sucesso da intervenção. Quando segue as crenças de que o paciente é prioridade, então, deixará para segundo plano a sua proteção; do contrário se paramentará primeiro para então iniciar o atendimento.

Seja qual for a modalidade da ação, os indivíduos se vêem em situação de grande conflito, sobretudo quando a organização do trabalho não oferece condições para uma decisão tranqüila, como por exemplo, os EPI não estão disponíveis, ou estão, porém em difícil acesso; o material para o atendimento ao paciente em emergência não está completo, organizado, etc.

“No meu imaginário... sinto e penso... prestei toda a assistência a ele e me protegi. Esta proteção assim... por mais que a gente faça... hoje, por exemplo, não quero entrar lá mais porque eu estou com uma faringite... minha garganta é muito sensível. Preferiria que não tivesse pessoas nessas condições... não ter que lidar com paciente assim de risco para gente... se tivesse jeito de esterilizar o paciente... não há outra forma a não ser cuidar”. (E39+)

Na fala acima o sujeito apresenta a compreensão de que precisa prestar assistência de qualidade e ao mesmo tempo garantir a própria qualidade de vida. Evidentemente, é ameaçado frente ao paciente de “risco”.

Vemos que a prestação de cuidados é sempre conflituosa, pois requer permanentes tomadas de decisão, e necessário se faz que as práticas sejam discutidas permanentemente pela equipe a fim de minimizar os estresses e ao mesmo tempo manter a ética, no cuidado.

Os benefícios percebidos do uso das barreiras protetoras puderam ser evidenciados nos relatos dos sujeitos, que após as experiências tiveram a sensação do dever cumprido: *“Foi tudo bem, sem intercorrências. Senti satisfação, porque tinha feito um serviço correto e com qualidade”* (E42+).

“Depois você tem aquela sensação do dever cumprido: ter cuidado adequadamente, com tudo bem preparado, identificado o maior cuidado. Assim protegia a criança e a gente... Ter proporcionado um alívio... apesar de ter ficado de 1:30 a 2 horas... a gente saía enebada de tanto calor... mas sentia bem pelo bem que tinha proporcionado”. (E24+)

“Foi tudo bem, sem intercorrências. Senti satisfação, porque tinha feito um serviço correto e com qualidade”. (E42+)

“Foi positivo e na hora de adaptar ao equipo ele desconectou e houve uma golfada de sangue, mas eu estava de luva, se não estivesse teria me contaminado. Aí eu fiquei mais leve e confortável porque estava devidamente paramentada. Oba! Estava com o dever cumprido. Se eu não estivesse com a luva era a hora de entrar em desespero”. (E3+).

“Depois senti uma satisfação de poder ter ajudado, ele gosta de conversar e aceita argumentos, isso fez com que tivesse resposta excelente ao tratamento, apesar de ser alcoólatra, com hepatopatia grave (cirrose hepática devido ao alcoolismo) e estar tratando de uma TB e pela doença de base tem enfrentado algumas dificuldades no tratamento medicamentoso, o que tem nos preocupado. Me sinto tranqüila, fiz da forma que devia ter feito para me proteger”. (E30+)

“Ela recuperou. A gente se sente gratificada. Mas mesmo assim tinha infecção e ficou conosco por um ano. Foi a óbito”. (E66+)

Em geral, os PAS relatam que o uso do EPI causa desconforto físico. Nas situações anteriores referidas, isto não constituiu um fator dificultador para a adesão, pois tinham convicção dos benefícios do uso destas barreiras protetoras na redução da suscetibilidade à ameaça para o paciente e profissional.

Apresentam que, mesmo quando adotadas as adequadas medidas para o controle e prevenção das IRSAS, ainda assim elas ocorrem. Evidenciam o limite de intervenção profissional, porque nem todas as IRSAS são preveníveis, estando associadas a causas endógenas do paciente (LACERDA, 2003).

Identificamos, nas conseqüências dos incidentes críticos, declarações em que os sujeitos fazem alusão entre a implementação e a adesão dos enfermeiros às PP e repercussões junto à equipe de trabalho.

“Inicia assim um processo de reflexão. Sempre que acontece isso... tomo as medidas cabíveis... quando alguém atenta... eles sentem (os funcionários) que alguém está tendo cuidado com a equipe e valorizam o papel que o enfermeiro tem na equipe”. (E31+)

Os sujeitos acreditam que implementar as PP é uma forma de cuidar da equipe, e ao mesmo tempo de serem valorizados e reconhecidos. Além disso, constatamos a compreensão de que a adesão do enfermeiro às PP é uma prática que certamente influenciará as ações das demais categorias da equipe de enfermagem.

“Eu percebi que para a equipe foi positivo porque as pessoas que tinham tentado estavam sem luvas, embora eles não tenham falado, foi um aprendizado para eles. O incidente que aconteceu logo após a punção que deu certo e se não estivesse com luva... minha postura de estar protegida com certeza refletiu neles”. (E3+).

“Os técnicos estão juntos... Fica dando mal exemplo. Depois... traz aquela sensação que fez a coisa certa. Que está se protegendo, protegendo o paciente e aos demais pacientes que vou olhar também; e, se está dentro das normas”. (E17+)

Apreendemos que a adesão dos enfermeiros às PP se reverte em proteção aos pacientes e a si próprios, tornando-se estratégia para adesão dos demais profissionais da categoria. Também, compartilhamos dessa compreensão dos sujeitos, pois entendemos que ele enquanto líder de um grupo de profissionais tem esta responsabilidade, que não pode ser desvinculada da sua atribuição funcional.

Sabemos que a adesão às PP, entre outras variáveis, tem como fator modificador as normas pessoais, assim, a percepção do gerente pode influenciar na decisão daqueles que integram o grupo, isto é, se o enfermeiro é coerente com as PP é porque acredita nos benefícios das mesmas na redução da suscetibilidade e

severidade diante da ameaça. Certamente, espera que aqueles que integram o seu grupo de trabalho apresentem a mesma coerência. Portanto, aqueles que desejam a aprovação do enfermeiro certamente irão aderir às PP.

“Não teve nenhuma intercorrência. Quando utilizei toda a técnica e me paramentei... representa a prevenção... ou então diminuição dos riscos para o paciente. Tem como objetivo o resultado satisfatório... fator de melhora. Eu espero uma recuperação... não é coisa imediata. Visam evitar riscos ou diminuir os riscos que ele enfrenta na internação. Sinto satisfação... esse sentimento mesmo de valorização do paciente como ser humano [...]. Estar fazendo os procedimentos, usando a paramentação é educativo... é uma forma de educação da equipe. Isso é importante!” (E35+)

A fala reporta que a adesão às PP é um ato que se reverte em proteção, prevenção de riscos para o paciente, tendo como meta final o seu restabelecimento e sua valorização como ser humano, estabelecendo, ainda, o caráter educativo para a equipe. Os aspectos abordados da proteção, prevenção, valorização do paciente são fundamentais de serem resgatados junto aos PAS, visando a motivação para a adesão às PP. De fato estes são benefícios percebidos passíveis de verificação, que dizem respeito diretamente às questões éticas envolvidas no controle e prevenção da IRSAS.

“Por isso precisa ter educação continuada para as pessoas não fazerem automático, sem imaginar o porquê estão fazendo [...] vi que houve mudança, fizeram diferente. Mas se não houver continuação eles irão retornar ao erro. Tem que ser constante. Até foi bom porque o pessoal alertou. Tem coisas que me forço a fazer. Penso que como supervisora acho que a minha postura é educativa”. (E54 +)

Observamos que, o sujeito acredita no papel da educação continuada como estratégia de adesão às PP, como forma de resgatar o PAS do processo de trabalho alienado e alienante. Relata a experiência que, após tais intervenções educativas houve modificação no comportamento da equipe, porém, devem ser contínuo, do contrário retornam gradativamente à posição inicial.

Concordamos com a compreensão apresentada. Estudos têm evidenciado que atividades educativas têm sido associadas a mudanças na prática para a prevenção e controle da IRSAS (BEEKMANN et al., 2001; BREVIDELLI, 2003; TRAPÊ-CARDOSO; SCHENCK, 2004; CROMER, et al., 2004; ROSENTHAL et al., 2003; VAUGHN et al., 2004). A valorização da atividade de educação foi referida em outros relatos, no qual o próprio sujeito discorrera sobre o processo antes e após a participação em um curso com enfoque nas PP.

“Aí me inscrevi e fiz o curso sobre as PP e foram citadas várias situações como: ir ao refeitório com jaleco... e foram colocados exemplos bem práticos, do dia-a-dia, que a gente descuida, e isso de forma bem dinâmica”. (E52 +)

“Passei a me cuidar mais: até cortei o meu cabelo... passei a ter mais cuidado com o jaleco. A partir de então mudei algumas coisas como, antes eu levava o meu jaleco e colocava no banco do carro, o sapato... e eu mudei. Considerei extremamente positiva, porque abriu um leque de coisas que passam batidas: a forma de retirar o jaleco, a forma de chegar em casa para proteger a família. Discutiu-se muito a proteção para o paciente e para nós. [...] hoje debatemos as questões de exposição do paciente e brigamos por melhores condições de trabalho”. (E52 +)

As atividades de educação continuada e permanente são espaços de suma importância para o desenvolvimento de competências que visem o controle e prevenção das IRSAS, possibilitando a problematização de questões da prática, e assim modificar crenças que têm impedido a adesão do PAS às PP. Isto foi evidenciado, anteriormente, na fala.

“Observei que como supervisora tenho que ficar atenta [...] aos mínimos detalhes como se fosse um parente meu... e gostaria que fosse utilizado aquele material daquela forma, principalmente, com algumas equipes... às vezes o paciente parece um animal... querem operar, um descaso com o ser humano. Fico preocupada com o paciente. Fica a questão do controle de infecção... não tenho notícia de como fica lá fora. Estar atenta às coisas que são importantes nas áreas críticas. Quando você usa as medidas corretas, quando você percebe o quanto aquilo é importante, faz falta, e dá o devido valor ao material e ao equipamento. Aquilo se torna um hábito, e quando você tem que fazer e deixa de usar você sente falta”. (E64+)

O sujeito, em seu relato, apresenta que o enfermeiro tem um papel importante na prevenção e controle de infecção, para o paciente. Reporta a necessidade de oferecer uma assistência de qualidade indistintamente, principalmente em procedimentos críticos. Ressalta quão salutar é estabelecer práticas seguras, pois na impossibilidade de implementá-las o profissional sente-se desconfortável, e tem necessidade de retornar o mais breve possível a elas. Aí está a importância de uma política institucional voltada à segurança na, e para a assistência.

Os benefícios percebidos, também, foram evidenciados em situações de exposição do paciente ou do profissional. Apesar dos sujeitos narrarem fatos que demonstram a percepção de severidade e suscetibilidade, evidenciamos que a percepção dos benefícios das recomendações estabelecidas, para o controle e prevenção das IRSAS, fez com que as barreiras percebidas fossem transpostas.

“Quando ingressei no CC estava supervisionando as salas cirúrgicas e entrei na sala que estava acontecendo uma cirurgia, entrei por acaso. Quando entrei vi que o staff estava junto ao campo operatório sem o uso da paramentação adequada. Ele estava de unissex, gorro, máscara e luva, mas sem capote. Comuniquei com a gerente para intervir”. (E64+)

Tal comportamento revela que o sujeito acreditava nos benefícios do uso de toda a paramentação cirúrgica recomendada para a prevenção das infecções de sítio cirúrgico, e mesmo não tendo feito a intervenção direta, todavia a tomada de decisão e curso da ação demonstram isto.

“Tínhamos uma criança com escara muito grande de difícil tratamento e com o cuidado (adesão às medidas PP) da equipe ela recuperou”. (E66+)

Nessa fala, apesar das dificuldades, ficou evidente, que houve empenho e investimento por parte de toda a equipe, que acreditou nos benefícios das PP. Este

dado é de extrema importância, pois sabemos que o controle das IRSAS só é possível se existir um envolvimento coletivo.

O empreendimento coletivo para a prevenção e controle das IRSAS, ainda, não é uma realidade. Observamos que, cada categoria profissional apresenta uma visão particularizada das medidas de controle de infecção, às vezes pautadas nas próprias experiências ou conveniências, onde os processos não são monitorados e avaliados, criando conflitos que culminam com a exposição do paciente, dos profissionais e da coletividade.

As crenças relacionadas aos benefícios puderam ser verificadas na adoção de cuidados a si mesmos pelo PAS, nas ocorrências de acidentes com material biológico. A partir dos comportamentos esta percepção foi constatada.

“Corri e fui lavar com água corrente. Depois que tinha lavado o olho é que peguei os óculos e a máscara, e voltei para aspirar o paciente. Na época, a secreção não tinha sangue visível, foi feita uma orientação geral. No caso do acidente com material biológico fui atendido [...]” (E69+)

“Eu tomei banho e troquei a roupa, vesti a roupa do hospital e depois que fui auxiliar nos cuidados do bebê”. (E75+)

“Eu fui para a pia lavar o rosto, com bastante água e sabão”. (E11+)

Estes sujeitos demonstram que acreditavam nos benefícios das ações. Esta compreensão, igualmente, esteve presente nas conseqüências. Após a exposição ao risco com material biológico foram despertados para os benefícios das PP. A experiência foi reportada como um aprendizado na vida e para a vida.

“Aí eu fiquei me xingando: seu burro... preguiçoso... por que você não foi lá?! Aprendi a lição! Agora vou lá e descarto o material”. (E11+)

“Depois de duas semanas, estavam discutindo o caso clínico e eu descobri que ele era HCV + e está em replicação viral. Levei na cabeça... e aprendi a lição! Qualquer coisa é com luva!” (E28+)

“Aí eu falei: você está vendo, você trabalha com paciente com muita secreção e sob risco, e ela especificamente nunca mais trabalhou de sapato aberto e ela disse que foi uma lição de vida”. (E07 -)

As descrições mostram que, as experiências negativas, consideradas positivas em função das conseqüências de aprendizado extraídas, quando associadas à negligência do uso das PP, fizeram com que os enfermeiros tomassem consciência de suas práticas inseguras e percebessem que o uso das barreiras protetoras e manejo adequado de material perfurocortante são ações que reduzem a exposição aos riscos.

“Tive que passar um apuro para que percebesse que deveria usar o par de luvas. Nunca mais colhi gasometria sem as mãos enluvadas”. (E16+)

“Passei a ter mais atenção em por luva... mas estou um pouco lerdo... com excesso de confiança. Vi que estava errado, que deveria usar a luva e ser mais cuidadoso... o tubo podia até ter furado meu dedo”. (E11+)

Refletem que foi necessária uma experiência dolorosa, que causasse medo, angústia e sofrimentos, para que aprendessem que estão em grande exposição aos acidentes com material biológico, quando as PP são negligenciadas.

“Na hora vi que estava errada na questão da minha própria proteção e do paciente, porque estava tocando na ferida. Depois disso sempre que lembro de biossegurança recordo desse episódio. A partir de então sempre tenho o cuidado de ter sempre em mãos a luva, a máscara e o algodão a pronto uso. Cadê o algodão? E refleti a situação com a minha auxiliar de enfermagem”. (E47 +)

“Da situação ficou que o fato de não estar protegida pode propiciar maior risco de se acidentar. Se não se proteger os riscos são muito grandes”. (E51 +)

“Daí para cá a gente passou a deixar o material preparado no pré-parto e deixar mais material necessário para um atendimento de improviso assim. Maternidade é improviso e tem que correr na hora”. (E9+)

“Nunca mais dependurei o scalp. Infelizmente a gente aprende depois. Nem sei se fazia antes com freqüência, só sei que agora não faço mais”. (E22-)

Consideramos que, nenhum profissional necessita fazer o aprendizado dos benefícios das PP, pelas experiências difíceis de enfrentamento como na exposição própria ou do paciente. As PP foram instituídas para intervir em processos que possam ter conseqüências ao PAS, paciente e a coletividade.

A percepção dos benefícios é uma variável importante na adesão dos PAS às PP, e isto pudemos evidenciar pelo que foi apresentado, embora ela por si só não determine o curso da ação, visto resultar, também, da percepção das barreiras.

A suscetibilidade e severidade percebidas em conjunto com a percepção dos benefícios compõem a tríade que é sugestiva, fortemente, para a adesão. É mister que mecanismos que reforcem tais crenças sejam trabalhados.

5.2.4 A adesão dos enfermeiros às precauções padrão e as barreiras percebidas

O comportamento em saúde implica em escolhas, das quais aspectos dificultadores ou impeditivos podem gerar uma modalidade da ação, como a compreensão de que determinada ação seja: inconveniente, desconfortável, desagradável e traga custos de diversas ordens. As barreiras são esses aspectos negativos relacionados à modalidade de ação, e o valor atribuído a eles varia de indivíduo para indivíduo, assim como nas demais dimensões do modelo de crenças em saúde.

A escolha final de uma alternativa, para o enfrentamento de uma dada ameaça é dependente dessa subjetividade percebida da barreira. Se forem avaliados pelo sujeito como de difícil manejo, haverá possibilidade de adotar o comportamento em saúde a depender da subjetividade relacionada, sobretudo, à suscetibilidade e aos benefícios percebidos. Porém, se estiverem em planos perceptivos

intransponíveis e não forem observados benefícios, que justifiquem tamanho esforço para transpô-las, provavelmente, isto impedirá de optar por uma alternativa com melhores respostas à sua necessidade frente à ameaça.

Os enfermeiros ao narrarem os incidentes críticos, exteriorizaram aspectos vários do cotidiano que os impediram ou dificultaram na adesão às PP ou a outras ações importantes no controle e prevenção das IRSAS. Grande parte delas se relaciona à organização do trabalho e aspectos psicossociais conforme apresentaremos na seqüência.

- **Despreparo do profissional: “Percebi que não estávamos preparados”**

Turrini e Lacerda (2004) refletem que os profissionais devem se atualizar científica, crítica e legalmente sobre as temáticas relacionadas à prevenção e ao controle das IRSAS, a fim de transformarem as informações em ações efetivas, além de atualizarem o programa estabelecido pelo SCIH/CCIH.

Os sujeitos do estudo que ao se depararem com situações de exposição ocupacional, perceberam que não estavam preparados, para a tomada de decisão compatível com as exigências emergidas.

“Percebi que nós não estávamos preparados... todo mundo com certa intranqüilidade... sem segurança. Tenho a impressão que é uma coisa que tem que ser trabalhada fortemente no hospital”. (E01-)

“Depois, nós discutimos que a todo o momento temos que estar preparados para tudo. E a professora não estava preparada para aquilo. Nós ficamos apavorados [...]” (E19 -)

“Acontece isto... eles vem aqui passam a coisa para fazer, mas não orientam... falam faz, e pronto e você vai descobrir a melhor maneira até [...]” (E6+).

Os SAS ao receberem o profissional da saúde, parece pressupor que todas as suas competências estão desenvolvidas, e não comprovam se ele está preparado, para realizar o enfrentamento das questões práticas. Assim, não priorizam dentro do

planejamento estratégico, investimentos na formação e atualização da equipe de trabalho.

O profissional, por vezes, é inserido no processo de trabalho e vai aprendendo com os erros e os acertos. Porém, isto é preocupante pois há fatos impossíveis de serem revertidos, constituindo-se forma de organização de trabalho que sustenta a filosofia dos erros latentes. Esta compreensão pode ser apreendida dos sujeitos. Reportam a falta de preparo frente às ameaças vivenciadas no cotidiano da assistência.

A formação e preparo dos enfermeiros é uma questão fundamental, para o exercício consciente e seguro da profissão. Um dos aspectos falhos da formação diz respeito ao manejo das situações de risco biológico. Os relatos confirmam a lacuna existente na formação destes sujeitos. Percebe-se que, durante a graduação não houve a construção do conhecimento, sobre esta temática.

Vimos que, a falta de preparo leva à insegurança e ao medo, diante da ameaça percebida. O conflito está por ser resolvido: anular a ameaça ou minimizá-la. No decorrer das discussões podemos observar que, vários relatos revelaram que danos podem ser causados ao profissional e ao paciente, se na tomada e adoção do comportamento, não houver o adequado preparo profissional.

A insuficiência do ensino sobre as IRSAS na graduação, conforme Turrini e Lacerda (2004, p.31), “é reflexo da política educacional adotada no país em relação ao ensino em geral, que é bastante tradicional, limitada e não transforma a realidade”. E, isto, contribui como fator dificultador à adesão dos profissionais às orientações sobre a prevenção e controle das IRSAS.

As atividades de educação dos profissionais, seja permanente e/ou continuada, são de valiosíssima contribuição em qualquer área de desenvolvimento

do profissional, com respeito ao nosso objeto de estudo é fundamental. É um dos fatores facilitadores da adesão, e isto vem sendo investigado em estudos e confirmado a validade (AZAP et al., 2005; CALIL et al., 2001; CROMER et al., 2004; DINÇ; ERDIL, 2000; KIM et al., 2001; KNIGHT; BODSWORTH, 1998; VAUGHN et al., 2004; ROSENTHAL et al., 2003; ROSENTHAL; GUZMAN; SAFDAR, 2004; TRAPÉ-CARDOSO; SCHENCK, 2004). Os SAS devem despertar para a importância dessas atividades, que deverão ser, preferencialmente, desenvolvidas por um grupo específico em parceria com a equipe de trabalho de cada setor.

Relacionada ainda a falta de preparo e o curso da modalidade da ação reverter em danos a si e a outrem, houve um relato que muito bem caracterizou uma série de comportamentos inseguros que remetem a barreiras para a adesão às PP, no cotidiano.

*“Fui fazer estágio na hemodinâmica em outro hospital. [...] Observei que, a CCIH não atua, porque o profissional foi montar a mesa de exame, e não teve os cuidados requeridos para os procedimentos, que são realizados. Na sala ficam dois vasilhames com uns 100 cateteres de hemodinâmica em glutaraldeído e ela manipula tudo sem máscara e sem luvas, só com pinças. Manuseava sem técnica, contaminando. O enxágüe era feito só em uma bacia de SF. O produto estava com a data vencida. Ela chegou de casa sem trocar de roupa foi preparar as mesas. Abre várias seringas na mesa, porque durante os exames não dá tempo e tem que produzir. Esta mesa fica preparada para todos os exames. As seringas que sobram ela pega e põe em uma caixa com formalina e reusa posteriormente”.
(E68 -)*

Na tentativa de atender à demanda de procedimentos diagnósticos e terapêuticos as condutas são tomadas sublimando a proteção do paciente e do PAS. Uma incoerência total, reportando a subserviência alienada às exigências do modelo globalizado de economia, onde produzir é preciso e com lucros absolutos, não importando os aspectos éticos e humanos do cuidado. Esta é uma grande barreira, vivenciada, hoje, pelos PAS.

O relato é rico em aspectos negativos para a adesão às PP: desrespeito à saúde do PAS, a reutilização de artigo de uso único sem o menor discernimento ou critérios, negligência do EPI, aí duplamente indicado, princípios da assepsia médica ignorados, procedimentos de esterilização não recomendados. Enfim, um conjunto de condutas completamente condenadas. Estamos diante de uma avalanche de práticas inseguras, que de antemão abortaram as PP, sinalizando o completo descompromisso dos profissionais e do SAS, com seu papel social.

A aproximação do enfermeiro com esta realidade, ao fazer o estágio, evidenciou sua capacidade crítica e de atribuição de responsabilidade aos controladores de infecção: *“Observei que a CCIH não atua”* (E68 -); o que também podemos resgatar de outro relato: *“Acho que deveria ter protocolo, para proceder dentro das medidas de PP [...]”* (E01 -).

O sujeito evidencia a barreira da falta de atuação efetiva dos profissionais que respondem legalmente pelas atividades de controle e prevenção das IRSAS: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, conforme estabelece a Portaria 2616/98 (BRASIL. MS, 1998). Agregada a esta, temos a falta de fiscalização, por parte dos órgãos competentes, para avaliação dos prestadores de serviço à saúde pública; e quando o fazem não há mecanismos legais definidos de penalização, que desencorajem tais práticas.

- **Ausência de fluxograma de atendimento: *“Não me deram assistência adequada”***

Os SAS não são seguros como deveriam, e esta, parece ser uma condição natural, o que pode maximizar agravos. São considerados locais insalubres para todos os envolvidos no processo assistencial. Portanto, reúne potenciais agravos, em intensidade dependente do clima de segurança organizacional, compreendido como

“uma percepção compartilhada pelos profissionais do valor atribuído pela organização à segurança no trabalho” (Brevidelli, 2003, p.33).

Dentre as ações, que promovem esta filosofia compartilhada de segurança no trabalho, está o serviço de atendimento ao PAS pós-exposição ocupacional a material biológico. Os sujeitos referem que, pontuais medidas pós-acidente ocupacional não foram seguidas, por falta de protocolos definidos e recursos, para o desenvolvimento das ações necessárias.

“Me mandaram voltar no mesmo dia pela manhã às 10 horas após 7 horas de acidente. Não me deram assistência adequada”. (E69+)

“Na época estava faltando kit para HIV não tenho certeza se para hepatite. Tive que colher sangue duas vezes naquele dia e quando vim pegar os resultados dos exames 3 meses depois, tive que coletar novamente, e consegui pegar o resultado foi negativo, o meu. O do paciente não fiquei sabendo e pronto!” (E81+)

“Liguei para o laboratório para colher o sangue para exame e não vieram, porque não era uma urgência, e só coletariam no dia seguinte...vieram no dia seguinte e coletaram. Uma semana depois saíram os resultados e não saiu o de aids e disseram que não tinha kit. Aí eu paguei tudo”.(E3 -)

“Bom! Corri para ligar para a CCIH e CIPA, já eram 6h da tarde e não tinha ninguém para me orientar. Aí, eu liguei no HDT, e uma enfermeira me orientou a pingar uma gota de hipoclorito no olho. No dia seguinte que fui à CCIH e tomei providências. Fez os exames... eu e o paciente”. (E38 -)

Os profissionais se sentiram inseguros e desamparados frente à ameaça vivenciada do acidente ocupacional. Não puderam contar com o SAS, representado pela equipe responsável pelo atendimento do profissional acidentado, no momento extremamente crítico de suas vidas, quando naturalmente esperavam receber esta contrapartida.

É evidente que, não é operacional a permanência desta equipe 24 horas/dia à espera da livre demanda. Porém, o atendimento ao PAS em situação de exposição ao material biológico é uma situação de urgência, devido as condutas padronizadas,

que têm minimizado os agravos originados das ocorrências. Sabemos que, quando necessária a quimioprofilaxia para o HIV, esta deve ser instituída, preferencialmente, nas primeiras duas horas após o acidente, e mesmo assim a proteção não é completa (81,0%). O prazo máximo para o início é de 72 horas (BRASIL. MS, 2004).

Protocolos, com fluxos bem definidos, precisam estar socializados por meio de capacitação da equipe, para o atendimento na ausência da equipe específica. Caso não haja esta organização, danos maiores poderão surgir, além da perda da oportunidade de estabelecer vigilância epidemiológica e atendimento seguro ao PAS.

A epidemiologia dos acidentes com material biológico é uma rica fonte de dados, que dá subsídios para estratégias efetivas para a implementação das PP, como: *feedback* para a equipe, diagnosticar fatores de risco das ocorrências, perfil dos acidentes, etc.

- **Escassez de materiais: “Aqui o pessoal é muito atento. O nosso problema é a falta de material”**

A falta de material é apontada pelos sujeitos como uma grande barreira para a efetivação das PP, no cotidiano. Com certeza, a assistência à saúde pressupõe toda uma estrutura de suporte de materiais de consumo, permanentes e equipamentos. Não havendo esta contrapartida do SAS é impossível o profissional adotar as práticas das PP. É um grande problema, porque o ambiente e assistência se tornam inseguros, predispondo aos erros com os conseqüentes agravos.

Diante das situações de atendimento ao paciente verificamos que os PAS são impedidos de adotar as PP por barreiras ligadas à organização de trabalho: provimento de materiais

“Hoje tenho 3 enfermarias com pacientes em precauções de contato. Só que não tem avental”.(E33-)

“Ontem, cheguei e tinha que ligar os pacientes para sessão de hemodiálise. Não havia máscara. Aí, não tenho outra alternativa, tenho que ligar o paciente, ele depende disso. Também o paciente tem que colocar a máscara, como não tem”.(E62 -)

“Aconteceu há anos e a situação ainda continua do mesmo jeito. Fui fazer o esvaziamento do dreno hemovac, e quando eu retirei a tampinha... o suspirinho que faz a pressão... aí espirrou uma gota de sangue dentro do meu olho, que senti o sangue correr no meu olho. Estava usando luva e máscara. Não estava usando óculos porque a unidade não tinha”. (E38 -)

Os sujeitos expõem que a falta de material além de impedi-los de aderirem às PP, leva-os a constrangimentos por entenderem que sua proteção ficou fragilizada pela falta de provimento do EPI. A Norma Regulamentadora Nº. 06 coloca que é dever da empresa fornecer aos empregados, gratuitamente, os EPI em perfeito estado de conservação e funcionamento (BRASIL. MTE, 2005). No entanto, os sujeitos nos dão a conhecer que o SAS não tem atendido à legislação. Quando não oferece os EPI está desrespeitando aos sujeitos do processo assistencial e ao mesmo tempo expondo a coletividade.

“[...] fui punccionar uma veia sem o uso de luvas, porque nunca tem luva “P” para nós das mãos pequenas, e é impossível punccionar veia com scalp 27 com luva grande. Puncionei. Na retirada do scalp passou na minha mão, riscou quatro mm mais ou menos, houve sangramento”. (E8-)

“Cheguei ao posto e lavei as minhas mãos. Quando fui enxugar as mãos não tinha papel toalha, e tinha um pano em cima do porta papel toalha. Quando eu peguei o pano ele enganchou na caixa, que não era própria para perfurocortante, virando-a e as seringas que estavam dentro se espalharam. Uma perfurou o meu pé”. (E2+)

Nos relatos anteriores temos três recomendações negligenciadas: o uso da luva para punção venosa, o papel toalha para secagem das mãos e a caixa apropriada para descarte de perfurocortante. A falta de planejamento para o atendimento das necessidades dos PAS teve como desfecho os acidentes com material perfurante.

Acreditamos que, precisa ser observada a particularidade de se disponibilizar luvas em tamanhos correspondentes às usadas pelos PAS. É uma barreira para a adesão às PP. De fato o material de látex, do qual são fabricadas a maioria das luvas utilizadas nos SAS, altera a percepção tátil, mas nada que a habilidade técnica não suplante. Porém, quando a numeração é maior do que a apropriada à mão do usuário, ao instalar dispositivos intravenosos pequenos, como o scalp 27, coloca em cheque três coisas: dificultam o desempenho técnico, pode favorecer a quebra da assepsia e o acidente com perfurocortante.

Godin et al. (2000) colocam que os enfermeiros têm geralmente alta intenção em adotar as PP para punções venosas, mas as barreiras percebidas têm significativa interferência em predizer o comportamento. Lymer, Richt e Isaksson (2004) referem que estudos associam a baixa adesão às PP a falta de disponibilidade e o desconforto dos EPI. Ferguson et al. (2004) e Godin et al. (2000) relatam que a influência na habilidade técnica é referida como barreira para a adesão às luvas. Vaughn et al. (2004) discutem que disponibilizar os EPI e promover atividades educacionais são estratégias com respostas favoráveis à adesão dos profissionais às PP.

Relacionada à falta do papel toalha e à improvisação com o pano referem-se à falta de suprimentos a uma fundamental medida de prevenção e controle das IRSAS, considerada a mais importante: a higienização das mãos. As barreiras percebidas para adesão às recomendações da prática de higiene das mãos reportadas em estudos são: falta de suprimentos necessários à execução da técnica, irritação cutânea causada pelos produtos de higienização, interferência no relacionamento com o paciente, prioridade do cuidado, o uso de luvas, esquecimento, falta de tempo, número insuficiente de profissionais que leva a

sobrecarga de trabalho e a falta de investigações que correlacionem as taxas de IRSAS à higienização das mãos (CDC, 2003a; O'BOYLE; HENLY; LARSON, 2001; PITET, 2001; 2003; PITET et al., 2004).

Os SAS devem estimular os PAS a práticas seguras, e isso se reverte por meio da disponibilidade dos materiais básicos à execução das técnicas. Com respeito à caixa de perfurocortante, também, temos visto que associada a outras medidas de prevenção de injúrias, tem contribuído com o decréscimo do número de acidentes por perfurocortantes, um dos aspectos é que desestimula a prática de reencapar antes do descarte.

A falta de disponibilidade dos materiais necessários para a adesão às PP despertou sentimentos vários no profissional, e isto pode ser verificado nas falas abaixo.

“Preparei todo material, porém não tinha máscara. Aspirei, mas a gente fica preocupada, porque era risco para mim e para ele, porque tanto poderia espirrar em mim como poderia cair alguma coisa nele. Aí fiquei afastada, com medo e é constrangedor, porque o paciente pode pensar que você está com nojo dele”. (E50 -)

“A única coisa que me angustiou foi que depois de utilizar a técnica correta, o que me chateou foi a falta de opção de tratamento, porque se houvesse outra opção poderia com certeza ajudar na cicatrização. Da forma feita auxilia, mas vai ser lento... apesar do tratamento sistêmico, que é o que está a ajudando”. (E77+)

“Ainda pensei: amanhã a primeira coisa que vou fazer é comprar um óculos e vou andar com ele no bolso”. (E78 -).

“Se a roda do carrinho tivesse rodinha funcionando ela não teria carregado o vidro naquele corredor”. (E32 -)

A falta do material causou angústia, preocupação e medo nos profissionais que planejaram uma assistência de qualidade e com segurança. No entanto não podem oferecê-la, impedidos por aqueles que se dizem os mais interessados em um atendimento de ótima qualidade, os Serviços de Assistência à Saúde.

Ponderaram sobre o risco coletivo: o próprio e do paciente. Toda a vivência causou insegurança, pois têm percepção da suscetibilidade e dos benefícios, porém a modalidade da ação foi a adesão parcial às PP pela falta da máscara, barreira intransponível. A falta do EPI fez com que o profissional se sentisse constrangido e amedrontado. Estes sentimentos foram expressos na postura corporal, comunicação não verbal; ele declara que tem receio que isto repercuta na interação com o paciente, que pode sentir-se discriminado.

Estas situações constituem-se em estímulos para o enfermeiro na busca de alternativas, para resolver os conflitos de interesses, frente à sua responsabilidade ética e moral. Ele é o líder da equipe de enfermagem e precisa proteger o paciente e a si mesmo. Não tendo como mudar o curso dos fatos prioriza o cuidado ao paciente e tenta administrar o próprio risco, como se isto pudesse ser possível sem o requisito básico que é o EPI.

“Aí tentei conseguir a máscara emprestada, mas não consegui. Aí eu sugeri para que usassem a compressa como máscara. As que aceitaram... usaram. As que não aceitaram... ficaram sem”. (E33 -)

Ao observar que não havia a máscara, e acreditando no benefício que o EPI representa, toma a decisão de tentar pegar emprestado, mas não consegue, porque este não é um problema localizado, é do SAS como um todo. O conflito se instaura novamente: o paciente precisa ser assistido, porém, não há máscara para proteger o paciente e o profissional. Propõe uma medida que não tem comprovação científica alguma; pode responder como uma barreira mecânica numa exposição ao risco biológico, mas não uma barreira anti-microbiana, porque as características requeridas não podem ser obtidas com uma compressa cirúrgica, cujo objetivo é absorção. Vemos que a situação conflituosa faz com que o enfermeiro tome condutas antiéticas, inseguras, incorrendo no risco de responder, juridicamente, por isso. Estes aspectos,

dos conflitos vivenciados pelos profissionais na tomada e modalidade de ação, frente às situações que envolvem risco de exposição profissional é referido por Lymer, Richt e Isaksson (2003).

“Tínhamos duas pacientes que precisavam de máscara de venturi. Aqui, nós só tínhamos uma traquéia. Uma das pacientes tinha fibrose cística e a outra iniciou com edema agudo de pulmão. Tivemos que usar a traquéia em duas pacientes sem dar tempo de fazer a desinfecção. A paciente com edema foi a óbito. A paciente com fibrose foi a óbito uns 15 dias depois”. (E26 -)

“No momento não temos SF de 1000 mL. E para fazer a lavagem do capilar é necessário este e é feito na máquina. Como não tem, só tem de 500 mL e regrado”. (E62 -)

Como era de se esperar, diante de repetidos encontros que ferem os próprios princípios humanitários, éticos e morais, o profissional demonstra sentimentos de angústia, revolta, repulsa por ser obrigado a submeter-se a tais condições. Ele empreende todos os esforços, enquanto cuidador de homens, porém não tem o respaldo administrativo, para cuidar de si próprio.

“Eu sempre fico revoltada. Aqui, a gente tem que trabalhar em condições precárias. Que não tem dinheiro? Tem! Precisa é pulso... na hora passou tanta coisa pela minha cabeça [...]”. (E32-)

“Me resultou uma sensação de impotência e não poder resolver a situação... insatisfação por estar numa instituição que não dá condição de trabalho”. (E33 -)

A consequência expressa nesta última fala reflete a dor e o sofrimento de vivenciar, diariamente, conflitos passíveis de serem resolvidos e evitados, porém, não tem autonomia para gerir o próprio processo de trabalho, pois depende de terceiros.

Podemos apreender que, os sujeitos têm a concreta percepção a quantos riscos se expõem e isto lhes causam muitos transtornos psicológicos, que com

certeza refletem em sua saúde física e mental, interferindo nas relações sociais intra e extra institucional.

- **O reduzido quadro de funcionários: “O número de funcionários é pequeno”**

Oferecer assistência requer investimento em várias áreas, entre elas o número de profissionais, para a prestação de cuidados. Para a adesão às PP este aspecto tem sido reportado como de relevância. Clarke et al. (2002) referem que a falta de um clima organizacional seguro e a sobrecarga de trabalho estiveram associados à baixa adesão às PP, levando a ocorrência de injúrias percutâneas. Estes achados são reportados por Gerson et al. (2000).

Nas declarações dos sujeitos o aspecto da sobrecarga de trabalho foi evidenciado.

“O número de funcionários é pequeno, sobrecarregou os demais e eles ficam reclamando, mas fazer o quê?! . Tenho a sensação de impotência na resolução do problema... o funcionário reclama... reclama”. (E33 -)

A falta de recursos humanos levou aos sentimentos de frustração, descontentamento e falta de autonomia, por parte dos sujeitos envolvidos no episódio. Portanto, reflete no equilíbrio emocional dos profissionais (TURRINI; LACERDA, 2004).

Conforme declaram Godin et al.(2000) a sobrecarga de trabalho pode impedir a adesão às PP, porque envolve um tempo extra. Este achado, também, é reportado por Pitet et al. (2000), Turrini e Lacerda (2004) e Ferguson et al (2004). Concordamos com os autores por entendermos que as PP como: fazer uso dos EPI, lavar as mãos e as demais medidas não são práticas automatizadas, não ocorrem com um estalar de dedos.

As prioridades instituídas pela alta demanda de cuidados, fazem com que o profissional tome uma conduta de desconhecimento, não adesão, porém não quer dizer que não acredite na suscetibilidade, na severidade e nos benefícios, mas que a pressão social instituída e as normas pessoais fazem com que opte por práticas inseguras.

A pressão social e as normas pessoais tanto podem estimular a adoção das PP (Godin et al., 2000), quanto podem desencorajar, se as expectativas do grupo forem outras que não a da adesão às PP. Assim, a organização precisa avaliar este aspecto da assistência. O número de profissionais na assistência direta, tem uma parcela de contribuição significativa na prevenção e controle das IRSAS.

- **Estrutura física inadequada**

A estrutura física do SAS é fundamental para o sucesso das medidas de controle e prevenção das IRSAS, tanto para o paciente quanto para o profissional. Os sujeitos elucidam que, para a adesão às PP, ela fez a diferença, gerando o conflito.

“Agora mesmo chegaram duas crianças com infecção por pseudomonas. E deveria ter 5 apartamentos para isolamento e não tem. Temos só um. É uma situação chata”. (E66 -)

“Quando ela chegou no posto lavou a mão e passou o álcool, espero que não tenha tido nada. Na enfermaria não tinha como lavar. Tem pia, mas é de uso do paciente... até poderia lavar lá”. (E63 -)

“E isso é muito ruim em função dos transtornos gerados, da redução dos leitos, demanda reprimida e a improvisação”. (E66 -)

Mais uma vez notamos que as barreiras percebidas têm gerado, conflitos intra-pessoais e inter-pessoais importantes. Não há uma estrutura física adequada para higienização das mãos e para manutenção, em quarto privativo, de pacientes portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

Relacionado ao quarto privativo aponta que os transtornos são diversos: demanda reprimida em um hospital terciário, pólo de atendimento de várias regiões do país, recebem pacientes de longa permanência que não são aceitos na rede conveniada do Sistema Único de Saúde, pois não geram receita, há a improvisação, etc. Tudo isso pode inviabilizar a implementação das PP.

Na percepção de barreiras, Moura (2004), em sua investigação sobre a adesão dos profissionais de enfermagem às medidas recomendadas na assistência a portadores de patógenos multirresistentes evidenciou prioritariamente a falta de leitos para isolamento.

Ao reportarem, nas descrições, a falta de estrutura física, levantam questões que têm refletido na própria segurança, remetendo à falta de valorização, pelo SAS, da equipe de trabalho.

“Imediatamente eu tirei o jaleco e o gorro, lavei o rosto, fui me lavar... não tinha chuveiro para tomar uma chuvarada bem boa, que seria o ideal e outras coisas: armário, toalha... aqui se eu fosse tomar banho teria que enxugar num lençol. O hospital deveria investir mais no servidor [...] tudo está direcionado para o paciente, se você ousar tomar banho tem que usar roupa do paciente... não sei se tem que ser diferente, mas deveria ter separado”. (E03-)

Aqui, os enfermeiros mencionam que no planejamento da estrutura física as prioridades são estabelecidas para o paciente e não para o profissional. Acreditam que, deveria haver igualdade de direitos, sentem-se à margem. O descuido com o cuidador por parte do SAS ficou evidente. Embora a assistência à saúde seja uma relação pactuada na tríade inter-relação: SAS x paciente x profissional, onde supostamente todos deveriam ser respeitados e cuidados, o PAS não percebe tal condição.

O crescimento da instituição prestadora de serviço depende integralmente do capital humano, entretanto para que as atitudes estejam em consonância com a

filosofia, metas e aspirações estabelecidas, o trabalhador precisa ser valorizado e estimulado, pois oferece sua força produtiva, o que leva aos diversos desgastes, que demandam compensações outras, além das financeiras. Assim, deve o SAS olhar para o seu capital humano e investir em suas necessidades, e não se restringir a uma face da inter-relação.

- **Situações emergenciais: “Era uma situação de emergência”**

Em qualquer local de assistência que o PAS esteja, situações de emergência e urgência acontecem, com maior ou menor frequência, dependendo da especificidade do atendimento. Por meio dos incidentes críticos pudemos verificar que foram consideradas barreiras para a adesão às PP, e como conseqüências houve a exposição do paciente ou do profissional.

“A gente estava reanimando o paciente... eu estava com luva de procedimento... era um paciente com edema agudo de pulmão e precisava aspirar o paciente para ambusar porque senão... e não troquei”. (E10 -).

“Tínhamos um paciente grave com cânula de traqueostomia, e ele expeliu a cânula espontaneamente, era recente e o paciente tinha pescoço curto e dificultou o acesso novamente à traquéia. Necessitava de outra cânula e não tinha! A usada (do próprio paciente) o médico precipitou e jogou no lixo e todo mundo: enfermeira... enfermeira. A alternativa foi usar a criatividade e improvisar”. (E14+)

Toda a estruturação do SAS existe em prol da assistência do paciente. Portanto, ele é o centro das ações de trabalho dos PAS. Coletivamente, está pactuado entre os PAS que a meta maior é cuidar e zelar pela integridade do paciente. Nas situações de emergência e urgência todos se vêem desafiados a restabelecer a normalidade, visando prevalecer a meta socialmente construída. O critério de decisão é manter, neste momento, a vida, por isso vale negligenciar o uso de EPI, não seguir princípios de assepsia e assim por diante, porque a causa é nobre.

“Havia uma paciente com hemorragia digestiva alta, que estava chocando e parando. Fui atender sem o uso de nenhum equipamento”. (E45 -).

“Fiz o meu papel. Era uma situação de emergência. Não pensei na infecção, porque o risco-benefício estava visível. Me senti vitoriosa. Nesta situação você não raciocina... sobretudo quando todo mundo fica olhando para você, aguardando a solução”. (E14+)

Os profissionais diante dessas vivências acreditam que devem tomar uma conduta que intervenha na ameaça imediata de vida. Observamos a crença de que o paciente necessita de um atendimento, o mais rápido possível, porque corre risco iminente de vida. Mesmo que isto traga conseqüências, tanto ao paciente quanto ao profissional, a intenção é válida. Quando alcançam a vitória, preservando a vida pelo menos naquele momento, sentem-se satisfeitos, porque cumpriram o dever. Aqui, podemos ver, claramente, o peso das normas pessoais e sociais.

Havia uma expectativa do grupo em relação ao enfermeiro na resolução do problema, da mesma forma que o grupo esperava dele uma solução para a situação. Ou seja, o comportamento não foi determinado só pelo que ele gostaria de fazer, mas também pelo que pensava, deveria ou geralmente tem feito; acaba por pautar-se numa expectativa de resultados conseqüentes ao seu comportamento (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2002).

Souza (2001) evidenciou nos incidentes críticos negativos relatadas pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que as situações de emergência se correlacionaram com exposição do profissional. Cydulka (2002) e Evanoff et al. (1999) constataram a baixa adesão dos PAS ao uso das barreiras protetoras, durante o atendimento de emergências.

Ferguson et al. (2004), em um estudo quanti-qualitativo realizado com PAS sobre a adesão às PP, verificaram que dos 1672 incidentes relatados de não adesão, 22% (304) foram situações nas quais os profissionais acreditavam que

deveriam priorizar a segurança do paciente, em detrimento da própria, pois o tempo gasto para a paramentação poderia colocar o paciente em risco de vida. Phipps et al. (2002) observaram, na investigação sobre a adesão dos PAS às PP, que 75,0% dos sujeitos acham impossível a auto-proteção, em situações de emergências.

“Naquele momento atendeu ao paciente, foi uma situação de emergência, e por ser um hospital deveria estar preparada, se acontecesse na rua seria diferente... mas era um paciente da UTI, vindo para o centro cirúrgico. Eu prestei assistência... gente do céu! Como a cabeça é falha, tem que atender para fazer a cirurgia mais depressa possível”. (E82+)

“O paciente acabou de chegar do centro cirúrgico de uma RTU e quando chegou estava sangrando, e a sonda da irrigação contínua estava obstruída. Aí, a gente fica apavorada, quer resolver de imediato... é uma coisa assim... corre vamos cuidar rápido. A funcionária preparou o material e colocou uma seringa de 60 mL com o invólucro aberto, e não me comunicou e eu usei”. (E76+)

“Trabalhei na maternidade e por ser uma unidade de urgência e emergência, chegou uma paciente no período expulsivo e ela estava descompensada, e confusa... e quando ela agachou o bebê saiu e para o bebê não cair no chão a médica pegou a criança sem nenhuma paramentação. Eu ainda tive tempo de colocar uma luva, mas me sujei muito. Sujou a minha roupa, a médica pegou o bebê e me passou e aí entreguei o bebê para o berçário”. (E75+)

“O que eu fiz foi lavar o rosto, não pude nem trocar a roupa, porque estava em situação de emergência”. (E71 -)

Destacamos que os sujeitos sofrem com as tomadas de decisão e modalidade de ação com condutas inconseqüentes. Porém, ficam com medo de falhar se assim não o fizerem. Depois que o estresse diminui, e refletem sobre a experiência, sabem que precisavam estar melhor preparados para não expor tanto ao paciente ou a si mesmo.

“Eu sofri muito com isso... um paciente internou aqui, e não sabíamos o diagnóstico. Veio com um quadro de insuficiência renal, estava com DPI e começou com um quadro de confusão mental... e ele levantou no leito, arrancou tudo, e eu fui segurar o paciente. Segurei pelo abdome e aquela secreção da DPI sujou a minha mão... e eu estava com um corte recente na mão. No dia seguinte, fiquei sabendo que ele era soro positivo para HIV”. (E12 -)

“Socorri a paciente sentindo-me incomodada com a situação. Prestei a assistência e fui trocar de roupa... um unissex”. (E47+)

Acreditamos que, mesmo se tratando de uma situação de emergência investimentos precisam ser realizados com a finalidade de prevenir ou pelo menos minimizar os efeitos deletérios de algumas dessas vivências. Silva et al. (2000) sugerem que os EPI estejam de fácil acesso durante qualquer tipo de assistência. Ferguson et al. (2004) referem que viabilizar treinamento das PP poderá resultar numa melhor tomada de decisão que reverterá em benefício para o paciente e profissional.

Os autores fazem sugestões pertinentes que ajudarão em processos assertivos da assistência. São formas de tentar modificar as crenças estabelecidas pelos profissionais.

Algumas experiências descritas, embora tivessem um caráter de emergência para os sujeitos, assim as crenças de que teriam que intervir de imediato, na verdade eram fatos inesperados, que nos alertam para a importância de estarmos vigilante nos processos de trabalho para não sermos pegos de surpresa.

“Estava na faculdade e fazia o estágio de clínica médica. A professora estava apresentando os setores. Quando chegamos na hemodiálise a fístula de um paciente que estava na sala de espera rompeu. Ela não hesitou e segurou [...]” (E19 -)

“Esses dias estava na UTI e quando percebi o paciente estava com cateter de PAM, ele desconectou e quando vi estava sangrando, não tive tempo de pegar uma luva, porque senão ia sangrar muito, era artéria... e sujou a minha mão”. (E56 -)

Para que tais episódios não se repitam, a barreira pode ser superada por meio de atividades educativas, onde estes fatos inusitados possam ser discutidos e avaliados. É mister que a equipe em trabalho, no momento de tais ocorrências, seja convidada a compartilhar as experiências relevantes. São oportunidades para

socializar práticas seguras, e construir um clima de cumplicidade e responsabilidade coletiva com permanentes avaliações.

- **Aspectos psicossociais**

Aspectos psicossociais têm sido discutidos como variáveis para o comportamento em saúde. Nos relatos dos incidentes críticos pudemos perceber que eles se fizeram presentes.

“Hoje, tem um paciente com a veia super difícil. Todos tinham tentado puncionar e não conseguiram e eu tive que fazer e, tive dificuldade de tocar (sentir a veia), não utilizei luva. Hoje, não teve jeito! Sou muito rigorosa. Só punciono com luva. Essa... foi porque não teve como. Eu não tenho habilidade de tocar... com luva”. (E30 -)

“Sei que fiquei com o sangue no olho até terminar a sutura. Eu não estava usando óculos. Os óculos na época eram embaçados, não usava óculos. A professora não exigia, doía a cabeça, não enxergava bem por isso não usava, então para não fazer a coisa errada”. (E71 -)

“Tipo assim... que apesar d’eu saber que se tratava de precaução de contato, que o paciente estava em isolamento... pela displicência e falta de atenção fui fazer um procedimento sem luva. O impulso me levou a realizar o procedimento sem a luva. O impulso me levou a realizar o procedimento, desrespeitando as precauções para o isolamento de contato... e que aquilo não poderia ter sido feito em hipótese alguma”! (E15 -)

Os sujeitos apresentam como barreiras para o não uso do EPI: interferência na habilidade técnica, desconforto, falta de normas que estabeleçam a obrigatoriedade do uso, desatenção, displicência e a resistência.

“Continuei o procedimento, porque era a parte mais afastada da pinça que tocou a área mais afastada do meato, que faltava para fazer a anti-sepsia, não foi a ponta, mas a parte superior... tá errado... contaminou. Mesmo assim, eu concluí... sabia que estava errado... com aquele peso na consciência... mas aquela pressa... eles (a equipe) atrapalham, e ainda cobram, o pior de tudo é isso”. (E42 -)

“Vi aquela situação e falei com a chefia de enfermagem do setor, porque não sabia me colocar na questão de abordar o profissional, porque é ruim no começo, ninguém te conhece. Aí, fomos lá e ela falou com ele, que acatou a orientação, não fez objeção”. (E64+)

“Depois de um tempo saí do campo e lavei o olho. Mas, eu fiz o teste, a paciente era toda tatuada, sem a professora saber. Nessa época, estava fazendo especialização, e a professora era muito rigorosa, eu sabia o que eu devia fazer, mas agi totalmente errado, mas a professora era rigorosa e não poderia fazer a conduta certa, porque ela poderia diminuir a minha nota ou me marcar, era isso que a gente via, e graças a Deus não tinha nada entre mim e ela nesse sentido”. (E71 -)

As experiências acima narradas reportam à barreira pressão do grupo. Vimos que, os sujeitos tinham certeza de que não estavam errados, quanto ao que deveriam fazer, entretanto, não conseguiram ter um comportamento coerente com aquilo que acreditavam: perceberam a suscetibilidade, a severidade e os benefícios; a barreira suplantou tudo isso.

Identificamos a insegurança e o medo como barreiras nos três relatos, sendo que o desfecho no enfrentamento da situação variou: no primeiro caso prevaleceu a pressão do grupo; nos outros dois utilizaram de outros meios para contornar a situação (chamando a chefia que interveio por ela; e seguindo as recomendações pós-exposição, parcialmente, às escondidas da professora).

Podemos concluir que as barreiras percebidas foram muitas, com grandes repercussões na prática da adesão às PP. Os sujeitos, em sua maioria, apresentaram comportamentos que sinalizavam a percepção da suscetibilidade e benefícios relacionados às PP, entretanto, as barreiras foram capazes de definir as muitas situações de não adesão. Estes achados foram verificados por outros autores, que refletiram os dados à luz do modelo de crenças em saúde.

Brevidelli (1997), ao realizar um estudo sobre a prática de reencapar agulhas verificou que as percepções de barreiras e de benefícios explicaram 39,7% do comportamento dos profissionais. Brevidelli e Cianciarullo (2001), constataram que aderiram à recomendação de não reencapar agulha os indivíduos com tempo menor que dois anos de exercício profissional, e percebiam menor número de barreiras

físicas, cognitivas e psicológicas e tinham menor percepção da eficácia da adoção da recomendação.

Osborne (2003), ao realizar uma investigação com enfermeiros de centro cirúrgico relacionado ao uso das luvas e óculos protetores, verificou que as dimensões suscetibilidade percebida, benefícios e barreiras percebidas, correlacionaram-se com a adesão desses profissionais ao uso destes EPI.

Após nossa trajetória, no aprofundamento da compreensão da adesão dos enfermeiros às PP, dizemos com segurança que as dimensões do modelo de crenças em saúde, segundo Rosenstock (1974a), elucidaram uma das faces do complexo sistema de implementação das medidas de prevenção e controle de infecção. Portanto, empreendimentos devem ser feitos objetivando a conscientização dos PAS, interferindo assim nas crenças, que, por conseguinte, relacionam-se às atitudes, que se expressam em comportamentos.

6 Conclusão

A implementação das precauções padrão representa intervir em um problema de magnitude mundial, que são as IRSAS. E ambas são desafios a serem transpostos e requerem o envolvimento incondicional dos profissionais de saúde, aqui também subentendido o Serviço de Assistência à Saúde.

Diversos aspectos relacionam-se à tomada de decisão para a adesão ou não às precauções padrão. Em nossa investigação nos detivemos àqueles relacionados ao indivíduo, o que não quer dizer que estejamos superestimando sua intervenção no processo da implementação das medidas de prevenção e controle das IRSAS, pois acreditamos que isto acontece no contexto organizacional. A análise dos incidentes críticos relatados, à luz do modelo de crenças em saúde, possibilitou-nos chegar às seguintes conclusões:

- Participaram da amostra 82 enfermeiros com uma média da idade de 39.6 anos, com média de tempo de serviço de oito (08) anos, maioria do sexo feminino, 59,8% cursou a graduação em Universidades públicas, não tiveram na graduação disciplina com específica abordagem das medidas de prevenção e controle de IRSAS; apenas 28 (34,1%) acreditam que as orientações recebidas sobre as PP na graduação foram suficientes para o exercício da profissão; somente 45,1% recebeu orientação no atual SAS sobre as precauções padrão; 69,5% dos sujeitos têm pós-graduação lato sensu e 7.3% stricto sensu.
- A ausência de disciplina específica que aborde as medidas de prevenção e controle de IRSAS durante o curso da graduação dos enfermeiros em estudo e a

frágil orientação oferecida pelo SAS sobre a temática contribuiu para a não adesão às PP.

- Foram relatados 139 incidentes críticos com proporção aproximada quanto à polaridade referida. A maioria evidenciou vivências relacionadas à exposição ocupacional a material biológico, passíveis de prevenção com a adoção das precauções padrão.
- Das situações relatadas, 74 (53,2%) reportavam à suscetibilidade percebida, 40 (28,8%) às barreiras percebidas, 17 (12,2%) aos benefícios percebidos e oito (5,8%) a acidentes ocupacionais não obstante a adoção das PP.
- As precauções padrão são compreendidas pelos enfermeiros como medidas de proteção e prevenção de infecção para o profissional, e poucos a consideraram extensivas ao paciente.
- Das precauções padrão, o uso de barreiras protetoras foi a medida em maior frequência referida nos incidentes críticos relatados. A higienização das mãos foi descrita, na maioria das vezes, como cuidado imediato pós-exposição a material biológico. Houve baixa adesão ao uso dos óculos protetores. Os jalecos são apontados como EPI.
- Das situações relacionadas à suscetibilidade percebida 32 (43,2%) reportavam a negação da dada ameaça; 27 (36,5%) a moderada percepção e 15 (20,3%) a alta percepção da suscetibilidade.
- A negação da suscetibilidade foi evidenciada pelo não uso das barreiras protetoras, no inadequado manuseio de perfurocortantes e não adesão às recomendações relacionadas a pacientes colonizados por patógenos multi-resistentes. Os EPI em maior frequência negligenciados foram as luvas.

- Os procedimentos de enfermagem envolvidos nas situações de negação da suscetibilidade foram: punção digital, punção venosa, administração de medicamentos. Demonstrou que as recomendações das precauções padrão não foram incorporadas à prática.
- Nos relatos de negação da suscetibilidade evidenciamos que a universalidade do risco ocupacional não é considerado por uma parcela dos enfermeiros, que relatam o uso das PP condicionadas às crenças pessoais relacionadas a aparência, diagnóstico de infecção, ou algum dado socialmente relacionado a aids; ainda, comportamentos inseguros foram observados em situações em que o diagnóstico de infecção por patógeno veiculado pelo sangue era conhecido.
- A moderada suscetibilidade percebida foi observada na adesão parcial ao uso das barreiras de proteção. O EPI que apresentou 100% de adesão foi as luvas. Baixa taxa de adesão foi observada no uso de óculos.
- A moderada suscetibilidade percebida foi identificada no atendimento a pacientes com grau de complexidade maior, sendo referidas as exposições a material biológico como situações não esperadas. Entretanto, constituíam-se em ocasiões passíveis de planejamento e prevenção.
- Nos comportamentos que denotaram a moderada suscetibilidade observou-se a limitada percepção da necessidade de intervenção nos cuidados pós-exposição ocupacional. Priorizam o atendimento a necessidade do paciente em detrimento do auto-cuidado. São auto-suficientes na tomada de decisão frente aos acidentes e conduta no seguimento destes.
- Os procedimentos que em maior número de vezes estiveram relacionados à moderada percepção da suscetibilidade foram: a SNG e intubação endotraqueal, denotando a inabilidade de lidar com tais situações de ameaça.

- A alta percepção da suscetibilidade foi evidenciada nas situações de atendimento a pacientes sob suspeita ou com diagnóstico de infecção por patógenos de importância epidemiológica e em outras relacionadas às questões da responsabilidade do profissional nessas situações.
- A severidade percebida foi evidenciada nos comportamentos e conseqüências dos incidentes críticos relatados, momentos pós-exposição ocupacional, expressa em sentimentos (medo, desespero, desestruturação emocional), alterações psicossomáticas e vivência da infecção.
- Os relatos nos quais foi possível observarmos a severidade percebida da ameaça, levaram os sujeitos a repensarem suas vidas e os estimularam a mudança de hábitos e de condutas da prática cotidiana.
- A experiência de maternidade associada à severidade percebida para o HIV é sugestiva de adesão às PP.
- Os benefícios percebidos foram reforçados quando da utilização das PP e isto reverteu-se objetivamente em proteção frente a exposição a material biológico.
- As atividades educativas continuada ou permanente são apresentadas pelos enfermeiros como estratégia de adesão às PP, evidenciando o caráter coletivo do controle e prevenção de IRSAS.
- Os benefícios percebidos do uso dos EPI também foram reconhecidos após a exposição a material biológico, fato que gerou a aproximação concreta e levou a este aprendizado, o que estimulou à mudança de comportamentos.
- Muitas foram as barreiras referidas pelos sujeitos e consistiram em: falta de preparo do profissional, falta de materiais de consumo e permanente, número insuficiente de profissionais, estrutura física inadequada, atendimento a pacientes em situação de urgência/emergência, fatores psicossociais (pressão do grupo,

resistência), e falta de fluxo para o atendimento ao profissional em situação de pós-exposição a material biológico.

- As barreiras percebidas foram decisivas para a modalidade de ação, para não adesão às precauções, não obstante os enfermeiros apresentassem comportamentos que sinalizavam a percepção da suscetibilidade e benefícios.

7 Considerações finais

A importância da utilização de metodologias que adentrem nos aspectos subjetivos envolvidos na adesão dos PAS às recomendações para a prevenção e controle de IRSAS, tem sido evidenciada recentemente. Verificou-se que achados apontados em estudos relacionados aos fatores externos e intervenções nem sempre condizem às respostas esperadas, sugerindo aspectos outros ligados, por exemplo, à subjetividade dos sujeitos.

Diversas teorias comportamentais têm sido testadas, dentre elas o modelo de crenças em saúde, que desde a década de 50 vem sendo utilizada para explicar o comportamento em saúde, com perspectivas de intervenção em diversas áreas da assistência à saúde coletiva (FINFGELD et al., 2003; KLOEBLEN; BATISH, 1999; RODEN, 2004). A abordagem quantitativa prevalece na maioria dos estudos, onde a mensuração e a correlação dos constructos são feitas por meio de escalas psicométricas, com o auxílio de programas estatísticos.

Conforme a teoria do modelo de crenças em saúde (ROSENSTOCK, 1974a) para que o indivíduo tenha um comportamento em saúde, ou seja, empreenda alguma ação na prevenção de um agravo à saúde, ele deverá acreditar que esteja suscetível a ele; que a sua ocorrência tem pelo menos moderada severidade em algum aspecto em sua vida; que a tomada de uma particular ação poderá de fato beneficiá-lo, reduzindo a suscetibilidade e/ou a severidade percebidas, mas que não requeira suplantar importantes barreiras psicológicas como: dor, desconforto, constrangimentos, custos, etc.

O comportamento em saúde é, portanto, uma ação complexa. Subentende a mediação de vários processos avaliativos subjetivos, a partir dos quais o sujeito emitirá o juízo de valor acerca do objeto, em função de uma probabilidade ou expectativa de resultados.

O referencial teórico do modelo de crenças em saúde nos deu subsídios para a compreensão do comportamento em saúde dos enfermeiros, em nosso objeto de estudo: a adesão às precauções padrão, conforme apresentado nos resultados e discussão. Explicou, nas inter-relações dos construtos, como ocorreu a adesão. Somente a severidade percebida não teve uma objetiva interferência na tomada de decisão, ela emergiu das vivências após a modalidade de ação que gerou, na maioria dos relatos, em exposição do enfermeiro ao material biológico e foram relativas ao medo da aids.

Relacionado à severidade percebida evidenciamos que a experiência de soroconversão levou o profissional a despertar para a consciência e responsabilidade de cuidar igualmente dos sujeitos envolvidos no processo da assistência.

Verificamos que, para os enfermeiros, a percepção da suscetibilidade determinou a tomada de decisão frente à ameaça. Para aqueles que não acreditavam na possibilidade da exposição, não obstante explicitamente houvesse a indicação das PP, resultou na negligência dessas, sobretudo do uso de barreiras protetoras, e a mais citada foi a utilização de luvas.

É importante lembrarmos que ao serem indicados os demais EPI, as luvas estão, quase sempre, associadas. Isto leva-nos a inferir que a negligência é extensiva aos demais EPI. Outra medida negligenciada relacionou-se com o

manuseio inadequado do material perfurocortante, não só nesta categoria, como na moderada suscetibilidade percebida.

Na moderada suscetibilidade percebida, pudemos apreender que os enfermeiros fazem o enfrentamento da ameaça percebida, entretanto, acreditando numa possibilidade limitada do risco, em situações predominantemente de assistência a paciente com maior complexidade no atendimento.

A moderada suscetibilidade percebida esteve relacionada ao uso parcial das barreiras protetoras, com 100% de adesão ao uso das luvas. Entendemos que a não utilização de todos os EPI recomendados torna os PAS vulneráveis à infecção diante da exposição, normalmente de mucosas, onde os óculos protetores foi o EPI na maioria das ocasiões negligenciado.

A alta percepção da suscetibilidade explicou o seguimento das recomendações para pacientes portadores e/ou sob suspeita de infecção causada por patógenos de importância epidemiológica. Em tal percepção existe um aspecto positivo, ao pensarmos que estão sensibilizados e congruentes com as recomendações para o controle e prevenção das IRSAS; mas, se refletirmos que estão estimulados a aderirem completamente a estas recomendações, somente em situações com esta caracterização, constitui-se um aspecto negativo, que fragiliza a proteção do profissional, de seus pares, do paciente e de uma coletividade.

Ressaltamos que a vivência da exposição do profissional a material biológico se apresentou como um estímulo para a percepção da suscetibilidade e severidade, bem como dos benefícios da PP e superação das barreiras percebidas em tais ocorrências, levando-os a valorizarem as PP.

Quanto aos benefícios percebidos, foram evidenciados nas situações, nos comportamentos e conseqüências dos incidentes críticos, sobretudo daqueles com

polaridade referida positiva, o que assinala que estes têm um sentido de força positivo para a adesão.

Como a maioria das situações relacionou-se com acidentes com material biológico, naturalmente, a maioria dos benefícios percebidos, também, esteve associada ao uso de barreiras protetoras, que objetivam a proteção do profissional em grande parte dos procedimentos, e a ambos, profissional e paciente, em situações específicas.

Ainda associado aos benefícios percebidos, observamos que adesão do enfermeiro às PP é compreendida como educativa; é uma estratégia de segurança e proteção que reverte em tranquilidade na realização da assistência; além de estimular a adesão por parte dos demais profissionais da equipe de enfermagem, também, despertou o sentimento de dever cumprido após a assistência.

As barreiras percebidas foram amplamente apresentadas pelos enfermeiros no enfrentamento das ameaças no cotidiano da assistência, incluindo vários aspectos da organização do trabalho. Parodiando: "estavam diante de situações de urgência/emergência, com número pequeno de profissionais pouco preparados, em falta de material básico da assistência, onde a estrutura física não contribui, bem como os fatores psicossociais, que ao culminar com a exposição ocupacional não recebe um atendimento adequado e o profissional não é valorizado".

Embora não seja exatamente nessa ordem e situação, estas barreiras têm se constituído em grande entrave no cotidiano da assistência, onde por um lado permanentemente são cobrados pelo SAS e na contrapartida não recebem sequer condições mínimas decentes de trabalho.

Na modalidade da ação, para a adesão às PP, as barreiras foram decisivas, porque os impediu de adotarem práticas seguras, não obstante tivessem a

percepção da suscetibilidade e benefícios. Isto pudemos observar, além dos relatos, no convívio diário com os enfermeiros durante o período de coleta, e como partícipe do grupo de enfermeiros do local do nosso estudo.

No cotidiano da assistência existem fatores pró-ativos e contra-ativos à adesão, remetendo aos benefícios x barreiras. O indivíduo vivencia o conflito para o discernimento do curso e modalidade da ação. A adequada organização do trabalho pode minimizar ou abolir tais situações, como já vem sendo apontado em investigações científicas. Entretanto, se não instituídas políticas organizacionais de segurança o conflito pode ser dimensionado, aumentando a carga de estresse, culminando na modalidade de ação com práticas inseguras, embora, por vezes involuntariamente. Por acréscimo repercute com agravos de extensões diversas em nível individual e/ou coletivo.

Nossos achados, a partir dos incidentes críticos relatados, permitiram-nos acessar esta face oculta da subjetividade dos sujeitos, que tem determinado ou não a sua adesão às PP. As dimensões suscetibilidade percebida, barreiras e benefícios percebidos associaram-se com a adesão desses profissionais ao uso das precauções padrão; já a severidade percebida não apresentou esta associação.

Acreditamos que a representação de cada dimensão do MCS no processo de tomada de decisão e modalidade de ação pode variar de acordo com o grupo e objeto de estudo.

Observamos que este referencial teórico, o MCS, em conjunto com a técnica do incidente crítico, possibilitou-nos aprofundarmos na subjetividade dos sujeitos além das nossas expectativas. Ousamos em uma nova forma de investigar uma realidade de difícil desvelamento, que é a adesão às PP pelos profissionais, e acreditamos, com isto termos alcançado o objetivo proposto pelo nosso trabalho.

Acreditamos que estas constatações sugerem que o SAS deve empreender esforços nas seguintes direções:

- Estruturar um núcleo de educação continuada e permanente que priorize a sensibilização e conscientização acerca dos riscos cotidianos da assistência e extra-cotidianos (surtos por patógenos emergentes ou re-emergentes, por exemplo). Trabalhe a habilidade técnica para o desenvolvimento da assistência com menor risco. Enfoque o desenvolvimento de atitudes, que invariavelmente refletirá nos diversos componentes (cognitivo, afetivo, comportamental, crenças, etc.), acerca das diversas temáticas críticas a partir de diagnóstico e situações emergentes e necessidades suscitadas em grupo pelos profissionais.

- Implantar um núcleo de atendimento ao profissional pós-acidente com material biológico com fluxo bem definido e com efetiva resolutividade em todas as fases preconizadas. Realizar a vigilância ativa dos casos e reportá-los aos grupos de trabalho, utilizando inclusive nas atividades de educação continuada e permanente.

- Reavaliar a estrutura física, para posterior planejamento que contemple a implementação das primordiais medidas de controle e prevenção das IRSAS.

- Realizar planejamento para abastecimento e manutenção dos materiais necessários à prestação de atendimento à saúde com qualidade e segurança para os sujeitos envolvidos no processo assistencial. Disponibilizar os equipamentos de proteção individual de acordo com as necessidades coletivas e individuais.

- Promover o feedback das ações implementadas a cada grupo de trabalho, resgatando assim a valorização do trabalho e do trabalhador.

- Avaliar a atual organização de trabalho objetivando estabelecer a cultura da segurança na assistência, garantindo assim uma política de seguridade ocupacional.

- Realizar levantamento do perfil do profissional quanto à sua suscetibilidade e vulnerabilidade no ambiente de trabalho, com posterior proposta de intervenção.
- Estabelecer coletivamente normas e padrões mínimos de condutas relacionadas às medidas de prevenção e controle das IRSAS para atendimento ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ALENCAR, C.C.P. **As representações sociais de mulheres soropositivas do HIV sobre seu processo saúde doença**. 1998. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE INFECÇÃO HOSPITALAR - APECIH. **Precauções e isolamento**. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 1999. 52p.

_____. **Orientações para o controle de infecções em pessoal da área da saúde**. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 1998. 94p.

AZAMBUJA, E.P.; PIRES, D.P.; VAZ, M.R.C. Prevenção e controle da infecção hospitalar: as interfaces com o processo de formação do trabalhador. **Texto Contexto Enferm**, v.13, n. especial, p. 79-86, 2004.

AZAMBUJA, E.P.; KERBER, N.P.C.; VAZ, M.R.C. A compreensão da organização do trabalho da saúde através dos trabalhadores com acidente de trabalho. **Texto Contexto Enferm**, v.12, n. 3, p. 289-97, 2003.

AZAP, A. et al. Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. **Am J Infect Control**, v.33, n.1, p.48-52, 2005.

AYUB, E.B. S; AYUB, M.A.; RIBEIRO FILHO, N. Abordagem integrada das técnicas de isolamento. In: FERNANDES, A. T (Ed.). **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1020-25

BALDY, J.L.S. Imunização de profissionais da área da saúde e de pacientes. In: RODRIGUES, E. A. C. et al. **Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 367-72.

• De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: Informações e documentação: referência - elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BEEKMANN, S.E. et al. Hospital bloodborne pathogens programs: programs characteristics and blood and body fluid exposure rates. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.22, n.2, p.73-82, 2001.

BERTAZONE, E.C. **A assistência ao portador de tuberculose pulmonar sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem**. 2003. 115 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2616, de 12 de maio de 1998 Normas para o Programa de Controle de Infecção Hospitalar. **Diário Oficial da União**, 13 de maio de 1998. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm. Acessado em: 20/02/2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos: **Resolução 196/96**. Brasília (DF); 1996. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>> Acessado jan/2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para tratamento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C**. 2004a Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/manual_exposicao/manualacidentes.doc>
Acessado em 18/08/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Controle de Tuberculose**. Disponível em: http://www.dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/tuberculose/dia_mundial.html. Acessado em: 16/12/2004b.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **NR 6 - Equipamento de proteção individual (206.000-0/10)** Disponível:
<http://www.mte.gov.br/Empregador/segsau/Legislacao/Normas/Default.asp>.
Acessado em 07/01/2005.

BREVIDELLI, M.M. **Exposição ocupacional aos vírus da AIDS e da hepatite B: análise da influência das crenças em saúde sobre a prática de reencapar agulhas**. 1997.152 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

BREVIDELLI, M.M. **Modelo explicativo de adesão às precauções padrão: construção e aplicação**. 2003. 211 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BREVIDELLI, M.M.; CIANCIARULLO, T.I. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.2, p.193-201, 2001.

BURKE, J.P. Infection control – a problem for patient safety. **New England Journal of Medicine**, v. 348, n.7, p.651-6, 2003.

CALIL, R. et al. Reduction in colonization and nosocomial infection by multiresistant bacteria in a neonatal unit after institution of educational measures and restriction in the use of cephalosporins. **Am J Infect Control**, v.29, n.3, p.133-8, 2001.

CANINI, S.R.M.S. et al. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n.2, p.172-8, 2002,

CONCEIÇÃO, F.M.; CAVALCANTE, N.J.F.; AYUB, M.A. Imunização dos profissionais de saúde. . In: FERNANDES, A. T (Ed.). **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1020-25

CARDOSO, R.S.; SILVA, M.A. A percepção dos enfermeiros acerca da comissão de infecção hospitalar: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, v.13, n. especial, p. 50-7, 2004.

CARNEIRO, M.A.S. et al. Perfil soroepidemiológico da infecção pelo vírus da hepatite C em pacientes das unidades de hemodiálise de Goiânia-Goiás. In: XII Congresso Brasileiro de Infectologia, 2003, Goiânia. **Resumos**. CD-ROM.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A.A.; MAGLUTA, C. Erro no uso de medicamento. MINAYO, M.C.P.; DESLANDES, S.F. **Caminho do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.p.363-79.

CAVALCANTE, N.J.F.; FERNANDES, A.T. Pneumonia hospitalar. In: LACERDA, R.A. **Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.85-101

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Recommendations for prevention of HIV transmission in a health-care setting. **MMWR**, v.36, n. 2S, 18p, 1987.

_____. **Surveillance of healthcare personal with HIV/AIDS, as of December 2002.** Division of Healthcare Quality Promotion. 2003. Disponível em <<http://www.cdc.gov/hiv/stats/2003SurveillanceReport.pdf>>. Acessado em outubro/2004.

_____. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **MMWR**, v.51, n. RR-16, 48p. 2003a.

_____. National **Center for HIV, STD and TB. Division of HIV/Aids prevention.** Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/stats.html#internosocomial>> Acessado em 10/08/04.

CHIANCA, T.C. **Uma visão sistêmica do transporte do paciente cirúrgico.**1992. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

CLARKE, S.P. et al. Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. **Am Journal Infect Control**, v.30, n.4, p.207-16, 2002.

COELHO JUNIOR, W.; NASCIMENTO, W.G.; FARIAS, M.A.P.S. Verificação de glicemia capilar: procedimento de risco para a equipe de enfermagem? Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar. In: III Congresso Pan-Americano, VII Congresso Brasileiro, I Congresso de odontologia de Minas Gerais, 2000, Belo Horizonte. **Anais.** p.113.

CUTTER, J.; JORDAN, S. Uptake of guidelines to avoid and report exposure to blood and body fluids. **Journal of Advanced Nursing**, v.46, n.4, p.441-52, 2004.

CYDULKA, R.K. Noncompliance of health care workers with universal precautions during trauma resuscitations. **Ann Emerg Med**, v.39, n.4, p.461, 2002. Abstracts.

CROMER, A.L. et al. Impact of implementing a method of feedback an accountability related to contact precautions compliance. **Am J Infect Control**, v.32, n.8, p.451-5, 2004.

DELA COLETA, J.A. A técnica dos incidentes críticos: aplicações e resultados. **Arq. Bras. Psic. Aplicada.** Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.35-58, 1974.

DELA COLETA, J.A.; DELA COLETA, M.F. A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na psicologia, administração, saúde e educação. Taubaté (São Paulo): Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. 130p.

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES (DHS). **Needlestick Injury Surveillance in California, 1998-1999**. California Morbidity [Serial online] 2000. Department of Health Services. Disponível em: <http://www.dhs.ca.gov/abh/sharps/> . Acessado em 15/08/04.

DILLY, C.M.L.; JESUS, M.C.P. Aprendizagem Humana. In: _____. **Processo Educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Rose Editorial, 1995. p.19-31.

DINÇ, L.; ERDIL, F. The effectiveness of an educational intervention in changing nursing practice and preventing catheter-related infection for patients receiving total parenteral nutrition. **International Journal of Nursing Studies**, v.37, p.371-9, 2000.

DO, A. et al. Occupationally acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.24, n.2, p. 86-96, 2003.

ENNES, L.D. **O uso, desuso ou uso inadequado dos equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem na prevenção dos riscos com material biológico**. 2002. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ERDMANN, A.L.; LENTZ, R.A. Conhecimentos e práticas de cuidados mais livres de riscos de infecções hospitalares e o processo de aprendizagem contínua no trabalho em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.13, n. especial, p.34-49, 2004.

ESTRELA, M.T.; ESTRELA, A. **A técnica dos incidentes críticos no ensino**. 2.ed. Lisboa: Estampa, 1994.

EVANOFF, B. et al. Compliance with universal precautions among emergency department personal caring for trauma patients. **Ann Emerg Med**, v.33, n.2, p.160-62, 1999.

FERGUSON, K.J. et al. Critical incidents of nonadherence with standard precautions guidelines among community hospital-based health care workers. **J Gen Med**, v.19, p.726-31, 2004.

FERNANDES, A. T. A Medicina do renascimento à revolução industrial In: _____ (Ed.). **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.91-128.

FERREIRA, J.A.G. et al. Disseminação inter e intra hospitalar de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente em Minas Gerais. 2003. In: XII Congresso Brasileiro de Infectologia, 2003, Goiânia. **Resumos**. CD-ROM.

FINFGELD, D.L. et al. Health belief model and reversal theory: a comparative analysis. **Journal Advanced Nursing**, v.43, n.3, p.228-97, 2003.

FLANAGAN, J.C. A técnica do incidente crítico. **Arquivos Brasileiros Psicologia Aplicada**, v.25, n.2, p.99-141, 1973.

FREITAS, M.R. Análise dos custos das infecções hospitalares. In: RODRIGUES, E. A. C. et al. **Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p.42-45.

FURUSYO, N. et al. Confirmation of nosocomial hepatitis C virus infection in a hemodialysis unit. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.25, n.7. p.584-590, 2004.

GALERA, S.A. F. **Contribuição do estudo da qualidade de vida de doentes mentais tratados ambulatorialmente**. 1994. 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994

GARNER, J.S.; THE INFECTION CONTROL PRACTICES ADVISORY COMMITTEE. Guideline for isolation precaution in hospitals. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.17, n.1, p. 53-80, 1996.

GERSHON, R.R.M. et al. Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals. **Am J Infect Control**, v.23, n.4, p.225-36, 1995.

GERSHON, R.R.M. et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. **Am J Infect Control**, v.28, n.3, p.211-21, 2000.

GIR, E. et al. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções padrão. **Rev Esc Enferm USP**, v.38, n.3, p.245-53, 2004.

GOIÁS. Secretaria do Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar. **Programa de prevenção e assistência ao acidente profissional com material biológico**. Goiânia: Secretaria do Estado da Saúde e coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar, 2003. 21p.

GODIN, G. et al. Determinants of nurses adherence to universal precautions of venipunctures. **Am J Infect Control**, v.38, n.5, p.359-64, 2000.

HAYASHIDA, M. **Laboratório de enfermagem como subsistema tecnológico organizacional: análise de utilização segundo sua finalidade**. 1997. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

HELCL, J. et al. Control of occupational hepatitis B among healthcare workers in the Czech Republic, 1982 to 1995. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 21, n.5, p.343-6, 2000.

HOEFEL, H.H.K.; SCHNEIDER, L.O. O profissional da saúde na cadeia epidemiológica. In: RODRIGUES, E. A. C. et al. **Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p.352-65.

HOSOGLU, S. et al. Tuberculosis among health care workers in a short working period. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.33, n.1, p.23-6, 2005.

JANZ, N.K.; CHAMPION, V.L.; STRECHER, V.J. The health belief model. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; LEWIS, F.M. (Ed.). **Health behavior and health education: theory, research and practice**. 3. ed. São Francisco: Jossey-Bass, 2002. p.45-66.

JEUKENS, M.M.F. **Equipe de enfermagem: aceitação do uso das precauções universais**. 1997. 124 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

JIMENEZ, D.A. et al. Audit on the degree of application of universal precautions in a haemodialysis unit. **Nephrol Dial Transplant**, v.14, p.1001-3, 1999.

KERMODE, M. et al. Compliance with universal/standard precautions among health care workers in rural north India. **American Journal of Infection Control**, v.33, n.1, p.27-33, 2005.

KIM, K. et al. Knowledge and performance of the universal precautions by nursing and medical students in Korea. **American Journal of Infection Control**, v.29, n.5, p.295-300, 2001.

KLOEBLEN, A.S.; BATISH, S. Understanding the intention to permanently follow a high folate diet among a sample of low-income pregnant women according to the health belief model. **Health Education Research**, v.14, n.3, p.327-38, 1999.

KNIGHT, V.M.; BODSWORTH, N.J. Perceptions and practice of universal blood and body fluid precautions by registered nurses at a major Sydney teaching hospital. **Journal Advanced Nursing**, v.27, p.746-51, 1998.

KRETZER, E.K.; LARSON, E.L. Behavioral interventions to improve infection control practices. **American Journal of Infection Control**, v.26, n.3, p.245-253, 1998.

LACERDA, R.A. Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência à saúde. In: _____. **Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.9-23.

LACERDA, R.; EGRY, E.Y. As infecções hospitalares e a sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.5, n.4, p.13-23, 1997.

LEÃO, M.T.C.; GRINBAUM, R.S. Técnicas de isolamento e precauções. In: RODRIGUES, E. A. C et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p.373-84.

LEAPE L.L. Error in medicine. **JAMA**, v. 272, n.23, p.1851-7, 1994.

LEVIN, A.S. S; MARINHO, I.S.; ARRUDA, E.A.G. Bacilos Gram-negativos não fermentadores. In.: RODRIGUES, E. A. C et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p.614-24.

LOPES, C.L.R. et al. Perfil soropidemiológico da infecção pelo vírus da hepatite B em profissionais das unidades de hemodiálise de Goiânia-Goiás, Brasil Central. **Rev. Soc. Bras Méd Tropical**, v.34, p.543-48, 2001.

LYMER, U.; RICHT, B.; ISAKSSON, B. Blood exposure: factors promoting health care workers' compliance with guidelines in connection with risk. **Journal of Clinical Nursing**, v.13, p.547-554, 2004.

LYMER, U.; RICHT, B.; ISAKSSON, B. Health care workeres' action strategies in situations that involve a risk of blood exposure. **Journal of Clinical Nursing**, v.12, p.660-7, 2003.

MACCOY, K.D.; et al. Monitoring adherence to standard precautions. **Am J Infect Control**, v.29, n.1, p.24-31, 2001.

MEDEIROS, A.C. et al. Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de hospital universitário. **Acta Cirurg Brasileiros**, v.18, n.1, p.15-18, 2003.

MEDEIROS, E.A.S. Investigação e controle de epidemias hospitalares. In: RODRIGUES, E. A. C. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p.76-85.

MELO, D.S. et al. Precauções padrão: conhecimento e crenças dos graduandos em enfermagem. In: IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar; 2004a, Salvador. **Resumos**. CD-ROM.

MELO, D.S. et al. **Compreensão das precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital de Goiânia - GO**. 2004b. 21p (mimeo)

MERMEL, L.A. et al. Pseudomonas surgical-site infections linked to a healthcare worker with onychomycocis. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.24, p.749-52, 2003.

MIELO, M. **Os incidentes críticos da assistência de enfermagem ao paciente em quimioterapia**. 2001. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.269p.

MOSCOVICI, F. Comportamento Humano no Trabalho. In: _____. **Equipes Dão Certo: a multiplicação do talento humano**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999. p.27-47.

MOURA, R.P. **A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microrganismos multiresistentes.** 2004. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

NAVARRO, M.B.M.A.; et al. Doenças emergentes e reemergentes, saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A.C. (Org). **Saúde e ambiente Sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p.37-49.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. **NIOSH Alert: preventing needlestick injuries in health care settings.** Department of Health and Human Services (DHHS), Publication nº. 2000-108, Cincinnati (OH), 1999. 23p. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/2000_108.html> Acessado em 17/07/04.

NOGUEIRA, M.S. **Incidentes críticos na passagem de plantão.** 1988. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1988.

O'BOYLE, C.A.; HENLY, S.J.; LARSON, E. Understanding adherence to hand hygiene recommendations: The theory of planned behavior. **Am J Infect Control**, v.29, n.6, p.352-60, 2001.

OSBORNE, S. Influences on compliance with standard precautions among operating room nurses. **Am J Infect Control**, v.31, n.7, p.415-23, 2003.

PEREIRA, A.L.F. As tendências e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1527-34, 2003.

PERRY, J; PARKER, G; JAGGER, J. EPINet Report: 2001 percutaneous injury rates. **Advances in Exposure Prevention**, v.6, n.3, p.32-36, 2003. Disponível em: <<http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/epinet/benchmark01.pdf>> Acessado em 17/07/04.

PHIPPIS, W. et al. Risk of medical sharps injuries among Chinese nurses. **Am J Infect Control**, v.30, n.5, p.277-82, 2002.

PITET, D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. **Emerging Infectious Diseases**, v.7, n.2, p.234-40, 2001.

PITET, D. Hand hygiene improved standard and practice for hospital care. **Current Opinion in infectious Diseases**, v.16, n.4, p.327-35, 2003.

PITET, D. et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. **Lancet**, v.356, October, p.1307-12, 2000.

PITET, D; et al. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs and perceptions. **Ann Intern Med**, v.141, n.1, p.1-8, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.487p.

PRAÇA, N.S.; GUALDA, D.M.R. Percepção do risco de mulheres faveladas segundo o modelo de crenças em saúde. **Rev Esc Enf USP**, v.35, n.1, p.54-9, 2001.

PRADE, S.S. et al. Estudo Brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. **Revista de Controle de Infecção Hospitalar**, n.2, ano2, p.11-24, 1º semestre, 1995.

PRADO, M.A. et al. **Resíduos sólidos potencialmente infectantes em serviços de hemoterapia e as interfaces com as doenças infecciosas**. 2003. 18 f. Monografia (Especialização em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

RABAUD, C. et al. Occupational exposure to blood: search for a relation between personality and behavior. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.21, n.9, p.564-74, 2000.

RAVAGNANI, M.J.C. **Vivências de mulheres submetidas à cesiomoldagem**. 1991. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

REIS, R.K.; GIR, E.; CANINI, S.R.M.S. Accidents with biological material among undergraduate nursing students in a public Brazilian University. **The Brazilian Journal of Infections Diseases**, v.8, n.1, p.18-24, 2004.

RIBEIRO, F.G.; CAMARGO, L.F.A. Centro Cirúrgico. In: RODRIGUES, E. A. C. et al. **Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p.257-262.

RODEN, J. Revisiting the health belief model: nurses applying it to young families and their health promotion needs. **Nursing and Health Sciences**, v.6, p.1-10, 2004.

RODRIGUES, E.A.C. Histórico das infecções hospitalares. In: RODRIGUES, E.A.C. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p.3-27.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E.M.L.; JABLONSKI, B. **Psicologia social**. 21.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 476p.

ROSENSTOCK, I.M. Historical Origins of the Health Belief Model. **Health Education Monographs**, v.2, n. 4, p. 354-87,1974a.

ROSENSTOCK, I.M. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. **Health Education Monographs**, v.2, n. 4, p. 328-35, 1974b.

ROSENTHAL, V.D. et al. Effect of education and performance feedback on handwashing: the benefit of administrative support in Argentinean hospitals. **Am J Infect Control**, v.2, n.31, p.85-92, 2003.

ROSENTHAL, V.D.; GUZMAN, S.; SAFDAR, N. Effect of education and performance feedback on rates of catheter associated urinary tract infection in intensive care units in Argentina. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.25, n.1, p.47-50, 2004.

SAILER, G.C. **Adesão de trabalhadores de enfermagem em tratamento com anti-retrovirais pós-exposição ocupacional a material biológico**. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SGARBI, L. P. S.; CONTERNO, L.O. Estruturação e dinâmica das comissões de controle de infecção hospitalar. In: RODRIGUES, E.A.C. et al.. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 37-45.

SHIMIZU, H.E.; RIBEIRO, E.J.G. Ocorrência de acidente de trabalho por materiais perfurocortantes e fluidos biológicos em estudantes e trabalhadores da Saúde em um hospital escola de Brasília. **Rev Esc Enferm USP**, v.36, n.4, p.367-75, 2002.

SILVA, A.M.C. et al. Precauções e isolamento. In: FERNANDES, A. T. (Ed.). **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1008-25.

SOUZA, A.C.S. **Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem**. 2001. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SOUZA, A.C.S. et. al. Desafios para o controle de infecção nas instituições de saúde: percepção dos enfermeiros. **Ciencia y Enfermeria**, v.8, n.1, p.19-30, 2002.

SOUZA, M. **Acidentes ocupacionais e situações de risco para a equipe de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do Município de São Paulo**. 1999. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

SOUZA, N. R. **Compreendendo o portador HIV/AIDS usuário de drogas segundo o modelo de crenças em saúde de Rosenstock**. 1997. 189 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

STANZANI, H.P.; PEDIGONE, M.A.M.C. Infecção hospitalar por *S. áureos* e *P. aeruginosa*: prevalência e comportamento microbiológico das cepas multirresistentes na clínica cirúrgica da Santa Casa de Franca-SP. In: III Congresso Pan-Americano, VII Congresso Brasileiro, I Congresso de odontologia de Minas Gerais, 2000, Belo Horizonte. **Anais**. p.79.

STEIN, A.D. et al. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospital. **Journal of hospital Infection**, n. 54, p.68-73, 2003.

TIPPLE, A.F.V. **As interfaces do controle de infecção em uma instituição de ensino odontológico**. 2000. 177 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

TIPPLE A.F.V. et al. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n.2, p.245-50, 2003.

TRAPÉ-CARDOSO, M.; SCHENCK, P. Reducing percutaneous injuries at an academic health center: a 5-year review. **Am J Infect Control**, v.32, n.5, p.3001-5, 2004.

TURRINI, R.N.T. Infecção hospitalar e mortalidade. **Rev Esc Enferm USP**, v.36, n.2, p.177-83, 2002.

TURRINI, R.N.T. Infecção do trato urinário. In: LACERDA, R.A. **Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.103-13.

TURRINI, R.N.T.; LACERDA, R.A. Capacitação de recursos humanos para implementação do programa de controle de infecção. **Texto Contexto Enferm**, v.13, n. especial, p.25-33, 2004.

VAUGHN, T.E. et al. Factors promoting consistence adherence to safe needle precautions among hospital workers. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.25, n.7, p.548-55, 2004.

WANG, H. et al. A training programme for prevention of occupational exposure to bloodborne pathogens: impact on knowledge, behaviour an incidence of needle stick injuries among student nurses in Changsha, People's Republic of China. **Journal Advanced Nursing**, n.41, v.2, p.187-194, 2003.

WENZEL, R.P.; EDMOND, M.B. The Hospital-Acquires Bloodstream Infections. **Emerging Infections Diseases**, v.7, n.2, p.174-44, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global summary of the aids epidemic, December 2004**. Disponível em: <http://www.unaids.org/wad2004/EPI_2004_pdf_en/chapter0-1_intro_en.pdf>. Acessado em 08/02/05.

APÊNDICES

APÊNDICE A

À Diretoria de Enfermagem do Hospital.

Goiânia, 27 de janeiro de 2004.

Estou realizando uma pesquisa para elaboração da Dissertação de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás com o título: Adesão às Medidas de Controle e Prevenção das Infecções Hospitalares: Um Comportamento Fácil?, sob a orientação da Professora Doutora Adenícia Custódia Silva e Souza e co-orientação da Professora Doutora Anaclara Ferreira Veiga Tipple.

Esta pesquisa será um estudo descritivo, com o objetivo de analisar a adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde, segundo Rosenstock (1974). Os dados a serem coletados constituirão o elemento fundamental que possibilitará a reflexão sobre as práticas da assistência e controle de infecção hospitalar, ao mesmo tempo viabilizará a elaboração de estratégias pontuais para melhoria da assistência.

Este estudo está inserido no programa de pós-graduação - mestrado, da Faculdade de Enfermagem /UFG - Goiânia GO. O projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, conforme exigência da Resolução n. 196 de 10/10/96. Os sujeitos só participarão do estudo após a leitura e aquiescência, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A população será constituída dos enfermeiros atuante no hospital em estudo. Os dados serão coletados por meio de entrevista, com a utilização de roteiro semi-estruturado, conforme preconizado pela técnica de incidentes críticos proposta por Flanagan (1973).

Informada nas intenções expressas para a pesquisa a ser desenvolvida, e para que a coleta se inicie, visto já ter a liberação desta Instituição, venho solicitar-lhe se possível a listagem nominal e por clínica de lotação dos enfermeiros. Certa da compreensão, agradeço desde já.

Atenciosamente,

Dulcelene de Sousa Melo

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Prezado (a) Colega!

Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a adesão às medidas de precaução padrão no cotidiano da assistência de enfermagem para o controle das infecções hospitalares, com o objetivo de analisar a adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde de Rosenstock (1974). Os dados a serem coletados constituirão o elemento fundamental que possibilitará a reflexão sobre as práticas da assistência e controle de infecção hospitalar, ao mesmo tempo viabilizará a elaboração de estratégias pontuais para melhoria da assistência. Este estudo está inserido no programa de pós-graduação - mestrado, da Faculdade de Enfermagem /UFG - Goiânia Go. Os dados serão colhidos pela Enfermeira Dulcelene de Sousa Melo.

Solicito a sua colaboração para a concretização da pesquisa participando de uma entrevista, que será registrada pela pesquisadora no momento da emissão de respostas e que ao final será lida com a finalidade de que o entrevistado tome ciência do registro, bem como faça as correções e/ou observações que achar pertinente.

Tal processo só se dará após a sua permissão e autorização, mediante a assinatura em duas vias do termo, que confirmará o seu aceite. Será garantido o sigilo e o anonimato do informante e da Instituição de origem, o que resguardará de quaisquer danos ou exposição.

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário. Ressalto que a sua participação é livre, podendo sua contribuição a este trabalho ser interrompida a qualquer momento, se assim achar conveniente e for da sua vontade. Os telefones para contato são 99776930 ou 2258850.

Atenciosamente,

Enfermeira Dulcelene de Sousa Melo

Goiânia, ____/____/____

Assinatura do participante

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU – MESTRADO
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Estamos desenvolvendo um estudo sobre as precauções padrão relacionadas à prática dos enfermeiros assistenciais e gostaríamos que você nos respondesse algumas questões a este respeito.

A – CARACTERIZANDO OS SUJEITOS:

1. Entrevista nº.: _____ Unidade: _____ Data: ____/____/ 2004
2. Ano do Ingresso na Instituição: _____ Função Atual: _____
3. Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: F M
4. Instituição na qual fez a graduação: _____ Ano de Conclusão: _____
5. Na sua graduação houve disciplina específica de prevenção e controle das infecções em estabelecimentos de assistência à saúde? Sim Não
6. Durante a graduação alguma(s) disciplina(s) contemplou (ram) o conteúdo de medidas de precauções padrão? Sim (Suficiente Insuficiente) Não
7. Durante a graduação alguma(s) disciplina(s) contemplou (ram) o conteúdo de medidas de biossegurança? Sim (Suficiente Insuficiente) Não
8. Tempo de exercício profissional: _____.
9. Você fez curso de pós-graduação?

Não

Sim

CURSO

ANO

INSTITUIÇÃO

CURSO	ANO	INSTITUIÇÃO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

10. Você já recebeu alguma orientação ou fez treinamento sobre precauções padrão no atual SAS?
 Sim Não

Se sim, quando? _____

- Qual foi o período de duração? _____
- Qual foi a estratégia utilizada? _____
- Você considera importante a realização destas atividades? Sim Não
- Por quê? _____

B – COLETA DE INCIDENTES CRÍTICOS:

1) Gostaríamos que você se lembrasse das situações no seu cotidiano da assistência, em que você e/ou outro profissional da área da saúde utilizou (ram) ou não as precauções padrão. Agora, relate-nos uma das situações positivas ocorridas, e descreva exatamente:

- A situação:
- O que foi feito
- O que resultou:

2) Agora gostaríamos que você nos relatasse uma situação negativa ocorrida, também relacionada às precauções padrão no cotidiano da assistência, e descreva:

- A situação:
- O que foi feito
- O que resultou:

ANEXO

ANEXO A



Santa Casa de
Misericórdia
de Goiânia

Rua Campinas, n. 1135 Setor Americano
o Brasil - Goiânia - GO Cep 74530-240
Fone: (062) 254-4000

Centro de Ensino e Pesquisa

À

Dra Adenícia Custodia Silva e Souza

Da: Comissão de Bioética

Data: 11/04/2003

Protoc: 010/03

A Comissão de Bioética da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia tem o prazer de cumprimentá-la, e ao mesmo tempo informar que o seu Projeto de Pesquisa, intitulado **"Prevenção e controle de infecção em serviços de saúde: buscando caminhos para uma nova práxis."** Na mesma ocasião também foram analisados os sub-projetos: 1 - Métodos de Proteção Anti-Infecçiosa e o Controle das Infecções; 2 - A Execução de Técnicas e Procedimentos de Enfermagem e suas Implicações para a Prevenção e Controle das Infecções e 3 - O Controle de Infecção na Perspectiva da Proteção Profissional e aprovado por esta Comissão em reunião do dia 22/04/2003.

Recomendamos fiel observância aos termos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, durante toda a pesquisa.

Solicitamos o encaminhamento de relatórios periódicos a esta Comissão de Bioética, informando sobre as experimentações, desenvolvimento da pesquisa e resultados.

Informamos que caso a coleta de dados se estenda à Santa Casa de Misericórdia de Goiânia deverá ser encaminhada à esta Comissão nova Folha de Rosto para pesquisa.

Atenciosamente,


Dra. Janislane Ferreira Maciel
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa