

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**PROCESSO DE NORMALIZAÇÃO: A JORNADA
PARTICIPATIVA COMO FATOR DE
QUALIDADE NAS AÇÕES DE CONTROLE DAS
INFECÇÕES HOSPITALARES**

Mestranda: Rosemery Andrade Lentz

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Florianópolis

1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM

Dissertação

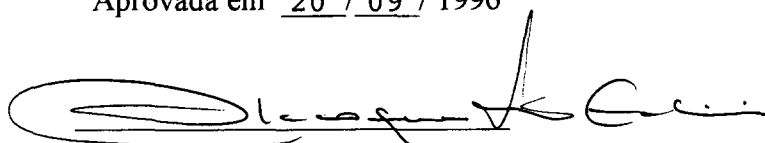
PROCESSO DE NORMALIZAÇÃO:
A JORNADA PARTICIPATIVA COMO FATOR DE
QUALIDADE NAS AÇÕES DE CONTROLE DAS
INFECÇÕES HOSPITALARES

Submetida à Banca Examinadora para a obtenção do
Grau de Mestre em Assistência de Enfermagem

por

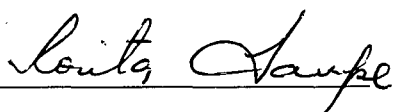
Rosemery Andrade Lentz

Aprovada em 20 / 09 / 1996



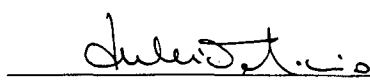
Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Presidente/Orientadora




Dra. Rosita Saupe

Examinadora



Dra. Zuleica Maria Patrício

Examinadora



Ddo. Wilson D. Lunardi Filho

Examinador



Dr. Ivo Gelain

Suplente

LEMBRANÇAS...

Agradeço a DEUS, fonte de sabedoria , inteligência e amor, por ter me permitido perseverar no caminho do conhecimento e do entendimento.

Uma dedicatória

a Erivaldo, Everton, Rafael e Amanda, expressão e inspiração do meu viver.

O reconhecimento

à Alacoque, minha para sempre orientadora, que se fez amiga, inspirando, acreditando e ensinando.

à minha mãe Otília, minhas irmãs Rosana e Rosete, Ronan e Henrique, e meus tios Idalmira e Palmiro, pelo apoio e orações.

à Sayonara, pelo estímulo, pelas orientações, pela confiança e ajuda durante a seleção e o desenvolvimento do curso.

à Adélia, amiga, companheira, que tanto ensinou e ensina e pelo partilhar expectativas e esperanças.

Um agradecer carinhoso

aos amigos Flávia, Neusa e Ruvani ...

“O amigo: um ser que a vida não explica.

Que só se vai ao ver outro nascer

E o espelho de minha alma multiplica ... (Vinícius de Moraes)

a Àureo, Nora e Vanessa, pela convivência, reflexão, trocas e criação do conhecimento desenvolvido e partilhado no Grupo de Produção Científica e Técnica de Administração e Qualidade nos Serviços de Saúde e Cuidados de Enfermagem, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem e Departamento de Enfermagem da UFSC.

à Rosita Saupe, que fortaleceu minha confiança, valorizando o meu trabalho sempre com palavras carinhosas.

a Wilson Lunardi e Zuleica Patrício, pelas orientações, auxílio e gentileza em participar da Banca Examinadora.

a Ivo Gelain e Marisa , pelas sugestões e disponibilidade .

a Helena Márcia, Regina, Tereza ,Terezinha , pela solidariedade e compreensão pela ausência .

a Daniela e Rosana, pelo auxílio e simpatia.

aos colegas de mestrado, companheiros importantes e inesquecíveis na construção desta jornada.

a Luzia , Cecília, Helena, Ione, Francisco e Christiam, pela gentileza do atendimento.

às mulheres e aos homens que fazem a enfermagem inspiração maior deste trabalho.

RESUMO

As infecções hospitalares têm relação com a morbidade e mortalidade em geral. No Brasil, estudos realizados em 1994, pelo Ministério da Saúde, mostram que a taxa de infecção hospitalar é de 15,5%. Na “Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar”, realizada pela Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar em 1994, o desempenho das medidas mínimas de prevenção das infecções hospitalares, a partir de procedimentos de risco para adquiri-las, foi de 42,5%. Isto parece representar o desconhecimento, ou indiferença dos profissionais da saúde, aos riscos que estes procedimentos significam. Buscando alternativas que proporcionem uma mudança de comportamento da comunidade hospitalar, procurei uma metodologia própria para a normalização dos procedimentos invasivos de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Esta se norteou nos princípios teóricos e filosóficos da qualidade total, que enfatizam a identificação e a busca das necessidades dos clientes, e através da educação e participação procura o envolvimento das pessoas em prol de melhorias contínuas. Do marco conceitual constituído, surgiu o **Processo de Normalização** denominado **Jornada Participativa**, que, da forma de fazer especial de cada um no grupo, idealiza, por consenso, uma padronização flexível e normaliza esse padrão tornando-o freqüência habitual, o modo próprio e peculiar de fazer. Este método proposto aconteceu na unidade de terapia intensiva de um hospital geral, público, de grande porte, envolvendo os trabalhadores de enfermagem deste serviço. O Processo de Normalização, como um movimento participativo, democrático, criativo, motivador e sistematizado, respeitando as diferenças individuais e experiência de cada elemento da enfermagem, permitiu o alcance do consenso de valores e atitudes, normalizando procedimentos de enfermagem que representam risco de infecção hospitalar, transformando-os em padrões que diminuem o risco que os mesmos representam.

ABSTRACT

In general, the nosocomial infections have relation with the morbidity and mortality. In Brazil, a study realized in 1994 by the health ministry shows that the nosocomial infection rate is 15,5%. By the avaluation of the quality of the actions in nosocomial infection control, realized by the respective coordination in 1994, the performance of the minimal measures for prevention of the nosocomial infections since risk procedures to acquire it, was 42,5%. It seems to represent that the health workers don't recognize, or have indifference to the risks that those procedures mean. I tried to search alternatives that could leave to a change in the behaviour of the hospital community ; this way, I searched for a suitable methodology to the normalization of the invasive procedures of nursing in critical care units. It was guided by the theoretical and philosophical principles of the total quality , that gives emphasis do the identification and search of the necessities of the clients, and by the education and participation that searches the envelopment from the persons in favour of constant improvement. From the concepture framework constituted, emerged a normalization process called participant journey, that by the different way of doing of each one in the group, idealizes by consensus a flexible standardization turning it to a frequency, the own way of doing. This proposed method happened in the critical care unit of a general and public hospital with a large capacity, involving the nursing workers from that service, The normalization process as a participative , democratic, creative, motivating and systematized movement, with respect to individual differences and the experience from each person of the nursing staff, allowed to reach the consensus of valves and attitudes, normalizing nursing procedures that represent nosocomial infection risk, changing it in to standards that reduces the risk represented by it.

SUMÁRIO

	PÁG.
1- INTRODUÇÃO.....	09
2- OBJETIVOS.....	18
2.1 - Objetivo Geral.....	18
2.2 - Objetivos Específicos	18
3 - APRESENTANDO O SUPORTE BIBLIOGRÁFICO.....	19
3.1- Infecção Hospitalar.....	19
3.2- O Assistir em Enfermagem com Qualidade.....	25
4 - APRESENTANDO UMA PROPOSTA DE NORMALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS DE ENFERMAGEM	47
4.1- Apresentando o Marco Conceitual.....	47
4.1.1- Pressupostos baseados em Autores e em Crenças Pessoais.....	48
4.1.2- Conceitos	49
4.2- Proposta Metodológica.....	55
4.2.1- Jornada do Conhecimento.....	56
4.2.2- Jornada Remediadora.....	57
4.2.3- Jornada Avaliativa	58
4.2.4- Jornada Evolutiva.....	59
5- IMPLEMENTANDO O PROCESSO DE NORMALIZAÇÃO ENQUANTO JORNADA PARTICIPATIVA.....	61
5.1 - O Palco, seus Atores e o Contexto da Prática	61
5.2 - Jornada do Conhecimento.....	62
5.2.1 - Da Lavagem Simples das Mãos -LSM.....	63

5.2.2 - Da Aspiração de Secreção Endotraqueal - ASET	72
5.3- Jornada Remediadora	78
5.4- Jornada Avaliativa	84
5.5- Jornada Evolutiva	89
6- REFLETINDO SOBRE A PROPOSTA E APRESENTANDO ALGUMAS RECOMENDAÇÕES	92
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

1-INTRODUÇÃO

Esta história começou no ano de 1973, quando, com 16 anos, cursando o segundo ano do Curso Técnico de Enfermagem, tive o meu primeiro contato com o ambiente hospitalar. Sentimentos opostos dominaram-me e aquele universo, até então desconhecido, causava-me admiração, preocupação, medo e curiosidade. Confesso que, naquela circunstância, controlar as técnicas de enfermagem e o medo, que a então adolescente sentia, era minha maior preocupação e prioridade. Contudo, esta prioridade foi aos poucos sendo substituída e o meu ponto de convergência passou a estar mais centrado nos seres humanos que prestavam assistência e naqueles que recebiam esse serviço.

Ao concluir o curso técnico, optei pela graduação em enfermagem, sem chegar a exercer a profissão de Técnico de Enfermagem. Com o curso de graduação, tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos que havia obtido até então, e obter outros que me levaram a repensar o processo ensino - aprendizagem. Chamava-me à atenção, no campo assistencial, a centralização do poder, das decisões em relação a normas, rotinas, da mera passagem de informações do enfermeiro para os demais membros da chamada "equipe de enfermagem". A distância existente entre o enfermeiro e os demais trabalhadores de enfermagem, a necessidade da constante fiscalização deste, o aparente desinteresse do grupo, geraram - me inquietação, no sentido de compreender melhor essa relação e levantar hipóteses sobre como a

enfermagem poderia viabilizar uma assistência que fosse produto da criação de todos.

Concluí a graduação em enfermagem em julho de 1979, e comecei a exercer a função de enfermeira na Unidade de Desnutridos e Neurológicos de um hospital pediátrico público de Florianópolis. A problemática, as peculiaridades e o privilégio de poder participar da estruturação da unidade tornaram mais intensa a necessidade de possibilitar que as pessoas que desenvolviam suas atividades, ali, participassem do planejamento e da organização do serviço. Quando me refiro a “possibilitar que participassem”, quero dizer um planejar em conjunto, uma criação coletiva, um assumir juntos, um buscar o consenso, onde todos, de fato, eram e tinham parte no processo. Essa conduta fez com que a Unidade fosse “diferente”, dentro do hospital, caracterizando-se pela assistência holística prestada às crianças, pelo estímulo, já no ano de 1980, ao acompanhamento da mãe, pelo zelo da área física e equipamentos, pela cooperação entre os profissionais, pelo compartilhar conhecimentos e experiências e por uma assistência de enfermagem que encantava os pais e o corpo funcional da instituição.

No ano de 1981, entrei em contato com o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), então instituído no hospital, que buscava transmitir informações a respeito da utilização de germicidas e outros aspectos relacionados ao controle e prevenção de infecções, tentando influenciar o comportamento dos profissionais. Essa relação distante e desigual, na qual o PCIH, detentor do conhecimento, decidia e determinava as ações, fazia-me sentir insatisfeita, já que, algumas vezes, a realidade do setor não possibilitava que o estabelecido fosse executado conforme o planejado. Esse novo conhecimento, embora morasse nas palavras, carecia de princípios que espelhassem a realidade. Era preciso discuti-lo para fazê-lo aparecer como conhecimento sólido, essência do mundo verdadeiro, da verdade do ser.

Em novembro de 1987 , pedi transferência para outra instituição hospitalar pública, onde fui designada para montar e trabalhar no PCIH, e na qual permaneço, até o momento atual ,desenvolvendo minhas atividades.

A experiência em trabalhar em um PCIH aguçou, ainda mais, minhas inquietações, no sentido de que estava insatisfeita como enfermeira, inserida em um processo que implica o estrangulamento da criatividade, que muito mais procura influenciar , controlar, dominar, que se impõe pela autoridade, pelo respaldo legal e administrativo, pelo estabelecimento de rituais e que nada tem a perguntar ou a ouvir.

A postura do enfermeiro controlador de infecção hospitalar (IH), por força de sua formação histórica, é, até hoje, demasiadamente autoritária e prepotente, num mundo de tecnologia complexa , de rápidas mudanças, onde o maior capital é a imaginação humana . Vejo o PCIH de forma diferente; a liderar na criação do conhecimento, a estimular o desenvolvimento, a manter a curiosidade, a buscar a variedade, onde o poder está na liberdade. Refiro-me a uma grande expansão de possibilidades, onde o enfermeiro procura reinventar, energizar, romper normas, encorajar a curiosidade, deixar os indivíduos à vontade para serem diferentes, criativos e onde cada trabalhador fará o que for preciso para que o trabalho seja realizado logo e bem.

Tive oportunidade de ingressar, em 1994, no curso de mestrado na área de concentração em assistência de enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. A essa ocasião continuava presente o meu desejo de desenvolver trabalhos do curso, na perspectiva de explorar essa questão que me acompanhava, ao longo de minha experiência profissional. Surgiu, assim, meu tema de interesse para realizar esse trabalho que, através da valorização permanente da inteligência e da imaginação , propõe a mudança de uma postura prepotente daqueles que detêm posições de mando e permite aos demais o exercício de sua cidadania.

As infecções hospitalares têm, reconhecidamente, uma importância indiscutível e se constituem em um desafio permanente no contexto da assistência hospitalar e por isso esforços têm sido empregados na construção de conhecimento próprio, através da realização de estudos e pesquisas que busquem conhecer a magnitude, as características e os mecanismos de controle desse problema.

O combate às Infecções Hospitalares (IH) vem se constituindo em uma tarefa complexa, desde que foram identificadas, a partir da metade do século XIX, até os dias de hoje.

A participação do Serviço de Enfermagem nos Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) foi instituída como obrigatória pela Portaria nº 196/83, do Ministério da Saúde (MS), sendo essa posição ratificada pela Portaria nº 930/92 do MS, tendo sido, praticamente unânime, o reconhecimento de que o enfermeiro se constitui em um de seus membros mais importantes.

Pereira (1994) destaca que as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), no Brasil, são recentes e se deparam com dificuldades de toda a natureza. Acredito que isso ocorra porque não basta a comissão existir; a mudança de mentalidade da comunidade hospitalar é imprescindível para o desencadeamento do processo efetivo de controle de infecções hospitalares (CIH).

As conseqüências das I.H. refletem-se sobre o indivíduo, a sociedade e a economia e estão relacionadas à morbidade e mortalidade em geral. Alguns estudos de incidência e prevalência de IH realizados, em sua grande maioria, em países desenvolvidos, mostram que a incidência é de 8% e a prevalência, em média, é de 10%, podendo, em alguns serviços, atingir taxas de até 65%. Os custos para tratamento das Infecções Hospitalares dependem do local e tipo de infecção e, segundo pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América do Norte, podem variar de US\$ 382, nos casos de infecções menos graves, como

por exemplo uma infecção urinária, até valores de US\$ 1833, como em septicemias, infecções profundas em ferida cirúrgica, etc (Prade et al, 1995).

Estudos realizados nos Estados Unidos, nas décadas de 70 e 80, concluíram ser possível a redução da magnitude das Infecções Hospitalares em 32%, em hospitais em que o PCIH desenvolve um trabalho efetivo de vigilância e educação (Wenzel, 1993; Hughes, 1988).

A magnitude do problema das IH tem sido conhecida em países desenvolvidos, através de estudos multicêntricos, com o objetivo de localizar problemas, estabelecer normas, criar parâmetros e ratificar a identificação de fatores de risco para a IH (Prade et al, 1985).

No Brasil, até 1994, não se conhecia a magnitude dos problemas das IH no país, lacuna essa que começou a ser preenchida pela iniciativa da Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar (COCIN) em 1994, que idealizou, planejou e coordenou o Primeiro Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares em Hospitais Terciários. A taxa de pacientes com IH encontrada neste estudo foi de 13,0% e a taxa de IH foi de 15,5%. O estudo demonstrou que o risco de adquirir IH é maior na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 48,6% em média, sendo o trato respiratório inferior o sítio mais acometido com infecções, estando a maioria associado aos procedimentos invasivos: tubo endotraqueal, 38%, respiradores, 39,9%, traqueostomias, 45,5%. Das 1340 infecções hospitalares diagnosticadas, as que se apresentavam em topografia respiratória foram as mais prevalentes (28,9%), seguidas pelas IH cirúrgicas (15,6%). A taxa de IH urinária encontrada foi de 11,3%, e as de pele 15,5%. Os elevados índices de IH encontrados, em decorrência do uso de aparato tecnológico na terapêutica e diagnóstico hospitalar e em UTI, devem ser tratados como indicadores relevantes, priorizando-se a implementação das medidas de prevenção e CIH e, com isso, reduzir-se as taxas de mortalidade e custos assistenciais (Prade et al, 1995).

Os procedimentos invasivos são considerados de risco para a Infecção Hospitalar, devido à quebra das barreiras naturais do organismo humano, potencializados pelo tempo de permanência destas próteses, bem como a qualidade dos cuidados de sua manutenção. As Infecções Hospitalares, originadas da presença destes procedimentos, são consideradas preveníveis.

Haley & Garner (1986) referem que as infecções preveníveis, cerca de 30 a 50% do total das IH, estão entre aquelas geradas por falhas nos cuidados dispensados ao paciente, citando as mãos contaminadas do pessoal do hospital como a principal responsável na transmissão das Infecções Hospitalares. Estudos realizados por Reybrouk (1986) e Steere & Mallison (1975) ratificam, também, a importância das mãos no contexto das IH.

Na Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar, realizada pelo COCIN, em 1995, constatou-se que “o desempenho das medidas mínimas de prevenção das Infecções Hospitalares a partir de procedimentos de risco para adquiri-las foi de 42,5%”, (Prade et al 1995, p.36) o que, talvez, representa o desconhecimento e a indiferença, por parte da maioria dos profissionais, dos riscos que estes efetivamente representam no contexto das infecções hospitalares. “A frequência média de hospitais executando procedimentos invasivos corretamente foi de 51,5% em procedimentos cirúrgicos, 26,5% em procedimentos na via circulatória, 35,0% em procedimentos na via urinária, 36,5% em procedimentos na via respiratória” (Prade et al, 1995, p. 36).

Nesse estudo, os autores aconselham mudança e adequação dos processos invasivos, normas e rotinas relativas ao comportamento dos prestadores da assistência direta ao paciente, devendo o PCIH focar, basicamente, a educação para implantar medidas simples, mas de eficácia na prevenção de infecções hospitalares (Sheidt e Prade, 1981). No entanto, os membros dos PCIH devem estar capacitados para promover a normalização dos procedimentos em adequação aos recursos existentes conjuntamente com os

operacionalizadores destes. Entende-se normalização, neste estudo, como um movimento democrático e natural, que se pode utilizar em busca de melhorias contínuas em qualidade.

As maiores dificuldades existentes no contexto do CIH encontram-se relacionadas à necessidade de mudança de comportamento da comunidade clínica, o que ocorre através de processo lento, já que exige fundamentação prática, teórica, assimilação e introjeção de medidas de prevenção, que levem à formação de novos hábitos pelos profissionais (Pereira, 1994).

A adoção de uma filosofia que priorize medidas preventivas é condição imprescindível para que os avanços tecnológicos possam beneficiar o homem em suas duas dimensões: como cliente e como fornecedor dos serviços de saúde.

Meu interesse em desenvolver esse projeto deveu-se à minha opção profissional e à experiência pregressa, associadas à grande preocupação com o que Pereira (1994) descreve como o descomprometimento, por parte dos profissionais e dos dirigentes dos hospitais, e a não correspondência da equipe de saúde às expectativas do PCIH. A principal função dos PCIH é ajudar os profissionais da saúde a desenvolverem e aprimorarem sua prática, através da educação, comunicação, pesquisa (Weistein, 1996). Acrescento a essas funções a da normalização dos procedimentos, e para isso é necessário envolver e motivar todos os profissionais em prol da melhoria contínua da qualidade na assistência.

Ao concordar com os pressupostos acima, proponho a busca de um novo jeito de caminhar, que consiga retirar a indiferença dos profissionais em relação ao CIH e que possibilite a adoção, por estes, de uma atitude que priorize a prevenção, tendo, como partida, as unidades consideradas mais críticas, ou seja, as Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs).

Utilizei os princípios da teoria da qualidade, que enfatizam a identificação, a busca das necessidades dos clientes e a prática da prevenção e auto-correção, através de uma metodologia específica e técnica para a evolução e acompanhamento do processo. Essa teoria/filosofia busca, através da educação, motivação, participação e o envolvimento de todos em busca de melhorias contínuas na qualidade, objetivando a satisfação de todos. É por esse caminho que gostaria de fazer a minha reflexão, o que me remete a uma análise dos métodos de trabalho e da própria concepção das estratégias que norteiam as atividades do PCIH. Mas, acima de tudo, esta proposta pretende trazer mais questionamentos que soluções, induzir a repensar antigas verdades, falando muito mais das possibilidades do que das limitações, tendo consciência de que somos sujeitos partícipes desse processo.

Aplicar mais intelecto, mais imaginação, possibilitar ao trabalhador criar, organizar, reorganizar e “dirigir o próprio show”. A força nascendo da constante cooperação entre todos, o enfermeiro da comissão de controle de infecção hospitalar estando onde é necessário, alavancando, criando e partilhando conhecimento coletivo. Como rede, conectando todas as pessoas, umas às outras, entre si, promovendo as condições necessárias para a criação do conhecimento que reduz os riscos de infecção e a alavancagem estratégica deste.

Para Buzzi (1991), o homem está no-mundo e com-o-mundo. É um campo de relações com tudo que o cerca, que, ao sobreviver nas dificuldades e mudanças sucessivas do mundo, só pode realizar-se com e no mundo. É como se ele nos dissesse: se quisermos conhecer aquele que cuida, que assiste na enfermagem, olhemos o seu ambiente, analisemos o seu mundo, procuremos, no interior do próprio sujeito, do próprio conhecimento e prática, a verdade que vive em cada um, e por consequência, no seu ato de cuidar. Diante desse cenário encontro a seguinte questão problema: como normalizar procedimentos invasivos de enfermagem que representam risco de IH em UTI?

Gostaria de salientar que, colocar o cliente em foco através de contato pessoal, escutar cuidadosamente seus desejos, ver o que ele faz, ouvir o que ele diz fazer, caminhar em direção de algo parecido com uma simbiose, certamente auxiliará nas alterações e/ou ratificações necessárias para melhorar a qualidade das ações de CIH.

2-OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral:

Testar um processo para a normalização de procedimentos de risco de infecção hospitalar, geralmente executados pelos profissionais de enfermagem alicerçado por um marco conceitual, norteado pelos fundamentos teóricos - filosóficos da qualidade, em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Geral de grande porte , público , da Grande Florianópolis.

2.2- Objetivos Específicos:

a) Elaborar um marco conceitual e um processo de normalização fundamentados na filosofia da qualidade para a prática de enfermagem em procedimentos invasivos de risco de infecção hospitalar.

b) Implementar o marco conceitual com seu respectivo processo de normalização.

c) Avaliar os procedimentos de enfermagem normalizados segundo o processo de normalização e marco conceitual elaborados com os fundamentos da filosofia da qualidade.

3- APRESENTANDO O SUPORTE BIBLIOGRÁFICO

Este capítulo compreende uma busca de literatura de apoio ao projeto de prática assistencial a ser discutida, fazendo uma revisão que contempla a problemática da infecção hospitalar, aspectos éticos, educativos e peculiares da assistência de enfermagem e dos princípios teóricos e filosóficos da qualidade total.

3.1- Infecção hospitalar

Os registros históricos nos permitem identificar a presença das infecções hospitalares em todos os séculos, problemática que foi agravada com o agrupamento de pessoas doentes em hospitais(Doyle, 1986). Os médicos da idade antiga conheceram a ação deletérica da infecção que se traduzia pela supuração dos tecidos feridos, cuja causa desconheciam.

No ano 325 d.C., o imperador Constantino instalou um Hospital junto a cada catedral das cidades, local onde os pacientes eram agrupados, independente de sua condição infecto-contagiosa; neste período as infecções cirúrgicas eram inevitáveis e a descontaminação de mãos, artigos e superfícies desconhecida (Eickhoff ,1981). Com a decadência do Império Romano, há o início de um período de estagnação da medicina, um esquecimento dos poucos

conhecimentos adquiridos, ocorrendo um domínio de credices, bruxarias e astrologia como justificativas para as doenças existentes (Ferraz, 1982).

No século XVI, já se conhecia, através da observação, a possibilidade da transmissão de certas doenças e a propagação das epidemias, apesar de se desconhecer o agente etiológico das infecções (Ferraz, 1982).

Na primeira metade do séc. XIX, **John Hunter** desenvolveu um método experimental, permitindo que se associasse as infecções instaladas nas feridas por arma de fogo com o processo inflamatório. Nesse mesmo período, **James Young Simpson** desenvolveu estudo comparativo sobre supuração em amputações feitas em casa e em hospitais e encontrou maior taxa de letalidade nos pacientes hospitalizados. Utilizou o termo **hospitalismo** para caracterizar o ocorrido, sugerindo que o cuidado hospitalar poderia conferir um risco aos pacientes (Eickhoff, 1981).

Em 1843, **William Holmes**, médico alemão, publica um trabalho atribuindo aos microorganismos a causa das doenças e responsabilizando os médicos pela infecção puerperal (Moraes e Zanon ;apud, Zanon e Neves, 1987).

A publicação da primeira obra de observação experimental, intitulada “**Etiologia, Conceito e Profilaxia da Febre Puerperal**”, ocorreu em 1848, tendo como autor, **Inaz Philipp Semmelweiss**. Nesse trabalho, esse cirurgião e ginecologista húngaro, que clinicava em Viena, reconheceu e demonstrou, pela primeira vez, a associação epidemiológica entre a contaminação das mãos do pessoal médico que realizava necrópsia e a transmissão da febre puerperal, após observar uma taxa extraordinariamente alta de sepse puerperal entre as mulheres tratadas e cujos partos eram feitos por esses médicos. A alteração da rotina diária das visitas e a implantação da anti-sepsia das mãos com solução clorada, antes do atendimento ao parto, reduziram a taxa de infecção puerperal de 13,1%, em 1847, para 1,3%, em 1848. Para chegar a estes resultados,

Semmelweiss utilizou rigorosa metodologia de coleta e análise de dados de vigilância (Eickhoff, 1981; Haley, 1986).

De 1853 a 1867, Louis Pasteur destacou-se com o início do desenvolvimento da bacteriologia e, nesse mesmo período, Robert Koch estabelece o papel etiológico da bactéria na produção da infecção. Joseph Lister, no período compreendido entre 1867-1875, estabeleceu as bases da antissepsia em cirurgia (Ferraz, 1982).

Quase que simultaneamente a esses estudos, Florence Nightingale ,em 1863, estabeleceu estratégias relacionadas aos cuidados dos pacientes e do ambiente hospitalar. Promoveu treinamento destinado às enfermeiras, sobre limpeza e desinfecção, orientou a construção de hospitais que possibilitassem maior separação entre os pacientes (Williams, 1965). Passou a se interessar por dados de enfermidades nos hospitais ingleses, um trabalho que contribuiu para a melhoria da prática e normas de notificação hospitalar (Starling, 1993).

Ainda no séc.XIX, Von Pettenkoffer aparece com a teoria da existência da suscetibilidade individual e da influência do ambiente, como fatores igualmente válidos na origem das doenças, além da teoria microbiana, descrevendo a necessidade da interação de tres fatores: agente, hospedeiro e meio ambiente, para que um processo infeccioso ocorra (White, 1981).

Na década de 40, o advento dos agentes antimicrobianos revolucionou o tratamento das doenças infecciosas e acreditou-se que eliminariam a ameaça das infecções em pacientes hospitalizados. Todavia, o uso indiscriminado deu origem a organismos resistentes que, ao lado do prolongamento da vida de indivíduos doentes, manutenção e substituição de funções vitais, alcançadas pela tecnologia médica, cada vez mais sofisticada, determinaram o aparecimento de grupos populacionais mais susceptíveis às IH (Haley & Garner, 1986).

No período pós-guerra, no final desta década (40), as atividades de prevenção das IH concentravam-se nas mãos dos médicos e enfermeiros que as implementavam de forma individual, não havendo grupos organizados para tal (Starling, 1993).

A pandemia causada por *Staphylococcus aureus* resistentes à penicilina, em meados da década de 50, demonstrou a necessidade de cautela no uso de antibióticos e o universal reconhecimento da importância de técnicas de vigilância e programas efetivos de CIH (Haley, 1985).

As primeiras enfermeiras responsáveis exclusivamente pelas técnicas de CIH (infection control sister) surgiram na Inglaterra, na década de 50. Aos médicos cabia a coordenação dos programas, cuja função era manter os responsáveis pelo hospital informados sobre a incidência de septicemia, bem como recomendar e avaliar medidas preventivas (Wenzel et al, 1981).

No ano de 1955, Colebrook apresentou proposta para que cada hospital designasse um funcionário com dedicação exclusiva para o CIH. Anos mais tarde, Mag mostrou a necessidade de uma pessoa com experiência, estimando que, normalmente, 15 a 30 minutos diários era o tempo adequado para assegurar que não passariam despercebidos casos graves de IH. Em 1962, Breden Moore et al formularam novo esquema, no qual uma enfermeira com dedicação exclusiva para o controle das infecções realizaria as atividades de vigilância (Starling, 1993).

Em 1958, a American Hospital Association, visando dotar os hospitais americanos de instrumentos contra possíveis ações legais, impetradas pelos clientes, recomendou a formação das CCIH, objetivando verificar se as IH "(...) decorriam ou não de negligência ou de desobediência aos regulamentos de proteção ao paciente(...)" (American Hospital Association, 1970, p. 13-33).

As décadas de 60 e 70 caracterizam-se pela instalação de PCIH em vários hospitais dos Estados Unidos e de outros países, sendo a vigilância

epidemiológica das IH recomendada pelo Centers for Disease Control, (CDC) nos Estados Unidos, em 1965 (Starling,1993). Diversos estudos demonstraram a diminuição das taxas de IH em instituições individuais, após instalação de programas de controle de IH(Pereira,1994).

No Brasil, a primeira CCIH, segundo à investigação de Pereira (1994), foi implantada no Hospital Ernesto Dornelles, em Porto Alegre (RS),em 1963. Outras experiências isoladas ocorreram no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no ano de 1972, e no Hospital do Inamps de Ipanema, em 1971.

No início da década de 70, o CDC, a Associação Americana de Hospitais e a Associação Americana de Saúde Pública realizaram a I Conferência Internacional de Infecções Hospitalares, onde foi reafirmada a necessidade e efetividade de PCIH (Haley et al, 1986).

Alguns estudos dizem que a solução para o CIH está na criação de uma CCIH, dotada de instrumentos e responsabilidade para vigilância e controle e composta por diferentes categorias de profissionais da área de saúde (Haley et al,1985).

Em 20 de agosto de 1976, através da Ordem de Serviços de Assistência Médica nº 039.24, o Instituto Nacional de Previdência Social determinou a criação de CCIH, nos hospitais da Previdência Social, como órgão de assessoramento da direção (Pereira 1994).

Em 24 de junho de 1983, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 196, onde estabeleceu uma normatização mais abrangente de aspectos relacionados às IH. Estabeleceu-se a obrigatoriedade da instituição de implementar CCIH, a determinação de metodologia de Vigilância Epidemiológica e medidas de controle em todos os hospitais do país.

Como a referida Portaria nº 196 não obteve o impacto esperado e desejado, o Ministério da Saúde utilizou a estratégia de capacitação de Recursos

Humanos para o CIH, através de Cursos de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar, a partir de 1984. Inicialmente, foram realizados no Ministério da Saúde e, posteriormente, passaram a ser ministrados pelos Centros de Treinamento nos estados. Esta iniciativa contribuiu para a ampliação das CCIH existentes no país (Pereira, 1994).

Em 1991, apesar da COCIN haver capacitado quatorze mil profissionais em CIH, permanecia desconhecida a magnitude do problema no país e constatou-se a impossibilidade de gerenciar, de modo centralizado e eficiente, esta atividade. Estabeleceu-se, então, a substituição da Portaria nº 196/83 do MS pela nº 930/92 MS, objetivando descentralizar o PCIH e estruturar o PCIH nos estados para que gerenciassem a resolução dos problemas de IH.

A avaliação realizada pelo COCIN, em 1994, mostrou que 88% das unidades federadas já buscavam estruturar o PCIH, e o estudo realizado por Pereira (1987) mostrou que 69,4% das CCIH existentes no país surgiram após a divulgação da Portaria/930 MS.

Emprega-se a expressão IH para designar as infecções adquiridas após a admissão do paciente no hospital e que se manifestam durante a internação ou após a alta se puder ser relacionada com a hospitalização (Portaria 196/83; Portaria 930/92 MS). Vários autores concordam que a IH é determinada, sobretudo, por condições que refletem a suscetibilidade do indivíduo ou o grau com que microorganismos têm acesso a órgãos vulneráveis, devido a procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que os pacientes são submetidos, durante a internação. O desequilíbrio no sistema parasito-hospedeiro-ambiente permite a manifestação clínica das infecções (Haley, 1986; Zanon apud Zanon e Neves, 1987).

A fisiopatologia da IH se baseia em duas hipóteses epidemiológicas convergentes, a de origem endógena e a de origem exógena (Zanon & Neves, 1987; Brachman, 1986). As infecções de origem endógena estão associadas à

própria microbiótica do paciente, ou seja, são causadas por micróbios que fazem parte da flora normal da pessoa, sendo responsável pela maioria das IH e tendo sua prevenção, por isso, limitada. As infecções exógenas são causadas por microorganismos externos oriundos de reservatórios, vetores, portanto relacionadas aos procedimentos cirúrgicos, à instalação e manutenção de próteses temporárias ou permanentes para acessos vasculares, respiratórios ou urinários, denominados como procedimentos invasivos de risco para IH, e, portanto preveníveis (Ayliffe, 1986).

As IH, preveníveis na sua grande maioria, estão relacionadas ao uso de equipamentos e/ou procedimentos específicos, apresentando, em sua origem, algum evento possivelmente alterável, atribuindo-se a falhas humanas, sendo freqüentemente causadas por microorganismos adquiridos no hospital (Wenzel, 1981).

3.2 - O Assistir em Enfermagem com Qualidade

A arte de cuidar - o princípio básico e primordial da Enfermagem - é tão antiga quanto o homem e tão necessária para o futuro da humanidade quanto o mais avançado aparelho que a tecnologia possa criar. Por mais que a ciência evolua, que novos mecanismos de cura e diagnóstico sejam incorporados ao dia-a-dia do cuidado, o aspecto humano, também nesses tratamentos, continuará sendo fundamental. Portanto, ao profissional de enfermagem cabe buscar saber e desenvolver a maneira mais adequada, correta e eficiente de ajudar o cliente nos momentos difíceis para satisfazer suas necessidades.

O assistir em enfermagem é constituído por seus vários aspectos: estético, criativo, científico e humanístico e entre estes emerge a qualidade como característica comum a todos. Qualidade é um processo definido pelo cliente, a partir da maior ou menor satisfação que ele tem com a utilização de um determinado produto ou serviço. Quem responde pela qualidade da assistência á

saúde são as pessoas da equipe multidisciplinar, que devem estar comprometidas com a melhoria contínua do processo de Assistir .

Reverendo a história do CIH, percebemos que a enfermagem sempre teve um papel de destaque na proteção dos pacientes contra infecções. A inquietação por investigação epidemiológica, registro dos fatos, comparações e avaliações de resultados tiveram início na enfermagem com Florence Nightingale, em 1863. Ela promoveu treinamento sobre limpeza e desinfecção , orientou a construção de hospitais que possibilitassem maior separação entre os pacientes, procurando melhorar a qualidade da assistência prestada, conseguindo reduzir, significativamente, o índice de mortalidade por infecção entre os feridos hospitalizados. Antes, até, da era bacteriológica, mostrou que “mesmo em condições desfavoráveis, as medidas básicas de enfermagem têm importância vital no CIH” (Lacerda, 1988, p.129).

Controlar infecção não se constitui, portanto ,em uma coisa nova para o enfermeiro. Assim como não se pode negar o envolvimento do enfermeiro e da equipe de enfermagem nas causas e conseqüências das IH, devido à própria formação profissional e às atividades que executa junto ao doente, também “(...)não há como negar a essencialidade de sua participação ativa no controle e prevenção das infecções hospitalares” (Lacerda, 1988 -p. 129).

Porém, a qualidade da assistência à saúde da população tem sido freqüentemente questionada pela sociedade, sofrendo duras críticas por parte dos dois grupos envolvidos: os geradores e os receptores dessa ação. Quase que diariamente, os órgãos de imprensa veiculam as mazelas do sistema de saúde de nosso país, mostrando as deficiências da estrutura, do processo e dos resultados da assistência prestada (Correio Brasiliense, 1994).

Por sua vez, a qualidade é uma estratégia que estabelece os padrões de qualquer organização e na saúde ela é imprescindível, pois seu produto final é o ser humano, mantido saudável, recuperado ou promovido. Na enfermagem, o

atendimento qualificado tem como objetivos primordiais a existência de pessoas com conhecimentos específicos e habilidades aprimoradas, de ambiente saudável de trabalho e, essencialmente, de profissionais e clientes satisfeitos. Uma das estratégias mais importantes para a obtenção de qualidade no trabalho, com eficácia e efetividade, é a motivação..

A educação para a saúde, como meta dos enfermeiros, possibilita a partilha intelectual com todos os funcionários da instituição. Desenvolver conhecimento como uma responsabilidade profissional, é o princípio e o meio da contínua busca de melhorias na qualidade da assistência prestada.

Educação e Qualidade são termos que estão implícitos, já que não há como chegar à qualidade sem educação, bem como não será educação aquela que não se destinar a formar o sujeito histórico crítico e criativo (Demo, 1994, p. 26).

A educação com qualidade é um processo de construção e participação coletiva. Construtiva porque permite uma formação que gera capacidade de iniciativa, auto gestão, de não se deixar levar, que busca comandar com harmonia. Criatividade participativa, porque gera capacidade de inovar para o bem comum, objetivando uma sociedade marcada pela paz, democracia e equidade, o que se traduz em cidadania(Demo 1994).

A educação é um processo evolutivo, participativo, agente de mudança social, centrado no homem, baseado na liberdade e responsabilidade, que prepara o homem para viver e atuar na sociedade, visando o avanço rumo à emancipação. Trata-se do aprender a aprender, saber pensar, o que trará condições de avaliar processos complexos, visão geral da situação e evolução, capacidade multidisciplinar e, sobretudo, formação permanente de consciência crítica e capacidade de ação e decisão (Freire 1991, Demo 1994).

Educar é assumir um ato de cumplicidade, é possibilitar o resgate ao conceito e à prática da cidadania e permitir a reflexão, a crítica, e o conhecimento indispensável à prática profissional. Neste contexto, atribui-se

“(...) à educação a condução do processo de conscientização para a conquista da cidadania concreta(...)”(Saupe,1992-p.7). Parafraseando Saupe (1994), referindo-me ao enfermeiro ,saliento o papel deste como intelectual comprometido com uma nova ordem que contemple a maioria dos trabalhadores de enfermagem.

Um mesmo funcionário recebe a norma no Hospital X, de fazer o curativo com polivinilpirrolidona(PVPI), e no Hospital Y o mesmo curativo com soro fisiológico, se aliena a rotina ou norma que lhe foi transmitida através de treinamento ou ordem de serviço, submetendo-se a fazer coisas sem sentido, sem reclamar e outras vezes não as cumprindo. Esse quadro apresenta similaridades ao que Becker (1994) classifica como Pedagogia Diretiva Relacional que, legitimada pelo pressuposto epistemológico empirista, diz que o CIH reduz o sujeito a objeto (trabalhador), através da transmissão e controle, gerando, como produto, alguém que renunciou a sua cidadania, que deixou de acreditar que sua ação é capaz de qualquer mudança. Entendo como Saviani (In Patrício, 1995) que cidadania é algo que se constrói no processo de viver, através das interações sociais e cuja conquista se dá por um processo educativo, requerendo a participação do ser humano na construção e reconstrução da realidade .

Por considerar que a educação não é só informação,transmissão e assimilação e sim um processo dinâmico e de interação que “demanda como ponto de partida o mais avançado do conhecimento dos sujeitos, como ponto de chegada o novo e, como método a superação constante”(Becker;1994- p. 89-94), penso que as idéias de criação podem impedir a possibilidade da simples reprodução.

Seja qual for o tipo de instituição, considero necessário que o profissional de saúde tenha sempre preocupação com a qualidade do serviço prestado. Hoje, não se consegue falar mais em qualidade da assistência de enfermagem sem se

discutir uma prática de assistência sistematizada, participativa, baseada em princípios científicos com um corpo próprio de conhecimento.

Nessa perspectiva, o serviço de enfermagem, cujas ações são determinadas pela ciência da saúde, que determina a eficácia; pelos valores individuais e expectativas, que determinam a aceitabilidade; e, pelos valores sociais, que determinam a legitimidade, contribuirá para uma assistência de enfermagem moderna, eficiente, competitiva e levará ao reconhecimento e valorização da profissão pela sociedade(Donabedian, 1990).

Em qualidade na saúde, teria que estar subentendida a qualidade total, considerando-se que esse serviço manuseia um bem valioso do ser humano, a vida. Pode-se considerar que esse alto valor faz com que em nenhum outro ramo de atividade profissional, exceto os códigos religiosos, encontremos preceitos éticos e morais, que devem ser rigidamente seguidos como na enfermagem e na medicina(Mezomo,1985).

A implantação de um sistema de administração participativa, no âmbito hospitalar, proporciona aos trabalhadores de enfermagem e demais parceiros de gestão uma oportunidade de participação ativa na administração do hospital, na medida exata de suas capacidades e habilidades. Esse método de administração se torna um grande atrativo, na medida em que acena a todos com a possibilidade efetiva de serem vistos como parceiros.

Um sistema de qualidade bem estruturado é um valioso recurso gerencial na otimização e no controle da qualidade, em relação às considerações de risco, custo e benefício. O risco, em termos hospitalares, precisa ser urgentemente reduzido, uma vez que reproduz, de imediato, as conseqüências de um ato irreparável. É necessário que cada um seja empreendedor, que saiba ousar. O medo de agir deve ser substituído pela ousadia equilibrada.

Essa atitude exige coragem, competência, conhecimento, experiência e, sobretudo, resultados com qualidade, num cenário altamente estressante e em

constante mutação. Muitos pecam pela pressa e pela forma completamente atabalhoada como dão início ao processo. Em se tratando de um hospital, é preciso que tenhamos em mente que por meio de registros a memória precisa ser preservada, pois é uma área crítica de serviços, onde pouco ou nenhum incentivo é dado aos seus recursos humanos. É possível se obter a ampla satisfação de todos e os mais auspiciosos resultados desde que os canais de comunicação sejam mantidos totalmente abertos, escancarados...

Não tentar em nenhum momento, sequer, ser o dono da verdade. Saber de antemão que o mais humilde dos colaboradores poderá vir com a mais fantástica das idéias, uma vez que formação, educação e posição social não andam, necessariamente, juntas com a criatividade inerente a cada ser humano.

Faz-se necessário deixar eventuais melindres e susceptibilidades de lado e partir para uma ação conjunta e concreta, na qual ninguém está competindo com ninguém; onde a única preocupação é mudar a situação atual para torná-la um lugar mais fácil e agradável de ser administrada e vivenciada, com maiores benefícios para todos, do hospital em si, de seus trabalhadores e da comunidade.

O dever dos hospitais e profissionais da saúde de prevenir e controlar as infecções e o direito dos enfermos de não serem contaminados são incorporados como novos valores éticos e morais à Prática Assistencial, surgindo um novo olhar ao ato de cuidar da enfermagem. E foram, justamente, os preceitos morais que, em se modificando através dos séculos, nos levaram a uma constante revisão e adequação da formação do profissional de saúde. O cuidado direto ao cliente constitui a essência do trabalho da enfermagem e caracteriza a função assistencial, o que me faz acreditar que é através dele que podemos distinguir, diferenciar e caracterizar nossa profissão.

A Constituição Federal do Brasil (CFB) assegura o direito à saúde e prevê a proteção do cidadão brasileiro de qualquer fator que possa agredi-lo ou fazê-

lo portador de alguma infecção. O artigo 196 de nossa Carta Magna cita que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e proteção . Esses princípios constituem as bases do Sistema Único de Saúde (CFB 1988).

Fazer ou deixar de fazer alguma coisa, desvelar ou ocultar a verdade, falar ou calar, exemplificam alguns problemas práticos que nós, enquanto profissionais de enfermagem, nos confrontamos diariamente e que, por serem de nossa responsabilidade, induzem em si aspectos de dever, de dano ou prejuízo e de reparação de dano.

Constitui-se dever dos serviços de saúde prestar, aos pacientes assistidos, uma assistência segura e livre de riscos possíveis de serem prevenidos e é dever da equipe de enfermagem prestar uma assistência de qualidade. Tratar o cliente com dignidade é nossa responsabilidade.

Percebo, porém, no meu dia-a-dia, ao visitar os hospitais, que freqüentemente o cliente que procura os serviços hospitalares é discriminado e o direito assegurado pela C.F.B. não é respeitado. Várias vezes, em diferentes instituições, observei profissionais de enfermagem cúmplices e/ou executores de ações não qualificadas, que colocavam em risco a segurança do paciente.

Cito como exemplo que: ao paciente conveniado, submetido a cateterismo vesical, é permitido o uso de coletor de urina com sistema fechado e ao paciente do SUS, submetido ao mesmo procedimento, o uso desse sistema é proibido, sendo utilizado coletor aberto como sistema para coletar urina, o que acarreta, segundo inúmeros estudos, uma probabilidade de quase 100% desse cliente desenvolver infecção urinária hospitalar. Vê-se a marca do poder instituído e a própria questão de sobrevivência do trabalhador de enfermagem, ultrapassando os aspectos técnicos. O indivíduo alienado coloca na instituição e nas regras

a responsabilidade por essa opção, deixando-se guiar por normas prescritas, habituando-se a não opinar, em um aparente estágio letárgico da capacidade de pensar (Leopardi, 1995)..

O artigo 159 do Código Civil Brasileiro (CCB) dispõe que “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar prejuízo a outros fica obrigado a reparar o dano”. O artigo 18 do Código Penal prevê o enquadramento de situações, como a citada anteriormente, como crime culposo, ou seja, aquele em que o “agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia”. Percebemos, portanto, que tanto o Código Civil como o Código Penal instituem normas de preceito geral, que atingem todos os brasileiros, inclusive os profissionais de enfermagem.

A responsabilidade envolve o aspecto do dano ou do prejuízo produzido por alguém que violou direito de terceiros. Sempre que ocorrem danos ou prejuízos, cabe reparação, restauração ou indenização do mal causado, o que também é preconizado e previsto no Código de Defesa do Consumidor (CDC).

O dever dos profissionais de enfermagem em não infectar seus clientes e o direito desses de não serem infectados permeiam todo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), que “está centrado na clientela e pressupõe que os agentes de Trabalho da Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população”.

A responsabilidade do enfermeiro no acatamento e cumprimento das normas de controle das Infecções Hospitalares está dissolvida no mérito do Artigo 1: Cap. 1: ...” atua na promoção, proteção, recuperação da saúde...”; Artigo 16: Cap. III: “Assegurar ao cliente uma Assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”. Artigo 18: Cap. III: “Manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos... em benefício da clientela...”. Artigo 19: Cap. III: “Promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento

técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão”. Artigo 24: Cap. IV: “Prestar à clientela uma assistência de Enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência”. Artigo 26: Cap. IV: “Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer”. Artigo 27: Cap. IV: “Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar”. Artigo 33: Cap. IV: “Proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da Equipe de Saúde”.

Quer queira ou não, o enfermeiro terá que assumir sua parte na responsabilidade da assistência ao cliente já que, cada vez mais, verificam-se denúncias sobre a ocorrência de danos à saúde, devidos a ações culposas decorrentes de imperícias, negligências ou imprudências.

Assim o enfermeiro, segundo Oguisso & Shimdt (1985) , pode ser alcançado por três iniciativas para responder pela má prática:

1 -legal: por conta sobretudo da família do paciente ou seu representante legal.

2 -administrativa: por conta da instituição em que trabalha.

3 -ética: por conta do código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, quando a inobservância é flagrada e/ou resulta em dano.

Então, além da atualização permanente dos conhecimentos técnicos e científicos, também há necessidade que o enfermeiro estude os aspectos legais do seu próprio exercício profissional, “a fim de não incorrer ou ser envolvido em problemas de responsabilidade civil ou criminal, que poderão exigir reparação pecuniária ou até mesmo a pena de restrição de liberdade”(Oguisso & Schmidt,1985- p 170-176).

Sabidamente, os profissionais da área da saúde apresentam uma maior exposição a materiais biológicos, potencialmente transmissores de agentes infecciosos. A enfermagem é um agente ativo potencial nos processos infecciosos hospitalares, pois encontra-se particularmente exposta aos riscos microbiológicos, devido ao contato íntimo e freqüente com os pacientes. É o profissional de enfermagem que cuida mais freqüentemente das excreções, administra medicamentos, realiza procedimentos invasivos, tem contato com todos os fluidos corporais, podendo adquirir, prevenir e ou transmitir potencialmente as IH.

No nosso cotidiano, experienciamos e observamos a resistência dos profissionais da área de saúde em seguir e obedecer rotinas e normas estabelecidas por estudiosos e pesquisadores e instituídas nos hospitais pelos P.C.I.H. Esses programas não encontram ressonância na comunidade hospitalar, o que tem trazido dificuldades na superação de tal problemática. Até mesmo a execução de atos simples, como por exemplo a lavagem das mãos, antes e após administrar algum cuidado, não é seguida rigorosamente.

A comunidade hospitalar deve ser marcada pelo respeito nas inter-relações entre seus componentes e refletindo sobre esse comportamento descompromissado, em relação às medidas de controle e prevenção das IH. Percebo que não se trata apenas dos profissionais reconhecerem o que é certo e o que é errado e sim da necessidade de modificação de comportamento perante esse reconhecimento. Dentro desse contexto, a responsabilidade ética, longe de se restringir à simples normatização, dirige-se para horizontes que incluem a preocupação com o respeito à pessoa como cidadã e como ser social, repensando valores humanos perdidos com a racionalização e a robotização (Gelain, I., 1995).

Percebo a normalização como um ato voluntário, um agir comunicativo, onde as pessoas discutem o que será e como será normalizado e, através da participação para criação, chegam ao consenso, estabelecendo e cumprindo o

que é acordado. Por ser fruto do grupo e não excluir ninguém, gera responsabilidade e compromisso de execução conforme foi estabelecido, proporcionando redução de riscos, maior segurança e satisfação.

A normalização constitui-se em um meio, um modo de caminhar e criar que se pode utilizar em busca de melhorias em qualidade. Da forma especial de fazer de cada grupo, idealiza-se, por consenso, uma padronização e normaliza-se este padrão, tornando frequência habitual ou modo próprio, peculiar de fazer.

Normalizar é reunir as pessoas e discutir os procedimentos até encontrar a melhor maneira de executá-los. Treinar as pessoas e assegurar-se de que a execução está de acordo com o que foi consensado, oportunizando ao trabalhador expressar e participar nas decisões, abrindo-se a “possibilidade de se obter valiosas informações acerca de métodos de trabalho, melhoria dos produtos e serviços prestados e racionalização de custos”(Lunardi Filho, 1996, p.2). A normalização é em sua grande parte voluntária, ou seja, as pessoas discutem aquilo que será normalizado, estabelecem o método e o cumprem. O método normalizado pode e deve ser melhorado, sendo sua alteração possível e até incentivada como forma de se obter melhorias contínuas no processo e resultando em novos padrões de procedimentos. Este padrão tende a requerer idealizações e reelaborações frequentes, frente às mudanças na sua normalização. Portanto é dinâmico, mutável e tende a estar sempre apresentando comportamentos diferenciados, o que exige novos ajustes.

A normalização caracteriza-se como um movimento democrático e natural, já que se constitui em documento consensado, estabelecido para um procedimento, com o objetivo de unificar, simplificar de maneira conveniente e em benefício de todos. Não se restringe ao estabelecimento (consenso, redação, registro) do método, mas inclui, também, a sua utilização (treinamento, divulgação, verificação) e só inicia uma nova fase, reinicia o processo, quando a execução do procedimento estiver assegurada, conforme o normalizado,

consagrando-se em padrão de qualidade. Através da normalização, os prestadores de serviço traduzem as necessidades dos clientes, em relação a cada procedimento, de tal forma que cada um saiba exatamente o que tem que ser feito para garantir a satisfação dos seus clientes.

Define-se o que fazer, quem deve fazer, quando fazer, para que fazer, como e onde fazer e, desta maneira, a realização dos procedimentos normalizados nos vários turnos acontecerá com conformidade. Ações preventivas passam a ser desenvolvidas, rotineiramente, objetivando reduzir as ações de inspeção e fiscalização, traduzidas em redução de riscos, maior segurança e satisfação de todos. Um procedimento padrão precisa ser resultado de uma normalização para que seja garantida sua exeqüibilidade (Campos, 1992).

Entendendo que a normalização pressupõe envolvimento e participação, que não exclui ninguém, considero que o mais importante recurso no processo do seu desenvolvimento são as próprias pessoas. A necessidade do ser humano de manifestar suas capacidades e a exclusão dessas nas tarefas que realizam dia-após-dia, hora-após-hora, quando o indivíduo não tem a possibilidade de participar psicológica, moral e socialmente, faz com que, na maioria das vezes, esse potencial seja subutilizado (Lunardi Filho, 1996). O homem se constitui no elemento que maior contribuição oferece ao processo produtivo, é o que exige maior investimento e o que mais contribui para a produção da qualidade. O elemento humano no gerenciamento do processo de produção é indispensável, já que é ele que pode criar novas formas de executar atividades e proceder ajustes que a tecnologia não consegue por si própria (Paladini, 1995).

A participação se constitui em uma necessidade fundamental do ser humano, é inerente à natureza social do homem. A participação é o “caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo...” (Bordenave, 1981, p. 16), e por isso, “o trabalho deve ser organizado em condições tais que a personalidade do trabalhador seja

engajada e desenvolvida, florescendo por meio dessa atividade” (Lunardi Filho, 1996, p.1.)

A frustração da necessidade de participar constitui uma mutilação do profissional de enfermagem, enquanto homem social, já que a ele é dito que faz parte do CIH, mas não lhe é permitido o ter parte e o tomar parte. Padrões, normas e rotinas lhe são impostos, sem que se dialogue, se discuta e se consense, sem que ele possa, verdadeiramente, participar. A participação encerra “...em si mesma um potencial de crescimento da consciência crítica, de capacidade de tomar decisões”, (Bordenave, 1983-p.30), transformando os profissionais de enfermagem de passivos, indiferentes e descompromissados em profissionais ativos, críticos, que conhecem e refletem sobre sua realidade, elevando sua criatividade. Buscar o envolvimento e a participação é um caminho para conseguir a motivação para a criação.

O mecanismo do comportamento indica que “motivação” significa “criar motivos” para uma resposta desejada. Diferenças individuais e experiências passadas interferem na forma que as pessoas se motivam. Por tal fato, motivação é objeto de intensa descrição, tendo-se, dentro da psicologia, diversas teorias. As teorias da motivação evoluíram do modelo tradicional, que parecia sustentar que as pessoas são motivadas pela necessidade econômica, para o modelo das relações humanas, que enfatiza a satisfação no trabalho como fator de motivação, até chegar ao modelo dos recursos humanos, segundo o qual o bom desempenho associado ao retorno financeiro levará à satisfação (Nipom-UFSC, 1995).

“As abordagens integradoras da motivação são a abordagem da expectativa/valência e a da equidade. O modelo da expectativa vê a motivação, o desempenho e a satisfação como dependentes do que o indivíduo espera do desempenho proposto, do esforço que, na opinião do indivíduo, será exigido pelo desempenho proposto e da valência, ou valor, das recompensas previstas para ele. O modelo da equidade parece mostrar que a motivação, o

desempenho e a satisfação do indivíduo dependem da comparação entre contribuições e recompensas com as de colegas na mesma situação (Nipom-UFSC, 1995-p.10)”.

Nenhum modelo pode ser aplicado a todas as situações, a qualquer tempo, ou sempre. Importante é a constante observação do clima organizacional vigente e utilizar a abordagem específica a cada caso; mais importante, ainda, é reconhecer a necessidade de promover a motivação, sendo, um dos efeitos mais nítidos da sua ausência, os processos da fadiga psíquica (o stress) que se manifestam no comportamento contemporâneo(Nipom-UFSC, 1995).

Creio que uma associação das contribuições dos vários estudiosos pode resultar em uma síntese crítica, multifacetada.

A motivação é importante porque desenvolvemos uma percepção clara sobre nossa própria capacidade e as condições do ambiente que favorecem ou boicotam nosso senso de competência. Não vivemos num vácuo e sim em um mundo de idéias, egos e aspirações que se relacionam. É neste contexto que queremos trabalhar com a QUALIDADE e certamente teremos que mudar alguns de nossos comportamentos para poder fazê-lo.

O normalizar estimula a capacidade de pensar. E sempre que pensa, o homem renasce, e sensível, procura conhecer e se deixa conhecer. Toma consistência, presentificando-se através do querer, do agir livre e consciente e, portanto, do assumir a responsabilidade pelos atos praticados.

Entendo que, se a minha proposta, por um lado, pretende colocar à disposição dos trabalhadores de enfermagem informações que podem, somadas às deles, provocaram uma mudança de hábitos no trabalho, por outro lado necessita assegurar que estejam bem interiormente. O compromisso de serem ouvidos, compreendidos e, como sujeitos, determinarem o produto final do processo, exige transparência, clareza e tato na comunicação, sendo o respeito e

honestidade valores fundamentais para trabalhar o medo, a insegurança e a desconfiança .

No consenso, é importante que cada um se coloque, uma vez que essa idéia passa pelo trabalho participativo, onde são respeitadas as diferenças individuais, as potencialidade e as experiências de cada membro. Um grupo exercita o consenso no respeito às divergências, na busca de alinhamento de idéias, constituindo-se em um exercício rico, quando o grupo estabelece o pacto de lealdade ,segundo os princípios da honestidade, liumildade , humanidade e, então, as decisões começam a ser tomadas, alicerçadas em valores humanos e se transformam em atos de sujeitos, que exercem seu exercício de cidadania.

O reconhecimento do trabalhador como ser humano, possuidor de características e necessidades de ordem econômica, social e psicológica, a oportunidade de expressão do seu saber e o seu reconhecimento como sujeito de seu próprio trabalho, oportunizam o exercício da cidadania.

Estes princípios, aliados ao respeito e à autenticidade, garantirão o aval que possibilitará a realização dessa jornada e o reconhecimento que o mais importante nesse processo será o que o grupo realizará. O valor de respeito ao outro precisa ser evidente nas relações de trabalho da equipe, como também na noção de risco de infecção e importância da garantia de segurança ao cliente , no dever de evitar e no direito de ser protegido.

A definição do termo qualidade depende do âmbito em que ocorre, por isso uma melhor compreensão do termo é fundamental para que a qualidade possa assumir função estratégica na competitividade.

O termo qualidade é muito antigo, tendo sido citado por alguns autores clássicos na tentativa de defini-lo, conceituá-lo. A categoria qualidade ocupou a reflexão dos filósofos, através de toda a história da filosofia . Aparece como termo filosófico pela primeira vez em Platão. “É aquilo pelo qual as coisas se dizem tais”(Fonseca, 1964,p.119 in Pires, 1989, p.510). Entende Pires (1989,

p.510) que a “qualidade determina o que uma coisa é na ordem essencial ou na ordem accidental” e que por ela “as coisas diferenciam-se umas das outras e constitui-se um mundo diverso na sua unidade”(Pires, 1989, p.514). A tentação da redução da qualidade à quantidade aparece em vários momentos. Hartmann, filósofo contemporâneo, busca fugir disso, fundamentando-a na lógica onde os juízos se distinguem em negativos e afirmativos. Dentro da qualidade, Hartmann distingue os pares negativo-positivo, identidade-diversidade, universal-individual, que qualificam ontologicamente o ser. Qualidade, portanto, é vista com diferentes sentidos e dimensões e, por isso, apresentamos algumas diferentes acepções do conceito de qualidade(Pires,1989).

O primeiro deles, o de “Garantia de Qualidade”, implica na existência de um grupo de pessoas, dentro da organização, preocupado e diligenciando para que critérios mínimos sejam observados, nas distintas fases do processo produtivo. Esse fato pode ser observado no hospital, quando da atuação de uma comissão de ética, de credenciamento, de auditoria, de uma comissão de prontuários ou óbitos e de uma CCIH. Esse mecanismo de garantia de qualidade corresponde, exatamente, aos sistemas de controle de qualidade de uma empresa produtora de bens, por exemplo, quando, por um procedimento estatístico, retira-se uma amostra do produto acabado e se examina tal porção, em busca de identificar defeitos, isto é, a ocorrência de não-conformidade a padrões previamente estabelecidos (Azevedo,1992).

As perspectivas de Gerência de Qualidade Total e de Melhoria Contínua da Qualidade são uma introdução bem mais recente na literatura da administração, em geral, e de serviços de saúde, em particular. A implementação e consolidação dos conceitos modernos de qualidade são atribuídos quase que unanimemente, a dois especialistas americanos, Deming e Juran, que foram convocados pela indústria japonesa para ajudá-la a dar resposta ao problema da imagem de produtos de baixo preço e baixa qualidade que a estigmatizava nos anos 50 e 60 (Berwick, 1990).

Em especial, o conceito de qualidade total implica na mudança de enfoque da questão da qualidade de um ponto da empresa ou entidade onde se reflete e se trabalha sobre o problema, como é o caso na perspectiva da garantia da qualidade, para um outro onde a preocupação com qualidade é embutida na própria cultura da organização, fazendo parte de todos os momentos do processo produtivo e de todos os participantes do mesmo. Por sua vez, a Melhoria Contínua da Qualidade implica, principalmente, numa visão distinta quanto ao estabelecimento de padrões, que é a característica dos processos anteriores. Esses padrões são o resultado de estudos de séries históricas na mesma organização ou de comparação com organizações semelhantes. No enfoque Melhoria Contínua da Qualidade, esses padrões são utilizados como instrumentos em contínua mudança, já que o que se busca é uma melhoria contínua, sem limites dessa mesma qualidade, havendo inclusive a perspectiva do atingimento do denominado “defeito-zero”, como tem-se buscado implementar até mesmo em atividades de serviços (Reichheld, 1990).

O enfoque de Deming para a qualidade é principalmente voltado para a Estatística, focalizando os problemas de variabilidade e sua causas, sendo sua característica maior a previsibilidade. Estimula, ainda, a alta gerência a envolver-se nos programas de melhoria da qualidade. O comprometimento dos níveis estratégicos é fundamental para a produção da qualidade, seja de produtos ou serviços. Reconhece, também, a amplitude do conceito de qualidade, que só pode ser definida em termos de quem a avalia, isto é, o cliente.

A ênfase de que a qualidade para ser produzida deve ser medida fornece bases objetivas de sua análise, desde os projetos de produtos ou serviços. E, neste propósito, a “qualidade deve ser medida através da interação de três participantes, (...): (1) O produto em si; (2) O usuário e como ele usa o produto, como instala, como cuida dele (...); (3) As instruções de uso, treinamento do

cliente e treinamento da assistência técnica, os serviços disponíveis para reparos, a disponibilidade das peças” (Deming, 1990, p.130).

O argumento de Feigenbaum é em favor de uma abordagem sistêmica ou total da qualidade, requerendo o envolvimento de todas as funções no processo da qualidade e não, simplesmente, a fabricação. “Qualidade quer dizer o melhor para certas condições do cliente. Essas condições são (a) o verdadeiro uso e (b) o preço de venda do produto”(Feigenbaum, 1961- p.1).

Juran admite a existência de várias definições para a qualidade, em sua obra. “Um dos significados da qualidade é o desempenho do produto. (...) Outro significado de qualidade é a ausência de deficiências.” Estas levam à insatisfação, levando os clientes a reclamarem. A conveniência de juntar estas duas “espécies de qualidade” levou à conhecida “definição simples de qualidade (como) ‘adequação ao uso’. Essa definição deve ser logo ampliada, porque existem muitos usos e usuários”(Juran, 1990- p.11).

Por sua vez, a alegação de Crosby é a de que qualidade perfeita é tecnicamente possível e economicamente desejável, define qualidade como “conformidade com requisitos”. Enfatiza que, ao se referir à qualidade de algum objeto, deve-se definir esse objeto em termos específicos e quando “todos os critérios estiverem definidos e explicados será possível e praticável a mensuração da qualidade” (1992,p.3).

A visão dada por Ishikawa à qualidade é ampla e considera a importância da interpretação de seu conceito. Sua visão acrescenta a importância da percepção rápida, por parte das empresas, das exigências crescentes de mercado. O termo qualidade, interpretado de forma mais ampla, significa “qualidade de trabalho, qualidade de serviço, qualidade de informação, qualidade de processo, qualidade de divisão, qualidade de pessoal, qualidade de sistema, qualidade de empresa, qualidade de objetivos, etc. O enfoque básico é controlar a qualidade em todas as suas manifestações”(Ishikawa, 1993- p.44).

No dizer de Paladini, "...para produzir Qualidade Total não é necessário revolucionar tudo o que se está fazendo; basta, apenas, conferir nova ênfase às atividades usuais...", ... "um modo novo de se fazer o que sempre se fez"(Paladini, 1994, p11).

Cabe destacar que o Conceito de Qualidade Total iniciou no Japão, no pós guerra, principalmente com os trabalhos de Juran e Deming, na indústria, objetivando aumentar a produtividade, baixar custos, enfatizando a importância da satisfação do cliente com os bens e serviços que lhes eram oferecidos. Há cerca de 20 anos, se estendeu para a saúde, principalmente com os trabalhos da Avedis Donabedian, um romeno naturalizado norte-americano. Segundo ele, "a qualidade é uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis". A situação seria, então; "conseguir o maior número de benefícios com menores riscos para o paciente"(Mezomo, 1995- p. 24).

As diferenças entre os setores de fabricação e serviço são marcantes. Em se tratando de serviços de saúde, essas diferenças aumentam e a complexidade também. O produto de uma unidade hospitalar são seres humanos, cuja diversidade diagnóstica acarreta muito trabalho intensivo, e a singularidade do ser exige um cuidar único, peculiar a cada cliente. Esse cuidar ocorre em contato direto com os receptores dos serviços, sendo produzido e consumido ao mesmo instante e de acordo com a demanda, o que faz com que haja uma larga possibilidade de uma série de procedimentos inadequados.

A qualidade nesse contexto está na dependência de uma rede complexa de relações internas e interfuncionais que interagem em múltiplas ações e espaços compartilhados. A consciência dos riscos e da possibilidade da prevenção e controle destes e a permanente lucidez de que o produto desse serviço não pode ser substituído, vendido ou retrabalhado, são fundamentais, já que é com a vida que lida. A percepção da qualidade pelo paciente é indispensável, pois, assim, pode-se acrescentar atributos, valor à assistência prestada, uma vez que os aspectos técnicos, custos dos procedimentos e produtos, por melhores que

sejam, podem agregar pouco valor à assistência por não se ter considerado o olhar do cliente.

No início da década de 90, Donabedian desenvolveu uma estrutura que descreve qualidade em termos de três fatores: estrutura, processo e resultados, os quais, segundo Pistono(1995,p.17), são fatores que podem representar, do ponto de vista do consumidor, padrões que devem ser atendidos pelos hospitais.

Existem padrões fixados para o atendimento médico-hospitalar e assistência de enfermagem. A conformidade da assistência prestada aos pacientes e os padrões pré-estabelecidos pelas entidades de saúde governamentais, privadas e órgãos de classe, dão o parâmetro ético e legal ao atendimento, a exemplo da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Normas e padrões traçados pelas autoridades de saúde, quer sejam dos Conselhos Regionais, quer sejam dos órgãos governamentais, ditam o que é “bom” para o paciente e, algumas vezes, o quanto desse “bom” os pacientes têm direito, sem a preocupação de procurar descobrir a percepção de qualidade para os mesmos.

A qualidade preconizada pelas normas e padrões e que indicam a conformidade, segundo os órgãos que têm o encargo de fiscalizar os serviços de saúde, é o grau no qual a assistência prestada aos receptores desta assistência/ cuidado aumenta a probabilidade de resultados desejados para os mesmos e reduz a probabilidade de resultados indesejados. A maneira como o cliente sente a qualidade não está inserida no acima preconizado, o que impede a definição completa de qualidade, uma vez que para isto ocorrer, a percepção dela pelo consumidor é crítica e deve ser levada em conta. Estabelecer padrões, exige amplas consultas, debates com a sociedade, órgãos de classe, instituições governamentais e privadas.

A familiaridade dos manuais de padrões e indicadores na estrutura funcional da enfermagem é lembrada por Erdmann (1995), que ressalta, contudo, que a retomada de padrões e indicadores deve privilegiar a flexibilidade e a abertura para as diferentes contingências e não sendo mais tais padrões e indicadores rígidos, quantificados, precisos e acabados.

A disparidade dos níveis de qualidade existentes entre os diversos países, estados e municípios nos países da América Latina e Caribe, inviabiliza estabelecer padrões de qualidade comuns. Em resposta a essa preocupação pela qualidade de assistência à saúde, a Organização Panamericana de Saúde(OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS), em conjunto com a Federação Latino Americana de Hospitais, no ano de 1990, produziram uma série de publicações sobre Garantia de Qualidade, em um esforço “para melhorar a qualidade e a eficácia da assistência e um impulso para aumentar a eficiência na utilização dos recursos disponíveis, contribuindo , simultaneamente, para o alcance de uma maior equidade na prestação de serviços de saúde”(Larroca e Macedo,1992).

A OPAS teve um grande empenho e fez muitas contribuições para facilitar , promover e desenvolver métodos e programas de acreditação. O termo acreditação , neste contexto, é compreendido como um “procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos”(Pickering, 1992, p.1).

Alguns países, como os Estados Unidos, Canadá, Austrália e Espanha têm avançado na gestão de qualidade dos serviços de saúde, enquanto outros países ainda não iniciaram este processo. No Brasil, uma das primeiras instituições cuja preocupação voltava-se para a normalização e controle de qualidade de produtos industriais, surgiu na década de 70, com a criação do Instituto Nacional de Metrologia (INMETRO). Entretanto, a definição de uma política gerencial para os três setores da economia só veio a se consolidar com a

criação, em 1990, do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP).

Em 1992, o Ministério da Saúde, através do INAMPS, criou, na Diretoria de Planejamento da Assistência à Saúde, a Coordenação de Avaliação para dar início a um programa de qualidade na área assistencial. Os primeiros trabalhos surgiram em abril de 1992 com a discussão sobre a Acreditação Hospitalar, resultante de um seminário organizado pela OPAS e Federação Latino-Americana de Hospitais. “ A Coordenação de Avaliação vem se empenhando na definição de um programa de avaliação dos serviços de saúde para o SUS, em conformidade com o processo de municipalização do sistema de saúde e as diretrizes que norteiam a Lei Orgânica de Saúde”(Coordenação de Avaliação do INAMPS,1993-p.1).

Em 1994, através do COCIN (M.S.), foi realizado o “1º Estudo de Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar em Hospitais Terciários”, objetivando avaliar o desenvolvimento das ações de assistência direta hospitalar e orientar o plano de diretrizes brasileiras para essa área (Prade et al,1995, p.26

No Brasil, um programa pioneiro de ACREDITAÇÃO DE HOSPITAIS EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR foi criado pela Gerência Estadual de Controle de Infecção Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, no ano de 1993. Foi percebida a preocupação em discutir os padrões, buscando o apoio dos profissionais da área de controle de infecção hospitalar, quando da realização de oficinas de trabalho, para a discussão dos padrões que haviam sido construídos, com base na portaria 930. A maior aceitação desse programa, em relação a outros da mesma secretaria, mostrou-nos que, mesmo o debate não tendo sido tão amplo, o fato de um segmento ter participado, já trouxe maior envolvimento dos hospitais com o referido programa.

4 - APRESENTANDO UMA PROPOSTA DE NORMALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS DE ENFERMAGEM

Neste capítulo apresento uma proposta para a normalização dos procedimentos invasivos de enfermagem, que representam risco de IH. Inicialmente desenvolvo os aspectos relacionados ao marco conceitual, que serviu de guia para a prática assistencial e, posteriormente, indico o caminho metodológico intitulado de **“Jornada Participativa”**.

4.1 -Apresentando o marco conceitual

Marco conceitual, para Neves & Gonçalves (1984), é uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação. No entender de Trentini (1987), marco conceitual é um conjunto de definições e conceitos inter-relacionados com a finalidade de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de uma maneira abrangente.

O marco conceitual específico para a elaboração deste trabalho é entendido como uma ordenação mental coerente e com inter-relação lógica entre os seus vários conceitos. Fundamentado nos princípios teóricos e filosóficos da Qualidade Total, foi desenvolvido com o objetivo de orientar o

Processo de Normalização. O conceito-base é a **QUALIDADE**, e a estratégia básica é o **CONSENSO**.

Os conceitos e pressupostos que constituem o marco conceitual, aqui apresentados, foram elaborados e emergiram a partir dos estudos e discussões no Grupo de Produção Científica e Técnica de Administração e Qualidade nos Serviços de Saúde e Cuidados de Enfermagem, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSC.

4.1.1.- Pressupostos

Fundamentada nas leituras realizadas e em valores e crenças pessoais, afirmo:

1. As IH representam sérias ameaças e riscos à segurança dos clientes do hospital, sendo que a maioria delas são preveníveis.
2. A prevenção e controle das IH é um dever do Estado, da instituição, dos profissionais de saúde e um direito dos pacientes.
3. Pacientes e profissionais de saúde são sujeitos ativos do processo de controle e prevenção das infecções hospitalares.
4. À enfermagem compete administrar riscos, o que significa prover estratégias para evitá-los.
5. Os princípios de Qualidade aumentam a consciência crítica e competência técnica dos profissionais de enfermagem em relação ao controle das IH.
6. Quem responde pela qualidade são as pessoas que prestam os serviços e quem a define são os consumidores, a partir da maior ou menor satisfação com estes. É necessário para o melhoramento da qualidade assistencial e diminuição dos riscos de IH, que representam os procedimentos invasivos, exposições

claras destes, baseados cientificamente, discutidos amplamente, consensados e analisados continuamente.

7. Um PCIH, permeado pela Qualidade, será participativo, gerará compromissos, definirá responsabilidades, democratizando as decisões e profissionalizando e sistematizando as ações e atividades de CIH.

8. Os índices de Infecção Hospitalar representam a maior ou menor qualidade da assistência prestada. Para esse estudo, a qualidade é representada por procedimentos invasivos de enfermagem realizados de forma a não representar risco de IH, cuja garantia é buscada pela normalização destes procedimentos. Centra-se esta qualidade na competência técnica.

9. “Qualidade é a dimensão moral da profissão” (Donabedian in Mezomo; p. 26 - 1995).

4.1.2 - Conceitos

1- QUALIDADE EM ENFERMAGEM

É uma jornada contínua em busca do consenso possível, continuamente revisado, da normalização de procedimentos e a adequação constante destes ao uso, objetivando o atendimento das necessidades de clientes internos e externos. É um processo educativo, participativo, que possibilita o envolvimento e o despertar da consciência crítica, o que leva ao comprometimento social, técnico, cultural, econômico, político e ético, pela busca de melhorias contínuas.

Constitui-se no trabalho em equipe da enfermagem que, com competência técnica, previne, administra e avalia os riscos e os conflitos em saúde, realizando essa jornada em ambiente agradável, espaço apropriado, com recursos técnicos adequados, procedimentos e atividades sistematizadas,

consensadas e normalizadas, especificadas, construídas e conhecidas por todos, o que permitirá a satisfação do consumidor quanto ao serviço prestado.

2 - HOMEM:

Na diversidade e unidade que representa para este estudo privilegiarei os seguintes aspectos, ou seja, considerarei o homem, sujeito pró-ativo, com identidade própria, participante, racional, intuitivo e sensível, que também é objeto por usufruir da natureza para a sobrevivência e pela constante busca de adaptação ao meio, não podendo ser um objeto de exploração e desrespeito dos próprios homens. É singular por ser um, e único, por ter características só dele, sendo também, genérico enquanto espécie e, por essa globalidade, digno de respeito. Capaz de buscar a melhoria contínua, constitui-se no elemento mais importante no fazer a qualidade, já que possui os elementos que podem elevar ou desenvolver as capacidades e potencialidades. Procura o atendimento às suas necessidades, expectativas e conveniências, conformando-as segundo suas condições, limitações e oportunidades. Sabe distinguir o que lhe convém e esta capacidade de discernimento de seus interesses o conduz ao estado de satisfação ou insatisfação.

O homem, como ser criativo, constrói o seu espaço em busca da adaptação às mudanças. Dependendo do momento, assume diferentes papéis, situa-se em limites variados, sendo considerado cliente interno em um certo momento e cliente externo em outro, ou assumindo ambos os papéis, concomitantemente.

Ser que usufrui, fornece, constrói e destrói, de acordo com o momento e as circunstâncias. Como ser biológico sujeito a sofrer e a produzir eventos indesejados, como o risco de adquirir infecção hospitalar, o que o leva a um estado de insatisfação pela diminuição de qualidade da assistência.

3 -AMBIENTE:

Constitui-se no espaço físico cultural e social ocupado pelo homem ou grupo real ou potencial susceptível de reagir. É um ecossistema onde a qualidade é alcançada pela adequação do espaço físico, social, político, moral e ético, o que assegura a liberdade de expressão e permite o exercício da cidadania, onde cada um conheça, saiba e possa utilizar o seu espaço privativo e o espaço público.

Neste marco, as características peculiares da UTI, como área restrita, ambiente fechado, permeado por um sistema de relações mais tenso, por um clima de expectativas constantes e fortes, por liberdades limitadas e tecnologia avançada, também são consideradas.

O enfermeiro e outros profissionais podem influenciar o meio, aproveitando ou auxiliando a produzir infra-estrutura, recursos humanos, tecnologia, capacidade técnica, normalização de atividades e procedimentos em busca de melhorias contínuas. O ambiente influencia e é influenciado pelo processo saúde-doença, o que revela possibilidades para o desenvolvimento e operacionalização de um Programa de Vigilância e Controle das Infecções Hospitalares (PVCIH).

4 -EDUCAÇÃO:

É um processo dinâmico, contínuo e participativo que busca adequar as vontades, expectativas e necessidades do homem, possibilitando o aprender a aprender, a saber pensar, a ser crítico e criativo e a evitar e intervir nas situações de riscos e conflitos, inovando, sempre que se fizer necessário. Constitui-se em jornada que possibilita a motivação, a construção da competência, a libertação do homem que, como ser crítico, conhece seus direitos e deveres e busca melhorias contínuas no mundo.

O profissional de enfermagem da UTI, teoricamente, é dotado de uma competência técnica mais desenvolvida frente aos riscos de vida mais presentes dos clientes aí internados. Estes pacientes são submetidos a procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais agressivos, requerendo que este profissional seja exímio “fazedor”.

A capacidade para evitar os riscos das IH só será conseguida tendo a educação como alicerce. A normalização, enquanto processo, permite ao profissional de enfermagem, como homem crítico, conhecer e exercitar o seu dever de evitar riscos e o direito de não ser infectado, predispondo-se a envolver-se na criação e adoção de medidas preventivas e de controle.

5 -ENFERMAGEM:

É uma atividade profissional, dinâmica, abrangente e educativa que, através da interação entre prestador e receptor do serviço e do respeito aos desejos do cliente, busca satisfazer as necessidades do mesmo. A flexibilidade emerge como característico desta atividade, uma vez que a globalidade do indivíduo é atendida, através de um processo pessoal que, em sua essência, contempla a individualidade do cliente e o auxilia a conseguir o que veio buscar.

O momento e a circunstância são condições que vão determinar as ações de enfermagem, portanto envolver-se e estar próximo ao cliente é fundamental.

Como atividade, desde Florence Nightingale, já se preocupava com os riscos que as infecções representam para o homem. Desde então, procurando conhecer a realidade, através de análise e avaliação, procura inovar e, através da educação, implementar medidas, visando evitar as infecções e com isso aumentar a qualidade da assistência. O processo de normalização possibilita aos cuidadores de enfermagem conhecerem as necessidades dos clientes em relação a cada procedimento de tal forma que cada um saiba o que tem que ser feito e como fazer para garantir uma assistência segura.

O enfermeiro do controle de IH é um consultor, um pesquisador de melhorias contínuas da qualidade da assistência e, sobretudo, um educador, um agente de transformação que ajuda a criar e alavancar o saber com a contribuição e a participação de todos.

6. SAÚDE E DOENÇA:

É um processo contínuo e dinâmico que envolve iniciativa, habilidades, julgamentos e valores. É uma jornada que capacita o ser humano a evitar e administrar os riscos e conflitos e que, através da responsabilidade, participação, educação e comprometimento, permite o desenvolvimento pessoal, o alcance da satisfação física, psicológica e biológica.

A saúde-doença permeia todo o processo de viver e, por isso, entremeia, também, o processo de assistir dos trabalhadores de saúde. O continuum desenvolver-se (educar-se) x aprendizagem, em relação ao conteúdo de saúde e doença, possibilita segurança ao prestador e receptor do cuidado, diminuindo os riscos de danos à saúde e à vida, permitindo o melhor estado ou condição possível dentro do impossível, o que para neste processo significa qualidade de vida para o cuidador de enfermagem.

A ocorrência de eventos indesejados gera estados de instabilidade e de insatisfação. A IH é qualquer infecção que pode ser relacionada ao ambiente hospitalar, constituindo-se num evento que interfere no processo saúde e doença, levando cuidador e receptor do cuidado a estados de insatisfação em relação à assistência.

7 - RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR:

Evento adverso, sempre latente, perigoso, algumas vezes previsível e prevenível, de importância humana, social e econômica, relacionada à morbidade e mortalidade, de extinção inatingível e que influencia diretamente no equilíbrio do processo saúde e doença do homem.

Pode ocorrer por má qualidade da assistência ou pelas condições próprias inerentes ao próprio paciente. Como acontecimento adverso, é dever do profissional de enfermagem evitá-lo e direito do paciente de ser protegido. A prevenção e administração desse risco, através do consenso, é conseguida por meio da educação que possibilita a construção do conhecimento e a formação da consciência crítica, o que leva à busca de melhorias contínuas de qualidade na assistência e possibilita maior segurança.

8 -CONSENSO

Consensar, segundo Luft (1991, p.160), “é conseguir uma unanimidade, é chegar a um acordo e harmonização, concórdia, entendimento conforme a opinião de cada um.”

Todavia, no meu entendimento, nada é total ou unânime e nunca envolve todos ,harmonicamente. O que podemos conseguir são acordos, através do diálogo e de concessões, e que são transitórios , sempre renovados.

Constitui-se em uma situação em que os participantes são ouvidos, entendidos, respeitados, compartilham conhecimentos e informações, reconhecem o valor de cada um, o -que favorece a compreensão, a reflexão e a motivação para a construção do conhecimento novo e coletivo.

Nesse processo, é necessário entender o ponto de vista do outro, bem como utilizar os meios necessários para poder expressar seu ponto de vista e perceber que este foi entendido.

Cada um reconhece que pode colaborar com a solução do problema e que esta não contrariará seus valores ou outros pontos considerados essenciais.

O consenso permite o desafio de ser um participante efetivo dos processos, já que capacita enxergar as inter-relações (perspectiva sistêmica), o que possibilita reconhecer o verdadeiro valor dos indivíduos e idéias e não apenas a

projeção das próprias opiniões, crenças e emoções. Requer que se mantenha exercitando esse processo, até chegar a um entendimento mútuo.

O entendimento da interdependência que existe entre o ser humano, sua organização e seu ambiente social e natural é fundamental para que as pessoas passem a ter um compromisso mais forte com melhorias. Priorizar, colocando a equipe em primeiro lugar, abrindo espaço para novas idéias, para a criação do conhecimento, buscando convergência de valores e opiniões, conseguindo acordos, através do diálogo e de concessões, exige cooperação.

No espírito de compartilhamento, o exercício do consenso gera integração, reciprocidade, confiança. Cria-se compromisso, solidariedade e cooperação, já que todos sentem ter e realmente podem ter o mesmo poder e capacidade de influenciar o resultado final em benefício de todos.

4.2- Proposta Metodológica:

Trata-se de uma experiência de prática profissional, denominada de JORNADA PARTICIPATIVA, onde o vivenciar do ir e vir das fases do processo de normalização e o experimentar a utilização de um método científico na assistência pôde ser traquejado.

Entendo processo de normalização como uma jornada flexível, dinâmica, educativa, motivadora, sistematizada e consensada, realizada em conjunto por prestador e receptor de serviços, norteada por princípios científicos, intuição, criatividade e reflexão, pelo meio da qual as necessidades bio-psico-sociais são comunicadas, compreendidas e atendidas, o que possibilita a satisfação e o comprometimento em prol de melhorias contínuas.

O homem, como o único ser capaz de produzir melhorias contínuas, através do processo de normalização enquanto **JORNADA PARTICIPATIVA**, busca a qualidade da assistência de enfermagem por meio

da educação, que, pelo consenso, possibilita a democratização das decisões, gerando satisfação, compromisso e responsabilidade em propiciar ambiente próprio para evitar e administrar os riscos de infecção hospitalar para o próprio homem. Já que, como ser biológico representa, ao mesmo tempo, o risco de infectar e o agente que tem em suas mãos possibilidades de evitar e controlar as infecções hospitalares, impedindo que esse evento interfira no equilíbrio do processo saúde-doença, levando-o a estados de satisfação ou insatisfação.

As fases que constituem o **processo de normalização**, denominado **jornada participativa** são: jornada do conhecimento, jornada remediadora, jornada avaliativa e jornada evolutiva. É um ir e vir constante que, através de questionamentos críticos, da reflexão, da intuição e da criatividade, obtém o consenso que define as ações ou atitudes e estratégias em busca de melhorias contínuas da qualidade na assistência.

Para maior compreensão do significado das várias fases do **Processo de Normalização**, descrevo -as a seguir :

4.2.1 - Jornada do conhecimento

Esta fase busca a compreensão da realidade. Objetiva a definição clara dos problemas, necessidades e expectativas; o reconhecimento da importância dos problemas, a determinação de suas características e causas fundamentais e por isso se procura identificar e conhecer a realidade existente. Inicia-se essa fase com interação e, através da observação, protocolização, entrevistas, consulta de documentos, busca-se o diagnóstico da situação.

Inicia através de um processo de interação com os funcionários, e ênfase especial é dada à capacidade de criação e à necessidade de se partilhar informações, conhecimentos e experiências.

Para saber a maneira como os procedimentos a serem normalizados são realizados, efetua-se a protocolização destes, registrando dados referentes à técnica, material utilizado, frequência, situação em que é realizado. No momento da execução da técnica, faz-se entrevista, objetivando identificar a necessidade interrogada, a necessidade descrita e a existência e conhecimento de normas e rotinas. Considera-se para efeito deste estudo que, quando um procedimento for realizado oito vezes da mesma maneira, essa maneira foi considerada a predominante na unidade. Faz-se, então, um fluxograma que reflita a situação real de cada procedimento, já que fluxograma é um desenho onde aparecem os passos dados e as diversas alternativas, constituindo-se, assim, em uma ferramenta de diagnóstico que facilita a análise e o melhoramento do processo.

Para a identificação e análise dos dados coletados nessa etapa, além de fluxogramas, utilizaremos gráficos e tabelas. No tratamento às perguntas abertas será utilizada a técnica de análise de conteúdo como forma de decodificação do discurso.

4.2.2 - Jornada remediadora

Essa fase objetiva a reflexão sobre o encontrado, a construção do novo, o consenso e a implantação do que for consensado. Inicia com a distribuição e comunicação dos resultados para a elaboração conjunta de um plano de ação e prevê a implementação da estratégia. Foi viabilizada através da interação, brainstorming, adaptação da técnica Grupo de Verbalização e Grupo de Observação (GVGO).

Realiza-se encontro com a equipe de enfermagem no qual se reforça os aspectos relativos à igual participação, o poder de criação, de influência de cada um através do exercício do consenso. Apresenta-se o fluxograma do modo predominante, em cada procedimento, e, utilizando a técnica GVGO, cada

procedimento é executado conforme o fluxograma. Estabelece-se discussão onde cada tópico deve ser claro e precisamente estabelecido para que o grupo realize as alterações que julgar necessárias ou ratifique o modo encontrado.

Nessa fase também procura-se fazer uma reflexão sobre quando realizar o procedimento, buscando-se o consenso, elaborando-se o fluxograma do procedimento consensado.

O grupo estabelece, então, uma data para dar início à nova sistemática, afixa-se o fluxograma do procedimento consensado em todas as áreas que serão afetadas, para que sua aplicação ocorra em todos os locais necessários ao mesmo tempo e pelos envolvidos.

4.2.3 - Jornada avaliativa

É a comparação entre o antes e o depois, a verificação da efetividade das ações, objetivando a implementação do processo, através de entrevistas, nova protocolização e observação. Compara-se e verifica-se se a realização dos procedimentos estão ocorrendo de acordo com o consensado.

Através de entrevista individual, pede-se a cada um que descreva de que maneira realiza cada procedimento normalizado para, com isso, avaliar o conhecimento descrito do que foi consensado. Protocoliza-se os procedimentos, objetivando as mesmas informações da JORNADA DO CONHECIMENTO, e, utilizando os dados coletados antes e após essa jornada, verifica-se se o que havia sido acordado está acontecendo.

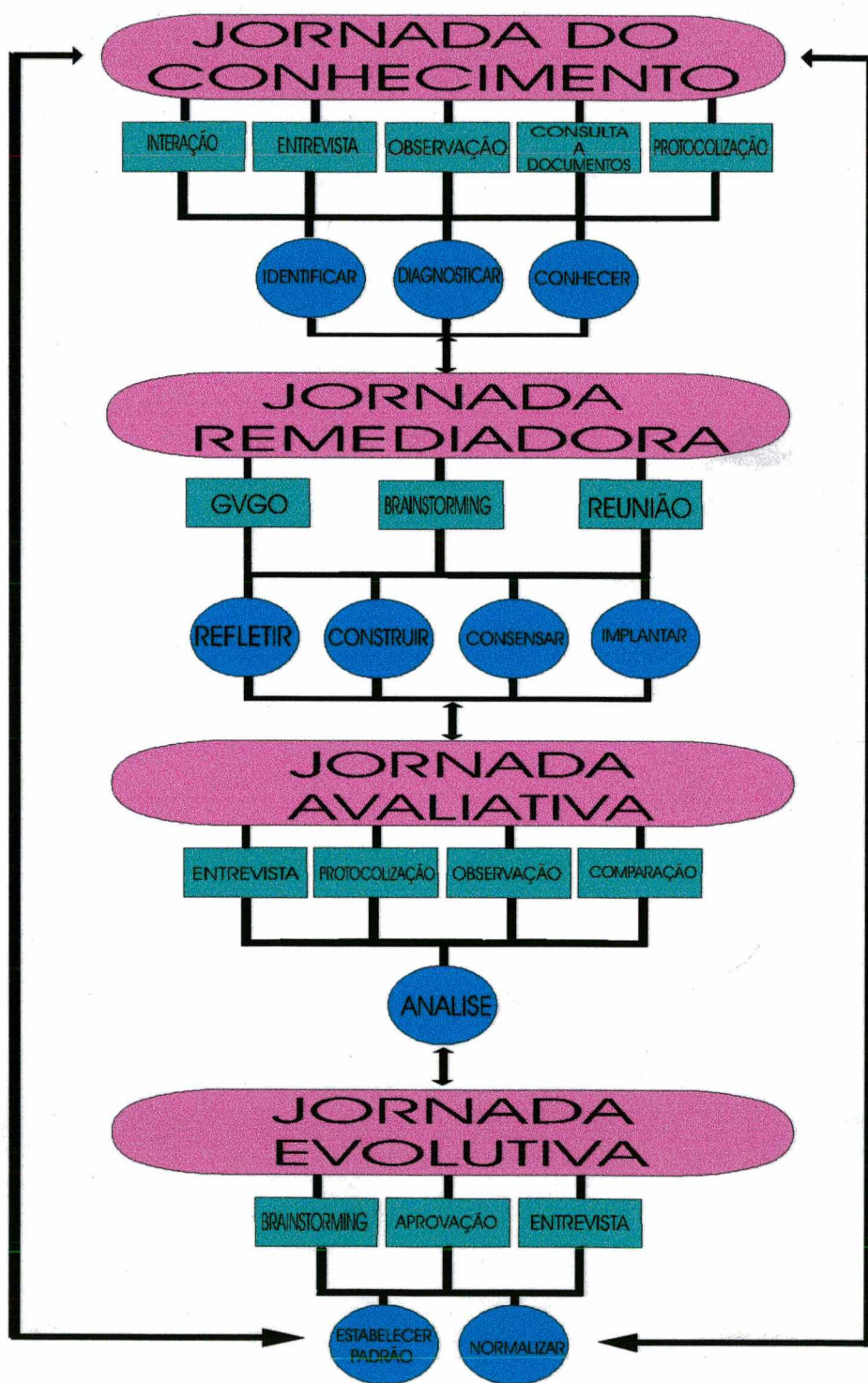
Utiliza-se gráficos e tabelas para análise dos dados. No tratamento às perguntas abertas serão utilizados os mesmos critérios da fase anterior.

4.2.4 - Jornada evolutiva

Esta fase objetiva a normalização dos procedimentos invasivos de enfermagem consensados, o estabelecimento do padrão e a avaliação do processo. É o agir para manter conquistas e continuar a melhoria, introduzir e/ou alterar a sistemática das ações se necessário, o que será viabilizado através de entrevista, observação, discussão. Procura-se conhecer a percepção de cada funcionário, em relação às atividades que o PCIH desenvolve e aquelas que eles acreditam que poderiam realizar, através de entrevista dirigida individual. Busca-se relacionar o que porventura não foi realizado, mostrar eventuais resultados, acima do esperado, pois são indicadores importantes para validar o processo implantado. Essa fase prevê, ainda, uma nova verificação, 15 dias após a normalização dos padrões, objetivando, através da observação, constatar a realização dos procedimentos normalizados de acordo com o consensado, estabelecendo então o padrão, validando o marco conceitual e o respectivo **processo de normalização** aqui propostos.

Para melhor compreensão da proposta, apresento o **Diagrama do Processo de Normalização** (Figura 1).

FIGURA 1 - DIAGRAMA DO PROCESSO DE NORMALIZAÇÃO



5 . IMPLEMENTANDO O PROCESSO DE NORMALIZAÇÃO ENQUANTO JORNADA PARTICIPATIVA

5.1- O Palco, seus atores e o contexto da prática

Utilizei como cenário para desenvolver este estudo a Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral, público, classificado como de grande porte por possuir mais de cento e cinquenta e um leitos, hospital, esse, localizado na grande Florianópolis . A unidade escolhida foi a de Terapia Intensiva (UTI), uma vez que representa o setor com maior risco de ocorrência de infecção hospitalar devido ao tipo de sua clientela e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, ali realizados. Essa UTI está em hospital de ensino, que atende pacientes adultos e pediátricos, em diversas especialidades, dentre elas: cirurgia geral, obstetrícia, clínica médica, traumatologia-ortopedia, pediatria, oftalmologia, entre outros.

Para o seu desenvolvimento, procurou-se envolver os trabalhadores de enfermagem da UTI deste hospital, mobilizando-se aproximadamente vinte e oito cuidadores das diversas categorias de enfermagem. Este processo contemplou somente membros da equipe de enfermagem porque considerou os aspectos relativos à assistência prestada por estes trabalhadores, uma vez que, efetivamente, os profissionais de enfermagem são os únicos que cuidam, durante às vinte e quatro horas do dia , dos clientes. Como há uma grande dificuldade de normalizar procedimentos para outras categorias profissionais,

decidimos, num primeiro momento, fazer a nossa parte, desenvolver este processo, apenas com os profissionais de enfermagem, apesar de sabermos que há o risco de que outros profissionais, que também realizam procedimentos de risco, possam vir a comprometer os resultados que se pretende obter pelo desconhecimento dos padrões estabelecidos.

Para melhor entendimento do contexto onde foi realizada a implementação do processo de normalização, apresentamos os dados referentes ao número de leitos, recursos humanos, taxa de infecção hospitalar do segundo trimestre do ano de 1996 e média de internação da UTI que foi palco desta jornada.

Este serviço é constituído de sete leitos, sendo a assistência prestada por 28 profissionais, que fazem uma carga horária de 30 horas semanais. A moda é de 5 trabalhadores por turno, o que leva a alguns trabalhadores terem que assumir mais de um leito por turno. O preconizado pela OMS é de 1 trabalhador por leito/turno de UTI, o que demonstra déficit de recursos humanos. A taxa de ocupação é de 85,5%, a média de pacientes dia é de 4,5 e a média de internação 4,5%, o que parece caracterizar trabalho intensivo e constante. Quanto às taxas de infecções, não se encontravam disponíveis.

5.2- Jornada do Conhecimento

Esta se constitui na primeira fase do **processo de normalização** e consistiu na busca da compreensão da realidade do trabalhador de enfermagem da UTI e em conhecer o que cada um sabia em relação aos procedimentos escolhidos para o presente estudo: lavagem simples das mãos, aspiração de secreções endo-traqueais. A escolha destes dois procedimentos foi realizada pelos próprios trabalhadores por serem os mais frequentemente realizados no setor e serem motivo de permanente preocupação. Foi uma etapa decisiva para perceber a capacidade, o conhecimento, a potencialidade e a competência técnica dos profissionais de enfermagem.

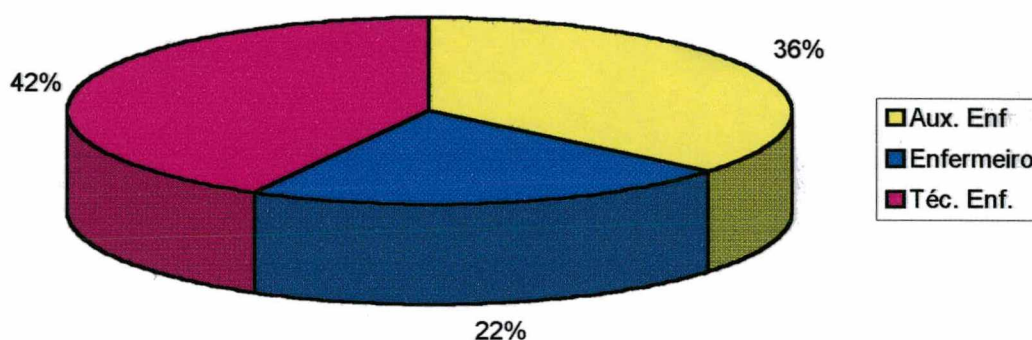
Esse buscar da compreensão da realidade e do conhecimento do trabalhador de enfermagem, na situação concreta, exigiu interagir com as pessoas. Da beleza do fazer de cada um, na diversidade encontrada, marcada pela singularidade de cada trabalhador, surgiu um quadro harmonioso, pintado pelos vários saberes, fonte incalculável de conhecimento. Além disso, foi o momento de se aproximar da realidade do assistir, conhecendo outros aspectos, faces desconhecidas dessa realidade. A esse momento chamei *Redescobrir*, pois foi como um arrancar a máscara, que permitiu o conhecimento da essência do assistir, extinguindo as ilusões criadas pela aparência. A verdade desvelou novas dimensões da realidade, mostrando o homem criativo, que busca a constante adaptação ao ambiente fechado, tenso e crítico da UTI, que domina a tecnologia e os recursos utilizados nesse meio e que anseia por desenvolver-se, educar-se, buscando melhor qualidade de vida. Qualidade de vida neste contexto vai ao encontro ao que diz Erdmann (1995,p.), “... transita pelos sistemas organizacionais de cuidado, nas possibilidades do exercício de cidadania das pessoas destes sistemas e não apenas centrado nas atividades profissionais/trabalhadores.”

5.2.1-Da Lavagem Simples das Mãos (LSM).

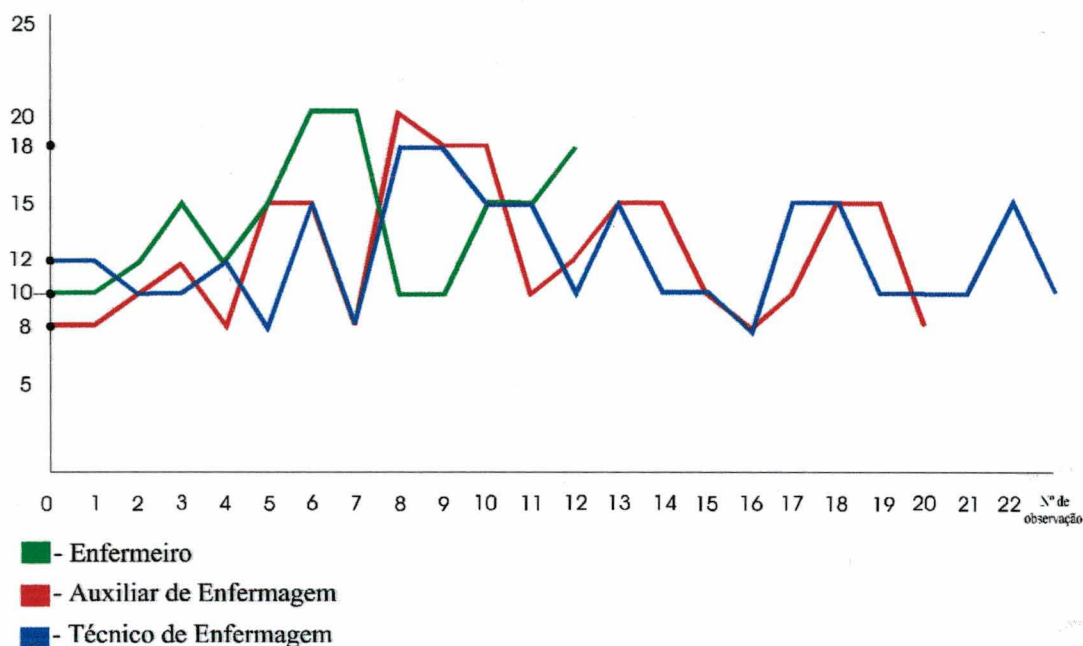
Foram protocolizados 55 procedimentos de LSM, nos diferentes turnos de trabalho, procurando-se observar a maior diversidade de situações, procedimentos e trabalhadores possível. As observações feitas, os dados coletados e as informações colhidas são apresentados a seguir.

TABELA 1: LSM- Observações por Categoria Profissional

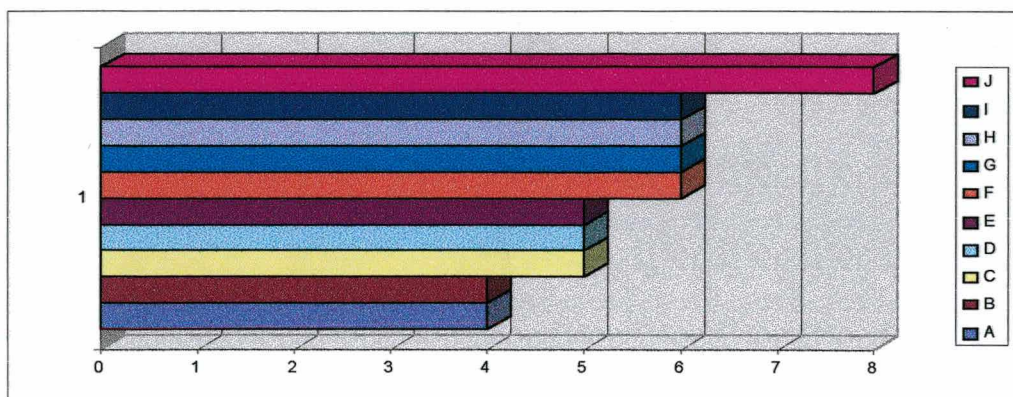
<i>Categoria Profissional</i>	<i>Nº de Profissionais</i>	<i>%</i>	<i>Nº de Observações</i>	<i>%</i>
Enfermeiro	06	21,4	12	22
Técnico de Enfermagem	12	42,9	23	42
Auxiliar de Enfermagem	10	35,7	20	36
TOTAL	28	100	55	100

GRÁFICO 1: LSM - Observações por categoria profissional

As categorias nas quais observou-se o maior número de LSM foram as dos Técnicos de Enfermagem (TE), 42%, e a dos Auxiliares de Enfermagem (AE), 36%. Explica-se este fato por constituírem 78,6% da equipe de enfermagem. Os Enfermeiros que compõem 21,4% deste quadro funcional, representaram 22% das protocolizações, o que nos parece mostrar que a frequência da LSM, a preocupação com esta medida tão simples, barata e eficaz é muito parecida entre estas categorias da enfermagem, ou seja, a frequência da lavagem das mãos corresponde à representatividade quantitativa da categoria na equipe. Desde Semmelweis, constitui-se na mais importante e econômica medida de prevenção e controle das IH, já que é através das mãos do pessoal hospitalar que ocorre a transmissão da maior quantidade de microorganismos.

GRÁFICO 2: LSM - Tempo X Categoria Profissional

A moda encontrada no tempo de LSM dos enfermeiros foi de 15", a média de 14,3", a moda dos TE e AE foi de 10", a média de 13,9" e 12,1", respectivamente. A média das três categorias juntas foi de 13". O tempo relacionado pela literatura como o necessário para a realização da lavagem simples das mãos é de 15 a 30 segundos (Stier et al, 1995). Verificamos que o tempo médio encontrado nas 3 categorias está abaixo do relacionado bibliograficamente, o que, talvez, signifique que a técnica não esteja sendo realizada de maneira que represente segurança aos receptores dos cuidados da enfermagem. Será que o tempo utilizado por estes trabalhadores de enfermagem para a execução desta técnica está relacionado ao volume de trabalho, ao pouco tempo disponível? Será que o tempo tem a ver com o modo, a maneira de fazer a LSM?

GRÁFICO 3: LSM- Modos de Lavagem das mãos encontrados

O gráfico acima permite-nos identificar dez maneiras de fazer a LSM. O tipo J foi considerado o padrão, já que foi encontrado em oito observações. Os tipos F, G, H, I também são bastante frequentes, sendo encontrados em vinte e quatro observações. Como não ocorre a fricção dos polegares, punhos, unhas e extremidades no modo predominante (Figura 2), este representa risco de infecção hospitalar, que precisa ser problematizado e reflexionado na fase remediadora. A maneira considerada padrão, conforme fluxograma elaborado da técnica, diferencia-se da recomendada na literatura, em alguns aspectos. Apresenta problemas relativos à fricção dos polegares, ponta de dedos, unhas e punhos, não possibilitando garantir a prevenção de risco de infecções. Segundo o preconizado em bibliografia, abrir a torneira deverá ocorrer antes do ensaboar as mãos. Ensaboar as mãos, em primeiro lugar, foi observado em 54 protocolizações (98,2%) e não observei aumento do risco por este fazer peculiar dos trabalhadores de enfermagem. Enxaguar a torneira para fechá-la em vez de utilizar o papel toalha conforme o recomendado, ao meu ver possibilita o risco de contaminação novamente das mãos. Talvez a média de tempo de 13" encontrada reflita a não contemplação destas áreas pelo modo predominante no serviço.

FIGURA 2 - Fluxograma da Técnica de LSM Predominante

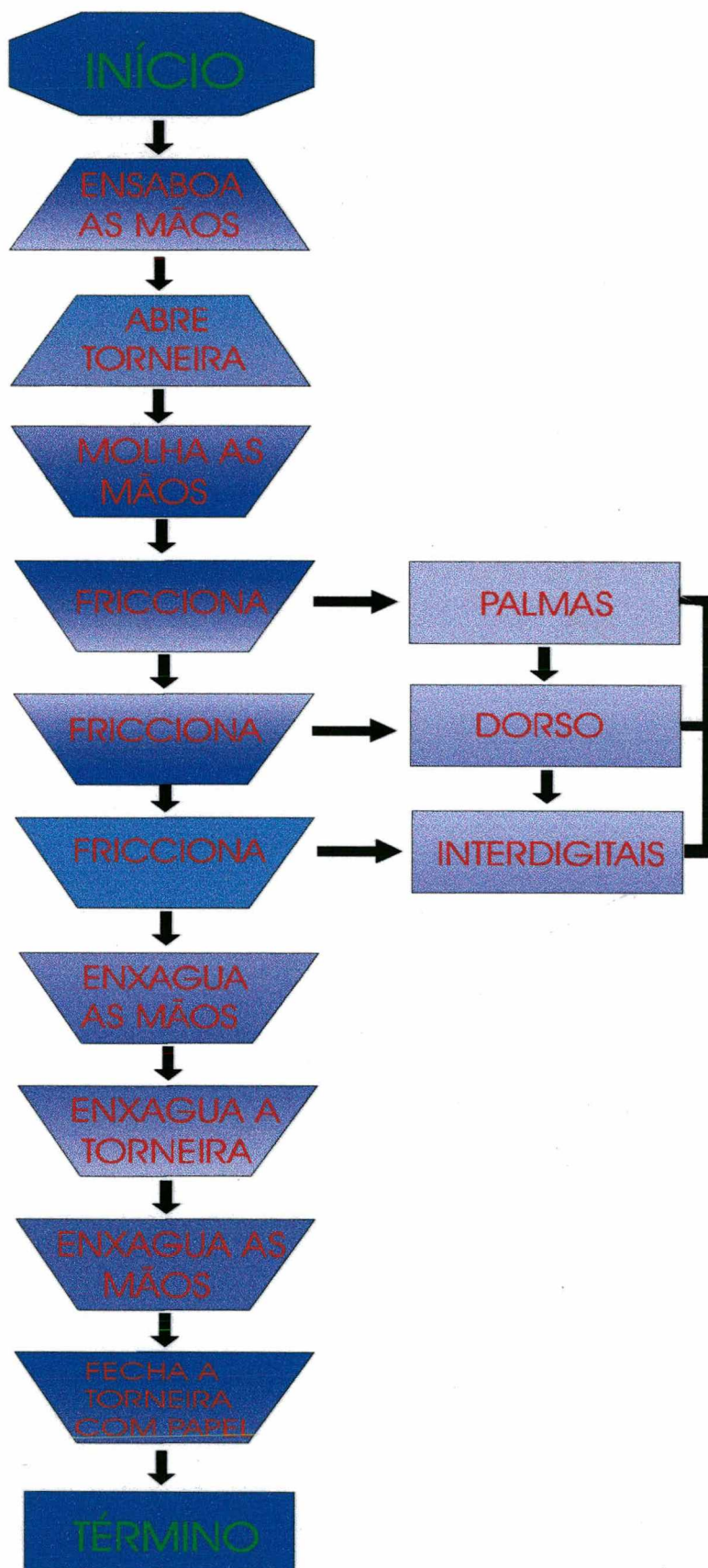
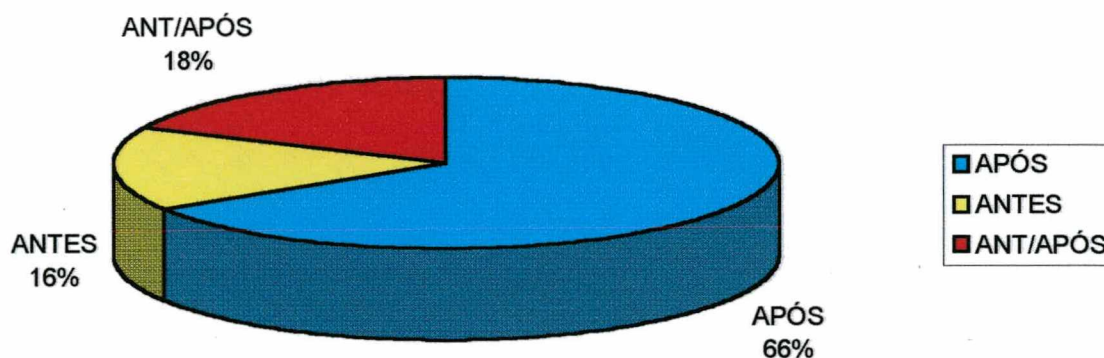


TABELA 2 : LSM - Diferença encontrada dos vários modos em relação ao predominante.

<i>Tipo de Técnica</i> <i>MODOS</i>	<i>Diferença em Relação a Predominante</i>
A	Não enxágua a torneira para fechar
B	Não friccionou dorso das mãos
C	Não friccionou espaços interdigitais
D	Friccionou polegares
E	Friccionou unhas e extremidades
F	Friccionou articulações
G	Friccionou punhos
H	Friccionou punhos e articulações
I	Fechou torneira com papel toalha

As diferenças encontradas nos modos A,B,C representam aumento do risco de infecção hospitalar em relação ao predominante. Em relação a A, apesar do enxágue a torneira não ser uma maneira segura para fechá-la após a realização da LSM, o não enxágue significa o carreamento de todos os microorganismos que na torneira haviam sido depositados ao iniciar a técnica o que se constitui em um risco muito maior. As técnicas B e C não incluem a fricção do dorso das mãos e espaços interdigitais o que aumenta a área não degermada, aumentando o risco de IH. As maneiras de lavar as mãos D,E,F,G,I, contemplam aspectos que aumentam a segurança da assistência, já que contemplam outras áreas além das encontradas no modo predominante. O modo H apresenta requisito que vai ao encontro da literatura(Stier et al,1995) que coloca o abrir a torneira como a primeira etapa da técnica de lavagem simples das mãos.

GRÁFICO 4: LSM - Momentos em que aconteceu

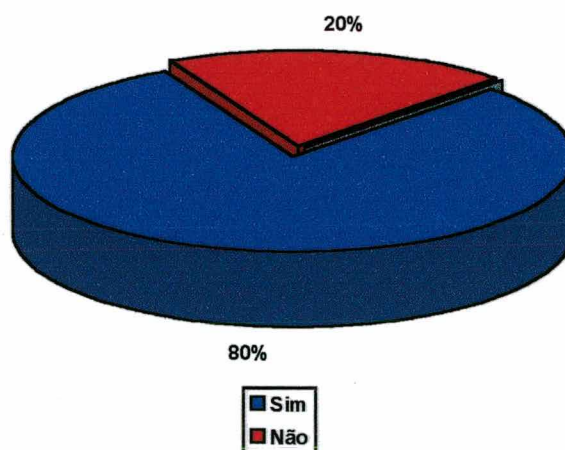
Este gráfico mostra uma maior frequência do ato de LSM, após ser prestado algum atendimento ao paciente, (65,4%). Em 16,4% ocorreu a lavagem das mãos antes da execução de algum cuidado. Das 55 observações feitas, em 10 (18,2%) aconteceu a lavagem das mãos, antes e após a realização de alguma assistência ao paciente. As mãos foram lavadas, essencialmente, após o contato com os doentes e isto vem a ratificar a negligência do pessoal da saúde às medidas eficazes no CIH. Os dados acima significam que os cuidados prestados aos pacientes em 65,4% das situações observadas aconteceram sem ser feita a LSM. Sabemos que o ato de LSM quebra a cadeia epidemiológica. Cadeia epidemiológica aqui compreendida como a somatória das condições necessárias à disseminação contínua de uma doença infecciosa. A mão é o elo, o veículo de transmissão, já que pode transportar, de um local, pessoa, objeto, artigo, equipamento e superfície para outra, os agentes contaminantes. Existem momentos críticos, onde a lavagem das mãos é indispensável e, entre esses, emerge o antes e o após prestar algum cuidado ao paciente.

TABELA 3: LSM-Situações onde foram realizadas

<i>TÉCNICA</i>	<i>ANTES</i>	<i>DEPOIS</i>	<i>ANTES/DEPOIS</i>
Verificação de Sinais Vitais	0	1	0
Preparação de Terapêutica	1	3	1
Administração de Terapêutica	2	3	1
Preparação de Fluidoterapia	0	2	0
Aspiração de Secreções	2	6	2
Sondagem Vesical	2	2	2
Curativo de Feridas	1	3	1
Contato / Fluídos Orgânicos	0	4	0
Troca de Vidro de Drenagem	0	6	0
Cuidados de Higiene	0	3	0
Curativo de Catéter Venoso	1	0	2
Calçar Luvas	0	3	1
TOTAL	9	36	10

Observa-se o maior número de lavagem das mãos após a aspiração de secreções e troca de vidro de drenagem. Lavar as mãos, antes e após, apareceu com mais frequência, na aspiração de secreções, cateterismo vesical e curativo de catéter venoso central, o que talvez signifique o reconhecimento dos riscos de IH que estes procedimentos representam.

GRÁFICO 5: LSM - Conhecimento Descrito. Existe, conhece alguma rotina ou norma sobre a LSM ?



A maioria dos funcionários (81,3%) conhece alguma norma ou rotina sobre a técnica de LSM, apesar de não haver, no setor, nenhuma orientação. Mencionam conhecer “*aquela que cai em provas de concurso*”. Interessante observar que, apesar dessa referência, durante o período em que fizemos a protocolização, não observamos a execução da técnica, conforme o modelo aceito como correto em provas.

TABELA 4 : LSM - Necessidade descrita
Qual a importância do ato de lavar as mãos?

FREQÜÊNCIA	RESPOSTAS
14	Prevenir e controlar infecções
12	Evitar contaminações
08	Evitar infecções cruzadas
06	Limpar as mãos
04	Descontaminar as mãos
03	Prevenir a propagação de microorganismos
01	Remover microorganismos
03	Manter limpo o instrumento de trabalho
03	Proteger-se a si mesmo, os pacientes e colegas

As respostas encontradas na tabela 4 parecem refletir a consciência e conhecimento do risco que representam as IH e o reconhecimento da LSM como um fator de segurança, apesar deste reconhecimento não ter sido percebido tão freqüentemente nas observações feitas.

Os trabalhadores de enfermagem demonstraram saber o que significa a lavagem simples das mãos e justificam com conhecimento a importância da técnica (tabela 4), mas não realizam o procedimento nas situações recomendadas e necessárias (gráfico 5, tabela 4). Quando interrogados, durante a execução da técnica de LSM, se gostavam de executar o procedimento, disseram que sim. Talvez esse sim reflita a consciência da necessidade de segurança, de se sentir limpos, de auto cuidado. Percebia-se a presença da CCIH pelas placas colocadas nas paredes da UTI, em cada espaço reservado

aos pacientes, em cada pia, nas portas, lembrando o ato da LSM, não expondo contudo os momentos, a frequência ou a técnica. Tem que se ir além de subsídios técnicos relativos ao procedimento visando a prevenção das IH.

5.2.2. Da Aspiração de Secreção Endotraqueal (ASET)

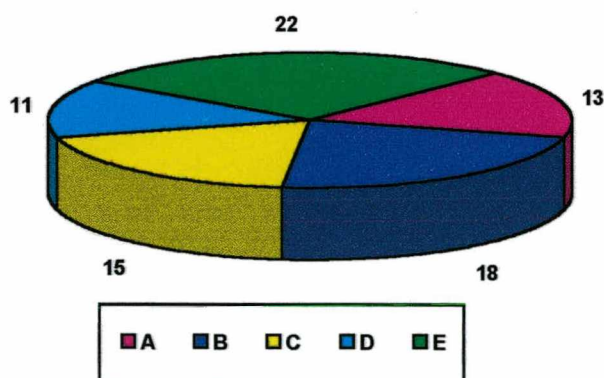
Foram protocolizados 41 procedimentos de Aspiração de Secreções, nos diversos plantões.

TABELA 5: ASET - Número de observações por categoria profissional.

<i>CATEGORIA PROFISSIONAL</i>	<i>Nº DE OBSERVAÇÕES</i>	<i>%</i>
Enfermeiro	08	19,5
Técnico de Enfermagem	15	36,5
Auxiliar de Enfermagem	18	44,0
TOTAL	41	100

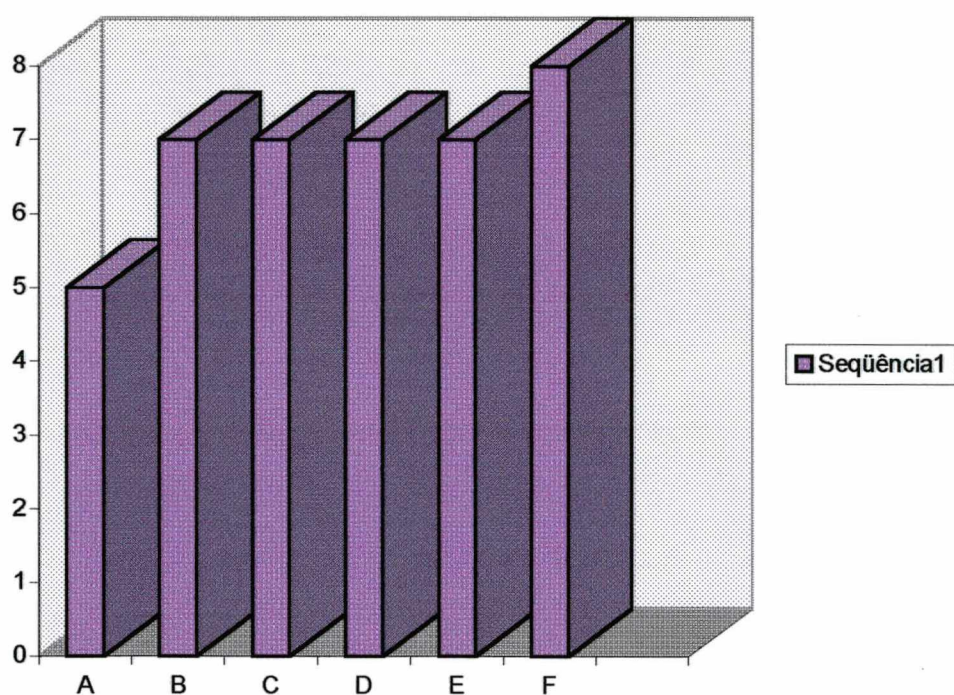
Os trabalhadores de enfermagem desta UTI, executam a ASET, independentemente da categoria profissional. O número de protocolizações foi bastante proporcional ao número existente de TE, AE e Enfermeiros.

GRÁFICO 6 : ASET - Tempo utilizado por processo observado.



O gráfico 6, permite-nos verificar que a moda no tempo de aspiração é de 20" e 18" e a média de 15,9". Segundo literatura especializada, o ideal é que a técnica seja executada em 15", uma vez que aspirações prolongadas reduzem a concentração de oxigênio arterial (Stier et al, 1995)

GRÁFICO 7: ASET - Representação dos modos encontrados



A análise desses dados permitiu-nos identificar seis maneiras diferentes de ASET. O tipo F foi predominante (Figura 3), tendo sido observado oito vezes, sendo que os modos B, C, D e E (sete vezes cada), também são bastante frequentes.

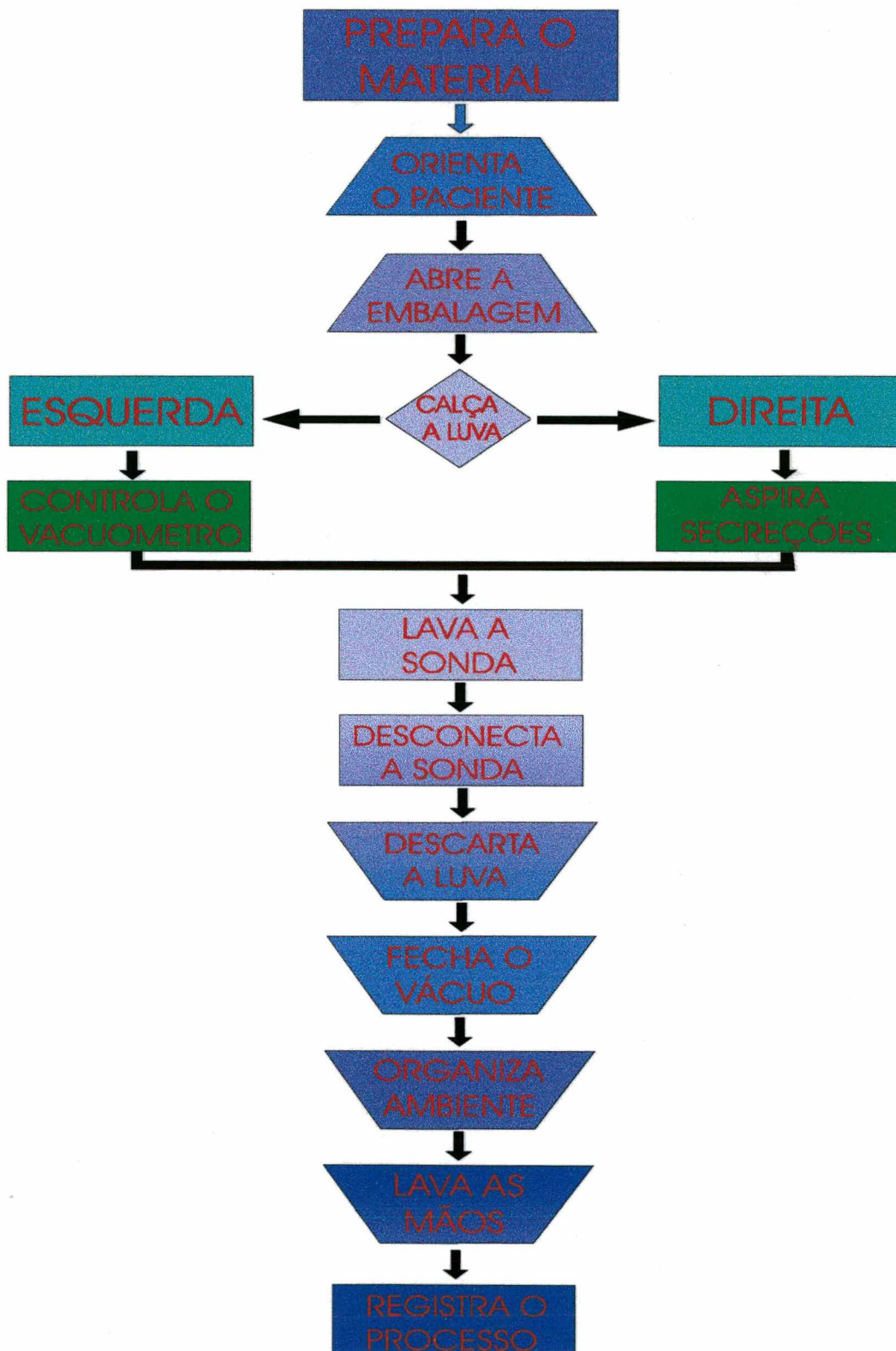
FIGURA 3 - Fluxograma da Técnica de ASET Predominante

TABELA 6: ASET -Diferença dos modos encontrados em relação ao predominante

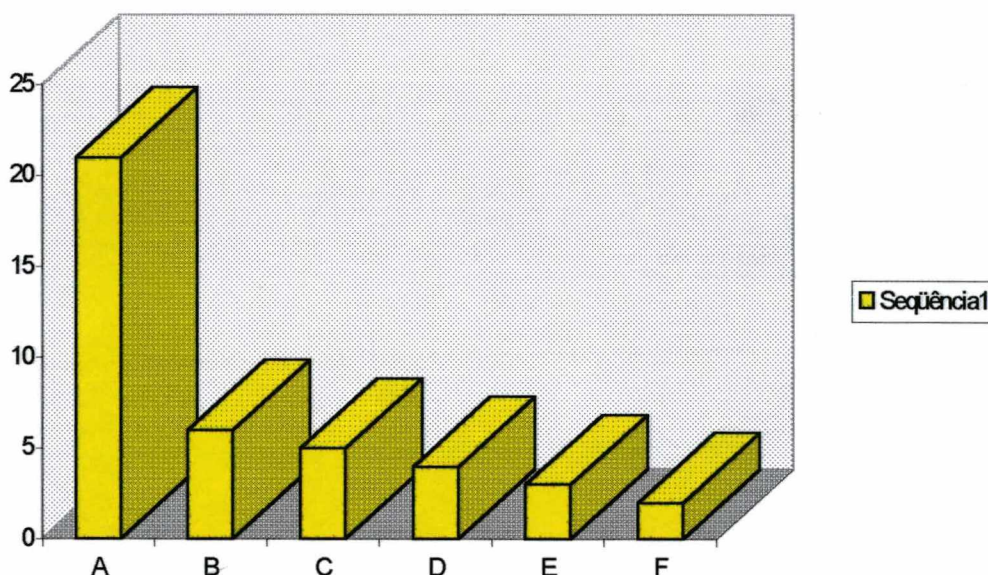
<i>TIPOS DE TÉCNICA</i>	<i>DIFERENÇA EM RELAÇÃO AO MODO PREDOMINANTE</i>
A	Não explicou ao paciente o que ia acontecer
B	Não realizou a lavagem das mãos antes de anotar no prontuário
C	Não fez anotações no prontuário
D	Lavou as mãos antes de realizar o procedimento
E	Não explicou ao paciente o que ia acontecer e não fez anotações no prontuário

Ao analisarmos as diferenças dos vários modos encontrados, em relação ao predominante, pudemos observar que os modos B ,C e E representam um aumento do risco de IH, pois a não lavagem simples das mãos é a maior responsável pelas infecções hospitalares. A ausência de anotações no prontuário que contemplem quantidade, aspecto, cor, odor, etc., das secreções aspiradas, dificultam, muitas vezes, o diagnóstico de infecções respiratórias hospitalares (IRH). As IRH são aquelas que se manifestam, clinicamente , depois de decorridas 72 horas de internação ou após qualquer tempo posterior a uma instrumentação do trato respiratório, ou ainda, aquelas que se manifestam por intercorrências, durante a hospitalização, por exemplo, pneumonias causadas por aspirações espontâneas de conteúdo digestivo ou bucal em doentes inconscientes. São, normalmente, as infecções mais graves e com maior letalidade (Wenzel, 1993).

O modo predominante apresenta um aspecto bastante preocupante , que é o relacionado a não LSM, antes da realização do procedimento, o que compromete todo o processo. Se, por um lado , a introdução, há algumas décadas, da entubação orotraqueal, possibilitando a aspiração das secreções, foi um grande avanço, no sentido de diminuir a possibilidade de multiplicação de

microorganismos, por outro lado, fez surgir o risco de contaminação . Para que os benefícios superem os malefícios, faz-se necessária técnica meticulosa nos procedimentos de assistência respiratória instrumentalizada. A técnica de ASET, deve, portanto, ser extremamente cuidadosa e seguir a técnica asséptica. Toda técnica asséptica tem início com a LSM. Se isto não acontece todo procedimento está prejudicado.

GRÁFICO 8 : ASET- Quando é realizada a aspiração de secreções?



Legenda:

A - Paciente com Secreção B - Máquina dispara
C - A cada duas horas D - Sempre que necessário
E - Colher cultura F- Paciente angustiado

Ao serem interrogados sobre quando realizar aspirações, há uma certa unanimidade de realizar esse procedimento quando o paciente apresenta secreções o que foi observado durante a protocolização. Essa condição vai ao encontro das recomendações científicas que apontam o acúmulo de secreções como a principal causa de IRH (Wenzel, 1993).

TABELA 7: ASET - Necessidade Interrogada

Pergunta: Por que está realizando a ASET?

<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>RESPOSTAS</i>
14	Eliminar secreções existentes
06	Para prevenir complicações
06	Melhorar ventilação
06	Desobstruir vias aéreas
03	Colher secreção traqueal para cultura
03	Paciente está angustiado
03	Proporcionar conforto

Parece-nos que a realização da aspiração de secreções está relacionada, principalmente, à eliminação de secreções e à manutenção das vias aéreas permeáveis, o que diminui o risco de infecções respiratórias.

TABELA 8 : SET - Necessidade Descrita

Pergunta: Qual a importância desse procedimento?

<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>RESPOSTAS</i>
11	Manter vias aéreas desobstruídas e permeáveis
09	Manter o bem estar , o conforto do paciente
08	Proporcionar melhor oxigenação
06	Evitar infecções pelo acúmulo de secreções
05	Para alívio respiratório
02	Prevenir formações de rolha.

A importância da aspiração de secreções descrita pela equipe de enfermagem contempla requisitos que aumentam a segurança do paciente e diminuem o risco de infecção hospitalar. Quando foram indagados se gostavam de executar a técnica de ASET, 90% responderam que sim e 10% disseram não gostar de fazer por parecer traumatizar o paciente. Contudo, por conhecerem os

benefícios, saberem da importância para evitar o acúmulo de secreções , realizam a ASET, sempre que necessário. Os funcionários entrevistados no momento da protocolização, em relação à existência e conhecimento de alguma norma ou rotina de ASET, disseram existir e conhecer. O interessante é que a norma que existe escrita, encontrada em um manual do CIH, cuidadosamente guardado em um armário, não foi lembrada nem observada .

Quanto a ASET, não foram observadas diferenças relevantes em relação às situações que determinavam o procedimento (Gráfico 8). A percepção da importância da técnica, tanto interrogada como descrita, apresenta similaridades e demonstra o conhecimento dos trabalhadores de enfermagem em relação a mesma. O vivenciar este cotidiano composto, no dizer de Erdmann (1995), por micro-attitudes, por criações minúsculas e situações pontuais e efêmeras, mostrou-me que somente o real aniquila o irreal, somente a essência supera a aparência e a verdade a ilusão.

A realidade, a verdade transcendem a causalidade, fazendo emergir a liberdade harmoniosa, sem distorções que existe em cada ser. Redescobrir o homem real que há em cada trabalhador, evita tropeços, embaraços e limitações , pois a sabedoria presente em todos não conhece restrições e ilumina todo o processo de viver / assistir.

Constituiu-se em um desafio glorioso conhecer o conteúdo de algumas ações do trabalho de enfermagem, as formas de sistematização dessas ações e do processo de cuidar.

5.3 - Jornada Remediadora

Esta fase possibilitou reflexão sobre o encontrado, a construção do novo, o consenso e a implantação do que foi consensado . Foi viabilizada através de encontros com o grupo de trabalhadores da UTI e utilização de técnicas como brainstorming e Grupo de Verbalização e de Observação (GVGO).

Esta fase do processo de normalização manifestou-se como um grande e apaixonante desafio. Logo no início (primeiros cinco minutos) surge um momento bastante forte, que denominei de *Inércia*. Os trabalhadores, como que em estado letárgico, pouco falavam. Calados, sérios e cerimoniosos, limitavam-se a falar raramente e por monossílabos. Não sentiam? Não sabiam pensar? Não sabiam opinar? Não lhes era dado o direito de sentir, pensar e opinar, e por isso acomodaram-se às exigências da instituição, parecendo incapazes de ajudar a tomar decisões.

A racionalidade burocrática, fortalecida nas posições de cargos e funções, marcada pela diferença das pessoas pelo cargo que ocupam, legitimando a autoridade e a configuração hierárquica desse sistema, cumpria o seu papel, dominando e limitando o homem, impedindo-o de ser cidadão(Erdmann, 1995).

Procurando transcender o momento vivido, comecei a dialogar sobre o consenso, sobre o que significava e as mudanças que ele poderia trazer no panorama atual do assistir em enfermagem na instituição. Este compartilhamento de conhecimentos e informações gerou entendimento e respeito. Do pensar/sentir, surgiu a motivação pela possibilidade de participar, o que gerou um segundo momento que denominei de *Reflexão*. Assim chamei por acreditar que a reflexão leva a um ajuste da realidade, possibilitando revelar e reproduzir, de forma sensata, o que se sente e o que se pensa.

Projetei, então, o fluxograma com a técnica de LSM predominantemente encontrada na UTI e utilizando a técnica GVGO, voluntários executaram o procedimento conforme o fluxograma, substituindo a água por guache. Após completar a lavagem, os demais trabalhadores, chamados grupo de observação, identificaram as áreas dos punhos, unhas, pontas dos dedos, espaço dos polegares, região de anéis e relógio como não cobertas pela guache, o que significava que aquelas regiões não sofriam degermação. Refletindo sobre o fato e utilizando o brainstorming, identificaram essas áreas não cobertas pela

guache como falhas que representavam risco no processo de LSM predominante no setor .

Com entusiasmo vi a inibição indo, pouco a pouco, embora, sendo substituída pelo surgimento de sugestões, pelo estabelecimento de prioridades e por um universo concreto de realizações, que culminou com a elaboração pelo grupo de um novo fluxograma. Utilizando-se de novo a técnica GVGO, repetese o procedimento com as alterações que os trabalhadores julgaram necessárias, cronometrando-se o tempo gasto para a correta execução da técnica.

O exercício demonstrou que, com as sugestões do grupo, todas as áreas das mãos cobriam-se com guache, representando que era a técnica segura, sem risco de contaminação. O tempo necessário para a execução da LSM, segundo o modelo consensado por aqueles trabalhadores, foi de 25”.

Passamos, então, a uma reflexão sobre quando lavar as mãos, levando-nos ao consenso de que essa técnica deve ser realizada antes e após a execução de todos os momentos em que prestamos algum cuidado ao paciente e também sempre que estiverem com sujidades aparentes.

Quando partimos para a discussão e reflexão sobre o procedimento de ASET predominante no setor, o grupo, por si só, identificou o que precisava ser alterado e criou o novo consensado. A alteração constitui-se na inclusão da LSM antes e após a aspiração das secreções, característica fundamental que faltava ao modo predominante , o que tornou o modo consensado seguro e com menor risco de contaminação.

Foi estabelecido pelo grupo que os fluxogramas com as técnicas consensadas (Figuras 4, 5), seriam afixados nos postos de medicação, lavabos e boxes dos pacientes, o que ocorreu quarenta e oito horas após esta etapa. A representação do fluxograma da ASET considerou os destros, ficando entendido que no caso dos trabalhadores que apresentam maior habilidade com a mão esquerda, onde se lê mão esquerda ,entenda-se mão direita e vice-versa. Houve,

também, o compromisso de transmitir os momentos ali vividos, o conhecimento ali criado para os colegas ausentes.

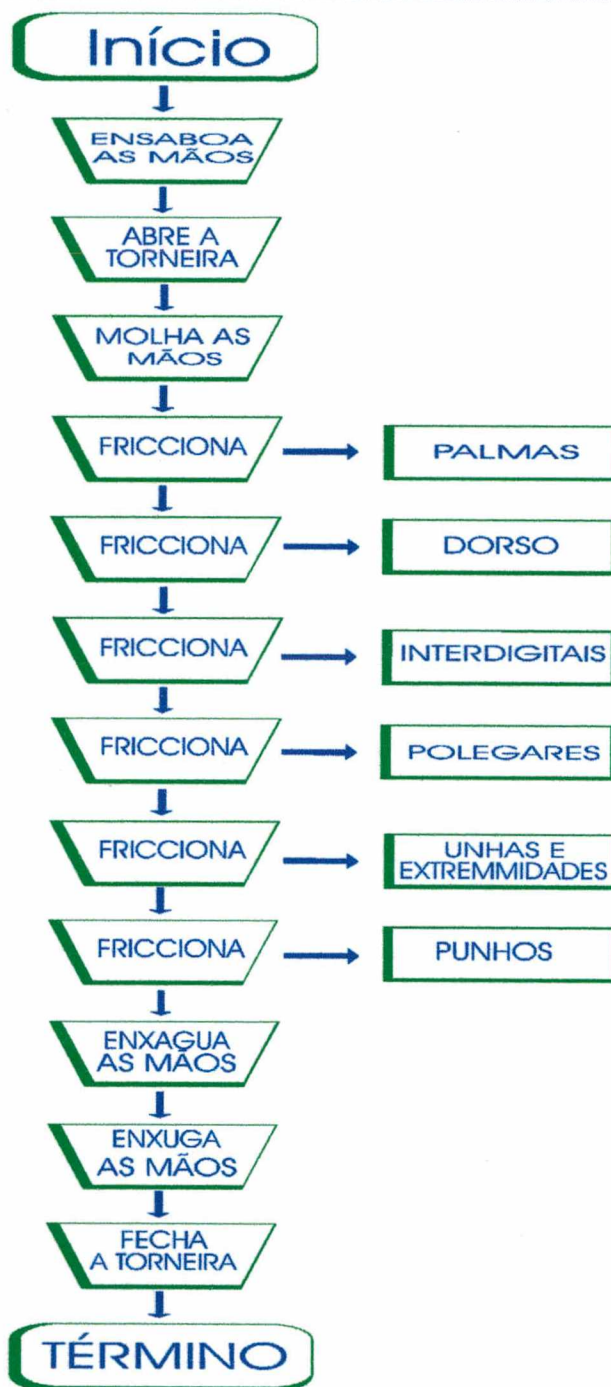
O envolvimento pleno com a situação concreta permitiu, do entendimento de sua complexidade real, retirar as possibilidades enriquecedoras da ação.

No consenso o que é aparece. Para indicar esse movimento do ser, os gregos usavam o verbo *pháinesthai*, que significa aparecer e, nesse ato, transparecer, mostrar-se no brilho da aparência(Buzzi, 1991). Para o mesmo autor, pensar é o poder de buscar e de estar junto ao ser que encontra . Neste processo , neste momento, cada trabalhador está no pensamento, na vontade-de-poder e na liberdade. Essas palavras explicaram o trabalhador da enfermagem que mostraram, na experiência sua maior verdade.

Através do consenso, ocorreu a superação, surgiu em cada um a coragem de usar seu conhecimento, seu entendimento . É como se o homem trabalhador se libertasse do estado de submissão ao poder institucionalizado e renascesse! Como criança que, ao crescer, sai da guarda dos pais, sai da minoridade, buscando alguma experiência que ensine algo de novo, que lhe permita desenvolver , manter e ou aprimorar sua qualidade de vida. Inicia a reconciliação do trabalhador com a cidadania.

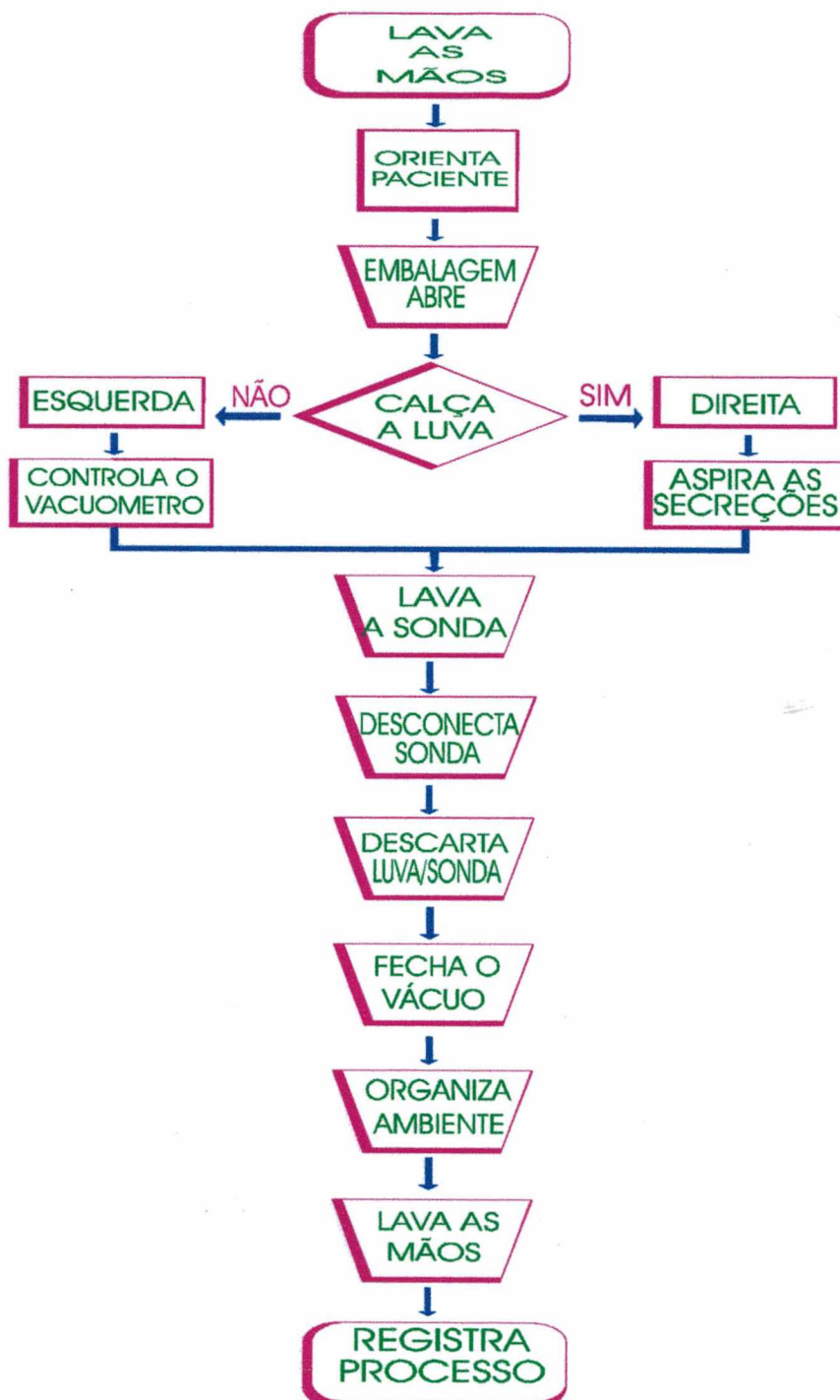
Nesta etapa, percebo que o consenso não é obtido nem pela tolerância nem pela condescendência mútua. Ser tolerante ou ser condescendente não significa estar em harmonia. O consenso, como processo dialógico, permitiu aprender a liberdade de respeitar, de compreender outros pontos de vistas e a propor os próprios sem procurar impô-los. A consolidação ocorreu quando houve mútuo reconhecer e agradecer.

FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO DE LAVAGEM SIMPLES DAS MÃOS U.T.I - H.R.S.J



Autores: Cleide Zanon, Elvira C.B. Hubert, Gualberto F. de Matos, Irene K. Porto, João G. de Espíndola, João L. Martins, Nádia A. Coelho, Neri J. Rios, Paulo P. Hames, Rosemery A. Lentz, Sônia R.W. Almeida, Terezinha Gonçalves. Agosto de 1996.

FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO DE ASPIRAÇÃO
DE SECREÇÃO ENDOTRAQUEAL
U.T.I - H.R.S.J



Autores: Cleide Zanon, Elmira C.B. Hubert, Gualberto F. de Matos, Irene K. Porto, João G. de Espíndola, João L. Martins, Nádia A. Coelho, Neri J. Rios, Paulo P. Harnes, Rosemery A. Lentz, Sônia R.W. Almeida, Terezinha Gonçalves. Agosto de 1996.

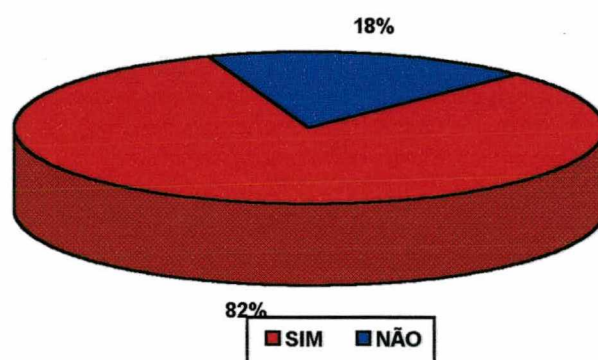
5.4. Jornada Avaliativa

É chegada a hora. Chegou o momento de constatar o efeito real do processo de normalização. Não é o saber que diz o que as coisas são! É uma prática que diz como proceder e, por isto, objetivando a implementação do processo, buscamos através de entrevista, protocolização e observação, fazer a comparação e a verificação se a realização das técnicas consensadas estava ocorrendo, conforme o consensado.

GRÁFICO 8: Conhecimento descrito das técnicas consensadas

Perguntas: De que maneira você realiza a LSM?

De que maneira você realiza a ASET?



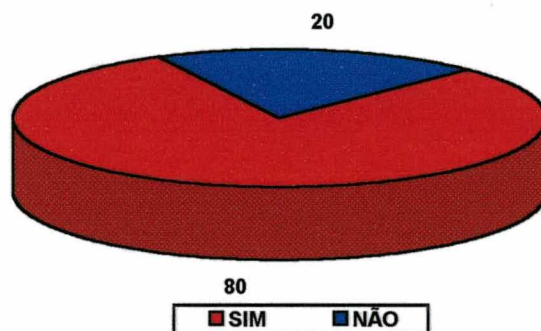
Dos vinte e dois trabalhadores entrevistados, 4 (18%) não souberam descrever as técnicas consensadas por estarem ausentes no período em que ocorreu as duas fases iniciais do processo de normalização. Já tinham ouvido falar sobre “a reunião onde a gente via o que estava fazendo de errado, sem ser chamado a atenção e ajudava a fazer a maneira certa”. Junto com um colega que havia participado do processo, nas fases anteriores, fomos até uma pia onde havia um fluxograma afixado. O colega então demonstrou como era lavar as mãos seguindo o fluxograma, sendo seguido pelo outro, que dizia ser muito fácil seguir aquela figura. Conversou-se, também, a respeito do fluxograma da ASET, evidenciando o fato da inclusão da LSM.

Da Protocolização

Foram protocolizadas 20 lavagens simples de mãos e 20 aspirações de secreções, para que pudéssemos comparar, verificar se o que havia sido consensado e acordado estava acontecendo, estava incorporado ao trabalho.

GRÁFICO 13:

LSM -Realização da Técnica Consensada



Dos 20 funcionários observados na protocolização, 4(20%) não seguiram o consensado em relação ao quando lavar as mãos, realizando dois curativos de ferida, uma instalação de fluidoterapia e uma verificação de sinais vitais sem a prévia lavagem das mãos. Revisto o que havia sido acordado em relação ao quando fazer a LSM.

A protocolização da aspiração de secreções mostrou que dos 20 funcionários, 2(10%) fizeram anotações no prontuário sem a prévia lavagem das mãos.

A identificação do problema relativo ao quando executar a lavagem das mãos, nos levou a uma nova discussão e o grupo observou a necessidade de reforço nesse aspecto. Surgiu a proposta de adesivos e cartazes enfatizando quando lavar as mãos.

Esta etapa, através da comparação dos resultados obtidos com os objetivos pré-fixados, requereu, enfatizou e ressaltou a importância do processo científico, um dos aspectos mais evidenciados na enfermagem e nos princípios

da qualidade . A forma mais eficiente de verificar se a metodologia proposta atendeu aos objetivos, consistiu em analisar se ocorreram melhorias contínuas no CIH, que neste estudo significou a realização dos procedimentos eleitos, de acordo com o consensado. Como isto ocorreu, a LSM e ASET estão sendo realizadas com qualidade, executadas com sucesso, representando segurança aos pacientes, uma decorrência do bom resultado do processo de normalização.

Entendo que, apesar da necessidade de se criarem alguns procedimentos metodológicos, adequados para cada situação, há, pelo menos, um princípio que, obrigatoriamente, orienta a avaliação da qualidade: a determinação da satisfação do cliente. Buscando saber o grau de satisfação dos trabalhadores que fizeram essa jornada participativa, perguntei a cada um o que havia significado essa experiência. Procurei alinhar, em um quadro, as diversas respostas, utilizando como critérios para esse agrupamento a análise de conteúdo como forma de decodificação do conteúdo. Todas as palavras, frases ou expressões foram agrupadas de uma forma considerada pertinente e lógica, tendo sido enumeradas através da frequência, para conhecer sua importância, a partir do número de vezes que surgira.

TABELA 9: O que representou para você essa experiência?

<i>FREQUÊNCIA</i>	<i>RESPOSTAS</i>
06	A oportunidade de participar e ajudar a decidir
06	A chance de ser ouvido e ouvir os colegas
05	Dialogar com os colegas, conhecer o que eles sabem
04	A oportunidade de ajudar a escolher a maneira de fazer as coisas
05	Sentir que tem capacidade para ajudar a resolver os problemas.
04	Uma chance para aprender
04	Poder dar opinião e sugestões

Meu vivenciar e experienciar o CIH e o relato feito pelos trabalhadores, mostra que essa experiência se constituiu em algo novo. Os líderes do CIH se comportam como os detentores do saber, sendo o conhecimento monopólio seu.

Educar, para esse serviço, reduz-se ao repasse de ordens, normas e rotinas e ao passível de transmissão e assimilação, o que é efetivado através do treinamento. Treinar tem sido tomado, geralmente e erroneamente, como sinônimo de educar nos mais diversos serviços de CIH. As observações feitas por estes trabalhadores parecem mostrar que aqueles que fazem CIH, se comportam como detentores do saber, sendo o conhecimento monopólio seu. Educar para esse serviço, reduz-se ao repasse de ordens, normas e rotinas a ao passível de transmissão e assimilação o que é efetivado através de treinamento. Treinar tem sido tomado ,erroneamente, como sinônimo de educar .

A reprodução do autoritarismo que o CIH representa, faz com que ocorra a morte da crítica, da curiosidade, da criatividade, fazendo com que nesta subserviência prevaleça o silêncio dos trabalhadores. Este processo educativo, caracterizado pela reprodução de padrões coletivos, sem considerar questões de cidadania, não oportuniza ao trabalhador a expressão , a participação nas decisões, o que impede seu desenvolvimento e ,fundamentalmente, transcender. Rotinas e normas impostas empobrecem e impedem a criatividade, gerando trabalhadores acríticos , descomprometidos e subutilizados.

Conhecer e aprender o que cada um construiu até aquele momento foi um dos meus primeiros passos, uma vez que o conhecimento já existente serviu de patamar para a construção do novo, possibilitando maior aproximação entre a tarefa real e a tarefa prescrita.

Na esperança de“ (...)que seja o saber que na sua singularidade oportunize ao homem a executar seu trabalho nos limites de suas capacidades de domínio dos instrumentos de trabalho sem as fortes intermediações hierárquicas, agressões da subordinação e interferências na sua livre vontade de produzir, criar, pensar , sonhar,(...)”(Erdmann, 1995, p. 61), busquei apreender o que já construíram em relação à técnica de lavagem simples das mãos e aspiração de secreções , para que todos pudessem partilhar opiniões, já que somos sujeitos com diferentes esquemas de conhecimento, em relação ao objeto em estudo. A

experiência é abertura de possibilidades porque permite que conheçamos nossa capacidade de procurar e encontrar. No imediato da experiência cotidiana, a colocação de algumas informações e indagações motiva uma atitude de busca. Motivação aqui é encarada como uma ação que emerge provocada por dúvidas, questionamentos e incertezas, na busca das respostas. A situação que surge é a colheita de pensamentos, palavras e reflexões, tomada de consciência para construção do que se quer, e não de reprodução ou repetição, a participação de todos como sujeitos, compreendendo, assimilando, reorganizando, reelaborando, reflexionando, consensando, realizando a construção dinâmica do conhecer e permitindo o aparecimento gratuito, simples, comedido e consumado da realidade.

O processo educativo concebido através desta jornada permite que todos se desenvolvam, criem e se tornem sujeitos que conhecem e sabem que conhecem, “já que o Ser Humano é livre para pensar e é capaz de desenvolver sua liberdade de agir, de buscar, de criar e manter recursos para atender suas necessidades de sobrevivência e seus desejos de bem-viver e transcender”(Patrício, 1995- p.6), e cada um, com sua carga cultural e afetiva, na sua subjetividade é um cidadão que forma e desenvolve o coletivo.

Quando indagados sobre a metodologia utilizada, respondiam ser “*simples, prática, combina com o nosso trabalho, o nosso jeito de ser*”, “*uma forma de comprovar acertos e erros, fazendo com que se crie o certo*”. Com base nos dados acima, acho que posso afirmar que o processo de normalização acontecido apresentou flexibilidade, oportunizou a criação, possibilitou abertura, considerou a diversidade - reflexo da singularidade de cada um, alcançou o consenso, democratizando as decisões, o que gerou a satisfação, compromisso e responsabilidade.

5.5 . Jornada Evolutiva

Nessa fase objetivamos a normalização dos procedimentos consensados, o estabelecimento do padrão, o que viabilizamos através da observação, entrevistas e brainstorming.

Ao observarmos como eram realizados os procedimentos consensados, verificamos a conformidade dessas ações, a responsabilidade em realizar aquilo que havia sido acordado.

Procurando manter os ganhos apresentados na fase avaliativa, em relação à experiência representada pelo processo de normalização, buscamos, através de entrevista, verificar a sintonia, a sincronia entre o PCIH e a equipe de enfermagem. Busca-se conhecer a percepção de cada funcionário, em relação às atividades que o PCIH desenvolve e aquelas que eles acreditam que poderiam realizar, através de entrevista dirigida individual. A percepção dos funcionários quanto as atividades que a CIH desenvolve e aquelas que deveria desenvolver aparece nos quadros a seguir.

TABELA 10: Quais as atividades que a CCIH desenvolve?

<i>FREQUÊNCIA</i>	<i>RESPOSTAS</i>
10	Registra as doenças infecto-contagiosas
10	Controla as infecções hospitalares
09	Estabelece e faz normas e rotinas
09	Fiscaliza
09	Controla exames de funcionários que se acidentam
07	Tenta controlar as IH colocando cartazes
07	Promove treinamento
06	Não sabe descrever
06	Avalia e divulga os resultados das IH
05	Controla as IH com comodismo e sem sucesso
05	Cobra sobre descarte de materiais cortantes
04	Fornece informações
04	Orienta sobre o uso de soluções desinfetantes
04	Visitas esporádicas ao setor
03	Orienta sobre curativos

TABELA 11: Quais as atividades que você acha que a CCIH deveria realizar?

<i>FREQUÊNCIA</i>	<i>RESPOSTAS</i>
11	Orientar, explicar, cooperar com os funcionários
10	Acompanhar pacientes com IH, juntamente com a enfermagem da unidade, planejando a assistência dos mesmos
09	Participar mais ativamente do CIH nas unidades e menos por murais e papéis
09	Realizar educação em serviço
08	Discutir normas e rotinas com funcionários
08	Trabalhar junto com os funcionários, em cada setor
07	Reavaliar periodicamente normas e rotinas com a equipe de enfermagem e sua praticabilidade nos setores
04	Desenvolver pesquisa com a equipe de enfermagem

Essas respostas nos fazem pensar na necessidade de reorganizar a forma de trabalho da CIH, uma vez que a centralização do poder e o estabelecimento de rotinas, vêm inibindo a vitalidade e a criatividade dos funcionários. O controle, enquanto instrumento de trabalho, diminui a produtividade, não considera aspirações, potencialidades e sentimentos, aniquilando a criatividade e transformando as pessoas em seres acrílicos. A mudança de monólogos para diálogos, a integração criada pela captação e aplicação do conhecimento em eterno movimento é, sem dúvida, o meio mais vigoroso, flexível e criativo de executar uma tarefa.

Quinze dias após a implementação dos procedimentos consensados, retornamos à UTI e observamos que a LSM e ASET estavam acontecendo de acordo com o fluxograma construído. Este retorno permitiu constatar que, com o aumento da capacidade de participação no grupo, havia se iniciado um processo de autonomia competente. Percebi que os sujeitos envolvidos no processo alinharam alguns aspectos e alternativas, objetivando o menor risco possível de infecção hospitalar como consequência do serviço prestado. A

consciência de fazer da melhor maneira estava presente, estabelecendo-se o padrão , ficando entendido: 1) que o tempo seria o requerido para completar o processo, o que através da experimentação (GVGO) nos levou a 25” para a lavagem de mãos e 15” para a aspiração de secreções; 2) que os recursos usados seriam os necessários à realização dos procedimentos, conforme ficou acordado e, 3) que conhecer e reconhecer os riscos de infecção hospitalar é fundamental para propiciar segurança aos pacientes.

Nesta etapa entendi que desenvolver conhecimento é uma responsabilidade profissional e que é a estratégia, o princípio e o meio para criação de valor e busca de melhorias contínuas da qualidade no CIH. Fica o convite àqueles que fazem o CIH para que se aproximem mais de seus clientes, ouçam seus desejos, conheçam como eles realizam os procedimentos que apresentam risco de infecção hospitalar e possibilitem a participação de todos no processo de criação do conhecimento de como diminuir os riscos de infecção hospitalar proporcionando uma assistência segura.

6. REFLETINDO SOBRE A PROPOSTA E APRESENTANDO ALGUMAS RECOMENDAÇÕES

Desenvolver esta proposta e trabalhar com aqueles que efetivamente estão junto do paciente cuidando, fazendo enfermagem, foi muito mais que um desafio. O sentimento de que as idéias, a realidade do assistir em enfermagem se iluminou e apareceu naquilo que realmente é , revelando o conhecimento verdadeiro dessas mulheres e desses homens que escolheram e/ou foram escolhidos para fazer da arte da enfermagem sua profissão, surgiu direcionado conforme o Processo de Normalização.

A experiência vivenciada, através de contato direto e íntimo de todos que realizaram essa **Jornada Participativa**, permitiu o exercício de começar a pensar concretamente e de crescer na capacidade de apreender o verdadeiro. Conhecer o modo próprio de cada um realizar os procedimentos foi reconhecer a singularidade do sujeito único e, portanto, detentor de características só dele, o que se constituiu em um processo de descobertas e de manifestação do potencial encoberto pelas aparências. A técnica, o realizar o procedimento é, pois, segundo Buzzi (1991), uma modalidade da verdade colocando-nos diante de revelações insuspeitas a nossos sentidos. Esta jornada foi uma experiência nova e um grande aprendizado profissional, pois transformou, desde o meu

modo de pensar até a forma de perceber e trabalhar com os profissionais da enfermagem, porque foi sistematicamente pontuando a realidade do processo assistencial de enfermagem.

Não pretendo esgotar o assunto, nem buscar receitas ou soluções definitivas com este estudo. Ficarei satisfeita se o mesmo ajudar a repensar os antigos métodos de elaboração e implantação de normas e rotinas, bem como uma reflexão sobre o processo de trabalho da enfermagem, podendo levar a uma nova compreensão das relações de trabalho, onde a verdade e não somente o útil possa comandar e onde seja reconhecido o direito do trabalhador à cidadania.

O marco conceitual do processo de normalização proposto e utilizado, fundamentado nos princípios teóricos e filosóficos da qualidade e nos vários autores que a têm estudado, possibilitou-me desenvolver um processo que, de fato, se constituiu em um caminhar juntos e os resultados, os conhecimentos criados representam o esforço de todos. Afinal, procurar e encontrar é próprio do homem e é isso que o torna rico em experiências. A dinâmica da qualidade, permitiu, a cada sujeito, oportunidades para utilização de seu potencial, o que foi viabilizado através da educação, enquanto processo dinâmico, participativo, gerador da motivação para a criação. A diversidade dos modos de realizar as técnicas representa a criatividade, a flexibilidade do homem e serve de patamar para as discussões e à criação do novo, ao ser incorporado, refletido e consensado.

O mais belo do **Processo de Normalização** foi possibilitar o aparecimento da realidade. Aparecimento natural, simples que possibilitou o consenso. O consenso surge porque o conhecimento reconhecido de cada um por todos gera proximidade, marcando um encontro não de explicação, mas de mútuo reconhecimento e, conseqüentemente, de mútua compreensão e mútuo respeito. A criação coletiva do saber, do conhecimento novo, faz com que percebamos que estamos juntos.

Assim sendo, o processo de normalização **“Jornada Participativa”** contribuiu para perceber que “a liberdade de expressão do pensamento, idéias ou situações vivenciadas, passa pelo respeito à compreensão moral e ética dos envolvidos, no entender de que deva estar/ ficar bom para ambos os lados(Erdmann, 1995, p.29).” Nesta jornada, as pessoas partem das diferenças para chegar ao consenso. As divergências são o ponto de partida para discussões produtivas e soluções criativas. A idéia de consenso prima pelo trabalho participativo, onde não se disputa nem se distingue autoria.

Cabe, pois, ao enfermeiro, estimular e aderir à idéia do consenso, já que as decisões tomadas por consenso permitem a consideração de várias possibilidades, a combinação de idéias, o crescimento profissional e, como ser humano, a vivência do apoio mútuo, a valorização das diferenças individuais, a socialização de experiências, a construção do conhecimento, o desenvolvimento da sinergia, a unificação de percepções e a definição de objetivos comuns.

Vale, aqui, ressaltar que, respeitando as diferenças individuais, as potencialidades e experiências de cada elemento da equipe de enfermagem, alcançamos o consenso de valores e de atitudes, normalizando procedimentos, transformando-os em padrões de procedimentos de grande importância no CIH. Saliento a importância deste trabalho na administração de serviços/sistema de produção da enfermagem, uma vez que as buscas de aprimoramento deste método estimulam o desenvolvimento da criatividade, formando um círculo virtuoso de melhorias, já que a normalização de padrões é constantemente revista e melhorada para a obtenção de resultados cada vez melhores no CIH.

Ao colocar em prática esta proposta, percebo que, através da normalização de procedimentos de enfermagem pela gerência da melhoria contínua, pode-se chegar a padrões e indicadores que, pela sua flexibilidade, tornem a estrutura organizacional do CIH e da enfermagem mais flexível, por permitir e reconhecer o saber da experiência de cada trabalhador, tendo o enfermeiro como agente facilitador deste processo participativo. Esta jornada de

construção do conhecimento à saúde é um convite à competência, à moral e à humildade.

Finalmente, espero que esta proposta signifique para o enfermeiro a possibilidade de reflexão, de pensar a sua prática e desperte a vontade de procurar o saber que há em cada um. A vontade é poder, pois, em tudo o que busca e faz, busca a sua liberdade, conquista o poder da autonomia, potencializa a independência do seu querer (Buzzi, 1991).

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDT, Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento. **Manual de Treinamento e Desenvolvimento**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1980.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. **Infection Control in the Hospital**. Chicago: Am. Hosp. Assoc., p.13-33, 1970.

AYLIFFE, G.A.J. Nosocomial Infection. The irreducible minimum. **Infect. Control**, v.7, n.2, p. 92-95, 1986.

AZEVEDO, A.C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo: n. 25 p. 64-71, 1991.

_____. O horizonte da gestão de qualidade e os hospitais. Trabalho apresentado no **Seminário de Qualidade em Saúde da USP**. São Paulo, 1992.

BECKER, Fernando. Modelos pedagógicos e modelos epistemológicos. **Rev. Educação e Qualidade**: Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 89-96, jan/jun, 1994.

BRACHMAN, P. S. Nosocomial infections surveillance. **Infection Control Hospital Epidemiol.**, v. 14., n. 4, p. 194-6, 1993.

_____. Epidemiology of nosocomial Infections. In: **Bennett, J.U. & Brachman. P.S. Hospital Infections**. Boston, Toronto: Little, Brown and co., p. 3-16, 1986.

BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Brasília, 1990.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.

- _____. Leis, Decretos, etc. Decreto-lei 3.071 de 01/01/1916, com alterações posteriores. **In: Código Civil**. São Paulo: Saraiva, 1968.
- _____. Leis, Decretos, etc. Decreto-lei 2.848 de 07/12/1940, atualizado pela Lei 7.209 de 11/07/1984. **In: Código Penal -23 ed.** São Paulo: Saraiva, 1985.
- _____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 196. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1983.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Relatório de Atividades, ano 1986**. Projeto de Capacitação de Recursos Humanos para o Controle de Infecção Hospitalar, 1986.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 930. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1992.
- BERWICH, D.M. **Continuous improvement as an ideal in health care**. N.Engl: J. Med., p.53-56, 1989.
- BODERNAVE, Juan. **O que é Participação?** São Paulo: Brasiliense, p.16, 1983.
- BUZZI, ARCÂNGELO R. **Introdução ao Pensar - Ser, o Conhecimento, a Linguagem**. Petrópolis: Vozes, 1991.
- CAMPOS, V.F. **Qualidade Total: Padronização de Empresas**. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1992.
- CAMPOS, V.F. **TQC: Controle da Qualidade Total (No Estilo Japonês)**. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1992.
- CATAPAN, Araci Hack. **O ato pedagógico: uma interação entre sujeito e objeto**. Trabalho apresentado no VI Simpósio Catarinense de Administração da Educação. Chapecó, 1994.
- CROSBY, Philip B. **Qualidade é investimento**. Rio de Janeiro: José Olympio, p. 31, 1992.
- CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral de Administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.

CORADI, C.D. **O Comportamento Humano na Administração de empresas.** São Paulo: Pioneiras, 1985.

COCIN. **Programa Brasileiro de Descentralização das Ações de Controle de Infecção Hospitalar.** In: Revista do Controle de Infecção Hospitalar. Brasília, n.2 p.2-4, 1995.

DEMO, Pedro. **Educação e Qualidade.** Campinas: Papirus, 1994.

DONABEDIAN, A. IN: MEZOMO, J.C. **Qualidade: Lutando pelo melhor.** A Revista dos Hospitais, ano 11, n.4, p.23-26, 1995.

_____. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Med. 1990; 114: 1115:1118.

DRUGG, K.J., ORTIZ,D. **O desafio da educação na qualidade total.** São Paulo:Makron Books, 1994.

DOYLE, R.J., LEE, N.C. **Microles, warfare, religion and human institutons.** Can. J. Microbiol., v.32, p.193-200, 1986.

DEMING, W.E. **Qualidade: A revolução da administração.** Rio de Janeiro: Marques Saraiva, p.130, 1990.

EICKHOFF, T.C. **Nosocomial Infections - a 1980 view: progress, priorities and prognosis.** Am.J.Med., v.70, p.381-8, 1981.

ERDMANN, Alacoque L. **A Complexidade no Cotidiano de um Sistema Organizacional de Cuidados de Enfermagem Hospitalar.** Tese de Doutorado do Curso de Pós -Graduação em Enfermagem , Florianópolis: UFSC p.60-63, 1995.

FREIRE ,Paulo. **Educação como Prática de Liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

FERRAZ, E.M. **Manual de Controle de Infecção em Cirurgia.** São Paulo: Pedagógica e Universitária Ltda, 1982.

FEIGENBAUM, A.V. **Total Quality Control.** New York: McGraw-Hill, 1961.

GELAIN, I. **Deontologia e Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1987.

_____. **A Ética na Enfermagem: Sua história e suas perspectivas.** Texto e Contexto - Enf. - Florianópolis, v.4, n.2, p.9-17, jul-dez-1995.

GOMES, T.C.M. **Infecção Hospitalar à Luz da Ética Médica.** Jornal Brasileiro de Medicina, 64:(5), 57-67, 1993.

HERSEY, P. & BLANCHARD, K.H. **Psicologia para Administradores: A teoria e as técnicas da liderança situacional.** São Paulo: EPU, 1986.

HUGHES, J.M. **Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC PROJECT): Results and infections for the future.** Chemoterapy, 34: p.553-561, 1988.

HALEY, R.W. & GARNER, J.S. **Infection Surveillance and Control programs.** In: Bennett, J.V. & Brachmann, P.S. Hospital Infections. Boston/Toronto: Little, Brown and Co., p.39-50, 1986.

HALEY, R.W. **Snrveillance by objective: a new priority: directed approach to the control of nosocomial infections.** Am. J. Infect. Control. v.13, n°2, p.78-89, 1985.

_____. **Incidence and nature of endemic and epidemic nosocomial infection.** In: Bennett, J.V. & Brachmann, P.S. Hospital Infections. Boston/Toronto: Little, Brown and Co, p.359-374, 1986.

HALEY, R.W. et al. **The Efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections.** In: U.S. hospitals. Am.J. Epidemiol., v.121, n°2, p. 182-205, 1985.

ISHIKAWA, Kaon. **Controle de Qualidade total à maneira japonesa.** Rio de Janeiro: Campos, p.93-94, 1993.

INFECCÃO NOS HOSPITAIS JÁ ATINGE 15,62%. Correio Brasiliense, Brasília, 10 nov. 1994.

JURAN, J.M. **Juran planejando para a qualidade.** São Paulo: Pioneira, p.11, 1990.

LUFT, P.C. **Mini Dicionário Luft.** São Paulo: Ática, Spcione, 1991.

LOPES, A.C. **Consenso.** Enciclopédia Luso Brasileira. Lisboa: Editorial Verbo, v.I, p.180, 1989.

LARROCA, N., MACEDO, G.M. **Garantia de Qualidade: Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe.** Série/ Silos, n°13, OPAS/OMS: pról., 1992.

LEOPARDI, MARIA TEREZA. **A Ética com Fundamento Decisório.** Texto e Contexto Enfer. Florianópolis: UFSC, v.4, n.2., p.23-29, jul-dez. 1995.

- LUNARDI, WILSON D. FILHO. **Parecer sobre a proposta de dissertação**. Florianópolis: UFSC, 1996.
- LUNARDI, VALÉRIA L. **Uma Crítica da Moral da Obediência para Busca de uma Moral Autônoma da Enfermeira**. Texto e Contexto -Enfermagem. Florianópolis:UFSC, v.4, n.2., p.73-92, jul, dez-1995.
- MEZOMO, J.C. **Qualidade: Lutando pelo melhor**. In: A Revista do Hospital. São Paulo: nº 4, p.23-26, 1985.
- MARRA, C.C., et al. **A Qualidade da Assistência de Enfermagem e a Motivação no Trabalho**. In: Enfoque. São Paulo: n. 16, p.90-94, 1988.
- MIRCHAWKA, VICTOR. **Hospital Fui Bem Atendido**. Makron Books, São Paulo, 1994.
- NEVES, ELOÍTA P., GONÇALVES, LÚCIA HISAKO.T. **As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem**. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. 1984, Florianópolis, Anais... Florianópolis: UFSC, Ab., p.210-91, 1984.
- NIPOM. **Núcleo Interdisciplinar da Produção e Marketing. Sistemas de Qualidade**. Florianópolis: UFSC, p.10, 1995.
- OGUISSO, T. & SCHIMDT, M.J. **O enfermeiro e a responsabilidade legal no exercício profissional**. Rev. Paul. Enf., São Paulo: 5:(4), p.170-176, 1985.
- OMS-OPAS. **Primary Health Care**. Alma -Ata. URSS: sep., p.6-12, 1978.
- PATRÍCIO, ZULEICA M. **Educação para Saúde. Um Processo de Interações Cultural-Afetivas Transformando a Vida**. Trabalho apresentado no 47 Congresso Brasileiro de Enfermagem, Goiânia: 1995.
- PALADINI, EDSON P. **Qualidade Total na Prática. Implantação e avaliação de sistemas de qualidade total**. São.Paulo: Atlas,1994
-
- Qualidade no Processo. A qualidade na produção de bens e serviços**. S. Paulo : Atlas, p.114-127, 1995.
- PEREIRA, M.S. & MORIYA, T.M. **Infecção Hospitalar: Estrutura Básica de Vigilância e Controle**. Goiânia: Editora AB, 1994.
- PEREIRA, M.S. **Infecção Hospitalar no Brasil. Um enfoque sobre o seu controle**. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: 1987.

- PISTONO, M.H. **Dimensões da Qualidade e Gestão da Qualidade Total em Organizações Médico-Hospitalares**. Rio de Janeiro: Artes Gráficas Ltda, p. 87, 1995.
- PRADE, S.S. et al. **Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar**. Rev. de Contr. de Infec. Hosp. M.5., ano 2, n. 2., Brasília: Prática Gráfica, p.26-40, 1995.
- _____. **Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares em Hospitais Terciários**. Rev. de Contr. de Infec. Hosp. M.5., ano 2, n.2., Brasília: Prática Gráfica, p.11-23, 1995.
- _____. **Preparo de pesquisadores em Controle de Infecção Hospitalar**. Rev. de Contr. de Infec. Hosp. M.5., ano 2, nº2. Brasília: Prática Gráfica, p.6-10, 1995.
- PICKERING, E. **Novos Métodos na Acreditação de Hospitais**. In: **Garantia de Qualidade: Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe**. Série/ Silos, nº13, OPAS/OMS, p-1, 1992
- PIRES, CELESTINO. **Qualidade**. Enciclopédia Luso Brasileira. Lisboa: Editorial Verbo, v.3, p.510-515, 1989.
- REYBROUK, G. **Hand washing and hand disinfection**. J. Hosp. Infec., v.8, p.5-23, 1986.
- SAVIANI, D. **Educação do Senso Comum a Consciência Filosófica**. São Paulo: Cortez, p.23-29, 1984.
- SAUPE, ROSITA. **Formação do Enfermeiro Cidadão Crítico - Entendimento dos Docentes de Enfermagem**. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis: 1(1) 1-15, 1992.
- STARLING, C.E. & Cols. **Vigilância Epidemiológica das IH na Prática Diária : Ensaios**. Belo Horizonte: Cutiara, p.30-33, 1993.
- STEERE, A.C. & MALLISON, G.F. **Handwashing practices for the prevention of nosocomial infection**. Ann. Intern. Med., v.83, p.683-690, 1975.
- STIER, C.J.N. et al. **Rotinas em Controle de Infecção Hospitalar**. Curitiba: Netsul, 1995.
- SCHEIDT, R. & PRADE, S.S. **Redução das bacteremias hospitalares em terapia intensiva pediátrica pela educação e implantação de medidas**

simples. Tema Livre. Programa da Conferência Nacional em Controle de IH. São Paulo: 1991.

SILVEIRA, J.A.M. **Metodologia para facilitar o Sistema de Avaliação do SUS.** Brasília: Inamps, p.1-25, 1993.

SUS. M.S. **Qualidade e Saúde.** Brasília: Inamps, p.1-4, 1993.

WHITE, F.M.M. **Nosocomial infection control: Scope and implications for healter care.** Am. J. Infect. Control. , v. 9, nº3, p.61-69, 1981.

WILLIAMS, B. **Back to Florence Nightingale and Lawson Tairt.** The Practioner, v.194, p.800-804, 1965.

WENZEL, R.P. **Prevention and Control of Nosocomial Infections.** Baltimore . Williams and Wilkins, 1993.

_____. **The evolving art and science of hospital epidemiology.** J.Infect. Dis., v.153, n. 3, p. 462-470, 1986.

_____, et al. **Identifications of procedure: related nosocomial infections in high risk patients.** Rev. Infec.Dis. v.3, n,4, p. 701-704, 1981.

WEINSTEIN, S.A. **Training needs of the infection. Control practioner: Development of pratice standarts and internship programas.** Am.J. Infec. Control., v.14, nº2, p.68-70, 1986.

ZANON. U. & NEVES, J. **Infecção e Superinfecção.** In: Infecções hospitalares: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Medsi, p.53-56, 1987.

_____.**Sistema Parasito-Ambiente-Hospedeiro.** In: Infecções hospitalares: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Medsi, p.59-63, 1987.

_____ & MORAIS, N.L.A. **Epidemiologia Hospitalar .** In: Infecções hospitalares Prevenção, Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Medsi, p.277-292, 1987.

_____ et al. **Diretrizes para a Organização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.** In: Infecções hospitalares Prevenção, Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Medsi, p.47-55, 1987.