

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
OPÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO DA REGIÃO SUL - REPENSUL
EXPANSÃO POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**A FORMAÇÃO DE UM ELO: UMA PROPOSTA DE ENFERMAGEM
PARA A PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES**

Elaine Drehmer de Almeida Cruz

CURITIBA

1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
OPÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO DA REGIÃO SUL - REPENSUL
EXPANSÃO POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ

**A FORMAÇÃO DE UM ELO: UMA PROPOSTA DE ENFERMAGEM
PARA A PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES**

ORIENTADORA:
Dr^a. Maria Terezinha Carneiro Leão

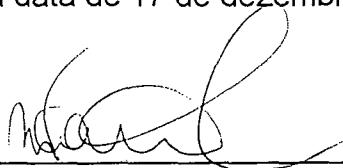
CO-ORIENTADORA:
Prof^a. Msc. Telma Elisa Carraro

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA E UNIVERSIDADE
CONVENIADA: UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE
EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

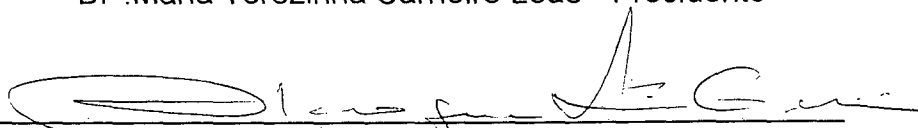
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
OPÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE EXPANSÃO PÓS-GRAD. REGIÃO SUL-REPENSUL
EXPANSÃO POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**A FORMAÇÃO DE UM ELO: UMA PROPOSTA DE ENFERMAGEM
PARA A PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES**

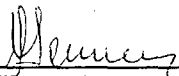
Dissertação submetida à banca examinadora por Elaine Drehmer de Almeida Cruz, sob orientação da Dra. Maria Terezinha Carneiro Leão e co-orientação da Profa. Msc. Telma Elisa Carraro para a obtenção de grau de MESTRE EM ENFERMAGEM. Apresentação e defesa na data de 17 de dezembro de 1996.



Dr^a. Maria Terezinha Carneiro Leão - Presidente



Prof^a Dr^a Alacoque Erdmann Lorenzini - Examinadora



Prof^a Dr^a Milca Severino Pereira - Examinadora

**Até mesmo as mais longas e difíceis trajetórias,
ficam mais breves e fáceis quando feitas em parceria.**

(autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir estar aqui, ter uma família e amigos para compartilhar alegrias e tristezas. Também por acalmar meu coração, me ensinar que o caminho é vencido passo a passo, que nada acontece por acaso e que tudo tem sua razão de ser, embora muitas vezes não compreendamos.

Aos meus pais, Edillo e Elza, agradeço minha formação, as oportunidades oferecidas, o amor e o apoio incondicionais.

Ao meu marido Geraldo e aos meus filhos Cauã e Ian, por fazerem parte de mim e eu de vocês em todos os momentos, e especialmente neste.

Aos meus irmãos Laia e Nico por me ensinarem, através de suas vidas, que nunca é tarde para aprender.

Dr^a Maria Terezinha Carneiro Leão, sua figura foi semelhante a uma estrela-guia desde os meus primeiros passos na prevenção das infecções. Pelo sim, meu muito obrigada.

À professora e mestra Telma Elisa Carraro, mais do que co-orientadora deste trabalho, tem sido um exemplo de força, competência e dignidade. À você, parte ativa neste trabalho, meu agradecimento e carinho.

Às amigas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar o meu abraço pelo abraço constante que recebi neste caminhar. Fico feliz em fazer parte desta equipe!

Ao Hospital de Clínicas da UFPR, minha segunda casa, por me oportunizar a união entre o trabalho e o prazer, o ensino e o aprendizado, o erro e o acerto.

À equipe de saúde da Unidade de Internação onde foi desenvolvida esta prática, por apresentar o desafio e comigo compartilhar a aprendizagem. Em especial à equipe de Enfermagem, ao Fisioterapeuta e ao Psicólogo, o meu agradecimento.

À psicóloga Juçara Cavalcante Magalhães, minha admiração pela profissional que é e meu agradecimento pelas orientações.

À Mara Cristina Maoski e Ademir Antonio Duarte, pelo companheirismo e entusiasmo.

Às colegas do Curso de Mestrado, pelo caminhar solidário e construtivo.

Às professoras Maria de Fátima Mantovani e Gláucia Borges Serafim pela amizade, apoio e incentivo em todos os momentos.

Às professoras do Curso de Mestrado, partilhar seu conhecimento foi bom, melhor ainda a atenção e respeito dispensados.

Às examinadoras pela aceitação, tempo dispensado e contribuições na avaliação deste trabalho.

A todos que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho, meu muito obrigada.

RESUMO

CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida. *A formação de um elo: uma proposta de enfermagem para a prevenção das infecções hospitalares*. Curitiba, 1996. 150f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dr^a Maria Terezinha Carneiro Leão

Co-orientadora: Prof^a Msc. Telma Elisa Carraro

Defesa: 17/12/96

Este estudo, realizado em um Hospital Universitário da cidade de Curitiba, **propõe** o desenvolvimento de um trabalho conjunto entre os profissionais do Serviço de Controle de [Infecção Hospitalar] e de [Enfermagem] de uma unidade de internação, para a prevenção das infecções hospitalares. Foi **motivado** pela relevância destes profissionais no contexto da prevenção de agravos à saúde, especificamente de infecções hospitalares e na necessidade de buscar novas formas de abordagem, frente à falência dos tradicionais e verticais modelos utilizados até então. No decorrer de seu desenvolvimento, envolveu diversos profissionais da equipe de saúde. O **referencial teórico** foi subsidiado pelos escritos de Florence Nightingale. A **metodologia** se baseou no [Planejamento Participativo] e na [Pedagogia da Problematização], conforme estruturados por Juan Diaz Bordenave. O desenvolvimento metodológico abrangeu a reflexão de fatores predisponentes para infecções hospitalares e o planejamento de ações para a prevenção. O estudo **propiciou** o experienciar de uma nova forma de abordagem, formando um elo entre a equipe multidisciplinar de saúde, constituindo-se num referencial para profissionais de saúde interessados no assunto.

ABSTRACT

This study realized in a University Hospital in Curitiba, **suggested** the development of a united work between health care workers on [Infection Control] and [Nursing] of one nursery for the prevention of nosocomial infections. It was **motivated** by the importance of these professionals on the context of prevention of health damage, particularly of nosocomial infections and the necessity of searching for forms of approach, face of the collapse of traditional and vertical models utilized until that time. During his development several health care workers were involved.

The **teoric referencial** was supported by Florence Nightingale writings. The **methodology** was based on the [Participant Planning] and on the [Pedagogy of Problematization], as structured by Juan Diaz Bordenave. The metodologic development enclosed the reflexion about factors predisposing nosocomial infections and the planning of actions to preventions. This study **propiciated** the experiment of a new form of approach, forming a link between the health care team, stablishing a referential to health care workers interested on the subject.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	4
3 REVISÃO DA LITERATURA	5
3.1 A HISTÓRIA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES E SUAS RELAÇÕES COM A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM.....	5
3.2 A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM E A PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES.....	16
3.3 INCIDÊNCIA, CUSTOS E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES.....	22
3.4 ABORDAGENS PEDAGÓGICAS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	29
3.5 ASPECTOS ÉTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES.....	41
4 REFERENCIAL TEÓRICO	51
5 PERCURSO METODOLÓGICO	56
5.1 DO LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA.....	56
5.2 DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA.....	61
5.2.1 PROPOSTA METODOLÓGICA.....	61
5.2.2 IMPLEMENTAÇÃO.....	63
5.2.3 REALIDADE CONTEXTUALIZADA.....	69
5.2.4 OS BASTIDORES DO PROCESSO.....	86
6 ANÁLISE E COMENTÁRIOS SOBRE O VIVENCIADO	90
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
ANEXOS	120
EPÍLOGO	141

1 INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares (IH) são decorrentes de diversos fatores que permeiam a assistência e as condições individuais de cada paciente. Frente a suas repercussões, relacionadas a fatores humanos, econômicos e sociais, o tema tem sido progressivamente discutido no âmbito da sociedade e não somente na área da saúde. Estas discussões propiciam a mobilização de diversos segmentos da sociedade e impõem aos profissionais da saúde e às instituições o cuidar aliado à observação de princípios éticos, legais e técnico-científicos.

Sabidamente a assistência hospitalar é realizada por diferentes profissionais que desempenham diversas formas de assistência, importantes na prevenção, contribuição e/ou determinação das IH, contudo, a nível de formação profissional, não tem sido dada a real importância para o tema, propiciando a alienação quanto a sua dimensão no âmbito do cuidado à saúde.

Aos denominados Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) tem sido delegada a tarefa da sua prevenção. Não estando seus profissionais no dia-a-dia da assistência ou mesmo prestando o cuidado direto ao paciente, fica improvável cumprir esta tarefa sem o estabelecimento de um elo entre este Serviço e os cuidadores.

Muito se tem falado sobre a não adesão dos profissionais às orientações do SCIH; parece simples a ocorrência deste fato frente a não relevância do tema entre as escolas formadoras e ao não envolvimento da equipe assistencial no planejamento das ações de prevenção. Ainda, é importante lembrar que em

algumas profissões da área da saúde a prevenção não se constitui em foco central, sendo relegada a um segundo plano.

A Enfermagem, sendo profissão humanista, cuja assistência é direcionada à saúde e à prevenção, e tendo forte cunho educativo, tem seu espaço e relevância reconhecidos no contexto da prevenção das IH. Sua formação engloba, entre outros, princípios éticos, científicos e técnicos, os quais subsidiam sua prática assistencial. Aliado a isto, são os profissionais de Enfermagem que diariamente, junto ao paciente, prestam o cuidado contínuo e acompanham sua evolução. Assim presentes, inter-relacionam-se com diferentes profissionais da equipe, constituindo-se muitas vezes um elo entre estes. Frente ao conhecimento da filosofia da profissão, aliada à presença cotidiana na assistência e fator de ligação entre os diversos profissionais, fica improvável negar a relevância da Enfermagem enquanto aliada nas ações do SCIH.

Os diferentes profissionais deste Serviço, têm uma prática e um saber especializado e direcionado à prevenção das infecções; a Enfermagem tem a formação e a prática voltadas para o mesmo sentido, associadas à vivência do cotidiano da assistência e suas relações com a equipe e os pacientes. Aliar, no sentido de associar estes saberes, representa um caminho para maior eficácia na prevenção das infecções. A importância desta aliança, associada à falência das tradicionais e verticais formas de abordagem para a prevenção, constituiu-se em desafio e ao mesmo tempo em impulso para realizar, experienciando o desenvolvimento de um trabalho conjunto entre o SCIH e a equipe de Enfermagem visando a prevenção dessas infecções, em uma unidade de internação. Quiçá

contribuir, enquanto vivência do trabalho realizado e abordagem teórica, como subsídio para a atuação desses profissionais, em sua prática assistencial.

A construção de um referencial teórico teve por objetivo elucidar conceitos e pressupostos pessoais, fundamentados nos escritos de Florence Nightingale, de ser humano, enfermagem, ambiente e saúde-doença, e subsidiar o trabalho enquanto prática assistencial de Enfermagem. Para o desenvolvimento metodológico desta proposta, utilizamos as bases do Planejamento Participativo e da Pedagogia da Problematização, conforme estruturados por Bordenave (1989, 199_g), buscando aliar o diálogo, a reflexão e o planejamento como instrumentos de construção da proposta inicial.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Desenvolver um trabalho conjunto envolvendo a Enfermagem e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar para a prevenção das infecções hospitalares em unidade de internação.

Objetivos específicos

Provocar reflexões acerca dos fatores predisponentes para infecções hospitalares presentes no dia-a-dia da assistência.

Planejar ações para a prevenção das infecções hospitalares.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A HISTÓRIA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES E SUAS RELAÇÕES COM A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Nossa sobrevivência enquanto seres humanos depende, entre outros fatores, de como nos cuidamos no cotidiano de nossa existência. Somos seres que vivendo em comunidade relacionamo-nos, trocamos experiências e auxiliamo-nos mutuamente. Desde os primórdios da humanidade vivemos, adoecemos e morremos, tendo como pano de fundo nosso grupo de convívio e nele aperfeiçoamo-nos na arte de cuidar uns dos outros, buscando prolongar o ciclo da vida.

O cuidado, iniciando-se no grupo familiar, tem como figura central a mulher, a mãe que amamenta e cuida de seus filhos e paulatinamente amplia este cuidado a outros membros de sua comunidade, os idosos e os doentes. Nesta atividade, que passa a ocupar outros espaços além do lar, progressivamente surge a necessidade de maior conhecimento e habilidades, além do afeto, preocupação e solidariedade, sedimentados anteriormente na arte de cuidar (Donahue, 1993). A Enfermagem, neste contexto, nasce das necessidades humanas em relação aos cuidados de saúde (Angerami & Correa, 1987) e fortemente associada ao trabalho feminino, marcada por um lado pelo trabalho missionário e por outro pelo trabalho subalterno. Em ambos os casos, uma profissão pouco valorizada socialmente (Melo, 1986; Pereira, 1991).

O caminhar pela história da Enfermagem salienta suas relações com a prevenção de agravos à saúde. A limpeza, a higiene pessoal e a alimentação adequadas estiveram vinculadas ao cuidado à saúde desde as civilizações antigas, provavelmente embasadas na observação e na experiência, uma vez que a bacteriologia era uma ciência desconhecida (Molina, 1973; Donahue, 1993).

O aumento populacional e conseqüente aumento de pessoas doentes gerou a necessidade de locais próprios para o cuidado e desta forma o surgimento, nas diferentes civilizações, dos hoje denominados hospitais. A higiene pessoal, a limpeza e o cuidado com as feridas continuaram a fazer parte do cuidado, nos hospitais da Índia (225 a.C.) e da Grécia (séc.VI a IV a.C.), sendo considerados essenciais na prevenção de doenças (Donahue, 1993).

Com o advento do Cristianismo a Enfermagem passou a ser vinculada a uma forma de caridade, sendo criadas inúmeras ordens monásticas cujo dever primordial era o cuidado ao paciente. A concepção de filantropia permaneceu por muitos séculos não tendo a Enfermagem um caráter profissional, ao contrário da Medicina que com o crescimento das cidades, transformou-se em prática técnico-profissional. Ao final da Idade Média as mudanças sociais influenciaram o modo de vida, o cuidado aos doentes e a posição da Enfermagem. O Renascimento (1400) e a reforma da Igreja (1517) suscitaram uma visão mais realista da vida, sendo os hospitais católicos fechados e os religiosos expulsos. A Enfermagem então passa a ser exercida por pessoas leigas, despreparadas e mal remuneradas (Melo, 1986; Donahue, 1993).

O período de 1550 a 1850 é considerado como o período obscuro da Enfermagem. Os hospitais tornaram-se locais de horror, recrutando entre prostitutas, detentas, analfabetas e ex-pacientes, pessoas para atuar na Enfermagem. A Enfermagem desta época foi personificada por Mrs. Sarah Gamp e Betsy Prig as quais enganavam os pacientes, roubavam sua comida e pertences e eram deliberadamente cruéis (Lira & Bonfim, 1989; Antunes, 1991; Donahue, 1993). O Hotel Dieu em Paris é um exemplo clássico da assistência àquela época; as condições de higiene eram precárias e a quantidade de leitos não atendia à demanda de pacientes. Haviam de 2 a 3 mil pacientes para mil leitos, em época de epidemias o número de pacientes chegava a 7 mil. As feridas eram lavadas com esponja que passava de paciente a paciente e a mortalidade após amputações era de aproximadamente 60%. A febre puerperal matava 19 em 20 puérperas em época de epidemia (La Force, 1993).

Paralelamente a este panorama, o Renascimento suscitou o método científico na Medicina, melhor conhecimento da anatomia humana, desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e avanços na farmacologia. Por outro lado o pequeno número de profissionais de Enfermagem, a deficiência técnica, a falta de higiene e os agravos à saúde eram uma constante (Donahue, 1993). Atribuía-se como causa da ocorrência de infecções nos hospitais, o ar (teoria miasmática) e a roupa dos profissionais (teoria contagionista).

Oliver Holmes (1809-1894) considerava o médico como veículo de contaminação e a febre puerperal, endêmica àquela época, como um ato criminal e não uma casualidade, tendo publicado seus escritos em 1829. Cinco anos mais

tarde Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) iniciou em Viena uma investigação onde realizou estudos retrospectivos e prospectivos sobre a febre puerperal, onde concluiu que sua incidência e alta mortalidade tinham como fonte as mãos de médicos e estudantes, as quais continham substâncias orgânicas em decomposição, adquiridas nas salas de necropsia. Estabeleceu a lavagem das mãos com solução clorada após as aulas e antes do atendimento às pacientes, reduzindo as taxas de infecção a taxas semelhantes as das enfermarias onde as puérperas eram atendidas por parteiras. Seus estudos foram publicados no livro "Causa, Conceito e Profilaxia das Infecções Puerperais". Para Meers, Jacobsen & Mc Pherson (1994) Semmelweis foi um pobre comunicador, pois apesar de demonstrar a redução das taxas de infecção e mortalidade, associada a implementação da lavagem das mãos, sua teoria não foi aceita de forma ampla e contínua, contudo, a iniciativa na investigação e seus resultados consagraram-no como o precursor da prevenção das infecções hospitalares (IH) cerca de um século após seus estudos. Contemporaneamente a Holmes e Semmelweis, Young Simpson (1811-1870), professor universitário, publicou um trabalho onde comparava as taxas de mortalidade após amputações em hospitais e fora deles, instituindo o termo "hospitalismo" para referir-se aos riscos inerentes à assistência hospitalar (Suassuna; Lesky, 198_; Petrillo, Kuplich & Wagner, 1990; Donahue; La Force, 1993).

Joseph Lister (1827-1912) preconizou o uso de anti-sépticos para a prevenção de infecções, embasado em estudos realizados no tratamento de feridas. O uso foi indicado para as mãos e materiais cirúrgicos, e seus ensinamentos

contribuíram de forma importante para a redução de complicações pós-operatórias. Influenciado por Lister, Gustav Adolf Neuber (1850-1932), cirurgião em Kiev, abriu o caminho para a assepsia nas salas cirúrgicas, enfatizando a importância do ar puro, limpeza de paredes e pisos, e a separação dos pacientes conforme a origem infecciosa ou não das doenças (Lesky, 198_). Em 1889 utilizou-se pela primeira vez luvas cirúrgicas, tendo como objetivo inicial a proteção das mãos devido a processo alérgico e posteriormente, visando assepsia (La Force, 1993).

Nesta época de novos avanços na Medicina, a Enfermagem ainda era deficiente em quantidade e qualificação. A Enfermeira realizava as tarefas de limpeza e posteriormente prestava cuidados aos pacientes. Aqueles que tinham condições de recompensá-la recebiam mais atenção, os demais sucumbiam aguardando o cuidado (Brown, 1993). Um dos fatores mais importantes para um novo conceito e postura da Enfermagem foi a criação, em 1836, do Instituto das Diaconisas de Kaiserswerth, na Alemanha, pelo pastor Theodor Fliedner (1800-1864). Este Instituto, uma réplica do modelo monástico, oferecia formação em Enfermagem através da experiência prática nos diferentes serviços a nível hospitalar e domiciliar, ensino teórico do cuidado ao doente, ética, doutrina religiosa e farmácia. Influenciou diretamente a formação profissional de Florence Nightingale (Donahue, 1993), a precursora da Enfermagem moderna.

Nightingale (1820-1910), pertencente a família nobre, teve formação semelhante aos homens de sua época. Estudou literatura, filosofia, história, religião, economia, política e ciências, além de dominar diversos idiomas. Desde cedo desejava dedicar-se à Enfermagem. Durante suas viagens teve contato com a

Enfermagem através de várias ordens religiosas, tendo passado quinze dias em Kaiserswerth onde retornou em 1847 para um curso de 3 meses. Estudou também em Paris com as irmãs de caridade na Casa da Providência e ao retornar, após contatos políticos, foi designada para atuar na Guerra da Criméia (Paixão, 1979; Lira & Bonim, 1989; Brown; Donahue, 1993).

Chegou à base militar de Scutari em 1854 juntamente com 38 mulheres sob seu comando. O hospital militar, com capacidade para 1700 pacientes, abrigava entre 3 e 4 mil, numa seqüência de sete quilômetros de camas. Scutari era o retrato da maioria dos hospitais daquela época, não havia água, sabão, toalhas ou comida e utensílios limpos, tampouco material médico-cirúrgico. O lixo e a sujeira misturavam-se aos feridos e o índice de mortalidade era de 42,7%. Superando as dificuldades encontradas, acrescidas ao fato de ser mulher e não militar, Nightingale limpou, organizou e humanizou Scutari. Criou cozinhas, lavanderias, refeitórios com música e salas de leitura. Treinou Enfermeiras em limpeza e desinfecção, reduzindo para 2,2% a taxa de mortalidade em seis meses de trabalho. Posteriormente a Scutari, atuou em outros dois hospitais na Criméia (Thoward, 1976; Paixão, 1979; Lira & Bonfim, 1989; Brown; Donahue, 1993).

Retornou à Inglaterra em 1856 onde recebeu o reconhecimento por seu trabalho e auxílio financeiro do governo inglês. Com estes recursos instituiu a Fundação Nightingale que mais tarde se transformou numa escola de formação de Enfermeiras de saúde pública, hospitalares e professoras, com um programa teórico de um ano, seguido de um programa prático de 2 anos. Atuou ativamente nas questões relativas à saúde, eficácia e administração hospitalar no exército britânico

onde através de argumentos estatísticos, conseguiu após 5 anos de luta, melhorar o cuidado inclusive através da construção de hospitais seguindo diretrizes sanitárias. Realizou estudos sobre o planejamento e administração de hospitais, elaborou nomenclatura padrão para doenças e preconizou um modelo de estatística hospitalar (Thoward, 1976; Paixão, 1979; Lira & Bonfim, 1989; Brown; Donahue, 1993).

Em 1859 publicou o livro *Notas sobre Enfermagem*, o qual reflete suas crenças tendo por base a prevenção de doenças adicionais, a promoção da saúde e bem-estar para aqueles que estão doentes, recomendando enfaticamente os cuidados com o ambiente, limpeza, aeração, iluminação e aquecimento, entre outros. O padrão Nightingale serviu de modelo para outras escolas, propagou uma nova filosofia de Enfermagem elevando-a da degradação a uma profissão respeitável (Paixão, 1979; Lira & Bonfim; Nightingale, 1989; Donahue, 1993).

Nightingale possuía a convicção de que água, comida saudável e limpeza podiam reduzir as taxas de mortalidade e sugeriu com muita clareza a relação entre as condições sanitárias e as complicações pós-operatórias. Juntamente com o estatístico Willian Farr demonstrou a relação entre as condições de higiene, as complicações pós-operatórias e as altas taxas de mortalidade. Seu trabalho é provavelmente a primeira referência à vigilância epidemiológica realizada por Enfermeira (La Force, 1993) e um dos primeiros trabalhos no âmbito das infecções hospitalares.

A criação da Cruz Vermelha Internacional também contribuiu para a reforma na Enfermagem. Em 1864, na convenção de Genebra, firmaram-se

princípios de tratamento e proteção a feridos em guerra (Molina, 1973; Donahue, 1993).

A Enfermagem nas Américas no período pré-Nightingale não se diferenciava da Europa, era precária e exercida por pessoas despreparadas. Durante a guerra da Secessão (1861-1865) a sepsis e a gangrena eram complicações comuns e a Enfermagem novamente esteve envolvida com o exército e a guerra na pessoa de Dorothea Lynde Dix. À época ficou estabelecido a proporção de uma enfermeira para a assistência a cada 10 pacientes. Paralelamente, o trabalho e ideologia de Clara Barton (1821-1912) durante esta guerra, constituíram as bases para a criação da Cruz Vermelha Americana, em 1881. As experiências durante a guerra da Secessão expuseram a necessidade de escolas para a formação de enfermeiras, sendo criadas a partir de 1863 (Donahue, 1993).

No Brasil, as Santas Casas de Misericórdia foram os primeiros hospitais do país, sendo a primeira fundada em 1543 na Vila de Santos. Os Jesuítas e pessoas por eles treinadas foram provavelmente a primeira força de trabalho da Enfermagem. Em 1890 foi criada a primeira escola de Enfermagem, contudo somente em 1921 o sistema Nightingale foi implantado no Brasil por iniciativa do professor Carlos Chagas, em convênio com a Fundação Rockefeller; a formação de Enfermeiras buscava atender a questão sanitária da época. A escola denominada Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde, em 1926 passou a se chamar Escola Ana Néri, em homenagem à mulher que atuou durante a Guerra do Paraguai, consagrada como Enfermeira Mãe dos Brasileiros (Molina, 1973; Lira &

Bonfim, 1989). A atuação de Enfermeiras e alunas durante um surto de varíola, em 1923, reduziu de 50% para 15% a taxa de mortalidade em relação às epidemias anteriores (Turkiewicz, 1979).

Na década de 30, o advento da sulfonamida e da penicilina trouxe a ilusão de que os problemas relacionados às infecções estavam solucionados, contudo, após vinte anos, os surtos de IH por estafilococos resistentes à penicilina trouxeram novamente a assertiva de que a prevenção ainda continua sendo a melhor medida (Petrillo, Kuplich & Wagner, 1990; La Force, 1993). Nesta época o Departamento de Saúde da Inglaterra recomendou a instalação de Comissões de Controle de Infecção nos hospitais, sob a responsabilidade de um Médico. Em 1959, no Hospital Torboy, pela primeira vez uma Enfermeira passou a exercer atividades direcionadas para a prevenção dessas infecções (Patterson & Hierholzer, 1992), atualmente em diversos países esta é uma área de especialização na Enfermagem.

Assim como a prevenção das IH assumiu novos rumos e evoluiu, também a Enfermagem passou a buscar maior fundamentação científica. Trabalhos publicados na década de 50 nos EUA representaram o início da sistematização da assistência de Enfermagem sedimentada em teorias, buscando embasar cientificamente a prática assistencial (Angerami & Correia, 1987).

Como preocupação constante por parte dos profissionais e órgãos competentes, tem surgido nas últimas décadas inúmeras iniciativas no sentido de conhecer a realidade das IH, selecionar e divulgar metodologias para seu controle e prevenção. Destacamos aqui os estudos realizados no final da década de 60 e

década de 70 nos Estados Unidos pelos Centros de Controle de Doenças (CDC- *Centers for Disease Control*). Os CDC propuseram em 1969 um Estudo Nacional de Infecções Hospitalares (NNIS-*National Nosocomial Infection Study*), e em 1970 iniciaram o Estudo da Eficácia do Controle das Infecções Hospitalares (SENIC - *Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*) demonstrando ao final de dez anos que a instituição de medidas de controle e vigilância epidemiológica reduzem as taxas de infecção (Emori, Haley & Garner, 1981; CDC; Emori et al., 1991).

A partir de 1986, com base nos resultados e experiências adquiridos no projeto SENIC, propuseram o controle das IH através de uma metodologia de vigilância epidemiológica voltada para unidades hospitalares de maior risco, denominado Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Hospitalares, NNIS - *National Nosocomial Infection Surveillance System* (Emori, Haley & Garner, 1981; CDC; Emori et al., 1991).

No Brasil iniciativas isoladas para o controle dessas infecções foram observadas a partir da década de 70, contudo somente com a morte do presidente da República Tancredo Neves, relacionada a uma IH é que a nível governamental, através do Ministério da Saúde, iniciou-se um programa de treinamento para profissionais da saúde, embasado na portaria Ministerial N° 196 de 24 de junho de 1983. Em 1992 a referida Portaria foi revogada sendo substituída pela Portaria N° 930, a qual incluiu aspectos a nível de organização do programa de controle e vigilância epidemiológica (Brasil, 1983; 1992).

No Estado do Paraná em janeiro de 1992, a Secretaria Estadual de Saúde ratificou a legislação federal vigente, estabelecendo a obrigatoriedade de

Comissões de Controle de IH nos hospitais do Estado (Paraná, 1992). Esta ação deu continuidade às atividades da Comissão Estadual, das Sub-Comissões Regionais e do Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (Paraná, 1991a,b), criados em 1991, os quais tinham por objetivos a discussão e o encaminhamento de questões relacionadas a estas infecções, proposição de medidas de controle, avaliação de critérios mínimos de prevenção nos hospitais do Estado, bem como o estabelecimento de um sistema de vigilância epidemiológica. Dentre os critérios mínimos estabelecidos, os hospitais deveriam ter uma Enfermeira atuando no controle das IH, numa proporção de oito horas diárias para cada 200 leitos (Paraná, 1992), padrão semelhante havia sido preconizado anteriormente pelo projeto SENIC nos Estados Unidos, que estabeleceu uma Enfermeira para cada 250 leitos (Haley, 1986).

Diferentes fatores, entre eles as transformações sócio-econômico-culturais e políticas, o desenvolvimento das ciências, as tendências tecnológicas, as novas dimensões da educação, vêm influenciando a Enfermagem durante a sua história (Angerami & Correia, 1987).

Inúmeras contribuições e avanços tecnológicos continuam a ser implantados na assistência aos pacientes, mas paralelamente oferecem certos riscos, entre eles as IH. A implementação de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, na assistência multiprofissional, além de proporcionar uma maior sobrevida a pacientes idosos e portadores de patologias crônico-degenerativas, também incorrem em maior risco de infecção. Desta forma os pacientes imunocomprometidos, seja pelos procedimentos realizados, seja por suas condições

intrínsecas, estão sujeitos a um ambiente insalubre que é o ambiente hospitalar e cuja microbiota caracteriza-se por multirresistência.

O paciente durante sua permanência no hospital é manipulado, colonizado e freqüentemente infectado. O uso abusivo de antimicrobianos, a longa permanência no hospital, o emprego de germicidas de forma indiscriminada em detrimento da higiene básica, o despreparo dos profissionais da saúde, a baixa adesão às medidas de prevenção são igualmente alguns dos fatores contribuintes para a ocorrência dessas infecções. O apogeu do desenvolvimento tecnológico deixa transparecer por vezes o descompasso dos profissionais, expondo muitas vezes os pacientes a um risco desnecessário.

A Enfermagem tem um papel de destaque na prevenção de agravos à saúde, entre estes, as infecções hospitalares. Neste contexto, a Enfermeira é reconhecida como um profissional indispensável num trabalho de controle sobre as ações lideradas historicamente pelo Médico (Lacerda, Jouclas & Egry, 1996).

3.2 A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM E A PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

À medida que a Enfermagem desenvolve e amplia continuamente um corpo de conhecimentos científicos e filosóficos, amplia igualmente as possibilidades de atuação prática (Madureira, 1993). Direciona seu saber e sua prática para o ser humano, buscando continuamente a melhoria da qualidade na

assistência e com ela a promoção do seu bem-estar. Acompanhando a evolução da ciência, fundamentando-se teoricamente e tendo como essência da profissão o cuidado humanista, está fortalecendo-se enquanto profissão e conquistando novos campos de atuação com competência e sabedoria.

A Enfermeira atua hoje em áreas antes não exploradas ou ainda relevadas com o passar dos anos. Tem sua atuação na indústria e comércio, no ensino, nas instituições de saúde e em outros grupos que têm como um dos objetivos a saúde do ser humano. Na assistência a nível hospitalar, restrita anteriormente ao cuidado direto ao ser humano hospitalizado, ocupa hoje outros espaços, entre eles, em serviços de apoio como lavanderia, limpeza hospitalar, compras, diagnóstico, controle de infecção, programas de educação continuada e pesquisa.

Tem demonstrado sua capacidade e habilidade assistencial, administrativa e educativa, sendo suas atividades voltadas para o planejamento, organização, assistência, desenvolvimento do processo de Enfermagem e educação em saúde. Destacando-se como importante elemento na melhoria da qualidade da assistência (Malta, 1994).

A promoção da saúde, a redução do risco e da iatrogenia e a prevenção de doenças fazem parte da assistência de Enfermagem e da melhoria da qualidade. A Enfermagem científica tem como marco inicial a assistência criteriosa e humana de Florence Nightingale, cujos princípios fundamentam a Enfermagem como profissão humanista. Seus escritos estruturaram pela primeira vez conceitos básicos para a profissão e embasam teorias de Enfermagem na atualidade (Carraro,

1994). Concordamos com Torres (1993) quando coloca que suas idéias são perfeitamente adequadas à atualidade e que lamentavelmente alguns de seus ensinamentos, não estão ainda incorporados na prática assistencial.

Ainda assim, a partir de Nightingale “a Enfermagem tem demonstrado uma capacidade intensa para seu próprio desenvolvimento, contribuindo significativamente para o avanço técnico-científico da atenção à saúde, transformando-se de uma categoria ocupacional em uma profissional, cuja competência vem ampliando-se em todos os níveis e espaços assistenciais, educacionais e de investigação” (Cianciarullo, 1994, p.111).

Para Santos (1996) é evidente a importância da prática assistencial da Enfermagem na prevenção, sobretudo na área hospitalar, destacando o papel da Enfermeira no controle e prevenção das IH.

A prevenção das infecções não é uma nova responsabilidade para a este profissional embora nos últimos anos tenha se constituído em uma área de especialização. Sua atuação enquanto especialista está estabelecida em diversos países e sua relevância consolidada e reiterada na literatura (Moraes, Baptista & Aguiar, 1982; Haley, 1992; Ayliffe, Coilins & Taylor; Ponce de Leon Rosales & Frausto, 1993; Howard & Casewell; Pugliese & Kroc, 1996). Isto deve-se à sua formação profissional e características de sua prática assistencial.

A Enfermeira além do conhecimento técnico científico direcionado para a prevenção de agravos e promoção da saúde do ser humano, é um elemento de articulação entre o serviço de controle de infecção e os diversos serviços com ele envolvidos. A denominação Enfermeira de controle de infecção hospitalar tem sido

substituída por Enfermeira de controle de infecção. Este fato se deve às atividades que extrapolam o controle das infecções hospitalares e expandem-se a outras áreas, como por exemplo a prevenção do risco ocupacional.

Algumas qualificações são importantes para o desempenho profissional nesta área de especialização. A habilidade de comunicação e articulação com a clientela, entendida como equipe de saúde, pacientes, direção e fornecedores, é qualificação fundamental uma vez que o contato é parte integrante do cotidiano de suas atividades. A experiência na área de atendimento à saúde e o conhecimento técnico-científico em áreas como a microbiologia, epidemiologia, infectologia e pedagogia são essenciais à fundamentação de sua prática. O interesse pelo estudo e pela pesquisa são importantes por tratar-se de uma área que exige constante atualização na busca de oferecer maior qualidade com menores riscos e custos na assistência. Por tratar-se de uma atividade independente e ao mesmo tempo atrelada à clientela, a Enfermeira de controle de infecção necessita desenvolver a capacidade de iniciativa e autogestão paralelamente à habilidade de trabalhar em grupo (Lacerda, 1988; Pereira, Moriya & Gir; Ponce de Leon Rosales & Frausto, 1993; Foster, 1996).

Dentro deste rol de qualificações, diferentes atividades de planejamento e operacionalização são desenvolvidas, caracterizando-as como assistência de Enfermagem. As principais atividades são as educativas, as de vigilância epidemiológica, investigação de situações de risco, e atividades de consultoria e pesquisa que contribuam para a prevenção, sendo que as atividades de vigilância epidemiológica e a educação merecem lugar de destaque.

Para Almeida & Starling (1993) a vigilância epidemiológica constitui-se num sistema de informações que tem como principais objetivos o conhecimento do perfil epidemiológico das infecções hospitalares, a identificação precoce de surtos e a fundamentação para as ações de educação. Desta forma a vigilância epidemiológica subsidia o planejamento, implementação e avaliação de medidas de controle e prevenção. Com base em informações consistentes e fidedignas, o planejamento será mais adequado à realidade e as medidas terão mais crédito junto à equipe de saúde. O perfil epidemiológico é traçado quantitativamente através da coleta e análise das informações, contudo, para que seja completo, além dos dados numéricos, são relevantes as informações obtidas através da equipe de saúde, do perfil dos pacientes e da observação dos cuidados prestados.

O planejamento de medidas preventivas deve ser estabelecido de forma participativa e estas medidas requerem factibilidade, entendimento e envolvimento da equipe de saúde, além do ajuste aos recursos materiais e humanos existentes.

Ações de prevenção das IH podem ser atingidas através de diferentes estratégias e através dos diferentes profissionais da equipe de saúde. Investir na Enfermagem poderia ser justificado pela simples força de trabalho que representa na saúde e de forma particular, nos hospitais. Afora sua representatividade em número, são estes os profissionais que diuturnamente planejam, supervisionam e prestam assistência aos pacientes. Vivenciam o cotidiano das relações com e dos pacientes, com e da equipe de saúde, com e do ambiente hospitalar. Concordamos com Ponce de Leon Rosales & Frausto (1993) quando consideram a equipe de

Enfermagem o grupo mais receptivo e entusiasta em adotar medidas de controle, dentre os profissionais da saúde.

Embora a literatura saliente a importante contribuição da Enfermeira de controle de infecção na prevenção, é importante ressaltar a contribuição ímpar da Enfermeira assistencial e da Enfermagem enquanto equipe, para o alcance deste objetivo. Prestando assistência ao paciente, interagindo continuamente com a equipe de saúde e permanecendo na unidade no cotidiano, são estes os profissionais que mais têm subsídios para identificar os pontos relevantes a serem abordados. Seu papel é fundamental na implantação de medidas, incentivo à equipe de saúde e manutenção de condições favoráveis à recuperação do paciente. Se por um lado a Enfermeira de CIH possui o conhecimento teórico especializado nesta área e a possibilidade de articulação com os diferentes profissionais da instituição, por outro a Enfermagem trabalha diretamente com a equipe de saúde e com os pacientes, constituindo-se em elemento-chave para a promoção da prevenção.

É necessário uma atuação conjunta e sincronizada entre a Enfermeira de controle de infecção, a Enfermeira assistencial e a equipe de saúde. Segundo Gibson, citado por Santos (1996), a Enfermagem é parte vital da atenção à saúde, prestando o cuidado contínuo e talvez mais íntimo do que qualquer profissional da saúde, o que oferece privilégios e responsabilidades.

3.3 INCIDÊNCIA, CUSTOS E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

As infecções hospitalares passaram a fazer parte do cotidiano da assistência a partir da implantação de medidas destinadas ao tratamento de seres humanos e implementação de procedimentos terapêuticos e diagnósticos progressivamente mais invasivos. Constituem um grande problema de saúde pública e um sério problema para pacientes, familiares, equipe de saúde e instituições. O direito à saúde com qualidade, o desenvolvimento do exercício de cidadania, a divulgação do tema em veículos de comunicação de massa, habitualmente associado a tragédias, e o crescente número de ações legais sobre profissionais e instituições de saúde demandaram maior engajamento das instituições de saúde e dos profissionais na busca de sua prevenção.

No contexto da ética, a prevenção das IH demanda das instituições de saúde um efetivo programa de vigilância epidemiológica e educação continuada, tendo como meta a redução de sua incidência e gravidade (Ferraz, 1990; Haley et al., 1992; Neves, 1995a).

Segundo a Portaria Ministerial N° 930, de 27 de agosto de 1992, “infecção hospitalar é qualquer infecção adquirida após a hospitalização e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (Brasil, 1992). A

referida Portaria estabelece ainda princípios e critérios gerais para o seu diagnóstico.

Os Centros de Controle de Doenças (CDC), órgão internacionalmente reconhecido pelos estudos científicos realizados em prol da prevenção e controle dessas infecções nos Estados Unidos, desenvolveu e publicou em 1988 um grupo de definições e critérios para seu diagnóstico, baseados em estudos realizados e na experiência adquirida (Garner et al., 1988). Em 1992 publicaram uma revisão em relação aos critérios para definição de infecções cirúrgicas (Horan et al., 1992).

Nos Estados Unidos estima-se que 5% dos pacientes internados adquirem algum tipo de IH (CDC, 1992). Em 1982, de acordo com o índice de mortalidade daquele país, as IH ocuparam o quarto lugar como causa de óbitos, antecedidas somente pelas doenças cardíacas, câncer e doenças vasculares (Haley, 1986).

As quatro IH mais freqüentes são as do trato urinário, cirúrgicas, respiratórias e sepsis (CDC, 1991). Em estudo realizado pelo CDC acerca de pacientes cirúrgicos nos EUA, no período de janeiro de 1986 a junho de 1992, foram notificados 52.388 casos de IH em 42.509 pacientes, dessas, 37% foram de sítio cirúrgico, 27% do trato urinário, 15% pneumonias, 7% sepsis primária e 15% de outras topografias (Horan et al., 1993).

No Brasil, alguns estudos têm sido publicados acerca da incidência dessas infecções. Ferraz & colaboradores (1985) referem incidências entre 6.9 e 15.2%, dentre essas, as infecções cirúrgicas foram responsáveis por percentuais de

4.3 a 20.1%, em estudo prospectivo realizado num período de dezesseis anos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Pereira (1987) observou taxas de 6 a 18% segundo pesquisa junto a Comissões de Controle de Infecção Hospitalar de hospitais brasileiros. Rezende (1994) observou taxas entre 4.6 a 27.3% em estudo de prevalência realizado entre os hospitais da rede hospitalar de Belo Horizonte.

Contudo, um estudo da magnitude do problema no país fazia-se necessário, o qual foi realizado pelo Ministério da Saúde em 1994 (Prade et al., 1995). Este estudo de prevalência, abrangeu 99 hospitais terciários onde foram pesquisados 8.624 pacientes internados há mais de 24 horas. Destes, 1129 (13%) apresentaram IH com uma média de 1,18 infecções por paciente. As topografias foram as do trato respiratório inferior (28.9%), seguidas pelas infecções cirúrgicas (15.6%), de pele (15.5%), urinária (11%), sangue (10%) e outras (18%). Algumas referências utilizadas neste estudo, estimam uma incidência média de 8% e prevalência média de 10%, segundo revisão realizada por Prade & colaboradores (1995). A pesquisa também evidenciou o uso abusivo de antibióticos e a falta de apoio microbiológico acerca do tratamento e diagnóstico.

Como consequência as IH podem determinar o aumento do tempo de permanência no hospital, sofrimento e seqüelas físicas e emocionais, prejuízos na produção social, mortalidade e aumento de custos financeiro diretos e indiretos para o paciente, família, instituições e sociedade. A interferência na qualidade e rotina de vida do paciente e suas inter-relações com sua comunidade podem variar de acordo com a gravidade da infecção, momento de vida e resposta individual de cada um. A

avaliação da real dimensão das conseqüências dessa problemática não é uma tarefa simples. Dentre a sua complexidade, as conseqüências mais fáceis de serem avaliadas são as de ordem financeira, onde igualmente os estudos são mais freqüentes.

Os custos financeiros variam de acordo com a topografia das infecções, sua incidência, e custos dos serviços de saúde, variando de U\$382 a 1833 por IH segundo estudos realizados na Costa Rica e Estados Unidos, respectivamente (Nettleman, 1993). As infecções cirúrgicas, pneumonias e sepsis são as que representam maior custo financeiro (Daschner, 1989). Os produtos médico-hospitalares, o prolongamento do tempo de hospitalização em cerca de quatro dias e o tempo consumido pelos procedimentos médicos e de enfermagem são os principais responsáveis pelo aumento de custos em relação à assistência ao paciente (Ayliffe, Collins & Taylor, 1993). Em relação às infecções cirúrgicas é estimada uma permanência extra de dez dias a um custo de U\$ 200 ao dia (Cruse & Foord, 1980).

No Brasil, conforme estudo realizado, a média de permanência de pacientes com IH foi de 21.7 dias contra 12 dias em pacientes sem IH, devendo-se considerar contudo, que o prolongamento da hospitalização tem como coadjuvante a gravidade da doença de base (Prade et al., 1995). Em relação aos custos Ferraz (1984), partindo de uma incidência média de 15% e utilizando o número de admissões hospitalares no país no ano de 1980, estimou 1.700.000 casos de IH a um custo de Cr\$ 250.000 por infecção. Assim projetada, a despesa anual seria de Cr\$ 450.000.000.000 ou 1,2 bilhões de dólares. Na Alemanha estima-se um gasto

anual de 500 milhões a um bilhão de marcos alemães (Daschner, 1984). Nos Estados Unidos os custos anuais alcança cifras de 4 bilhões de dólares (Haley, 1986).

Em termos de mortalidade, em 1984, estimou-se que nos Estados Unidos 0,7% das IH causaram a morte e 3,1% contribuíram para esta ocorrência, estando os procedimentos invasivos significativamente relacionados com o aumento dessas infecções e conseqüente mortalidade (Ferraz, 1994). O autor salienta que 47% dos óbitos que ocorrem nos serviços cirúrgicos estão associados a estas infecções. Outro estudo demonstrou que a mortalidade associada a IH em pacientes cirúrgicos depende da topografia da infecção, variando de 22 a 89% nas infecções urinárias e cirúrgicas, respectivamente (Horan et al., 1993).

Sob o aspecto financeiro, embora a ênfase seja direcionadas aos custos das instituições de saúde, não podemos esquecer que a sociedade, ou seja, nós financiamos estes custos. Para Ponce de Leon, citado por Santos (1996), para se minimizar o problema na América Latina, onde além da morbidade e mortalidade, representam gastos econômicos, é necessário reconhecer a importância do problema, melhorar os cuidados hospitalares através da ação governamental, ensinar a importância da comissão do controle das IH no início da formação do pessoal médico e aumentar a consciência da população para seus riscos. A nível internacional o autor coloca como estratégias, ainda segundo Santos (1996), o estabelecimento de um programa mundial sobre IH, a inclusão de cursos regulares sobre o assunto nas escolas de Medicina e Enfermagem e ainda, o apoio a

treinamentos e programas de pesquisa nos países em desenvolvimento, enfocando necessidades regionais.

A prevenção, além da economia, representa também uma redução nos custos não mensuráveis. Estes, como a própria palavra explicita, embora difíceis de quantificar, representam sofrimento e perda e portanto sua avaliação é complexa. O sofrimento advém da dor física, do afastamento do âmbito social, da vivência de outras situações de sofrimento no ambiente hospitalar, da insegurança frente ao presente e ao futuro, e de tantas outras facetas que somente cada envolvido poderia pontuar integralmente. Dentre as perdas, talvez a maior seja a morte. Burgardt (1996) coloca que embora seja possível medir a quantidade de mortes, é difícil defini-la quando conseqüência de falha ou erro no cuidado de saúde. Concordamos com Wakefield (1993) que são poucos os estudos realizados a este respeito e constituem-se em amplo campo para pesquisa.

O sofrimento para a equipe de saúde, embora não muito discutido, se faz presente através do sentimento de culpa, impotência e revolta que muitas vezes permeiam o cotidiano desses profissionais.

Para Wenzel (1995), necessitamos sim avaliar os custos financeiros sem contudo, permitir que comandem as ações a nível institucional. Não podemos subestimar o que cada infecção representa para cada ser humano individualmente.

A nível institucional, efetivos programas de controle podem reduzir as taxas de IH em cerca de 30% (Haley et al., 1985), isto representa não somente economia como também a redução do sofrimento. Os profissionais de controle de infecção têm como pressuposto serem facilitadores na prevenção e redução de

riscos através de ações de vigilância epidemiológica, controle e educação continuada (Ayliffe, Coilins & Taylor, 1993; Philpott-Howard & Casewell, 1996). Estes profissionais passaram a ocupar um espaço cada vez maior e definido nas instituições de saúde e a implementar ações de controle, vivenciando na prática assistencial a importância do trabalho conjunto com a equipe de saúde, sobretudo da Enfermagem e Medicina.

No cotidiano de sua prática assistencial, talvez o principal desafio seja a adesão dos profissionais às medidas de prevenção planejadas e propostas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). A mudança invariavelmente causa resistência, contudo, na área de controle de infecções ela é vital para atualização e acompanhamento de novas tendências, assim os profissionais de controle de infecção necessitam lançar mão de diferentes estratégias e novas formas de abordagem (Haley, 1992; Neves, 1995a; Foster, 1996).

A educação, essencial nos programas de controle de infecção, embora não seja uma nova estratégia, necessita ser abordada de uma forma que liberte os profissionais e não os mantenha submissos aos profissionais de controle de infecção. Os modelos atualmente empregados nos processos educativos com a equipe de saúde, buscam repassar informações e normas a serem seguidas. Contudo, mostram-se insuficientes, sendo necessário novas abordagens pedagógicas para acompanhar a evolução do homem e dos processos de aprendizagem.

Enquanto profissionais da saúde, trabalhando com pessoas e tendo como ferramenta de nosso trabalho a educação, necessitamos rever nossos processos de trabalho.

3.4 ABORDAGENS PEDAGÓGICAS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Não há como falar em prevenção das IH e como tal, busca da qualidade, sem abordar a educação. Segundo Demo (1994) não há como chegar à qualidade sem a educação, também não será educação aquela que não se destinar a formar sujeitos históricos e críticos.

A educação ou prática educativa é um fenômeno social, universal e típico da natureza humana (Libaneo, 1991; Freire, 1993; Saviani, 1994). É através da prática educativa que os indivíduos tornam-se aptos a atuar na sociedade e transformá-la em função de necessidades econômicas, sociais e políticas da coletividade. As influências do contexto social e do meio ambiente sobre o indivíduo constituem-se na educação não-intencional pois, embora não organizadas, influenciam a formação humana independente de sua vontade. A educação intencional possui uma finalidade, uma intencionalidade com objetivos definidos. Em ambas as formas, o processo educativo está atrelado à sociedade e à sua dimensão política, econômica e cultural, sendo portanto necessário ser dinâmico como dinâmicos são os processos sociais (Libaneo, 1991).

Freire (1993) coloca que toda situação educativa implica na presença de sujeitos, o que ensinando aprende (educador) e o que aprendendo ensina (educando). Igualmente implica na existência de conteúdos e objetivos mediatos e imediatos a que se destina a prática educativa e ainda os meios através dos quais o processo educativo se realizará. Estes meios, para o autor, devem ser coerentes com os objetivos, a opção política, a utopia e o sonho do qual o projeto está impregnado. Os processos educativos, essencialmente os exercidos através da educação intencional, têm por base em sua operacionalização uma concepção da maneira pela qual as pessoas aprendem e a partir de então modificam seu comportamento.

A opção pedagógica reflete as crenças dos educadores em relação ao contexto onde este processo ocorre, seus objetivos e opção filosófica do que é educação e como ela acontece. As diferentes abordagens pedagógicas podem ser agrupadas sob a denominação de Pedagogia Tradicional, Pedagogia Comportamental e Pedagogia Problematizadora, conforme citado por Dyniewicz (1995).

A Pedagogia Tradicional, assim denominada por Saviani (1989), é também denominada Escola Tradicional (Mizukami, 1986), Pedagogia da Transmissão (Bordenave, 1989) e Educação Bancária (Freire, 1983). Nesta opção pedagógica o ensino fundamenta-se na transmissão de conteúdos, sem a busca da dimensão crítica. O educador seleciona os conteúdos e a forma de transmiti-los ao educando, é o detentor do saber e o sujeito do processo. O educando é o objeto da ação do educador, acrítico e ahistórico, recebe os conteúdos de forma vertical e

unidirecional. Fundamenta-se ainda na apreensão dos conteúdos através da memorização individualista e à submissão à figura autoritária do educador. O educando assim "educado" buscará reproduzir este modelo em seu contexto social, impedindo o diálogo, a troca de experiências, a reflexão e a crítica, vitais no contexto das sociedades democráticas e humanistas.

A Pedagogia Comportamental, denominada Pedagogia Tecnicista (Saviani, 1989), Pedagogia do Condicionamento (Bordenave, 1989) ou Escola Comportamentalista (Mizukami, 1986) fundamenta-se nos resultados comportamentais desejáveis a partir de mecanismos de estímulo e recompensa. A educação baseia-se na indução de modos de pensar e agir de acordo com os interesses defendidos, podendo desta forma escravizar ações e pensamentos. Os conteúdos abordados são selecionados de acordo com objetivos mensuráveis e os procedimentos de modo a obter maior grau de produtividade. Seu desenvolvimento ocorre de forma a evitar conflitos e portanto acrítica, passiva, condicionadora e diretiva.

A Pedagogia Problematizadora (Bordenave, 1989) também denominada Dialógica (Freire, 1983, 1987) e Sócio-cultural (Mizukami, 1986), traz em sua essência a participação ativa do educando no processo educativo, sendo o diálogo o principal instrumento para a comunicação. É através da comunicação que a aprendizagem mútua entre educando e educador ocorre, sendo algumas condições essenciais para a adoção desta abordagem pedagógica:

- O educador não é o detentor do saber;
- O educando é um indivíduo histórico e portador de saber;

- Educando e educador são sujeitos do processo educativo;
- O saber não pode ser imposto, deve ser construído;
- A construção do conhecimento se dá de forma participativa, iniciando-se na elaboração do programa educativo e perdurando durante todo o processo;
- O saber é dialético.

A Pedagogia Problematizadora baseia-se na criatividade, na observação e na reflexão acerca da realidade e requer uma postura crítica na busca de alternativas ou mudanças desta realidade, estando portanto comprometida com a transformação social. Esta opção pedagógica propicia o desenvolvimento do educando como agente de transformação e não mero depositário de conhecimentos repassados ou ainda reprodutor de comportamentos desejáveis (Bordenave, 1989).

Para Oliveira, citado por Bordenave (199_e), a interação entre o meio e o sujeito produz modificações mútuas sendo que a modificação no sujeito constitui-se na aprendizagem. A situação-problema gera no sujeito ou grupo a mobilização para a resolução, passando pelo reconhecimento, entendimento, busca e aplicação de medidas.

Ainda para o autor, as bases ideológicas fundamentam-se no pensamento dialético onde a transformação social é produto de uma ação coletiva, e as bases pedagógicas têm no educando o protagonista da educação, no educador o dinamizador e orientador e na realidade a base fundamental da transformação. Em se tratando de educação em saúde, esta opção inicia-se no conhecimento e reconhecimento das necessidades e problemas da comunidade com sua participação ativa, suas causas e busca de soluções.

O encontro do saber popular com o saber do educador propicia mútua construção e ampliação de conhecimentos e exige a adoção do diálogo, do respeito e obviamente da participação popular (Bordenave, 199_f).

Assim sendo, a participação comunitária torna-se o elemento chave na transformação da qualidade de vida e de saúde da população e ampliação do conhecimento, devendo a comunidade ser incentivada a contribuir nas diferentes etapas de abordagens das questões de saúde e planejamento de ações. O profissional de saúde, sendo um educador, necessita compreender a dimensão educativa de sua atividade, cuja opção pedagógica deve ser consoante com a realidade comunitária.

Bronfman & Gleizer (1994) enfatizam os aspectos favoráveis da participação comunitária em saúde, sem contudo deixar de citar possíveis aspectos desfavoráveis; entre esses salientam a possibilidade de ser utilizada como uma forma disfarçada de manipulação e controle de lideranças. Esta abordagem, segundo os autores, depende da forma com que a proposta for discutida, dos objetivos almejados, bem como da forma de participação nas diferentes etapas.

Para Pereira (1993), a educação em saúde dentro da conotação comunitária propicia o não questionamento sobre o papel do Estado em prover condições dignas de vida á população, uma vez que a própria comunidade torna-se responsável para discutir e resolver seus problemas de saúde. Os aspectos favoráveis da participação comunitária dizem respeito à emancipação democrática da sociedade pois propicia seu desenvolvimento crítico, tendo um fim em si mesma, uma maior aceitação, participação e empenho para o êxito dos programas de saúde

por parte da comunidade, e ainda a discussão e transparência dos objetivos destes programas (Bronfman & Gleizer, 1994).

As atuais formas de educação em saúde têm propiciado uma resistência da comunidade aos programas estabelecidos sendo, primordial mudanças nas metodologias de abordagem, passando por uma forma de educação que realmente propicie a participação comunitária (Briceño-León, 1996). Este autor apresenta sete argumentos para a participação comunitária na educação em saúde:

- A educação é muito mais ampla do que os programas educativos e dela fazem parte diferentes variáveis que interferem nos resultados desses programas;

- Não existe uma relação de causalidade entre a informação e a conduta; esta depende da historicidade, crenças e opiniões da comunidade. Desta forma, as variáveis devem ser discutidas e compreendidas para que a partir da realidade possa ser construído um novo saber;

- Não há um que sabe e outro que não sabe e sim dois que sabem coisas distintas. A transformação de saberes é um processo mútuo e como tal exige a participação e a troca entre as pessoas envolvidas;

- A participação deve ser dialógica e de fato participativa. Sendo a educação um processo mútuo e portanto participativo, está implícita a confrontação de perspectivas e prioridades sem contudo haver dominação por parte de um ou de outro;

- A educação deve reforçar a confiança do indivíduo e da comunidade em si mesmo. Esta confiança constitui-se em força propulsora de participação nos programas de saúde;

- Os resultados são a concretização da ação e portanto importantes para o incentivo à participação;
- A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva. A participação comunitária é composta e alicerçada pela participação e responsabilidade individual.

Isto é reforçado por Freire (1993) quando coloca que não é possível pensar em procedimentos didáticos e conteúdos a serem ensinados aos grupos de forma estanque; sendo necessário estarem inseridos na reflexão do cotidiano e virem ao encontro dos anseios, necessidades e objetivos do grupo. Igualmente não é possível ao agente mediador estabelecer seus objetivos de forma alheia à realidade, necessidades e objetivos do grupo. Ao se idealizar determinado trabalho há necessidade de legitimação por parte da comunidade e a partir desta base, seu desenvolvimento de forma participativa.

Sendo a participação comunitária em saúde uma estratégia de aprendizagem comunitária, não somente o diagnóstico das situações-problema, como também a elaboração e o desenvolvimento do planejamento devem ser realizados de forma participativa. Ao adotar-se esta metodologia de educação em saúde, alguns pressupostos são fundamentais segundo Pedromo (1994):

- A educação é um fator coadjuvante para o desenvolvimento social e individual;
- A aprendizagem ocorre quando a população participa do estudo, planejamento e controle das soluções das situações-problema;
- As soluções devem basear-se no uso de tecnologias adaptadas à realidade da comunidade e no trabalho interdisciplinar, entre outros.

Desta forma, ao se planejar, dois modelos são passíveis de adoção, o planejamento tecnocrático e o planejamento participativo. O tecnocrático é o planejamento realizado por um grupo de pessoas que pensam que sabem o que é melhor para o povo; é o planejamento para o povo. Já o planejamento participativo é o planejamento com o povo (Bordenave, 199_a). Para a realização de um planejamento participativo primeiramente há a necessidade de uma opção definida por esta forma de abordagem de problemas e soluções, na qual a participação da comunidade permeia todo o processo.

Ao optar-se pelo planejamento participativo, a mediação entre a comunidade e suas necessidades e o mundo da ciência com suas alternativas de solução, decodificadas na linguagem do povo, é desempenhada por um agente mediador. Para que esta missão seja desempenhada com êxito, exige que este profissional desenvolva diferentes habilidades e conhecimentos, dentre os quais, o conhecimento dos desejos do povo, sua forma de comunicação e organização em grupo, bem como o conhecimento crítico da dimensão e formas de comunicação (Bordenave, 199_a,d). O autor salienta que, para Mckee, a comunicação compreende quatro níveis: a legitimação política que envolve o reconhecimento do problema e a necessidade de resolução; a mobilização social para a resolução; o marketing social que busca conhecer a forma com que a sociedade atua frente ao problema e utiliza este conhecimento para a mobilização social através da comunicação social que constitui-se de diferentes formas de comunicação.

Ao discorrer sobre a profissional Enfermeira, enquanto educadora, Bordenave (199_a,b,f) salienta que não basta o conhecimento dos aspectos

técnicos e científicos de sua profissão, sendo necessários para o planejamento participativo o conhecimento dos processos e técnicas sociais nos campos da Comunicação, Educação, Participação e Planejamento.

A Enfermeira, bem como diversos profissionais de saúde, enquanto agente mediador, desempenha funções que exigem uma relação com indivíduos isoladamente e/ou organizados em grupos e necessita conhecer as funções que a comunicação pode realizar, seus componentes, bem como os princípios que asseguram sua eficácia. Para Bordenave (199_a), a comunicação na educação popular, entre outras, tem a função de facilitar a organização e participação coletivas e a reflexão comunitária e desta forma propiciar a discussão, a troca de experiências, a reivindicação e encaminhamento de soluções para os problemas da comunidade. A eficácia da comunicação resulta do tipo de relação estabelecida entre o profissional e a comunidade, do contexto em que a comunicação ocorre e da linguagem empregada.

A relação estabelecida entre o agente mediador e a comunidade, freqüentemente, é de superioridade (o profissional sabe tudo e tem as soluções, enquanto que a comunidade nada sabe e recebe os benefícios da ação deste). Sob esta premissa torna-se difícil a comunicação, sendo necessário uma posição de igualdade que propicie o diálogo e portanto a comunicação, além de falar e ouvir é necessário verificar se a compreensão está ocorrendo. Para que a comunicação seja eficaz, é importante conhecer o contexto das pessoas e as forças que influenciam seu comportamento, as quais podem debilitar ou fortalecer a mensagem que se pretende transmitir. Finalmente, a linguagem utilizada para veicular a

mensagem e desta forma estabelecer a comunicação, deve respeitar o contexto da comunidade.

Além da comunicação, a participação comunitária implica na opção de aceitação de opiniões divergentes às do profissional.

O planejamento tem por objetivo a busca de soluções para determinada situação-problema, no planejamento participativo, esta situação-problema deve ser legitimada pela comunidade. Para Bordenave (199_a, p.6) "O importante é que a idéia responda a uma necessidade autêntica da comunidade e que a pessoa ou grupo que a propõe não queira impor sua própria solução ao problema percebido". A partir da legitimação, segundo Bordenave (199_c,g), os passos seguintes do planejamento participativo são:

- Identificação das pessoas envolvidas no processo, quer as afetadas pelo problema, quer as interessadas em sua resolução, e sua comunicação entre si para que se conheça o nível de esclarecimento e a atitude frente ao problema, o envolvimento para a resolução, as propostas e disponibilidade de participação no grupo;
- Formação de um grupo diretor para o planejamento e execução de estratégias de resolução;
- Estudo da causalidade do problema, variáveis favoráveis e desfavoráveis á sua resolução;
- Definição dos objetivos e beneficiários da ação comunitária;
- Elaboração de um plano de ação.

No contexto da educação a nível das instituições de saúde, a comunidade não é representada simplesmente pelos pacientes atendidos, mas também pelos profissionais que ali trabalham. Temos reproduzido, enquanto educadores, modelos pedagógicos que visam a mudança de atitudes sem contudo estimular a reflexão no contexto da realidade, ignorando a história e os fatores que geram o comportamento. Mais uma vez os resultados são desanimadores. Para Tomasi (199_, p.2) os “conhecimentos pretensamente desenvolvidos com a população não são traduzidos em comportamentos, seja por falta de condições de internalização dos conteúdos ou porque estes não possuem significado para a realidade da mesma”.

É necessário os profissionais de saúde perceberem-se como educadores quando entram em relação com a comunidade e mais, educarem-se para agir como facilitadores e mobilizadores dos meios que a sociedade dispõe para alterar as condições geradoras de doenças e desta forma facilitar a solução para e com a comunidade (Valla & Stotz, 1994). Esta colocação vem ao encontro do cotidiano da Enfermeira enquanto educadora e suas ações voltadas para a prevenção. Sendo educadora, as atividades junto a pacientes, seus familiares e o pessoal de Enfermagem, são inerentes à sua prática (Dilly & Jesus, 1995).

Na área de controle de infecção, as atividades educativas junto à equipe de saúde têm sido colocadas como fundamentais (Zanon, Aguiar & Costa, 1987; Brasil; Haley, 1992; Martins; Ponce de Leon Rosales & Frausto, 1993; Philpott-Howard & Casewell; Hoffmann & Clontz, 1996). Seus profissionais, frente à necessidade premente de desempenhar esta tarefa, igualmente reproduzem o

modelo paternalista e autoritário, o qual pode não ser uma atitude consciente (Tomasi, 199_).

Na prática, enquanto educadores, e tendo como educandos diferentes profissionais de saúde, desempenham igualmente o papel de protagonista, desde a seleção de conteúdos esta, quando muito, embasada em dados epidemiológicos. Os educandos raramente são consultados quanto às suas dúvidas, anseios ou dificuldades em sua prática diária, e mais, quanto ao seu conhecimento, experiência e potencial contribuição. Esta prática é situada por Barrientos & Gutierrez, citados por Bordenave (199_a), como pedagogia da oferta, a qual costuma ser externa ao grupo, tendo resultados limitados. Para aqueles autores a pedagogia da oferta difere da pedagogia da demanda na medida em que as necessidades são o ponto de partida, a energia geradora do processo educativo, propiciando uma ação dinâmica dentro do grupo, recheado de iniciativas, propostas e soluções (Bordenave, 199_a).

Em relação à prática habitual dos profissionais do SCIH, concordo com Lentz (1996) quando coloca que sendo autoritária nas questões associadas às ações de pretensa educação, gera o silêncio dos trabalhadores à luz da subserviência, não oportuniza a expressão, a criatividade e a participação nas decisões, gerando trabalhadores acríticos e descomprometidos.

Dentro das opções pedagógicas apresentadas e à falência dos modelos tradicionalmente empregados nos programas de educação para a prevenção das IH, faz-se necessário o repensar das práticas enquanto profissionais

de saúde e como tal educadores. Além do repensar, urge revê-las e iniciar um processo de transformação.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

Nos últimos anos tem-se buscado o resgate de preceitos morais e éticos, juntamente com o repensar da assistência prestada aos seres humanos. Na área da saúde algumas reflexões têm sido feitas. A banalização do paciente é apontada por Perestrello (1974) como causa da diminuição da qualidade da assistência prestada, destacando a importância da valorização do paciente como ser humano. Para o autor, a crescente especialização na área da saúde dificulta uma ética centrada no paciente por distanciar o médico do cliente e pelo fato da educação deste profissional concentrar sua atenção em princípios biológicos em detrimento das causas sociais e políticas como determinantes das doenças. Desta forma, não sendo o paciente o centro dos princípios norteadores da ética, considera distante a possibilidade de uma ética médico-social.

A ética na Enfermagem tem sido abordada desde o primeiro Curso no Brasil e que sua história corre paralelamente à história da profissão, assim sendo, sofre influências dos princípios que norteiam seus marcos conceituais, dos objetos que embasam a criação de entidades e de suas lutas ideológicas (Germano, 1993).

Aguiar (1993, p.66) define ética como a expressão valorativa do ser humano, nesse sentido coloca que “a opção pelo valor da vida significa a luta concreta no sentido de preservação e melhor qualidade de vida no campo dos direitos humanos”. A ética, bem como a verdade científica, são transitórias, modificando-se rapidamente assim como os fenômenos sociais, em todos os setores da atividade humana (Neves, 1995b). Moral supõe princípios, normas ou regras de conduta de uma comunidade, adquiridos por hábito, ou ainda, comportamento adquirido pelo homem na convivência social. Ética é a ciência do comportamento moral dos homens em sociedade, é a ciência da moral. Ética e moral se relacionam, sendo a primeira ciência específica e a segunda seu objeto (Vasques, 1969; Dias, 1990).

Gelain (1987) salienta a semelhança entre o significado das palavras Ética, Moral e Deontologia no que se refere ao comportamento humano. Para o autor, a Ética focaliza mais especificamente os aspectos associados à honestidade profissional; a moral tendo uma conotação sobrenatural e sendo freqüentemente confundida com religião e a Deontologia relativa a deveres profissionais em relação a atribuições e responsabilidades.

Paralelamente aos avanços científicos, os quais propiciam maior chance de sobrevivência aos seres humanos e maior poder de intervenção no ciclo natural da vida, obrigatoriamente deve haver o desenvolvimento no campo da ética e da moral, uma vez que paralelamente a estes avanços existem sérios problemas de desumanização da assistência à saúde. A existência de um descompasso torna-se evidente quando nos deparamos com a assistência prestada. As atividades

profissionais da equipe de saúde exigem a observação de postulados éticos bem definidos e compatíveis com os interesses da humanidade. Para Ladriere (1979), os valores éticos comandam as normas de ação e em conseqüência, determinam os modelos de comportamento, os princípios de escolha, os critérios de apreciação e as motivações a partir das quais são fundamentados os objetivos concretos. Para o autor, o desenvolvimento técnico-científico afeta os valores éticos quando não está voltado para o benefício da sociedade e sim quando tem a própria ciência como fim.

John Farrar, citado por Vilardell (1990), salienta que várias razões podem motivar o uso de novas tecnologias, desde o desejo de ajudar o paciente até a possibilidade de obter lucro, passando pela reafirmação de prestígio em seu meio acadêmico e hospitalar, a fascinação ou prazer de realizar um novo procedimento e o simples desejo de eximir-se de uma possível ação legal. Desta forma, paralelamente à maior capacidade de sobrevivência dos seres humanos, nos deparamos com questões éticas frente aos procedimentos e intervenções realizados, emergindo então a Bioética, também denominada a ética da vida.

Bioética é a apuração da ética em relação à prática de atos que influenciam a vida humana e que podem contribuir para sua preservação ou destruição (Dias, 1990). Neste contexto estão as questões relacionadas ao aborto, a definição de morte, eutanásia e direitos dos paciente, onde há necessidade de clarificar dilemas trazidos pelas descobertas tecnológicas na ciência, na Medicina e mesmo na prática diária (Lepagneur, 1987). Também é definida como sendo a resposta racional aos problemas morais, políticos e sociais que circundam a atenção à saúde, tendo como finalidade produzir benefício mediante as

intervenções biomédicas (Zuloaga, 1990). Para este autor a tecnologia tem se tornado sumamente custosa em sua ação, ambígua em seu poderio e incerta em sua eficácia, desta forma a Bioética visa o estudo sistemático da conduta humana no campo da biologia e atenção à saúde, à luz de princípios e valores morais.

Para Pivonka (1990), o fato da sociedade atual caracterizar-se pela ênfase na tecnologia, mudanças aceleradas e desumanização, a atenção à saúde deve fundamentar-se de modo especial na formação humanista. Isto supõe educar as pessoas de forma integral e não somente acumular e transmitir informações. Para a autora, o fato de nos sentirmos desorientados frente a situações práticas que envolvam princípios éticos, é conseqüência da falta de um conhecimento mais universal, o saber compreensivo e radical que permite, junto ao desenvolvimento tecnológico, não esquecer da dignidade humana.

Sob esta ótica o estudo do homem constitui a base da educação e deve estar presente não somente nos programas básicos para profissionais de saúde como também na educação continuada, a educação aqui sendo um instrumento para formar profissionais idôneos, capazes de enfrentar com responsabilidade o exercício profissional e de ajudar a outros de modo que sua ajuda seja um ato que dignifique a pessoa (Pivonka, 1990). A Bioética passa a ser desta forma, essencial na formação dos profissionais da saúde.

O custo-efetividade, a iatrogenia, a equidade no acesso os serviços de saúde de qualidade, os direitos do paciente e sua participação no cuidado à sua saúde e a intervenção no ciclo vital com conseqüente desumanização da

assistência, são alguns exemplos de dilemas pelos quais a Bioética necessita um crescente espaço nos currículos (Chaves, 1996) e na reflexão da prática cotidiana.

Provavelmente não há contestação quanto a ser um direito do ser humano a assistência à saúde com qualidade, entendida amplamente enquanto qualidade técnica, humana, moral e ética. Dentro do contexto de assistência à saúde e freqüentemente como conseqüência desta, ocorrem as denominadas IH sendo inúmeros os fatores contribuintes e/ou determinantes.

Devido às suas conseqüências estas infecções têm sofrido ampla discussão entre a comunidade, profissionais de saúde e órgãos normatizadores e fiscalizadores do Estado. O emprego de novas tecnologias, tendo motivação diversa, determinam o aumento da sobrevida de pacientes em situações crônicas de saúde e aqueles cujo déficit imunitário compromete de forma mais severa sua expectativa de vida. Se por um lado aumenta-se a sobrevida, por outro determina-se maior risco através de procedimentos invasivos, prolongamento da permanência hospitalar e da própria condição de saúde.

A ocorrência das IH não é por si só sinal de que algo ocorreu de errado no contexto da assistência prestada pelos profissionais ou ainda pela instituição de saúde, uma vez que parte dessas infecções são inevitáveis, assim sendo, IH não é sinônimo de deslize ético ou ainda técnico.

Hossne (1995) avalia a responsabilidade do poder público, das instituições, dos serviços e comissões de controle de infecção hospitalar e dos profissionais da equipe de saúde, à luz da legislação federal vigente, de princípios bioéticos e do código de ética Médica e de Enfermagem. Salaria em seu trabalho a

profunda responsabilidade ético-legal que envolve os diversos profissionais e serviços que prestam assistência aos pacientes, alertando que no âmago das discussões não se pode, sob à luz da ética, esquecer ou relevar que o alvo da atenção é o paciente. Neste sentido é oportuno resgatar aqui o contexto das relações dos profissionais que prestam assistência direta ou indireta ao paciente e dos profissionais do SCIH.

À luz do Código de Ética Médica e de Enfermagem ambas as profissões estão comprometidas com a saúde do ser humano e da coletividade, tendo a obrigação de proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência, omissão ou imprudência ou ainda, acobertar erro de conduta anti-ética.

Rotineiramente é discutido, no âmbito do controle das IH, a responsabilidade ético-legal das instituições e dos profissionais, especialmente do médico. Hossne (1995) trata com propriedade esta responsabilidade, inclusive dos profissionais do SCIH frente a suas atribuições. Considera ser seu dever não somente a construção de indicadores epidemiológicos, mais do que isto, sua intervenção e avaliação. A propriedade das ações recomendadas pelo Serviço, sua observação, sua resolutividade e igualmente a forma de recomendação das ações são relevantes por fazerem parte do seu sucesso e sua adesão junto à equipe de saúde; estas questões fazem parte da competência profissional e sob a luz do Código de Ética podem ser avaliadas como imperícia, imprudência ou mesmo negligência se não desempenhadas adequadamente.

Muitas vezes nos deparamos com Serviços obsoletos que restringem-se a simples existência legal e cujas atividades de prevenção e controle inexistem.

Mera ilusão das instituições e profissionais que o compõem se imaginam estarem livres da responsabilidade ético-legal. É condição relevante a comprovação de suas atividades no sentido de atender a seu papel enquanto profissional, de seu contínuo aprimoramento e atualização, da contínua busca de situações de risco e sua resolução. Obviamente cabe aos demais profissionais da saúde igualmente atender a finalidade de seu trabalho, que deve ter como prioridade o atendimento ao ser humano de forma integral, segura, competente e responsável.

Outra faceta a ser explorada e discutida tendo-se a ética e as IH como objeto, é a formação dos profissionais de saúde, sua desinformação e seu desinteresse. Para Neves (1995a), a formação de recursos humanos é essencial para instrumentalizar a mudança comportamental, propiciar um maior entendimento e conhecimento do tema, maior racionalidade nas medidas de prevenção e controle e divulgação da importância ético-legal e econômica destas infecções, não somente entre os profissionais da saúde como na comunidade.

As IH não se constituem em novidade no contexto da assistência à saúde, contudo, a nível curricular não foi ocupado ainda o devido espaço na formação dos profissionais. Para Pereira, Moriya & Gir (1996), o desconhecimento por parte dos profissionais da equipe de saúde acerca da importância das medidas de controle deve-se à omissão desta abordagem nas universidades. Já em 1860, Florence Nightingale salientou a importância de disciplinas de controle de infecção nos currículos das escolas médicas (Parker, 1981). Atualmente algumas raras iniciativas, no sentido de incluir de forma genérica ou na forma de disciplina específica, têm sido observadas.

Além da formação específica na área de controle de infecção, a incorporação da qualidade na assistência à saúde exige alguns fatores a mais, destacando-se aqui a atualização contínua dos conhecimentos, a disponibilidade para mudar e a premissa de que o objetivo da assistência à saúde é o cuidado ao ser humano de forma integral. Por um lado, o conhecimento de hoje, quando não continuamente atualizado, torna-se rapidamente obsoleto, impróprio e conseqüentemente fere a ética profissional; por outro, a resistência a mudanças incorre no mesmo erro. A mudança e a constante atualização são essenciais ao controle das infecções e buscam atender a melhoria contínua da qualidade na assistência. Assim sendo, podemos dizer de forma simplista que parte das IH pode ser prevenida se a formação profissional, o desenvolvimento científico e ético aliado à atualização caminharem juntos.

A reflexão contínua sobre o que é qualidade na assistência, e para prestá-la o que pode e deve ser feito, o repensar a filosofia da assistência e o papel das instituições na sociedade e junto à sociedade são importantes. Em relação aos órgãos governamentais, sua responsabilidade para com a sociedade e finalmente aquele que deve ser o centro ou objetivo da assistência, o ser humano, o paciente, o usuário. Qual seu papel enquanto consumidor da assistência; o de sujeito passivo ou a energia geradora da qualidade na assistência através de sua voz e seu direito.

Neste sentido, a informação é essencial. Quanto mais informado o paciente estiver, mais poderá avaliar criticamente a assistência prestada. Para Gauderer (1993, p.32) "A ignorância permite o abuso, a subjugação, o domínio, a exploração e a estagnação. A informação, o conhecimento cria, permite e perpetua

relações democráticas, abertas e flexíveis, já a ignorância permite a exploração, o subjuço, o aprisionamento”. Para o autor, as mudanças no Código de Ética Médica propiciaram uma relação de maior responsabilidade do profissional e do paciente perante si mesmos e de ambos entre si, salientando a responsabilidade do médico para com a saúde do paciente mas também do paciente para com sua própria saúde.

Certamente quanto mais informado for o paciente, maior clareza terá para permitir ou não determinado tratamento, para avaliar o custo-benefício e para exigir seus direitos. Nossa cultura de assistência lamentavelmente ainda é a de que o paciente que solicita maiores informações ou atenção é o inconveniente, o problemático. Este panorama é mais comum nos hospitais públicos, onde os profissionais não estão familiarizados com pacientes informados e não são informantes ativos, por outro lado, o paciente ainda apresenta o perfil de gratidão por estar sendo atendido “gratuitamente”. Este duro panorama paulativamente tem se modificado, impulsionado pelo novo código do consumidor, maior conhecimento e reivindicação por parte dos pacientes e dos deveres e penalidades que cercam os profissionais.

Gelain (1994, p.31) coloca que “...terá conotação anti-ética toda atividade egoísta, não voltada, como responsabilidade ética, para a luta pela conquista da cidadania, de condições humanas de vida, de assistência de qualidade de conscientização pela busca dos direitos da pessoa humana”. Enquanto profissionais de saúde, atores e expectadores da assistência, sabemos que não raramente os direitos da pessoa humana são violados sob diferentes pretextos. E

muitas vezes sem pretexto algum, sem ao menos reconhecermos esta violação, somos coniventes, co-participantes e protagonistas de barbáries. Quanto mais ocorrem, mais tornam-se parte do cotidiano e mais “normais” parecem.

O grande destaque da ética médica se deve à crescente preocupação pública com o comportamento dos profissionais da saúde, especialmente os médicos, e não ao ressurgimento de princípios morais, teológicos ou filosóficos ou mesmo do sentimento de culpa de uma profissão angustiada pela atual situação da Medicina (Dias, 1990). Pessoalmente acredito que é impulsionado pelo usuário enquanto cidadão que os profissionais e as instituições caminharão em busca da qualidade na assistência, sendo a prevenção das IH um passo na busca desse ideal.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A prática assistencial enquanto Enfermeira de controle de infecção hospitalar subsidiou a opção por um referencial para a construção das bases teóricas deste trabalho. Tendo pressupostos pessoais quanto ao tema Infecção Hospitalar, suas causas, conseqüências e estratégias de prevenção, busquei na consonância dos escritos de Florence Nightingale, sua teorização.

Nightingale, imortalizada por sua relevante contribuição para o desenvolvimento da Enfermagem, fundamentou através de sua prática e seus escritos, as bases para o desenvolvimento científico da profissão. Seus ensinamentos de atualidade relevante, abordam uma assistência humanitária direcionada à saúde, princípios de limpeza como importantes para a prevenção de agravos e ao conforto do paciente, princípios de não-maleficência e finalmente, uma abordagem epidemiológica das IH. Estes, fortemente associados à prevenção de agravos à saúde, vêm ao encontro deste trabalho na medida em que ele é permeado pela assistência de Enfermagem como estratégia para a prevenção das IH.

Marco de Referência é entendido aqui como "...conjunto de conceitos e pressuposições, derivado de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de Enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças ou valores daqueles que o concebem, para utilizar na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidade..." (Silva & Arruda, 1993, p. 83).

Apresento abaixo os pressupostos e conceitos que subsidiaram teoricamente este trabalho.

“O Ser Humano quando submetido a procedimentos cujo objetivo é a manutenção e/ou recuperação da saúde, tem o direito a uma assistência competente (com qualidade) e a instituição hospitalar tem o dever de prestá-la desta forma”.

No contexto deste trabalho, entendemos **Ser Humano** como ser único, com características individuais, que encontra-se hospitalizado com vistas a promoção, manutenção e/ou recuperação de sua saúde. Possui a capacidade para contribuir neste processo através de uma potencial força interior (poder vital). Nightingale (1989) considera que a Enfermagem pode auxiliar neste processo a fim de potencializar seu poder vital. Entendo que criar condições para que o processo saúde-doença não sofra interferências, constitui-se neste auxílio, logo na potencialização de seu poder vital.

Sendo considerado por Nightingale (1989) como principal objetivo do hospital tratar o paciente sem lhe causar danos, princípios bio-éticos são consonantes com esta assertiva na medida que contemplam a importância da não-maleficência. Considero aqui a responsabilidade das instituições de saúde na prevenção das IH entendendo os profissionais como parte integrante dos hospitais, logo, cabendo também a estes a observação destes princípios.

Entre os profissionais de saúde, a Enfermagem pode constituir-se em aliado no sentido de prestar assistência planejada e contínua, propiciando a

almejada qualidade. Atuando junto à equipe de saúde pode contribuir para sua mobilização, tendo em vista a prevenção de IH.

“O ser humano, o ambiente e os profissionais da equipe de saúde podem atuar de forma preventiva, contribuinte ou determinante das infecções hospitalares”.

Infecção Hospitalar é definida como qualquer infecção adquirida durante a hospitalização e que se manifeste durante ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (Garner et al. 1988; Brasil, 1992). Causa danos ao paciente em diferentes proporções, de acordo com sua gravidade, da resposta e do momento de vida deste ser humano.

TBC Entendo o processo **saúde-doença** como contínuo, dinâmico e influenciado pelas inter-relações do ser humano com o ambiente, consigo mesmo e com outros seres humanos. As infecções hospitalares, fazendo parte neste processo, são parcialmente preveníveis através da atuação humana, competente e ética da instituição; logo da equipe de saúde nas suas relações com o paciente e na mobilização do ambiente.

Nightingale considera o **ambiente** como “...todas as condições e influências externas que influenciam a vida e o desenvolvimento de um organismo (...); capaz de suprimir, prevenir ou contribuir para a doença ou a morte” (Nightingale apud Torres, 1993, p.39), salienta que estas variáveis podem atuar sobre o paciente de modo a influenciar sua recuperação, destacando a contribuição

da Enfermagem na mobilização deste ambiente. Saliênta ainda que “condições sanitárias e de arquitetura deficientes e uma organização administrativa falha muitas vezes tornam a prática de Enfermagem impossível” (Nightingalê, 1989, p.14-15).

“Ações sistematizadas pela Enfermagem contribuem para a prevenção das infecções hospitalares, sendo que a adesão dos profissionais a estas ações está associada, além do conhecimento, ao seu envolvimento com a assistência com qualidade”.

Enfermagem aqui considerada como processo de assistência profissional ao ser humano que tem como meta, segundo Nightingale, proporcionar as melhores condições para sua recuperação; tendo condições de planejar, implementar e avaliar ações de prevenção. A nível hospitalar a Enfermagem presta assistência ao paciente de forma ininterrupta durante sua internação, tornando-se relevante nas ações de prevenção das infecções hospitalares, não somente pela presença contínua mas também pela característica preventiva da profissão.

A Enfermeira desenvolve em sua formação técnico-científica, as bases para atuar no processo saúde-doença com vistas à promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde do ser humano. Liderando profissionalmente a equipe de Enfermagem, mobiliza não só esta equipe mas também os demais profissionais e o ambiente, constituindo-se em aliada do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Sua postura profissional é fator relevante no comportamento dos profissionais da equipe de saúde.

Nightingale considera a prevenção como um dever da Enfermagem, e a assistência criteriosa e humana como a melhor salvaguarda contra a infecção. Salaria como objetivo da Enfermagem também a educação, além da manutenção e recuperação da saúde, da prevenção de infecções e da mobilização do ambiente (Carraro, 1994). Ainda coloca que a assistência (com qualidade) está associada ao conceito pessoal do que é certo ou melhor para o paciente. Considera que de nada adianta a orientação (conhecimento) se o profissional não estiver motivado a agir no interesse do paciente.

O envolvimento dos profissionais está alicerçado na participação dialógica a qual conduz à reflexão acerca da sua realidade. Esta reflexão, progressivamente, leva o profissional a auto-determinação, embasada na responsabilidade individual e coletiva, fomentada e desenvolvida continuamente na assistência.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 DO LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA

Procurei caracterizar aqui a Instituição e a Unidade de internação onde a experiência deste trabalho ocorreu.

O trabalho foi realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, hospital universitário e de referência para diversos Estados do país. É campo de prática para cursos profissionalizantes, técnicos, de graduação e pós-graduação. Possui Serviços reconhecidos pelo Ministério da Educação como de excelência, entre eles o de Reumatologia, Transplantes de Medula Óssea e Fígado, Doenças Neuromusculares, Banco de Leite Humano, Farmácia Hospitalar e Controle de Infecção Hospitalar. O atendimento aos pacientes é realizado nas unidades ambulatoriais, pronto-atendimento e unidades de internação, num total de 634 leitos. A população de pacientes caracteriza-se por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual o hospital é conveniado. Possui em seu quadro de pessoal aproximadamente 3600 funcionários, sendo que o Serviço de Enfermagem conta com 228 Enfermeiros, 142 Técnicos, 693 Auxiliares de Enfermagem e 32 Auxiliares de Saúde.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) foi constituído há cerca de 11 anos e é composto por cinco Enfermeiras, duas Médicas, uma Farmacêutica e duas Secretárias, todas em tempo integral e uma Médica em tempo parcial. Tem como atividades centrais a vigilância epidemiológica e a educação

continuada da equipe de saúde. Passei a fazer parte deste Serviço há sete anos, sendo que meu interesse por esta área iniciou em 1985 quando fiz o Curso de Introdução ao Controle de IH, ministrado pelo Ministério da Saúde, enquanto Enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde.

A Unidade de internação onde foi desenvolvido o trabalho caracteriza-se em uma unidade de internação cirúrgica (UIC), possui 27 leitos distribuídos em quartos de um a seis leitos, para atender pacientes portadores de patologias do aparelho digestivo, a serem submetidos a tratamento cirúrgico. A equipe de saúde que presta assistência direta e de apoio é composta por três Enfermeiras assistenciais, uma Enfermeira administrativa, uma Enfermeira coordenadora de área, 17 Auxiliares e 3 Técnicos de Enfermagem, Médicos residentes, assistenciais e professores, Zeladoras e Sanitizadoras, além de Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social e Nutricionista. A equipe de saúde também é composta por estudantes, principalmente dos cursos de Medicina e Enfermagem, durante o período de seus estágios curriculares e extracurriculares.

Em relação às IH a Unidade tem passado por diversas fases desde o início da vigilância epidemiológica dessas infecções, pelo SCIH. A partir da implementação da Vigilância Epidemiológica Dirigida, empregando a metodologia prospectiva de coleta de dados (Busca Ativa) em meados de 1987 houve a uniformização de critérios diagnósticos, cálculo de indicadores epidemiológicos e maior conhecimento e reconhecimento dos problemas associados às IH. As Taxas Médias de IH (TIH) no período de 1988 a 1995 estão apresentados abaixo:

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
	*	*	*	*	*	*	#	#
TIH (%)	21.8	26.1	11.8	6.8	10.5	9.9	16.0	12.9

Fonte: SCIH-HC-UFPR.

* TIH/100 saídas

TIH/100 admissões

Destacadamente as IH mais freqüentes nos dois últimos anos foram as cirúrgicas, pneumonias e cardiovasculares, conforme tabela 1:

Tabela 1. Taxas de IH por 100 admissões nos anos de 1994 e 1995.

TOPOGRAFIA	1994		1995	
	Nº IH	%	Nº IH	%
CIRÚRGICA	47	41.6	85	64.4
PNEUMONIA	18	15.9	20	15.2
CARDIOVASC.	28	24.8	14	10.6
PELE	5	4.4	4	3.0
URINÁRIA	6	5.3	4	3.0
CONJUNTIVITE	2	1.8	-	-
SEPSIS	6	5.3	3	2.3
EMPIEMA	1	0.9	2	1.5
TOTAL	113	100	132	100

Fonte: SCIH-HC-UFPR.

Em relação às infecções cirúrgicas, procurando avaliar o risco do paciente em desenvolver estas infecções, as cirurgias realizadas e as IH ocorridas no período de julho a dezembro de 1994 foram analisadas empregando-se a metodologia **NNISS** (*National Nosocomial Infection Surveillance System*) - componente cirúrgico, opção detalhada. Concluiu-se que, em relação aos procedimentos cirúrgicos realizados pela especialidade, as variáveis selecionadas pela metodologia não foram, para esta realidade, fatores preditivos para infecção cirúrgica, exceto para as colecistectomias. Resultados semelhantes foram observados por Grinbaum (1994), que salientou ser importante a validação da

metodologia para cada realidade. Ainda, a respeito das infecções cirúrgicas, foi observado no ano de 1995 um predomínio de estafilococos como microrganismos mais freqüentemente isolados nas culturas de ferida cirúrgica.

A prevenção de pneumonias é de extrema importância devido à sua letalidade; no ano de 1995, a taxa média foi de 25.0%. Muitos pacientes internados na UIC permanecem longo período acamados, fato este associado à gravidade da doença de base, à procedimentos invasivos como anestesia geral e à manutenção precária dos equipamentos de assistência ventilatória.

As infecções cardiovasculares, associadas principalmente a cateter venoso central, representam alto risco para sepsis. Em 1995 a letalidade nesta topografia foi de 36.4% e o microrganismo mais freqüente foi o estafilococo. Os resultados microbiológicos demonstram que, provavelmente, a precariedade da técnica de instalação e manutenção dos cateteres são um fator de risco para estas infecções.

Durante o período de 1994 e 1995, além dos indicadores epidemiológicos, procurei desenvolver junto à equipe de saúde e principalmente de Enfermagem, uma prática educativa com vistas à implantação de medidas que levassem à redução dos casos de IH. Esta prática esteve subsidiada no diagnóstico epidemiológico, a partir dos indicadores e da observação do ambiente e da assistência. Diversos problemas foram observados durante este período (Anexo 1), constituindo-se em fatores de risco para as IH, os quais vêm sendo trabalhados pelo SCIH, ao longo do tempo, com a equipe através de reuniões e educação continuada formal e informal. Contudo, problemas graves que oferecem risco para as IH

continuavam a ser observados na prática assistencial. Frente a esta realidade, procurei refletir a respeito da dinâmica da própria Unidade e da metodologia utilizada na abordagem dos problemas.

Houveram períodos onde o trabalho integrado entre o SCIH e a equipe de Enfermagem, liderada pelas Enfermeiras assistenciais, foi possivelmente o principal determinante na redução das taxas de IH. Obviamente esta é uma avaliação subjetiva uma vez que temos ciência, enquanto Serviço, que vários são os fatores que interferem na ocorrência dessas infecções. Contudo, vale salientar que esta avaliação subjetiva está subsidiada na vivência de mais de dez anos da equipe do SCIH nas suas relações com os profissionais de saúde de diversas unidades de internação. Notadamente o envolvimento da Enfermeira assistencial, sua liderança profissional junto à equipe de saúde e a inter-relação com o SCIH foram fatores contribuintes na prevenção e controle dessas infecções.

Também tem sido uma característica da UIC a alta rotatividade de Enfermeiras o que trouxe prejuízos em termos de insegurança e falta de liderança profissional à equipe de Enfermagem.

Diversos fatos, associados e pertinentes a UIC, propiciaram uma situação cíclica que repercutiu, em última instância, em prejuízo na qualidade da assistência ao paciente. Neste contexto, nossa atuação na busca da implementação de medidas preventivas de IH, não encontravam eco.

A Unidade no momento do estudo passava por uma série de mudanças, tanto de ordem física quanto administrativa. Os tempos de mudanças e os resultados pouco satisfatórios em relação à prevenção das IH conduziram-me a

um processo de reflexão crítica sobre a metodologia de abordagem até então utilizada.

5.2 DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

5.2.1 PROPOSTA METODOLÓGICA

A situação da Unidade, refletindo situações graves e de risco para pacientes internados, aliada a resultados frustrantes na atuação do SCIH junto à equipe de saúde da UIC, constituiu-se não somente num desafio. Representou também, uma oportunidade de buscar um caminho que pudesse apontar uma nova forma de trabalhar, coletivamente, junto à equipe de Enfermagem, visando a prevenção das IH.

Dentro do contexto histórico da UIC, suas relações com a prevenção de infecções e o trabalho que me propunha realizar em grupo, optei pelo **Planejamento Participativo**, conforme estruturado por Juan Diaz Bordenave. Ciente de que as questões de prevenção englobam, além do planejamento, práticas educativas, a **Pedagogia Problematizadora** veio ao encontro desta forma de planejamento, favorecendo uma abordagem democrática das questões, em grupo. Busquei traçar a metodologia do trabalho e seu desenvolvimento com estes

subsídios teóricos, embasados em conceitos e pressupostos estruturados previamente no Marco de Referência.

O Planejamento Participativo traz, em sua essência, a abordagem de soluções para problemas de modo que o grupo envolvido (comunidade) seja o autor das ações planejadas. As etapas deste Planejamento segundo Bordenave (199_g), são resumidamente:

- Legitimação, pela comunidade, da existência de uma necessidade ou situação-problema a ser resolvida;
- Eleição de um grupo de trabalho (grupo diretor) para o planejamento das ações;
- Realização de um diagnóstico envolvendo causas e conseqüências da situação-problema, bem como variáveis favoráveis e desfavoráveis à sua resolução;
- Estabelecimento dos objetivos da ação comunitária;
- Elaboração de um plano de ação.

A Pedagogia da Problematização, direcionada à educação, visa detectar situações-problema e buscar soluções através do diálogo entre as pessoas envolvidas. As etapas são, segundo Bordenave (1989):

- Observação da realidade e situações-problema com identificação das variáveis determinantes da situação, relacionando-as com o conhecimento científico;
- Formulação de hipóteses de solução, as quais são naturalmente selecionadas de acordo com a factibilidade e viabilidade frente á realidade;
- Fixação e aplicação das soluções selecionadas.

Ambas as metodologias aplicadas tanto no planejamento quanto nas ações educativas, têm como essência:

- A comunidade envolvida e sua participação ativa através de um trabalho grupal;
- A legitimação das situações-problema, a identificação de suas causas, sob a visão da comunidade envolvida e embasada na realidade;
- A busca de soluções vinculada a esta realidade e de acordo com a dinâmica da comunidade.

Iniciei o trabalho tendo na estruturação do Planejamento Participativo e na Pedagogia da Problematização a proposta metodológica.

5.2.2 IMPLEMENTAÇÃO

Uma vez traçada a metodologia com a qual me propunha a provocar reflexões acerca dos fatores predisponentes para as IH presentes no dia-a-dia da assistência e a partir daí, planejar coletivamente as ações de prevenção das IH, passei a realizar contatos informais com as Enfermeiras assistenciais e com a coordenadora de Enfermagem da área cirúrgica, às quais coloquei a proposta de trabalho.

Inicialmente era meu objetivo desencadear este trabalho envolvendo somente a equipe de Enfermagem. Contudo, a prevenção das infecções, embora fortemente respaldada na Enfermagem, não pode ignorar a importante contribuição de todos os profissionais que prestam assistência ao paciente, bem como a característica comunitária da metodologia selecionada. Frente a este pensamento e a oportunidade de ampliar o objetivo inicial e quiçá envolver também a equipe

multidisciplinar, optei por desenvolver o trabalho buscando o máximo de participação de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da UIC, bem como de profissionais do SCIH.

De forma proposital, numa reunião do SCIH na UIC, com a presença habitual de Médicos, Enfermeiras, residentes e acadêmicos de Medicina daquela unidade, apresentei a atual situação da UIC (Anexo 1), conforme anteriormente citado. Após a explanação, o chefe médico manifestou-se quanto ao interesse em solucionar os problemas pertinentes à sua área de atuação. Coloquei então minha intenção em realizar um trabalho em grupo, buscando a reflexão e o planejamento de soluções de forma participativa, em relação ao qual, os profissionais mostraram interesse e concordância. Também esclareci que tratava-se do meu trabalho de conclusão do Curso de Mestrado e que como tal sua dinâmica seria registrada e apresentada oportunamente, preservando-se a identidade da Unidade e dos participantes. Considerei a preservação da identidade importante mesmo compreendendo que tomar conhecimento, no decorrer do trabalho, de possíveis situações de risco, significaria assumir responsabilidades, as quais seriam partilhadas pelo grupo, bem como a busca de soluções.

Nesta mesma reunião, um Médico residente se voluntariou a participar do grupo e as Enfermeiras, com as quais havia conversado previamente, também passaram a compô-lo. Ainda nesta oportunidade os profissionais teceram comentários acerca de possíveis fatores predisponentes para a atual situação da Unidade e a necessidade de se buscar a participação dos envolvidos.

A partir disto, passei a estabelecer contatos com os profissionais da equipe de Enfermagem e demais profissionais da equipe de saúde. Isto foi feito através de cinco reuniões com os diferentes turnos de trabalho da equipe de Enfermagem, e em conversas informais com os demais profissionais, sendo estes, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e chefia do Serviço de Zeladoria. Nestes contatos fiz os esclarecimento quanto a tratar-se do meu trabalho de conclusão de Mestrado, bem como o livre arbítrio de cada um em participar ou não, salientando ainda a não obrigatoriedade em permanecer no grupo uma vez tendo participado. Reconheço que o meu entusiasmo pode ter influenciado a participação.

Igualmente foi encaminhado um projeto à Comissão de Ética da Instituição para avaliação, ciente de que ao me propor a realizar um trabalho com a equipe de saúde questões éticas poderiam emergir ou ainda, indiretamente, os pacientes seriam envolvidos no trabalho. O referido projeto foi aprovado formalmente pela Comissão de Ética. É pertinente comentar que esta metodologia de trabalho possibilita a participação de pacientes, contudo, neste trabalho não foram incluídos de forma direta.

Nos contatos acima citados, com a participação do SCIH, os componentes foram incentivados a refletir sobre os fatores predisponentes à IH presentes na prática assistencial, a identificação das causas e a proposição de ações para sua prevenção aconteceu de forma espontânea entre a maioria dos profissionais.

Nestes contatos e nas reuniões citadas, bem como nas subseqüentes, a legitimação do problema, da necessidade e motivação em seu encaminhamento

ficou evidente através da fala dos profissionais. À medida em que a proposta de trabalho era colocada, ou ainda previamente a isto, situações-problema da prática diária surgiam e eram identificadas como de risco para pacientes e equipe de saúde. Estas situações foram registradas e resgatadas posteriormente nas reuniões do grupo de trabalho.

Formado o grupo de trabalho, foi agendada sua primeira reunião em horário intermediário entre o turno da manhã e tarde para favorecer a participação. O local escolhido foi uma sala de aula próxima à UIC, que permaneceu como local de encontro nas demais reuniões. A divulgação foi feita através de contatos verbais e material de comunicação visual (Anexo 2). As reuniões do grupo de trabalho tinham por objetivo a continuidade das reflexões propostas anteriormente e a partir disto, o planejamento de ações para sua prevenção.

No decorrer das reuniões preliminares e do grupo, participaram diversos profissionais, entre eles, Enfermeiras, auxiliares e técnicos de Enfermagem, Fisioterapeuta, Médico e residente de Medicina, Nutricionista, Psicólogo e acadêmicos de Enfermagem sendo diversas as atividades abordadas nestas oportunidades, bem como meus contatos pessoais entre elas (Anexo 3).

Na primeira reunião com o grupo apresentei meus objetivos e expectativas, verbalizando que este trabalho em grupo abrangeria três fases (I, II e III). A primeira, consistindo na reflexão, identificação da causalidade das situações-problema e planejamento de ações para sua resolução; a segunda, na implementação das ações e a terceira, na avaliação e ajustes. Esclareci que para fins do trabalho de dissertação utilizaria a primeira fase. A segunda e terceira fases

não seriam incluídas, até porque possivelmente estariam vinculadas a outros Serviços, podendo demandar um longo período de tempo. Por outro lado, esclareci que enquanto Enfermeira do SCIH, minha participação no grupo abrangeria as três fases. A partir desses esclarecimentos cada participante foi incentivado a colocar suas expectativas e objetivos no grupo. As colocações foram de otimismo e interesse conforme citadas abaixo:

- Aprender junto com o grupo e crescer;
- Tornar a UIC uma Unidade modelo para o hospital. Se este trabalho der certo, reproduzi-lo nas demais Unidades;
- Trabalhar em equipe os problemas da Unidade;
- Reduzir os índices de infecção, talvez chegar a índices menores que a outra Unidade cirúrgica da Instituição;
- Realizar um trabalho de grupo onde se possa resolver as dificuldades e melhorar a assistência aos pacientes;
- Trabalhar com esta nova metodologia e melhorar;
- Ter rotinas e organização na Unidade.

A seguir solicitei que cada um verbalizasse quais seriam as dificuldades que imaginavam vir a enfrentar na realização do trabalho em grupo, sendo apontada a não participação de representantes de todos os turnos de Enfermagem como problema para o qual deveria ser buscada uma solução imediata. O grupo sugeriu um convite individual para aqueles que haviam previamente se proposto a participar e outro para toda a equipe. Eu me voluntariei a realizar e entregar os convites, os quais foram confeccionados, entregues

individualmente (Anexo 4) e afixado na UIC (Anexo 5). Igualmente o grupo entendeu ser importante envolver os demais profissionais, sugerindo a implantação de uma caixa de sugestões e um painel afixado na UIC contendo o resumo das reuniões realizadas, para incentivar e propiciar a participação, bem como manter a equipe informada. Estas decisões do grupo foram divulgadas através do painel (Anexo 6).

A partir deste encaminhamento, incentivei os participantes a verbalizarem quais as situações-problema observadas na UIC, sendo apontadas diversas situações, as quais foram problematizadas nas reuniões posteriores, acrescidas de outras situações identificadas pela equipe de saúde nos contatos anteriores.

Quanto às regras foi estabelecido pelo grupo:

- Duas reuniões semanais, às segundas e quartas-feiras, das 12:00 às 13:30 hs;
- Cada reunião deveria ter ao menos um representante de Enfermagem, de cada turno de trabalho. Isto seria estimulado pelas Enfermeiras e auxiliares de Enfermagem participantes;
- O Médico residente se responsabilizou em participar nas demais reuniões. Quando não fosse possível, haveria um representante da categoria;

As reuniões foram registradas através de diário de campo, sendo auxiliada nesta tarefa pelos acadêmicos de Enfermagem. Inicialmente havia proposto a gravação das reuniões para facilitar o registro das reuniões. Como uma componente do grupo mostrou-se inibida frente a esta possibilidade, optamos pelo diário de campo, registrando as reuniões no seu decorrer e completando as informações imediatamente após o seu término.

No decorrer das outras reuniões, novas situações-problema foram apontadas sendo discutidas, buscando também identificar suas causas. Paralelamente a esta dinâmica, o grupo passou a colocar diferentes ações que poderiam contribuir para solucionar as situações-problema em primeira instância, e progressivamente, buscar com isto a prevenção das IH.

A cada ação proposta, o grupo elegeu um ou mais responsáveis pelo seu encaminhamento. Nas reuniões seguintes, as “tarefas” foram sendo resgatadas pelo grupo para a discussão de estratégia de implementação. A partir do momento em que as estratégias foram traçadas, as reuniões passaram a ser agendadas mensalmente, passando-se para a Fase II do trabalho, quando as ações planejadas passariam a ser efetivamente implementadas.

As situações-problema identificadas na Fase I do trabalho, as ações planejadas e comentários pessoais, são apresentados no tópico seguinte, realidade contextualizada.

5.2.3 REALIDADE CONTEXTUALIZADA

Nos contatos com a equipe de saúde diversas situações-problema foram levantadas e discutidas, sendo planejadas, em conjunto, ações e estratégias objetivando sua resolução. As situações problematizadas no grupo disseram respeito aos profissionais presentes no momento da discussão, buscando-se desta forma assegurar, diante de cada situação-problema, a argumentação do profissional

envolvido. Entendendo deste modo que não seria possível discutir as situações-problema, suas causas ou ainda traçar ações e estratégias para a sua resolução caso os profissionais envolvidos não fossem ouvidos ou ainda, não tivessem a oportunidade de expressar suas opiniões. Caso não agíssemos assim além de estarmos, enquanto grupo, desrespeitando eticamente os profissionais, estaríamos reproduzindo o modelo tradicional de planejamento tecnocrático.

A partir desses esclarecimentos, passo a apresentar a realidade contextualizada através da apresentação das situações-problema identificadas pela equipe de saúde, das ações planejadas em grupo, e comentários pessoais a respeito.

PRECARIEDADE NA LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA

A limpeza no ambiente hospitalar é fator essencial para o conforto e segurança, tanto do paciente quanto dos profissionais. Pelo fato do Serviço de Zeladoria não estar participando do grupo, decidiu-se que o assunto seria abordado junto aos responsáveis por esta atividade. Contudo, não sendo esta situação-problema exclusiva desta Unidade, emergiram no grupo alguns fatores apontados como possivelmente relacionados à situação, tais como, a falta de pessoal e a qualificação precária. A elaboração de um roteiro e de um manual de procedimentos surgiu como sugestão, encaminhada ao Serviço de Zeladoria.

ACÚMULO DE LIXO NO POSTO DE ENFERMAGEM, À NOITE

Igualmente este assunto é pertinente ao Serviço de Zeladoria, logo, as causas identificadas no grupo (horário da última retirada do lixo no meio da tarde e falta de Zeladoras à noite), bem como a sugestão apresentada (normatizar a última retirada de lixo ao final da tarde) foram encaminhadas ao Serviço de Zeladoria.

ACÚMULO DE ENTULHOS DENTRO E SOBRE ARMÁRIOS

A desorganização propicia entre outros, o acúmulo de sujeira e o desperdício de tempo. Contudo, não basta a ordem se não for mantida, neste sentido foi colocado que a falta de colaboração da equipe na organização e manutenção da ordem é a principal causa da situação acima. Assim, foi entendido que o envolvimento de todos é fundamental nas ações planejadas para a organização da área física bem como da retirada de entulhos, e na sua manutenção fomentando assim sua participação em ambas as fases.

ARMAZENAMENTO INADEQUADO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME, MATERIAIS ESTERILIZADOS E MÉDICO-HOSPITALARES DE CONSUMO

Como consequência das reformas na Unidade, do excesso de estoque e da própria desorganização, identificados como causas, as soluções parenterais permaneciam armazenados diretamente sobre o piso, além de uma sobreposição excessiva de caixas. Estes fatores favorecem a contaminação através da umidade, sujidade e microfuros pela pressão excessiva. Ainda, o excesso de estoque propicia o vencimento dos prazos de validade tanto das soluções quanto dos materiais.

Somando-se a isto, o estoque desnecessário acarreta o descontrole do planejamento de aquisição e prejuízos para a Instituição.

Em relação ao material esterilizado, deve permanecer preferencialmente em armário fechado e a identificação externa sugerida no grupo propicia a garantia de sua esterilidade.

No contexto da UIC, se por um lado a reforma em curso dificulta a organização, por outro oferece a oportunidade de adequação da área física, contribuindo para a ordem.

Além das ações citadas acima, a ordem na UIC, a retirada de estoques desnecessários, a adequação da cota de materiais e soluções e a adequação de local para a guarda dos materiais foram ações planejadas para a resolução da situação-problema apresentada.

MISTURA DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS E MATERIAIS BIOLÓGICOS NAS GELADEIRAS

A estocagem de material biológico em geladeira além de favorecer a contaminação de alimentos e medicamentos presentes, pode acarretar prejuízos nos resultados dos exames. A falta de geladeira para a guarda de alimentos de pacientes e da equipe de Enfermagem, foi identificada como a causa.

O fato do laboratório atuar ininterruptamente, favorece a resolução desta situação-problema que representa um risco para a equipe de saúde e principalmente, para os pacientes pela contaminação de alimentos e medicamentos como a nutrição parenteral total.

A normatização do uso das duas geladeiras existentes, sendo uma para alimentos e nutrição enteral e outra para medicamentos, bem como o encaminhamento imediato de materiais biológicos ao laboratório, foram as ações planejadas.

A ENFERMAGEM ALIMENTA-SE NO POSTO DE ENFERMAGEM E A ZELADORIA NO EXPURGO

Esta questão representa risco para os pacientes e para os profissionais. Os fatos do refeitório ser distante da Unidade e nesta não haver local adequado para o lanche, foram apontados como causas.

Vale ressaltar que são estes profissionais que, habitualmente, não dispõem de local adequado para o lanche no ambiente hospitalar, o que certamente é um direito que os assiste, assim como aos demais profissionais. A Instituição possui locais próximos às unidades, passíveis de adequação, a discussão deste tema junto à Direção para a que os profissionais alimentem-se de forma digna e segura, foi a ação planejada.

PACOTES DE CURATIVO E RETIRADA DE PONTOS EM QUANTIDADE INSUFICIENTE

Sendo a Instituição um hospital-escola, além da segurança para o paciente, a realização destes procedimentos com material adequado e suficiente, constitui-se num modelo a ser seguido pelos futuros profissionais. O aumento da cota destes materiais para a Unidade foi planejada, tendo por base o levantamento das necessidades. Ainda, a quantidade suficiente contribui para assegurar a

técnica e a aprendizagem correta dos futuros profissionais e porque não da equipe de saúde.

FALTA DE MATERIAL NOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

O atendimento de emergência não permite falhas associadas ao material uma vez que estas são preveníveis e sua ocorrência pode determinar conseqüências irreversíveis ao paciente. Para a prevenção destas, é necessário além da ordem, a veiculação da importância do rigor do controle destes materiais, dentre os profissionais, bem como de sua responsabilidade. Em relação às IH, quando a técnica dos procedimentos de emergência é prejudicada pela falta de materiais, incorre em maior risco de contaminação, principalmente do paciente, mas também da equipe.

Além da padronização e manutenção da ordem, o grupo entendeu ser importante a manutenção preventiva e rotineira dos materiais de assistência, através de planejamento e cronograma.

FALTA DE ROUPAS À NOITE

A falta de roupas na UIC foi percebida como uma continuidade da falta de roupas em gradiente suficiente no Hospital. Esta situação, freqüente nas instituições de saúde é uma repercussão de vários fatores, entre outros, o mau uso, a pequena quantidade que impossibilita o correto reprocessamento da roupa, a mistura de roupa de grau de sujidade diferentes, obrigando uma lavagem pesada indiscriminada. Sendo uma situação-problema que extrapola os limites da UIC, a

ação planejada restringiu-se a sensibilização dos administradores do Serviço de Roupa Hospitalar no sentido de ressaltar a importância de se ter roupa suficiente para prestar a assistência, sobretudo numa Unidade onde os pacientes, devido à sua condição física, necessitam troca rotineira.

ATRASOS NA MEDICAÇÃO

A importância da administração de medicamentos, sobretudo de antibióticos, obedecendo-se os prazos pré-estabelecidos é bem conhecida. A nível hospitalar diversos são os fatores que podem contribuir para os atrasos nestes prazos, dentre eles, a falta de ordem e planejamento, o excesso de atividades, a falta de materiais necessários e até mesmo situações emergenciais que interfiram na dinâmica de trabalho. No grupo a não observação dos prazos para a prescrição médica, foi apontada como uma causa desta situação. O grupo entendeu que sendo um hospital-escola, com uma conseqüente rotatividade de alunos, uma maior orientação acerca das normas pré-estabelecidas, bem como das repercussões destes atrasos, pelos responsáveis, faz-se necessária.

COLETA INSUFICIENTE DE MATERIAL PARA CULTURA

No contexto da vigilância epidemiológica das IH, o conhecimento dos microorganismos determinantes dessas infecções e seu perfil de sensibilidade e resistênci, é importante na análise dos possíveis fatores de risco associados e no planejamento de medidas de prevenção. Ainda, este conhecimento subsidia o tratamento adequado da infecção e portanto, a coleta de material para cultura

constitui-se em importante fator na prevenção e controle das IH; sendo um hospital escola, é modelo para diferentes profissionais.

O grupo entendeu que a possibilidade de solução desta situação é grande, uma vez que a instituição oferece os materiais necessários para a realização destes exames, o laboratório dispõe dos equipamentos e pessoal qualificado e ainda, tanto os profissionais de Medicina quanto os Enfermeiros têm acesso a solicitar os exames microbiológicos necessários. Portanto, a falta de conhecimento e da rotina de coleta, apontados como causas, poderão ser solucionados a partir da elaboração da rotina e protocolo de coleta bem como do programa de treinamento planejados.

DEFICIÊNCIA NA TÉCNICA DE TROCA E REPROCESSAMENTO DE RESPIRADOR, UMIDIFICADOR DE OXIGÊNIO, NEBULIZADORES E FRASCO DE ASPIRAÇÃO

Sendo a pneumonia a segunda topografia mais freqüente de IH na UIC no ano de 1995 e cuja letalidade associada foi de 25%, conforme apresentado anteriormente no tópico Percurso Metodológico, as medidas de prevenção dessas infecções é de extrema relevância. A falta de conhecimento acerca da manipulação e reprocessamento do respirador foi identificada pela equipe de saúde como um problema. Ainda, a precária manutenção e reprocessamento dos umidificadores e nebulizadores, com falhas na troca diária dos sistemas e recontaminação após desinfecção devido a manipulação e acondicionamento inadequados, representam riscos para infecções respiratórias. A elaboração de rotinas, o programa de treinamento da equipe e estágio na unidade de terapia intensiva foram apontados

pelos profissionais como ações para se buscar a resolução destas situações-problema.

Em relação ao aspirador, a falta de periodicidade na troca propicia um maior desenvolvimento de microorganismos, resultando em risco de contaminação para o paciente, do ambiente e dos manipuladores, além da questão estética no ambiente hospitalar. O grupo planejou uma rotina de troca e reprocessamento de frascos e conexões do aspirador.

NÃO OBSERVAÇÃO DA ROTINA DE TROCA DOS DISPOSITIVOS INTRAVENOSOS PERIFÉRICOS E DE SOLUÇÕES PARA CURATIVO E ANTI-SÉPTICOS

Dispositivos intravenosos constituem-se em risco para infecções vasculares e sepsis, sobretudo se inseridos e mantidos com quebra da técnica asséptica, e ainda se permanecerem durante longo período de tempo. Neste sentido, além da assepsia, a observação da periodicidade de troca, constitui-se num fator de prevenção. Os responsáveis últimos por este cuidado necessitam compreender este contexto para que, a partir do conhecimento, passem a realizá-los. O programa de treinamento que propicie a discussão e a reflexão, sugerido pelo grupo, constitui-se num instrumento para a mudança de comportamentos.

As soluções anti-sépticas e de curativo, por serem meios líquidos, podem apresentar contaminação principalmente por bactérias gram-negativas, daí a importância da troca periódica e do reprocessamento adequado dos frascos acondicionadores. Conforme foi identificado pelos profissionais de Enfermagem e também pelo grupo, a falta de atribuições bem determinadas dentro da equipe,

acarreta esta situação; para sua resolução foi sugerida e encaminhada a elaboração das atribuições englobando não somente esta atividade, como também outras do contexto da Unidade.

USO INCORRETO DE LUVAS DE PRECAUÇÕES E FALTA DESSAS LUVAS EM QUANTIDADE SUFICIENTE NO PERÍODO NOTURNO

O uso de luvas de precauções tem como finalidade proteger o profissional de exposições a materiais biológicos potencialmente infectantes e devem ser utilizadas sempre que houver esta possibilidade. Os profissionais de saúde têm progressivamente adotado o uso de luvas visando sua auto-proteção, contudo, por vezes a utilizam sem observar que também podem oferecer riscos de contaminação do ambiente e do paciente. Melhor esclarecendo, quando estes calçam as luvas e passam a tocar, com as mãos enluvadas, superfícies contaminadas antes de atender o paciente, estão, através das mãos, carreando microorganismos a este paciente. Ainda, na forma inversa, quando após sua utilização e contaminação, passam a repicar os microorganismos no ambiente, através das luvas.

O grupo entendeu que a resolução desta situação exige reflexão individual, percepção e mudança de comportamento, neste sentido um programa de treinamento, que promova as etapas acima, pode ser um caminho aliado a uma rotina escrita e detalhada a respeito dos diferentes tipos de luvas utilizadas no ambiente hospitalar, suas finalidades e cuidados a serem observados.

A falta de luvas no período noturno não se deve, sob a ótica dos profissionais, à sua ausência na Instituição e sim à falta de provimento durante o

período diurno, assim, a simples previsão de consumo e provisão pelos responsáveis vem resolver, de forma simples, este problema. A falta de luvas propicia uma maior exposição dos profissionais e também do paciente uma vez que, não havendo luvas em quantidade suficiente, estas serão utilizadas por um período prolongado de tempo e entre diversos pacientes, conforme relatado por profissionais.

DEFICIÊNCIA NA LAVAGEM E ANTI-SEPSIA DAS MÃOS

A importância da lavagem das mãos na prevenção das infecções, destacadamente das hospitalares, tem sido enfatizada ao longo da história, porém, faz parte da nossa realidade, enquanto prestadores de assistência à saúde, o descaso em relação a este cuidado. Várias causas podem ser apontadas, pessoalmente considero como principais a falta de hábito e de comprometimento com o paciente e comigo mesmo.

O grupo apontou que o fato da UIC não dispor de pias dentro das enfermarias, aliado ao não provimento contínuo de anti-sépticos nestes locais, propicia a não observação deste cuidado básico e fundamental de prevenção. A garantia de se ter o anti-séptico próximo ao local do cuidado ao paciente é sem dúvida um fator facilitador desta prática, contudo, além da falta do produto estão aliadas ao risco outras variáveis, como a técnica inadequada e a frequência insuficiente. Assim sendo, o grupo sugeriu como no item acima, um programa de treinamento que propicie a mudança de comportamento, além da provisão contínua do anti-séptico nos diferentes locais da Unidade.

NÃO OBSERVAÇÃO DE NORMAS PARA A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina)

O SCIH mantém um programa de cuidados a pacientes colonizados ou infectados com este microorganismo; o programa inclui basicamente a descolonização do paciente e procedimentos como o isolamento físico, quando possível, o uso de luvas e avental de contágio exclusivo, bem como a lavagem e anti-sepsia das mãos após a retirada das luvas. A equipe de saúde nem sempre conhece ou compreende a dimensão da importância destes procedimentos no sentido de se evitar a disseminação desta bactéria multirresistente no ambiente hospitalar.

Buscando esta compreensão e conhecimento, o grupo entendeu que este tema deva ser amplamente divulgado e discutido entre todos os profissionais, inclusive entre aqueles que, embora não façam parte da equipe da UIC, mantêm contato direto com os pacientes.

TÉCNICA INADEQUADA DE CURATIVO CIRÚRGICO, MANIPULAÇÃO DE CATÉTER CENTRAL, ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, CATETERISMO VESICAL, DEGERMAÇÃO CIRÚRGICA E PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS DE CÓLON

Sendo um hospital-escola, a técnica dos procedimentos realizados reforça ou nega o ensinado a nível curricular teórico-prático; quando a execução prática constitui-se na única fonte de aprendizagem, a realização errônea representa o aprendizado e a multiplicação da técnica de forma inadequada. A responsabilidade técnica dos profissionais de Medicina e Enfermagem alia-se à

responsabilidade educacional, mais nos hospitais-escola do que nos demais, por ser um local onde a assistência está diretamente atrelada à formação profissional.

A falta de preparo de profissionais e acadêmicos, a insuficiente reciclagem técnica da equipe de saúde e a falta de rotinas escritas foram apontadas como causas da situação-problema. As ações sugeridas foram:

- Inclusão de técnicas básicas no curso de graduação de Medicina;
- Estabelecimento de um programa de treinamento, para a equipe de Enfermagem;
- Orientação sistematizada para acadêmicos de Medicina, pela equipe multidisciplinar;
- Orientação e supervisão da equipe de saúde na realização das técnicas, pelos responsáveis;
- Manutenção da realização dos curativos como atribuição da Enfermagem;
- Elaboração de rotinas de procedimentos.

TEMPO PRÉ-OPERATÓRIO PROLONGADO

O tempo de internação pré-operatório prolongado tem sido vinculado à colonização do paciente pela microbiota do ambiente hospitalar e conseqüente aumento do risco de IH. Diversos fatores foram apontados como determinantes desta situação tais como o atraso na marcação ou realização de exames, a ausência de protocolo de preparo pré-operatório e programação cirúrgica deficiente, o que acarreta o cancelamento de cirurgias ou atrasos na sua realização, mesmo estando a paciente internado. Estas causas levantadas pelo grupo foram reconhecidas como parciais na determinação desta situação-problema e o grupo

entendeu que outras variáveis, bem como estratégias de resolução, deveriam ser problematizadas junto à equipe Médica, pela equipe multidisciplinar, uma vez que diferentes profissionais têm visões e vivências diferentes que contribuem neste contexto e pelo fato de, no momento da discussão, não haver representante da equipe médica assistencial. Ainda nestas oportunidades poderão surgir protocolos para a redução do tempo de internação e conseqüente redução do risco de infecção, custo financeiro e sofrimento para pacientes e familiares.

INTERNAÇÃO DE PACIENTES COM FÍSTULA E INFECÇÃO JUNTAMENTE COM OUTROS PACIENTES

Sabidamente a proximidade de pacientes com e sem infecção ou ainda com ou sem drenagens abertas não é em si fator de risco para infecção uma vez que para que haja infecção cruzada é necessário um meio de transmissão. O risco pode ocorrer na medida em que os profissionais carregem, através de mãos, de materiais ou outro veículo, os microorganismos de um para outro paciente. A proximidade dos pacientes, aliada a falhas no comportamento ou ainda estruturais, pode propiciar este risco. Outro fator a ser visto é o bem-estar dos pacientes, sendo que muitas vezes drenagens abertas podem causar desconforto para os demais pacientes.

Foi entendido pelo grupo que estas questões deverão ser discutidas igualmente pela equipe multidisciplinar, destacadamente pela Enfermagem e Medicina, para juntos elaborarem um protocolo de internação visando a segurança e o conforto dos pacientes.

FALTA DE ORIENTAÇÃO DE PACIENTES E FAMILIARES SOBRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Mais uma vez a discussão multiprofissional foi apontada, sendo necessária uma sincronia entre as informações dadas aos pacientes e familiares. O fato de um profissional atribuir a informação a outro ou mesmo prestar informações diferentes ou parciais, gera no paciente, no mínimo, insegurança. É necessário uma definição clara, dentro a equipe, a respeito de quem são os responsáveis pelas informações e seu teor, para que o paciente tenha garantido seu direito ético e legal, mais do que isto, possa sentir-se num ambiente amigável e seguro.

DEFICIÊNCIA DE PESSOAL DE ENFERMAGEM À NOITE

Funcionários faltosos foram apontados pelo grupo como causa direta desta situação, embora conscientes que diversos outros fatores interferem de forma indireta no comparecimento ou não ao trabalho, estes não foram problematizados no grupo. Em termos de planejamento, a UIC possui uma escala de trabalho que contempla suas necessidades em termos de número de pessoal, logo, o encaminhamento administrativo a respeito das faltas, foi sugerido.

RELAÇÕES HUMANAS DEFICIENTES ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E OS PACIENTES, E DA EQUIPE ENTRE SI

No contexto das relações humanas não há fórmula mágica, a busca de relações saudáveis e construtivas exige um longo caminho que tem como ponto de partida o interesse dos profissionais nesta busca. Tratar o paciente de forma rude,

embora não justificável, representa a continuidade das relações humanas estabelecidas entre a equipe prestadora da assistência.

Esta situação-problema foi discutida no próprio grupo e também deste junto com o Serviço de Desenvolvimento Organizacional, sendo que algumas estratégias emergiram, tendo em vista uma aproximação mais afetiva e humana, a princípio entre a própria equipe. Sugestões como a comemoração dos aniversários, um maior contato social e a realização de uma dinâmica de grupo que, envolvendo o maior número possível de participantes, priorizasse a abordagem das relações humanas no trabalho, foram discutidas.

Logo após esta oportunidade a Direção de Enfermagem do Hospital promoveu um curso para os diferentes profissionais, abordando justamente esta temática, constituindo-se numa oportunidade para os profissionais da UIC iniciarem este exercício de relacionamento humano. Em relação ao paciente foi entendido no grupo que a partir do momento que o convívio dos profissionais entre si melhora, isto se refletirá nas relações com o paciente. Também foi enfatizado que todos devem interiorizar que, dentro da equipe, o objetivo da assistência é o paciente.

FALTA DE CONHECIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DE CADA PROFISSIONAL NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA

A falta de informação e divulgação da atribuição de cada profissional gera conflitos dentro da equipe através da sobreposição ou lacunas nas atividades e também desperdícios do potencial de produtividade de cada um. Foi apontado pelo grupo que freqüentemente um profissional não conhece o que o outro pode

realizar ou mesmo realiza, desta forma foi planejado que cada profissional detalhe suas atribuições e atividades, que estas sejam discutidas e divulgadas na equipe.

FALTA DE FISIOTERAPIA PROFILÁTICA ROTINEIRA E NEBULIZAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA SEM CRITÉRIOS PRECISOS DE INDICAÇÃO

Os dois temas estão relacionados às infecções respiratórias, a fisioterapia profilática reduz e a nebulização aumenta o risco.

Em relação a fisioterapia, foi discutido acerca da limitação do Fisioterapeuta em relação ao número de pacientes atendidos uma vez que presta assistência em duas unidades cirúrgicas o que demanda um tempo maior do que o disponível. Um fator favorável apontado nesta situação foi a possibilidade de futuramente se dispor de um número maior deste profissional. Como fatores limitantes foram apontadas a atual sistemática da instituição no qual o Médico deve solicitar o atendimento do Fisioterapeuta na terapia profilática ou curativa, ainda a ausência de um protocolo definindo acerca de quais pacientes seriam incluídos, automaticamente, nesta terapia profilática. A elaboração deste protocolo, a revisão da sistemática de solicitação da fisioterapia junto aos responsáveis e a busca de um maior número de profissionais foram apontados como ações para a resolução deste problema.

Em relação ao uso de nebulização, a equipe médica realizará uma discussão com especialistas e elaboração de protocolo de uso deste procedimento.

Ainda, como estratégia na busca de resolução, o grupo entendeu ser importante a elaboração do Manual de Rotina da Unidade para que todos os profissionais, tendo acesso a este, possam prestar o cuidado de modo harmônico,

que é um passo para a assistência com qualidade. Para as situações-problema contextualizados o grupo deu encaminhamentos pertinentes e possíveis, amadurecendo e reforçando o trabalho comunitário.

Diversas situações permearam o planejamento e a realização deste trabalho, sendo apresentados a seguir nos “Bastidores do Processo”.

5.2.4 OS BASTIDORES DO PROCESSO

Um trabalho em grupo exige uma dinâmica de bastidores para sua formação, sendo importante contar com uma força política favorável a sua realização e a credibilidade da comunidade é importante para que o trabalho possa nascer e se desenvolver.

O trabalho proposto sedimentou-se na realidade da UIC em relação às IH. Este contexto histórico, a princípio negativo, tornou-se favorável às discussões e à formação do grupo de planejamento participativo e conseqüentemente às mudanças. Ao mesmo tempo deparou com resistências às mudanças, uma vez que parte da comunidade colocava que “sempre foi assim e não vai mudar”.

Minha visão era de que os aspectos humanos, éticos e legais, exigiam mudanças, ou ao menos, tentativas no sentido de buscar a melhoria da qualidade na assistência. Embora inúmeras vezes tenha buscado melhorias junto à UIC enquanto Enfermeira do controle de infecção, era a primeira vez que utilizava uma estratégia diferente, que me colocava junto à equipe em busca destas mudanças.

Embuída deste projeto ou sonho, passei a trocar idéias com alguns profissionais do SCIH, com Enfermeiras da UIC e com a coordenadora de Enfermagem da área cirúrgica. Essas conversas vieram a reforçar ainda mais meu otimismo frente ao trabalho. Durante os contatos prévios à formação do grupo, percebi que de uma maneira geral os profissionais mostraram interesse em discutir questões relacionadas às infecções, verbalizando sua opinião.

Após os contatos, porém antes da primeira reunião do grupo, percebia a mobilização de alguns profissionais de Enfermagem, exemplificando: uma auxiliar veio me procurar dizendo que havia realizado determinada tarefa considerada importante para a prevenção de IH e incentivado outra colega a auxiliá-la. Falou que seu próximo passo seria a organização de certo material de assistência, o qual encontrava-se de modo a oferecer risco de infecção para os pacientes e que, dentro da minha proposta de trabalho junto à equipe, tentaria envolver outra colega para a realização desta tarefa.

Igualmente uma Enfermeira me chamou para mostrar a sala de depósito de soluções parenterais de grande volume e de outros materiais e equipamentos, a qual havia organizado. Coloquei que apesar de representar seu interesse e empenho na melhoria da UIC, o trabalho individual poderia não ser valorizado pelo grupo, e que talvez esta tarefa pudesse vir a ser resgatada no grupo. Mais tarde nas reuniões ela comentou que realmente ninguém contribuiu para a manutenção da ordem, vindo reforçar que as ações, quando realizadas sem o envolvimento da equipe de saúde, ou ainda, a divisão de responsabilidades, são menos valorizadas.

Afim de discutir a dinâmica das reuniões em grupo, procurei uma psicóloga do Serviço de Desenvolvimento Organizacional do Hospital conforme citado no Quadro 2 (Anexo 3), que me orientou quanto à abordagem inicial com o grupo. Sua experiência, orientações e apoio me auxiliaram no decorrer do desenvolvimento deste trabalho.

Após as duas primeiras reuniões, percebi que estava assumindo tarefas em demasia, talvez pela vontade de que tudo desse certo. Esta prática reflete minha habitual prática, vertical, na abordagem e resolução de problemas. Procurei nas demais reuniões aprender uma nova prática e fomentar a participação de todos os que são responsáveis últimos pelas tarefas.

Quando da formação do grupo de trabalho, imaginei que talvez pudesse contar com cerca de sete pessoas no grupo e qual foi minha surpresa quando, em média, dez compareceram às reuniões. Devo ressaltar aqui a participação ativa da Enfermagem no grupo, destacadamente das Enfermeiras, tanto da UIC quanto do SCIH. Colocações como “estas reuniões dão ânimo para a gente e força para mudar a situação”, ou ainda, “este trabalho enfatiza a importância de se ter por objetivo da assistência o paciente, o que significa saber que tudo o que fazemos deve repercutir para a sua melhoria. Se algo está errado não podemos seguir em frente pois vai prejudicar o paciente”, demonstram que esta profissional está comprometida não somente com o trabalho em si, mas com sua potencial repercussão na assistência ao paciente.

Outro fator relevante foi o incentivo para que todos os profissionais, não somente os de Enfermagem, participassem e ainda, as possibilidades

colocadas para a equipe de Enfermagem para que pudesse participar. Mais uma vez se vê reforçada a colocação de Ponce de Leon Rosales & Frausto (1993), citada anteriormente, e que coloca a Enfermagem como o grupo mais receptivo e entusiasta em adotar medidas de controle das IH, dentre os profissionais de saúde.

Também a participação ativa do psicólogo e do fisioterapeuta foi motivo de satisfação e incentivo, enriquecendo o trabalho coletivo. O fisioterapeuta tem sido reconhecido como profissional contribuinte na prevenção das IH. Vale ressaltar que em relação ao psicólogo, eu havia esquecido de convidá-lo para compor o grupo, tão logo os trabalhos iniciaram evidenciou-se a importância de sua presença e o grupo entendeu ser importante sua participação, sendo então convidado a participar do grupo. Este profissional auxiliou o grupo a verbalizar situações pouco objetivas colocadas nas reuniões, como por exemplo "ter o paciente como objetivo", incentivando-o a exemplificar com situações da prática. Isto auxiliou a própria reflexão do grupo neste contexto, logo, seu amadurecimento. Ainda, nas situações que envolviam as relações humanas no trabalho, colaborou nas reflexões acerca de quais seriam as ações para se buscar seu encaminhamento. Foi interessante verificar que mesmo buscado um trabalho multidisciplinar, inicialmente esqueci de envolver este profissional.

Ainda a proposta deste trabalho apontou uma nova forma de abordagem das questões associadas às IH. A participação, acompanhamento e discussão de sua dinâmica no âmbito deste Serviço veio estimular esta forma de abordagem na prática diária.

6 ANÁLISE E COMENTÁRIOS SOBRE O VIVENCIADO

Em minha prática assistencial enquanto Enfermeira, busquei continuamente o embasamento e a atualização científica sem contudo, estruturar conceitos teóricos. Desta forma, ao optar pelo presente trabalho tinha consciência de que constituía-se num desafio pessoal. Porém, a prática assistencial proporciona subsídios e vivências, os quais são o adubo necessário para sua teorização, e conseqüente retorno à prática para sua experiencição.

Trabalhando na área de controle de infecção hospitalar reconheci nos escritos de Florence Nightingale princípios relevantes e atuais no contexto da assistência com qualidade e na prevenção de agravos.

Assim, procuro aqui analisar o trabalho realizado sob a perspectiva dos pressupostos e conceitos apresentados, dos escritos de Nightingale e ainda, suas inter-relações com a metodologia empregada e a bibliografia consultada.

“O Ser Humano quando submetido a procedimentos cujo objetivo é a manutenção e/ou recuperação da saúde, tem o direito a uma assistência competente (com qualidade) e a instituição hospitalar tem o dever de prestá-la desta forma”.

Considerar que a principal função de um hospital é tratar o doente sem causar-lhe dano nos leva a refletir o direito à assistência com qualidade enquanto

direito ético e legal do ser humano hospitalizado e ilustra a importância de ações conseqüentes no âmbito da assistência.

Para Malik (1992) qualidade é palavra de domínio público e mesmo que poucos saibam o que o termo significa, todos reconhecem-na quando diante dela ou ainda, sabem quando está ausente em certo produto ou serviço.

A prevenção das IH está fortemente associada à qualidade da assistência. Denton, citado por Jouclas (1992), coloca que esta qualidade está associada mais às pessoas do que à tecnologia, sendo que se as pessoas não puderem oferecer serviços com qualidade, certamente as máquinas não o poderão.

Em relação às pessoas, concordamos com Malik (1996) quando considera falsa a crença de que os trabalhadores não se importam com seus erros e que não somente se importam e os reconhecem como desejam realizar um trabalho do qual possam se orgulhar. Ainda para a autora, a instituição deve a partir do erro permitir encontrar suas causas e corrigi-las, sendo estas habitualmente de caráter estrutural, ou seja, de organização, suprimento, financiamento, direção ou competência técnica.

Ter no trabalho realizado motivo de orgulho foi também reconhecido como importante pelos profissionais envolvidos nesta prática:

- "A gente fica triste com a fama ruim da UIC".

- "Fico envergonhada em dizer que trabalho aqui para os colegas do Hospital".

O profissional deve sentir-se valorizado e encorajado a melhorar a qualidade do serviço que presta (Seegmüller et al., 1996). A reflexão acerca da realidade, propiciando sua compreensão, constituiu-se em motivador para o

levantamento das situações-problema, suas causas e ações para sua resolução. Freire (1987), coloca que o homem, ao compreender sua realidade, pode levantar hipóteses e buscar soluções. Diversos profissionais, antes mesmos das reuniões em grupo, iniciaram ações relacionadas à prevenção, como por exemplo a organização da Unidade. Estas ações provavelmente foram fruto de reflexões pessoais acerca de situações-problema, identificadas como predisponentes para IH.

Tendo utilizado na metodologia do trabalho princípios do Planejamento Participativo e da Educação Problematizadora, tinha nos profissionais de Enfermagem o elemento-chave. A possibilidade de realização com a equipe multidisciplinar veio enriquecê-lo visto tratar-se de um tema em relação ao qual os diferentes profissionais da equipe de saúde estão envolvidos. Ainda, veio ao encontro do preconizado pela Organização Mundial da Saúde no corrente ano, qual seja a necessidade da visão de conjunto da equipe multiprofissional no atendimento à saúde, conforme citado por Chaves (1996).

O planejamento de ações de prevenção exige mais do que o reconhecimento da importância da participação da equipe. Parece óbvio que ao se planejar ações a serem executadas por um grupo, sua participação seja relevante, não somente pela experiência e contribuições como também, e principalmente, pelo engajamento e comprometimento destes profissionais ao planejar. Na maioria dos hospitais cabe ao SCIH o planejamento das ações de prevenção. Por outro lado, cabe aos profissionais da equipe de saúde sua implementação. Ou seja, quem planeja não executa e quem executa não participa do planejamento! Parece fácil explicar porque não funciona este mecanismo.

Ainda, freqüentemente a equipe de saúde considera ser função do SCIH o controle das IH, estando estes isentos de responsabilidade (Pereira, Moriya & Gir, 1996), isto constitui-se num reflexo do relacionamento verticalizado entre o Serviço e a equipe, sendo freqüente o questionamento sobre “o que o SCIH vai fazer” frente a diversos problemas das unidades.

Concordo com Dilly & Jesus (1995) quando colocam que o trabalho em grupo é uma excelente estratégia de desenvolvimento uma vez que na sua constituição já se estabelecem relações de troca e se buscam soluções para situações-problema. Assim, o próprio trabalho envolvendo o grupo constituiu-se num processo educativo. Isto pode ser verificado frente a atitude dos profissionais a partir dos primeiros contatos e antes mesmo da formação do grupo.

Neste processo educativo foi fomentada a reflexão, o reconhecimento de situações-problema e o planejamento de ações para sua resolução, formando um elo entre o SCIH e a equipe de saúde. Segundo Valla & Stotz (1993), o educador pode oferecer as informações e conhecimentos necessários para a organização popular (aqui os profissionais da saúde) identificar os problemas e propor mudanças.

No processo metodológico, os passos empregados seguiram os preconizados por Neil Mckee, citados por Bordenave (199_d) como estratégias ou ações comunicacionais, que são a Legitimação Política, a Mobilização, o Marketing e a Comunicação Social.

A Legitimação Política, compreendida como as ações orientadas para a conscientização dos dirigentes para a importância do problema se deu através

dos contatos informais com as Enfermeiras e também através da primeira reunião na UIC onde encontravam-se diversos profissionais e na qual foi exposto o trabalho pretendido. O tema IH, reconhecido entre os dirigentes da Instituição e da UIC como de relevância, auxiliou na legitimação política e esta facilitou os demais encontros e reuniões.

Os contatos com os profissionais e posteriormente destes entre si bem como a participação do SCIH neste trabalho, contribuíram para a Mobilização, para o Marketing e para a Comunicação Social, ou seja, para o envolvimento dos profissionais acerca do tema e do trabalho proposto, propiciando a sua realização.

Durante o processo alguns profissionais apresentaram uma visão fatalista da situação da Unidade, exemplificando:

- "Meu objetivo principal é sair daqui. No ano e meio que trabalho aqui, só vi bagunça e desorganização".

Para Freire (1983) quando a realidade é vista como algo imutável pelos indivíduos, sua tendência é adotar uma postura fatalista e sem esperança.

- "Sempre foi assim, não vai mudar".

- "Quando comecei a trabalhar aqui percebi muitas coisas erradas. Tentei mudar mas sozinha é impossível, assim vou fazendo o que posso".

Outros, entusiasmados com a possibilidade de melhorias, verbalizaram:

- "A UIC já foi diferente, todo mundo trabalhava unido"

- "Trabalho aqui há oito anos. De cinco anos para cá é que a Unidade está bagunçada e acho que pode ser de novo como era antes".

Para Bordenave (199_g), quando se busca o Planejamento Participativo é preciso, ao formar o grupo, esclarecer que atitude os componentes têm em relação às situações-problema, seu grau de compromisso com a solução, que propostas têm e que tipo de participação desejam e podem oferecer. Assim, pode-se inferir sobre que participação haverá no grupo. Para Argumedo (1985) as pessoas participam quando se incorporam ao grupo com possibilidade de decidir sobre o que será feito.

Porém, se por um lado a participação possibilita tomar parte nas decisões, por outro representa assumir responsabilidades. Nos contatos com a equipe uma preocupação demonstrada foi a respeito da possibilidade de assumir a responsabilidade pela operacionalização e supervisão das ações:

- "As pessoas do grupo é que ficarão responsáveis por colocar em prática e cobrar as medidas?".

- "Tem que estudar?".

- "Se a gente comparecer em uma reunião, tem que vir nas outras?".

Assim, a equipe de saúde ao assumir a participação num trabalho desta natureza, assumiu também responsabilidades junto à comunidade hospitalar, principalmente com o ser humano que busca a manutenção e/ou recuperação de sua saúde. Estas responsabilidades passam pelo viés da assistência competente, cada um assumindo sua parcela no dever de prestá-la desta forma.

“O ser humano, o ambiente e os profissionais da equipe de saúde podem atuar de forma preventiva, contribuinte ou determinante de infecções hospitalares”.

A prevenção das IH está intimamente ligada à qualidade das ações e portanto à qualidade da assistência. Ao estabelecer padrões e ações sistematizadas, busca-se a garantia da qualidade, através da reflexão, da teorização e da sua incorporação na prática.

O planejamento e a sistematização contribuem para a potencialização do poder vital do ser humano na medida em que previne o dano. Quando verbalizado pela Enfermagem que determinadas ações estão colocando o paciente sob risco, esta reflexão constitui-se no primeiro passo para a mudança na medida que a própria reflexão é uma estratégia de mobilização, tendo sido desta forma o primeiro passo para a busca da qualidade.

Paralelamente à manutenção e recuperação da saúde, a instituição deve respeitar seu princípio primeiro, qual seja, tratar os pacientes sem causar danos. O ambiente, considerado como todas as variáveis que influenciam a vida e o desenvolvimento do ser humano interferindo no processo saúde-doença, tem sido discutido enquanto contribuinte na ocorrência das IH. Considerando-o não somente enquanto físico, mas também enquanto comportamento da equipe de saúde, o ambiente influencia a ocorrência dessas infecções bem como sua recuperação.

O ambiente foi identificado diversas vezes como passível de interferência no processo saúde-doença, este entendido como contínuo, dinâmico e influenciado pelas inter-relações do ser humano com o ambiente, consigo mesmo e

com outros seres humanos. Destacadamente em relação às IH, o grupo percebeu o ambiente como possível fator predisponente a estas infecções, exemplificando:

- Estrutura física deficiente;
- Falta de rotinas;
- Limpeza precária;
- Mistura de alimentos, medicamentos e material biológico na geladeira;
- Comportamento inadequado dos profissionais;
- Técnicas básicas deficientes.

Os exemplos acima citados podem intervir no processo saúde-doença, ou seja, na ocorrência das IH. Historicamente a assepsia e a limpeza no ambiente hospitalar são reconhecidos como princípios básicos da assistência. Em relação à prevenção das IH, constituem-se em elementos importantes e de relevância reconhecida. Nightingale (1989) destaca a importância de princípios de higiene e limpeza, numa época pré-bacteriana, como por exemplo, a lavagem freqüente das mãos.

Coloca ainda que uma organização administrativa falha pode tornar a prática de Enfermagem impossível, vindo ao encontro de reflexões pessoais acerca da organização administrativa da UIC. Enquanto Enfermeira do SCIH, habitualmente resgatava junto à equipe de Enfermagem, a importância de alguns cuidados básicos de prevenção. Como por exemplo a manutenção de soluções anti-sépticas para as mãos nas enfermarias, a coleta adequada de materiais para cultura, a troca periódica das soluções de curativo. Percebo hoje, após este trabalho, que no

contexto administrativo da Unidade àquela época, era realmente improvável a observação das orientações pela equipe.

Algumas situações verbalizadas exemplificam o papel determinante da Enfermagem e da equipe de saúde, nas conseqüências da doença. O relato “o processo de desinfecção do respirador está errado, eu já falei para a Enfermeira e ela não tomou conhecimento” sugere que não somente esta situação é reconhecida como de risco, como também a ocorrência da infecção pode determinar novo curso à recuperação do paciente, bem como a intervenção da Enfermagem neste contexto pode determinar as suas conseqüências. Pelo verbalizado, a Enfermagem reconhece o problema e seu risco para o paciente. Sendo o processo de desinfecção essencial na prevenção das infecções respiratórias, o papel da Enfermagem é relevante na prevenção dessas IH. A partir do momento que não toma atitude, está contribuindo para a maleficência, e portanto ferindo princípios bio-éticos. O fato do SCIH orientar os procedimentos necessários não mudou a atitude da equipe, sendo necessário este fato ser refletido e verbalizado para que dela própria partisse a necessidade de planejar sua resolução e desta forma comprometer-se.

A partir do comprometimento desencadeado por este trabalho participativo, formou-se um elo entre os profissionais da equipe de saúde. Elo este que constituiu-se mais do que um aliado do SCIH, os integrantes deste grupo tornaram-se agentes multiplicadores desta ação de prevenção entre outros profissionais e outras instituições nas quais freqüentemente trabalham.

“Ações sistematizadas pela Enfermagem contribuem para a prevenção de infecções hospitalares, sendo que a adesão dos profissionais a estas ações está associada, além do conhecimento, ao seu envolvimento com a assistência com qualidade”.

Sabidamente parte das IH não são passíveis de prevenção, pois são decorrentes de fatores individuais do paciente nos quais não é possível intervir, vindo este a desenvolver infecção independente da hospitalização. Outras porém são evitáveis através da atuação humana, competente e ética da instituição, logo, dos profissionais de saúde.

Nightingale (1989) coloca que faz parte do abecê da educação da Enfermeira saber que o paciente é um ser humano e não um animal. Isto importa refletir sobre o que parece óbvio. Contudo, no processo da assistência muitas vezes desrespeitando sua privacidade, sua vontade e freqüentemente seu corpo, não somente a Enfermagem mas também outros profissionais, tratam-o sim como animal. Quando a Enfermagem verbaliza “não temos rotina de limpeza e troca de frascos de drenagem” ou ainda, “os frascos de aspirador são sujos e com crostas”, possivelmente está refletindo acerca de sua inadequação. Ora, o paciente é um ser humano, lutando para a recuperação de sua saúde. A Enfermagem, bem como os demais profissionais, têm a obrigação de prestar a assistência de modo a contribuir, caso contrário, não está considerando o paciente como ser humano, mas simplesmente como um objeto, pior ainda do que um animal.

A Enfermagem citada por Nightingale (1989) como importante na mobilização do ambiente para esta recuperação, tem destacadamente papel de relevância, mobilizando variáveis físicas e de comportamento, vindo ao encontro do que Florence coloca como sendo Enfermagem, ou seja, proporcionar as melhores condições para a recuperação do ser humano. Igualmente, ao interagir com a equipe de saúde, a Enfermeira desempenha um de seus objetivos destacados pela precursora da Enfermagem moderna, qual seja, a educação.

Para Dilly & Jesus (1995, p. 176), "...o enfermeiro deve estar preparado para exercer funções de ensino em diferentes situações, o que envolve o reconhecimento da busca de competência técnica, científica e política, através de um trabalho reflexivo e participativo". O desempenho deste papel educativo junto à equipe de saúde, e principalmente da Enfermagem, faz parte da assistência prestada. Segundo Soprano (1995), quanto mais a Enfermeira exercer o papel de educadora, mais o usuário vai desejá-lo.

Não sendo educação sinônimo de aprendizagem e sim a intervenção intencional na aprendizagem de outros com o objetivo de orientá-los em uma direção (Argumedo, 1985), a aprendizagem torna-se algo individual. O simples fato de ter o conhecimento não basta para a mudança de atitude ou comportamento, como demonstram alguns trabalhos na área de prevenção de IH (Cardo, 199_; Hammond et al., 1990; Courington et al., 1991).

Contudo, inserido na qualidade está o conhecimento, sendo reconhecidas pelo grupo as limitações da equipe de saúde, destacadamente da equipe de Enfermagem e Médica, acerca de procedimentos técnicos no cuidado aos

pacientes; foi reconhecida como importante a elaboração de um programa de treinamento, constituindo-se numa ação planejada, numa estratégia traçada pelo grupo.

Os assuntos a serem abordados emergiram das reflexões do grupo e da aplicação de um instrumento direcionado e respondido pela equipe de Enfermagem (Anexo 7) para sugestões e auto-avaliação acerca de procedimentos básicos. Também neste instrumento foi oportunizada a participação na estruturação organizacional do programa em relação a carga horária, horário e periodicidade, além da abordagem didática.

Os resultados (Anexo 8) nortearão o planejamento do Programa de Treinamento a ser elaborado em conjunto pelo SCIH e pela Enfermagem da UIC, bem como contribuirão para as reflexões pessoais acerca da situação da UIC e busca de soluções. Desta forma buscou-se nos protagonistas ou educandos, a seleção dos assuntos conforme suas necessidades, visando exercitar a pedagogia da oferta, contrariamente ao modelo rotineiramente experienciado.

Em relação à equipe Médica, foi reconhecido pelo grupo o despreparo em relação a técnicas básicas como um reflexo da deficiência a nível de graduação. Considerando relevante uma abordagem a nível de formação profissional, o grupo elaborou e aplicou um instrumento (Anexo 9) no qual buscou-se a opinião dos estudantes e a partir de seus resultados (Anexo 10), a discussão a nível de Curso Acadêmico. Esta estratégia apontou uma tentativa de solução para um problema que não é específico desta Unidade, mas também das demais e provavelmente semelhante em outras instituições do país. Incluir na graduação de Medicina

técnicas básicas vai ao encontro de um sonho antigo dos profissionais de controle de infecção. Para Esmanhoto (1993) a educação curricular pode ser a principal arma sensibilizadora para promover mudanças futuras na área de controle de IH.

Também a deficiência na comunicação entre os profissionais e o paciente e familiares foi identificada como problema, salientando-se no grupo que freqüentemente estes desconhecem o diagnóstico e o tratamento planejado ou mesmo em curso. Ainda, desconhecem o plano cirúrgico, suas possíveis conseqüências e mesmo, quando ocorre o seu cancelamento, o porquê. Este fato não somente angustia paciente e familiares como também os profissionais, e principalmente aqueles que interagem mais com o paciente, seja por seu enfoque, como o Psicólogo, seja por permanecerem mais tempo ao seu lado, e se envolverem mais, como a Enfermagem.

A informação, sendo direito e dever humano, ético e legal, e no mínimo uma demonstração de respeito para com o paciente, necessita ser discutida entre a equipe, bem como, quem são os profissionais responsáveis por ela. Entendendo que a partir de situações concretas é possível discutir e estabelecer padrões e normas de conduta, foi sugerido pelo grupo a participação da equipe multidisciplinar nas reuniões semanais, como estratégia para abordagem deste tema. Embora esta sugestão tenha gerado posicionamentos diversos como:

- “Mas são reuniões científicas, acho desnecessário participar”(Enfermeira).
- “Também acho desnecessário a Enfermeira e os outros profissionais participarem, e também naquela sala não cabe todo mundo”(Residente).

- "Talvez mais importante que a participação de acadêmicos e residentes de Medicina, seja a participação do Psicólogo, da Nutricionista, do Fisioterapeuta, da Enfermeira e da Assistente Social" (Enfermeira).

Foi consenso, no grupo, após discussão a importância da participação multidisciplinar na assistência ao paciente. Penso que participar significa assumir um espaço, importante e relevante, na equipe de saúde, e espaços são conquistados com competência e não cedidos gentilmente por outrem.

Nas relações humanas, evidenciou-se neste trabalho a importante colaboração do Psicólogo. Embora sua atuação ainda não venha sendo citada como importante nas ações de prevenção das IH, este trabalho veio desvelar e salientar sua potencial e importante contribuição, uma vez que as IH estão fortemente associadas ao comportamento humano. Reforça-se mais uma vez a importância do trabalho multidisciplinar na prevenção das IH e o progressivo espaço e contribuição de cada um.

Nightingale (1989) considera que de nada adianta a informação se o profissional não estiver motivado a agir no interesse do paciente. Nas reuniões do grupo, diversas vezes foi verbalizada a importância de ter como objetivo da assistência o paciente, refletindo uma busca da assistência a ele voltada. Contudo, a qualidade segundo Santos (1996), é um processo longo por exigir mudanças na forma de pensar, no comportamento e na postura individual e coletiva e que cada pessoa tem seu ritmo para propor ou aceitar, adotar e vivenciar a mudança. Logo esta mudança não acontece como num passe de mágica pois está associada, além da fundamentação teórica e prática, à assimilação e introjeção de medidas

preventivas (Pereira, Moriya & Gir, 1996), exigindo um posicionamento dos profissionais.

Tendo a equipe de saúde uma postura voltada ao bem estar do paciente, esta influencia o comportamento individual, e portanto, também o coletivo, constituindo-se em retroalimentação. Igualmente, atitudes ou posturas indevidas tomadas como rotina pela equipe de saúde, tornam-se legitimadas no grupo, dificultando ou intimidando o comportamento adequado de outros que, embora cientes do erro, têm dificuldade em agir corretamente perante a equipe. Logo, o trabalho participativo, buscando-se a adesão de todos, propicia uma reflexão individual e coletiva. A verbalização das situações-problema e a reflexão tornam-se instrumento para a retomada da responsabilidade e da auto-determinação, estabelecendo-se elos entre os profissionais e o comprometimento com o planejado coletivamente.

Concluindo este tópico, saliento a importância das inter-relações entre o paciente, a equipe e o ambiente na prevenção e/ou determinação das IH. Ainda, a complexidade destas relações na medida que envolvem seres humanos, agindo como tal, com limitações e potencialidades. Finalmente, a relevância do trabalho em grupo e de um sincronismo entre a equipe multidisciplinar, onde cada profissional com sua especificidade, contribui para a formação do quebra-cabeças, no qual todas as peças têm seu lugar de destaque.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O VIVENCIADO

Ao finalizar este trabalho, penso ser importante tecer algumas considerações acerca da prática realizada, com ela a aprendizagem de uma nova, porém não absoluta, forma de abordagem conjunta entre o SCIH e a equipe de saúde na prevenção das IH. Desde os primeiros ensaios para realização do trabalho de conclusão do curso de Mestrado, busquei algo que além de alcançar esta finalidade, pudesse contribuir para a aprendizagem, para a melhoria da qualidade na assistência e ao mesmo tempo estivesse relacionado à minha prática assistencial; o contexto da UIC oferecia esta oportunidade.

Meu objetivo inicial **“Desenvolver um trabalho conjunto envolvendo a equipe de Enfermagem e o Serviço de Controle de Infecções Hospitalares para a prevenção das infecções hospitalares em unidade de internação”** foi extrapolado, envolvendo não somente a Enfermagem, mas também outros profissionais da equipe de saúde atuantes na Unidade. Este envolvimento veio potencializar o estudo na medida em que diferentes profissionais puderam contribuir com a riqueza de seus conhecimentos científicos, de suas experiências práticas frente a singularidade da realidade na qual interagimos em grupo. Ainda, a participação multiprofissional, da maneira com que foi desencadeada, favoreceu a formação de um elo entre os diversos profissionais envolvidos e destes com o SCIH.

Tradicionalmente os profissionais de controle de infecção, constituem um grupo multidisciplinar diferenciado no contexto do ambiente hospitalar. Embora tendo um saber especializado e sendo responsáveis por estabelecer estratégias de

prevenção dessas infecções, não são os executores do cuidado, logo, é imprescindível um elo entre estes e a equipe assistencial, principalmente junto à equipe de Enfermagem por sua representatividade enquanto número de profissionais e a especificidade da assistência. Esta especificidade em relação às características da profissão, fortemente associadas ao cuidado. A prevenção das IH está igualmente centrada no cuidado, daí a importância deste elo para somar na busca da qualidade.

Concordo com Lentz (1996, p. 25) quando salienta que “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”. Ouso, parafraseando a autora, dizer que a arte de cuidar, sobretudo com qualidade, é mais necessária do que a própria tecnologia. Não havendo o cuidado, entendido da forma mais ampla que se possa imaginar, de nada adianta a tecnologia pois se tornará, em última instância, numa arma contra o ser humano.

Neste sentido é que a Enfermagem, tendo como essência da profissão o cuidado humanista, tem o potencial de contribuir de forma imensurável para a prevenção das IH, daí a importância deste elo com o SCIH. O elo pretendido não se constitui com a verticalização das orientações deste Serviço aos profissionais, sobretudo em administrações democráticas.

Consciente disto e já tendo utilizado modelos verticais no planejamento de ações e nas metodologias de educação, busquei no modelo grupai de construção, uma nova forma de abordar estas questões. Com estes subsídios

teóricos, fui para a prática assistencial aplicar, vivenciar, analisar e aprender sua dinâmica. Optar por um modelo grupal de construção assemelhou-se a deixar de lado a sala iluminada, já conhecida, para adentrar ao quarto escuro, sem saber ao certo o que lá continha. Andar cautelosamente, tatear e aos poucos desvelar pequenos segredos. Aguçar diferentes sentidos na busca do compreender e, paulatinamente, experienciar, saboreando, cada nova descoberta. Mais fácil teria sido permanecer na sala iluminada porém, a vida, cotidianamente, nos oferece desafios que juntamente aos riscos, estão as oportunidades de crescer.

Sem dúvida esta experiência constituiu-se num desafio pessoal, mais do que isto, um novo e rico aprendizado enquanto mestranda em assistência de Enfermagem e Enfermeira de controle de infecção.

Três meses após o início da realização deste trabalho, muitos problemas permanecem, várias ações planejadas já foram implementadas, outras estão em vias de implementação. Algumas demandarão um período maior de tempo, por vezes aliado a uma decisão política, por vezes a uma adequação administrativa ou ainda à adesão da equipe de saúde. Três meses foi pouco tempo para mudar a rotina de alguns anos, contudo foi o suficiente para fomentar a mudança, para demonstrar a possibilidade de implementação de uma nova metodologia de atuação e de se construir coletivamente novas formas de planejamento e educação para a prevenção das IH.

Em relação ao SCIH, a realização deste trabalho e sua repercussão na equipe está constituindo-se num marco para o repensar e mudanças nas inter-relações com a equipe de saúde.

“O caminho vai se fazendo ao andar”, como disse o poeta espanhol Antonio Machado, citado por Argumedo (1985), isto importa dizer que muito aprendi e muito tenho ainda a caminhar e aprender. Este aprendizado, progressivo e contínuo, materializa-se no repensar da prática, na busca da melhoria e de novas formas de assistir, tendo a certeza de que nada é imutável e acabado, sobretudo quando nossa prática está entrelaçada ao comportamento e às relações humanas.

Este trabalho levou-me a algumas reflexões, as quais quero compartilhar:

- * O respeito à opinião e à visão do outro é fundamental quando se pretende trabalhar participativamente;
- * Todos os profissionais têm contribuições a oferecer, embora nem todos encontrem espaço ou mesmo se predisponham a isto;
- * A mudança de comportamento, tão almejada pelos profissionais de SCIH, e como tal educadores, está aliada não somente à fundamentação teórica, mas também a uma decisão individual. Esta está atrelada à reflexão, ao grau de comprometimento com a qualidade da assistência e aos aspectos éticos e legais;
- * Estruturas organizacionais deficientes, não somente contribuem para a ocorrência das IH como também enfraquecem as práticas de prevenção, tornando-as de difícil operacionalização;
- * A postura profissional da Enfermeira favorece a participação dos diferentes profissionais da equipe de saúde na prática da prevenção;
- * O processo grupal propicia uma melhor identificação de situações-problema e suas causas, maior conhecimento da dinâmica da assistência, das relações dos

profissionais entre si e destes com o paciente. Propicia ainda um planejamento de ações baseado nestas variáveis e na realidade contextualizada;

* Os profissionais do SCIH necessitam desenvolver a habilidade de estabelecer relações horizontais e construtivas com a equipe de saúde, para tal é necessário buscar subsídios em outras áreas do conhecimento, como das relações humanas e princípios educativos;

* O elo entre o SCIH e a equipe de saúde, constitui-se qual uma planta. Necessita ser adubado, regado e acarinhado para se fortalecer, frutificar e gerar sementes férteis.

Embora as infecções e sua prevenção sejam tão antigas quanto a humanidade, não somente os microorganismos e os antibióticos evoluem. Nós, seres humanos, também evoluímos e mudamos continuamente. Não basta criticar os profissionais da saúde acerca da possível irresponsabilidade técnica e ética, sua falta de compromisso com o ser humano, seu descaso frente ao sofrimento. Necessitamos buscar formas de tocá-los, incentivá-los à mudança. Certamente não há fórmula mágica e única. Nosso desafio é descobrir caminhos, passagens e por vezes, atalhos, através da alquimia das relações humanas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, R.A.R. Ética e direitos humanos. In: Conselho Federal de Medicina. **Desafios éticos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993.
- ALMEIDA, F.F.; STARLING, C.E.F. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. In: STARLING C.E.F. et al. **Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares na prática diária** : ensaios. Belo Horizonte: Cuiatiara, 1993. p. 24-89.
- ANGERAMI, E.L.S.; CORREIA, F.A. Em que consiste a enfermagem. In: I SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE O PERFIL E A COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO (1987: Brasília), **Anais...** Brasília, 1987, p.38-49.
- ANTUNES, J.L.F. **Hospital** : instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras, 1991.
- ARGUMEDO, M. Elaboração curricular na educação participativa. In: WERTHEIN, J.; ARGUMEDO, M.(Org.). **Educação e participação**. Rio de Janeiro: Philobliblion; [Brasília]: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura: Secretaria de Ensino de Primeiro de 2º graus/ MEC, 1985. p. 41-77.
- AYLIFFE, G.A.J.; COLLINS, B.J.; TAYLOR, L.J. The control of hospital-acquired infection in the UK. In: _____. **Hospital-acquired infection**. 2. Ed. Oxford: Bulterworth-Heinemann, 1993. p. 1-6.
- BORDENAVE, J.E.D. Alguns fatores pedagógicos. **Capacitação pedagógica para instrutor supervisor área saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 1989.
- _____. A enfermeira como agente mediador e suas ferramentas operativas: comunicação, participação e planejamento, 199_. (Texto mimeografado). 7 p.
- _____. A enfermeira como agente mediador., 199_. (Texto mimeografado). 4 p.
- _____. Componentes de uma estratégia de comunicação, 199_. (Texto mimeografado). 1 p.
- _____. Componentes de uma estratégia global de ação comunicacional, 199_. (Texto mimeografado). 3 p.
- _____. Notas sobre educação problematizadora, 199_. (Texto mimeografado). 4 p.

_____. O processo de aprender e ensinar no trabalho, 199_. (Texto mimeografado)
2 p.

_____. Planejamento participativo de estratégias de comunicação em apoio de ações comunitárias, 199_. (Texto mimeografado). 13 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 196, de 24 jun. 1983. **Diário Oficial da República Federativa da União**, Brasília, 28 jun. 1983. Dispõe instruções para o controle e prevenção de infecções hospitalares.

_____. Portaria nº 930, de 27 ago. 1992. **Diário Oficial da República Federativa da União**, Brasília, 4 set. 1992. Dispõe sobre normas e instruções para o controle das infecções hospitalares no país (revoga a Portaria 196/83).

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-30, jan./mar., 1996.

BRONFMAN, M.; GLEIZER, M. Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O que hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 111-122, jan./mar., 1994.

BROWN, P. **Florence Nightingale**. Rio de Janeiro: Globo, 1993.

BURGARDT, C.I. **O aspecto econômico da qualidade nas infecções hospitalares**. Curitiba, 1996. Monografia (Especialização em Engenharia da Qualidade) - Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 1996.

CARDO, D. Risco de HIV e hepatite B em quem trabalha em hospital: como se proteger. **Compacta Infectológica**, São Paulo, n. 2, p. 4-7, 199_.

CARRARO, T.E. **Resgatando Florence Nigthingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

CDC. Nosocomial infections rates for interhospital comparison: limitations and possible solutions. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Thorefare, v. 12, p. 609-621, oct., 1991.

_____. Public health: Surveillance, prevention and control of nosocomial infections. **JAMA**, v. 268, p. 3048-3052, 1992.

- CHAVES, M.M. Educação das profissões de saúde: perspectivas para o século XXI. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 21-27, jan./abr., 1996.
- CIANCIARULLO, T.I. Experiências de la aplicación de enfermería en la investigación. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 111-118, abr., 1994.
- COURINGTON et al. Universal precautions are not universally followed. **Archives of Surgery**, v. 121, p. 93-96, 1991.
- CRUSE, P.J.E.; FOORD, R. A 10-year prospective study of 62.939 wounds. **Surgical Clinics of North America**, v. 60, n. 1, p. 27-40, feb. 1980.
- DASCHNER, F. The cost of hospital-acquired infection. **Journal of Hospital Infection**, London, v. 5 (Suppl. A), p. 27-33, 1984.
- _____. Cost effectiveness in hospital infection control : lessons for the 1990s. **Journal of Hospital Infection**, London, n. 13, p. 325-336, 1989.
- DEMO, P. Educação e qualidade. São Paulo: Papyrus, 1994.
- DIAS, A.P. Implicação com as práticas médicas e as normas deontológicas e jurídicas no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 108, n. 5, p. 512-523, mayo/jun., 1990.
- DILLY, C.M.L.; JESUS, M.C.P. **Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe Editora, 1995.
- DYNIWICZ, A.M. **Educando-nos em grupo, através de ações reflexivas em saúde: uma ênfase na prática assistencial do enfermeiro**. Curitiba, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- DONAHUE, M.P. **Historia de la enfermería**. España: Egedsa, 1993.
- EMORI, T.G.; HALEY, R.D.; GARNER, J.S. Techniques and uses of nosocomial surveillance in U.S. hospitals, 1976-1977. **The American Journal of Medicine**, Newton, v. 70, n. 7, p. 933-939, apr., 1981.
- EMORI, T.G. et al. National Nosocomial Surveillance System (NNIS): description of surveillance methods. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 19, n. 1, p. 19-35, feb., 1991.
- ESMANHOTO, R. **Infecção hospitalar: estudo de estratégias para o seu controle**. Curitiba, 1993. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna, Universidade Federal do Paraná, 1993.

- FERRAZ, E.M. Mortalidade e custo da infecção hospitalar no Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Editorial, jul./ago., 1984.
- _____. **Infecção da ferida na cirurgia do aparelho digestivo**. Tese de concurso, Recife, 154p., 1990.
- _____. Infecção hospitalar. **Âmbito Hospitalar**, São Paulo, v. 6, n. 63, p. 31-35, jun., 1994.
- FERRAZ, E.M. et al. Resultados de um estudo prospectivo de 10.254 pacientes de um hospital universitário. **Mednews**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 5-26, nov. 1985.
- FOSTER, M. The role of the infection control practitioner. **The Canadian Journal of Infection Control**, Ontário, v. 11, n. 1, p. 36-37, spring, 1996.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- _____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- _____. Educação e participação comunitária. In: _____. **Política e educação: ensaios**. São Paulo: Cortez, 1993. p. 65-78.
- GARNER et al. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. **The American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 16, p. 128-140, 1988.
- GAUDERER, E.C. Os direitos do paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 32-34, maio/ago., 1993.
- GELAIN, I. **Deontologia e enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1987.
- _____. Repensando o enfoque da ética profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 29-34, jul./dez., 1994.
- GERMANO, R.M. A ética codificada na medicina e na enfermagem. In: _____. **A ética e o ensino de ética no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993. p. 41-59.
- GRINBAUM, R.S. **Estudo dos fatores de risco e dos índices calculados em vigilância de infecções de ferida cirúrgica em serviços de cirurgia vascular e de aparelho digestivo de dois hospitais brasileiros**. São Paulo, 1994. Dissertação (Mestrado) - Curso de pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Escola Paulista de Medicina, 1994.

- HALEY, R.W. Nosocomial infection: an increasing problem that must be controlled. In: _____. **Managing hospital infection control for cost-effectiveness**. American Hospital Publishing, Inc., 1986. p. 3-15.
- _____. The development of infection surveillance and control programs. In: BENNET, J.V.; BRACHMAN, P.S.(Ed.). **Hospital infections**. 3. ed. Boston: Little, Brown and Company, 1992. p. 63-77.
- HALEY, R.W. et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infection in US hospitals. **The American Journal of Epidemiology**, v. 121, p. 182-205, 1985.
- HALEY, R.W. et al. Surveillance of nosocomial infections. In: BENNET, J.V.; BRACHMAN, P.S.(Ed.). **Hospital infections**. 3. ed. Boston: Little, Brown and Company, 1992. p. 79-108.
- HAMMOND, J.S. et al. HIV, trauma and infection control: universal precautions are universally ignored. **The Journal of Trauma**, v. 30, n. 5, p. 555-561, 1990.
- HOFFMANN, K.K. ; CLONTZ, E.P. Education of health care workers in the prevention of nosocomial infection. In: MAYHALL, C.G.(Ed.). **Hospital epidemiology and infection control**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. p. 1086-1094.
- HORAN, T.C. et al. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. **The American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 20, n. 5, p. 271-274, oct., 1992.
- HORAN, T.C. et al. Nosocomial infections in surgical patients in United States, January 1986-June 1992. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Thorefare, v. 14, n. 2, p. 73-80, feb., 1993.
- HOSSNE, W.S. Infecção hospitalar: aspectos éticos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 23-33, 1995.
- HOWARD, J.P.; CASEWELL, M. Organização e controle de infecção. In: **Controle de infecção hospitalar: normas e procedimentos práticos**. São Paulo: Santos, 1996. p. 1-13.
- JOUCLAS, V.M.G. O controle de infecção hospitalar e o programa de garantia de qualidade. In: LACERDA, R.A. et al. **Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico**. São Paulo: Atheneu, 1992. p. 127-134.
- LACERDA, R.A. O trabalho da enfermeira de controle de infecção hospitalar. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, v. 36, n. 7-9, p. 129-134, jul./ago./set., 1988.

- LACERDA, R.A.; JOUCLAS, V.M.G.; EGRY, E.Y. **A face iatrogênica do hospital:** as demandas para o controle das infecções hospitalares. São Paulo: Atheneu Editora, 1996.
- LADRIERE, J.O. Impacto sobre a ética. In: _____. **Os desafios da racionalidade.** Petrópolis: Vozes, 1979. p. 137-161.
- LA FORCE, M.F. The control of infections hospitalais: 1750 to 1950. In: WENZEL, R.P.(Ed.). **Prevention and control of nosocomial infections.** 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993. p. 1-12.
- LENTZ, R.A. **Processo de normalização:** a jornada participativa como fator de qualidade nas ações de controle das infecções hospitalares. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- LEPAGNEUR, H. Bioética: uma palavra introdutória. In: BARCHIFONTAINE, C.P. **Bioética e saúde.** São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1987. p. 75-93.
- LESKY, E.A. A infecção hospitalar: o ponto de vista histórico. **Revista Roche,** Rio de Janeiro, 198_.
- LIBANEO, J.C. Política educativa e sociedade. In: _____. **Didática.** São Paulo: Cortez, 1991. p. 16-22.
- LIRA, N.F.; BONFIM, M.E.S. **História da enfermagem e legislação.** Rio de Janeiro: Cultura Médica Ltda., 1989.
- MADUREIRA, V.S.F. O conceito "enfermagem" suas definições na ciência e no senso comum. **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 45-58, jul./dez., 1993.
- MALIK, A.M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas,** São Paulo, v.32, n.4, p. 32-41, set./out., 1992.
- _____. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. Desenvolvimento gerencial/96, Fundação Getúlio Vargas & Rhodia Hospitalar. Curitiba, 24 de julho de 1996.
- MALTA, M.E.B. Diferentes áreas de atuação do enfermeiro. **Âmbito Hospitalar,** São Paulo, p.41-44, jul. 1994.
- MARTINS, M.A. **Manual de infecções hospitalares :** prevenção e controle. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

- MEERS, P.; JACOBSEN, W.; McPHERSON, M. **Hospital infection control for nurses**. London: Chapman & Hall, 1994.
- MELO, C. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.
- MIZUKAMI, M.G. **Ensino** : as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986.
- MOLINA, T.M. **Historia de la enfermería**. 2. ed. Buenos Aires: Inter-Médica, 1973.
- MORAES, M.; BAPTISTA, A.S.F.; AGUIAR, N. Infecção hospitalar. Comissão de controle de infecção. Constituição e objetivos. In: FERRAZ, E.M.(Org.). **Manual de controle de infecção hospitalar**. São Paulo: EPU, 1982. p. 63-76.
- NETTLEMAN, M.D. The global impact of infection control In: WENZEL, R.P.(Ed.). **Prevention and control of nosocomial infection**. 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993. p. 13-20.
- NEVES, J. Infecção hospitalar no contexto da formação dos profissionais da saúde: novo enfoque. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 3, p. 123-126, mar., 1995.
- _____. Aspectos éticos e legais das infecções hospitalares. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 6, p. 303-306, jun., 1995.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. Tradução Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.
- PAIXÃO, W. **A história da enfermagem**. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1979.
- PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. Resolução nº 57/91, de 15 maio 1991.
- _____. Resolução nº 58/91, de 15 maio 1991.
- _____. Resolução nº 05/92, de 15 jan. 1992.
- PARKER, M.J. Nursing and the infection control nurse. **Nursing Times**, London, v. 77, n. 16, p. 1-4, may., 1981.
- PATTERSON, J.E.; HIERHOLZER, W.J. The hospital epidemiologist. In: BENNET, J.V.; BRACHMAN, P.S.(Ed.). **Hospital infections**. 3. Ed. Boston: Little, Brown & Company, 1992. p. 21-30.
- PEDROMO, G. La investigación-acción-participante como estrategia para la capacitación y evaluación en educación sanitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 331-338, jul./set., 1994.

PEREIRA, A. Reflexões sobre a evolução da enfermagem e o surgimento do homem na profissão. **Acta Paulista**, São Paulo, v. 4, n. 2/4, p. 49-54, 1991.

PEREIRA, G.S. **O profissional de saúde e a educação em saúde** : representações de uma prática. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1993.

PEREIRA, M.S. **Infecção hospitalar no Brasil** : um enfoque para o seu controle. Ribeirão Preto, 1987. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1987.

PEREIRA, M.S; MORIYA, T.M.; GIR, E. Infecção hospitalar nos hospitais escola: uma análise para o seu controle. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p. 145-162, jan., 1996.

_____. Infecções hospitalares e seu controle: problemática e o papel do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 355-361, dez., 1993.

PERESTRELLO, P. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1974.

PETRILLO, V.F.; KUPLICH, N.M.; WAGNER, M.B. Infecção hospitalar: uma revisão. **Revista Médica da Santa Casa**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 126-130, 1990.

PHILPOTT-HOWARD, J.; CASEWELL, M. Organização e controle de infecção. In:_____. **Controle de infecção hospitalar** : normas e procedimentos práticos. São Paulo: Santos, 1996. p. 1-13.

PIVONKA, M.A. et al. Saber bien para hacer bien. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 108, n. 5-6, p. 426-430, mayo/jun., 1990.

PONCE de LEON ROSALES, S.; FRAUSTO, S.R. Organizing for infection control with limited resources. In: WENZEL, R.P.(Ed.). **Prevention and control of nosocomial infection**. 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993. p. 82-88.

PRADE, S.S. et al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. **Revista de Controle de Infecção Hospitalar**, n. 2, p. 11-24, 1º semestre, 1995.

PUGLIESE, G. ; KROC, K.A. Development and implementation of infection control policies and procedures. In: MAYHALL, C.G.(Ed.). **Hospital epidemiology and infection control**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. p. 1068-1079.

REZENDE, E.M. **Prevalência da infecções hospitalares em hospitais gerais de Belo Horizonte, 1992.** Belo Horizonte, 1994. Dissertação (Mestrado) - Câmara de Pós-Graduação, Universidade Federal de Minas Gerais, 1994.

SANTOS, N.Q. **Prática assistencial de enfermagem: o resgate da microbiologia como fundamento para o controle da infecção hospitalar.** Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado)- Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

SAVIANI, D. **Escola e democracia.** 21. Ed. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. Sobre a natureza e especificidade da educação. In:_____. **A pedagogia histórico-crítica** : primeiras aproximações. 4. ed. Campinas: Editores Autores Associados, 1994. p. 21-35.

SEEGMÜLLER, E.F. et al. **Análise das metodologias de educação em precauções universais, adotadas pelos serviços de controle de infecções hospitalares de três hospitais de ensino de Curitiba- Pr, no treinamento de funcionários do setor de enfermagem, entre fevereiro/94 a fevereiro/1996.** Curitiba, 1996. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em controle de infecção hospitalar, CEDAS, USC, Faculdades Integradas São Camilo, 1996.

SILVA, A.L.; ARRUDA, E.N. Referências com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 82-92, jan./jun., 1993.

SOPRANO, A.T.B. **O princípio educativo no trabalho do enfermeiro.** Curitiba, 1995. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Paraná, 1995.

SUASSUNA, J. **Ignaz Phillip Semmelweiss: um médico antes do seu tempo, no controle de infecções hospitalares.** Ministério da Saúde, Brasília, 198_.

THORWARD, J. **O século dos cirurgiões.** São Paulo: Hemus, 1976.

TOMASI, N.G.S. Educação e saúde, 199_. (Texto mimeografado). 5 p.

TORRES, G. Florence Nightingale. In: GEORGE, J. **Teorias de enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 38-48.

TURKIEWICZ, M. História da enfermagem, 1979. (Texto mimeografado). 56 p.

WAKEFIELD, D.S. Understanding the costs of nosocomial infections. In: WENZEL, R.P. (Ed.). **Prevention and control of nosocomial infections.** 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993. p. 21-41.

WENZEL, R.P. The economics of nosocomial infections. **Journal of Hospital Infection**, London, v. 31, p. 79-87, 1995.

VALLA, V.V.; STOTZ, E.N.(Org.). **Participação popular, educação e saúde : teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 57-86.

_____. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 123-141.

VASQUES, A.S. Objeto de la ética. In:_____. **Ética**. México: Grilabbo, 1969. p. 9-17.

VILARDELL, F. Problemáticas éticas de la tecnología médica. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 108, n. 5-6, p. 399-405, mayo/jun., 1990.

ZANON, U.; AGUIAR, N.; COSTA, B. G. Diretrizes para a organização da comissão de controle de infecções hospitalares. In. ZANON, U.; NEVES, J. **Infecções hospitalares : prevenção, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1987. p.47-55.

ZULOAGA, R.L. Bioética en el Perú. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 108, n. 5-6, p. 565-569, mayo/jun., 1990.

ANEXOS

ANEXO 1

Quadro 1. Problemas observados na UIC - 1994/1995

ASSUNTO	SITUAÇÃO-PROBLEMA
LIMPEZA DO AMBIENTE	<p>PRECARIEDADE NA LIMPEZA</p> <ul style="list-style-type: none"> - área física - móveis - acessórios
ORGANIZAÇÃO	<p>DESORGANIZAÇÃO DA UNIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> - armazenamento inadequado de soluções parenterais, material estéril e de consumo - mistura de alimentos, medicamentos e material para exames na geladeira
ALIMENTAÇÃO DA EQUIPE	<p>ALIMENTAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - no posto de enfermagem - no expurgo
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	<p>DEFICIÊNCIA NO CUIDADO</p>
TÉCNICAS BÁSICAS	<p>DEFICIÊNCIA NAS TÉCNICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curativo cirúrgico - Curativo de cateter venoso central - Cateterismo vesical - Aspiração traqueal
NORMAS E ROTINAS	<p>PRECARIEDADE NA COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA; FALTA DE NORMAS E ROTINAS NA MANUTENÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiradores - Umidificadores - Nebulizadores - Dispositivos intravenosos - Anti-sépticos e soluções para curativo - Anti-sépticos para mãos e pele - Equipos
PRECAUÇÕES UNIVERSAIS	<p>USO INADEQUADO DE LUVAS NÃO OBSERVAÇÃO DE CUIDADOS FRENTE A MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES</p>

Fonte: SCIH-HC-UFPR.

ANEXO 2**À****EQUIPE DE SAÚDE DA UIC****A PRIMEIRA REUNIÃO DO GRUPO****DE ESTUDOS COM O CONTROLE****DE INFECÇÃO SERÁ SEGUNDA****ÀS 12:30 HS NA SALA DE AULA****DO 8º ANDAR****CONTAMOS COM A****PARTICIPAÇÃO DE TODOS!**

ANEXO 3

ORDEM CRONO-LÓGICA	REUNIÃO	PARTICIPANTES	PERÍODO	ATIVIDADES
⇒ CONTATO INFORMAL COM AS ENFERMEIRAS DA IUC, COORDENADORA DE ENFERMAGEM E SCIH		⇒ APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO		
1	Prévia	2 Acad. de Enfgem. 5 Acad. de Medicina 4 Enfermeiras 5 Médicos 4 Resid. Medicina	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Apresentação da situação da UIC; ◦ Discussão da situação; ◦ Apresentação da proposta de trabalho; ◦ Discussão da proposta de trabalho;
2	Prévia	5 Aux. de Enfgem. 3 Enfermeiras	Manhã	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Apresentação da situação da UIC; ◦ Apresentação da proposta de trabalho; ◦ Discussão da proposta de trabalho;
3	Prévia	1 Enfermeira 1 Técnico de Enfgem.	Noite	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Apresentação da situação da UIC; ◦ Discussão da situação; ◦ Apresentação da proposta de trabalho; ◦ Discussão da proposta de trabalho;
4	Prévia	3 Aux. de Enfgem. 1 Técnico de Enfgem.	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Apresentação da situação da UIC; ◦ Discussão da situação; ◦ Apresentação da proposta de trabalho; ◦ Discussão da proposta de trabalho;
5	Prévia	2 Aux. de Enfgem. 1 Médica	Noite	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Apresentação da situação da UIC; ◦ Discussão da situação; ◦ Apresentação da proposta de trabalho; ◦ Discussão da proposta de trabalho;
6	Prévia	1 Aux. de Enfgem. 1 Médica	Noite	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Apresentação da situação da UIC; ◦ Apresentação da proposta de trabalho; ◦ Discussão da proposta de trabalho;
⇒ CONTATO COM A PSICÓLOGA DO DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL ⇒ CONTATO COM O FISIOTERAPEUTA, NUTRICIONISTA, ASSISTENTE SOCIAL E CHEFIA DE SERVIÇO DE LIMPEZA		⇒ APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO E BUSCA DE SUBSÍDIOS PARA O TRABALHO EM GRUPO ⇒ CONVITE A PARTICIPAR DO GRUPO		
7	Grupo	1 Acad. de Enfgem. 2 Aux. de Enfgem. 4 Enfermeiras 1 Médica 1 Resid. Medicina	Intermediário (Manhã e Tarde)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Resgate do objetivo da reunião; ◦ Apresentação das fases do trabalho, sua abrangência e possível duração de cada base; ◦ Discussão sobre horário e periodicidade das reuniões; ◦ Verbalização das expectativas e objetivos dos participantes em relação ao trabalho; ◦ Verbalização quanto a possíveis dificuldades na realização do trabalho; ◦ Verbalização das situações-problema da UIC, identificadas pelos componentes; ◦ Estabelecimento das regras do grupo; ◦ Planejamento de ações para envolvimento dos profissionais de Enfermagem.
⇒ CONTATO COM O PSICÓLOGO DA IUC ⇒ CONTATO COM A PSICÓLOGA DE DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL		⇒ APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO ⇒ CONVITE A PARTICIPAR DO GRUPO ⇒ BUSCA DE SUBSÍDIOS PARA O TRABALHO EM GRUPO		
9	Grupo	1 Acad. de Enfgem. 1 Aux. de Enfgem. 2 Enfermeiros 1 Fisioterapeuta 1 Médico 1 Psicólogo	Intermediário (Manhã e Tarde)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Resgate das situações-problema apontados nos contatos prévios com a equipe de saúde; ◦ Discussão acerca das causas e planejamento de ações; ◦ Divisão de tarefas entre o grupo

10	Grupo	1 Acad. de Enfgem. 2 Aux. de Enfgem. 4 Enfermeiras 1 Médicas 1 Resid. Medicina	Intermediário (Manhã e Tarde)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Resgate das situações-problema apontados nos contatos prévios com a equipe de saúde; ◦ Discussão acerca das causas e planejamento de ações ◦ Divisão de tarefas entre o grupo
⇒ CONTATO COM A PSICÓLOGA DO DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL			SERVIÇO DO	⇒ BUSCA DE SUBSÍDIOS PARA O TRABALHO EM GRUPO.
11	Grupo	1 Acad. de Enfgem. 3 Aux. de Enfgem. 6 Enfermeiras 1 Fisioterapeuta 1 Médica 1 Psicólogo	Intermediário (Manhã e Tarde)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Continuidade da discussão acerca das causas das situações-problema e planejamento de ações; ◦ Apresentação de ações planejadas e implementadas.
12	Grupo	1 Acad. de Enfgem. 4 Enfermeiras 1 Médica	Intermediário (Manhã e Tarde)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Discussão de estratégias de implementação das ações; ◦ Finalização da fase I do trabalho; ◦ Elaboração de cronograma mensal de reuniões.

ANEXO 4

(nome)

Sentimos muito sua falta na reunião de segunda-feira. Como você falou que gostaria de participar do grupo para juntos discutirmos soluções para os problemas de Infecção Hospitalar na UIC, esperamos você na quarta-feira, às 12:00 hs na sala de aula do 8º andar.

Até lá !

Elaine Drehmer de Almeida Cruz

ANEXO 5

A Equipe de Saúde da UIC

Conforme reunião de segunda-feira o grupo de estudos para o controle de infecções estabeleceu as próximas reuniões nas segundas e quartas-feiras das 12:00 às 13:30 hs.

A próxima reunião será nesta quarta-feira às 12:00 hs.

Novamente contamos com a participação de todos!

Participe! Opine! Sugira! Contribua! Faça parte do grupo!

Lembramos que ...

*“quando sonhamos sozinhos é apenas um sonho,
quando sonhamos em grupo é o início da mudança de uma realidade”
(autor desconhecido)*

Elaine Drehmer de Almeida Cruz

ANEXO 6

A

Equipe de Saúde da UIC

Como é do conhecimento da maioria dos profissionais que trabalham na UIC, estamos realizando reuniões nas segundas e quartas-feiras (das 12:00 às 13:30 hs.) para juntos discutirmos as causas e as soluções para os problemas da unidade em relação às infecções.

A maioria dos profissionais foi convidado pessoalmente, quem não foi, está sendo agora! Durante os contatos realizados nos diferentes turnos sentimos o interesse na resolução dos problemas, em tornar a unidade segura para os pacientes e agradável para quem ali trabalha, porém sabemos que nem todos podem participar.

Desta forma, se você não pode comparecer, não se sinta de fora! Você é parte do grupo e pode participar, aliás sua participação é fundamental. Para favorecer sua

contribuição e acompanhamento do processo, o grupo sugeriu:

– Divulgar a todos o que foi trabalhado nas reuniões. Isto será feito através de um resumo semanal, que permanecerá afixado no posto de enfermagem durante a semana.

– Solicitar e favorecer a participação e contribuição de todos, através de críticas, idéias, sugestões, etc...

Isto será viabilizado através de um painel no posto de enfermagem onde as pessoas poderão escrever.

Também será colocado uma "caixa de sugestões", caso você prefira trazer pronta a sua contribuição.

Acreditamos que esta é uma forma de manter todos informados e propiciar a participação. Você tem outra idéia? Aproveite, sugira!

Grupo de Trabalho

ANEXO 7

GRUPO DE TRABALHO - UIC
INSTRUMENTO I - EQUIPE DE ENFERMAGEM

FUNÇÃO: _____ TURNO _____ DATA ____/____/____

1) Você considera a qualidade das técnicas básicas que desempenha:

O - Ótima B- Boa R - Regular

- (01) Aspiração traqueal _____ () O () B () R
 (02) Administração NPT e NE _____ () O () B () R
 (03) Assistência P.O. imediata _____ () O () B () R
 (04) Assist. PCR _____ () O () B () R
 (05) Anotações de enfermagem _____ () O () B () R
 (06) Cateterismo vesical _____ () O () B () R
 (07) Curativo _____ () O () B () R
 (08) Coleta de sangue _____ () O () B () R
 (09) Coleta material exames _____ () O () B () R
 (10) Coleta material cultura _____ () O () B () R
 (11) Colocação de bolsa ostomia _____ () O () B () R
 (12) Conforto/Higiene do paciente _____ () O () B () R
 (13) Drenagem (pleural, paracen.e pneumiperit.) _____ () O () B () R
 (14) Dextro, glico e cetonúria _____ () O () B () R
 (15) Débitos (drenos, sonda, elim; outros) _____ () O () B () R
 (16) Degermação cirúrgica _____ () O () B () R
 (17) Fleet enema _____ () O () B () R
 (18) Lavagem e anti-sepsia de mãos _____ () O () B () R
 (19) Manipulação Catéter Venoso Central _____ () O () B () R
 (20) Manipulação de Drenagem Torácica _____ () O () B () R
 (21) Montagem Drenagem Torácica _____ () O () B () R
 (22) Manipulação bomba infusora _____ () O () B () R
 (23) Manipulação Respirador _____ () O () B () R
 (24) Montagem/ Instalação PVC _____ () O () B () R
 (25) Nebulização e Oxigenioterapia _____ () O () B () R
 (26) Passagem de plantão (rotina) _____ () O () B () R
 (27) Preparo pré-operatório _____ () O () B () R
 (28) Reprocessamento de materiais _____ () O () B () R
 (29) Sinais vitais _____ () O () B () R
 (30) Sondagem naso-gástrica _____ () O () B () R
 (31) Punção venosa periférica _____ () O () B () R
 (32) Tricotomia _____ () O () B () R
 (33) Uso de luvas _____ () O () B () R
 (34) Preparo de medicação _____ () O () B () R

Outras _____

2) Das técnicas da questão 1 assinale quais você gostaria de se reciclar inicialmente.

3) Como você sugere que seja realizada a reciclagem:

) Elaboração de manual de rotinas

) Supervisão direta durante a prática assistencial

) Estágio em outra unidade. Qual? _____

) Treinamento teórico-prático

Outras. _____

4) Qual o melhor horário e dias mais oportunos, em caso de estágio, treinamento ou outra forma de reciclagem?

5) Qual a frequência semanal ideal?

6) Sugira formas de reciclagem que contemple todos os turnos de trabalho.

7) Como pode ser feita a reciclagem:

) Aula prática

) Aula expositiva

) Aula com participação do reciclando

) Aula com simulação da técnica

Outras. _____

8) Cite abaixo sugestões para a melhoria da qualidade da assistência na UIC.

Obrigado!

ANEXO 8

GRUPO DE TRABALHO - UIC INSTRUMENTO - I - EQUIPE DE ENFERMAGEM RESULTADOS

1) Você considera a qualidade das técnicas básicas que desempenha:

O - Ótima B- Boa R - Regular

(01) Aspiração traqueal _____	(9) O	(10) B	(-) R
(02) Administração NPT e NE _____	(7) O	(7) B	(-) R
(03) Assistência P.O. imediata _____	(14) O	(5) B	(-) R
(04) Assist. PCR _____	(7) O	(8) B	(4) R
(05) Anotações de enfermagem _____	(10) O	(6) B	(3) R
(06) Cateterismo vesical _____	(16) O	(2) B	(1) R
(07) Curativo _____	(10) O	(9) B	(-) R
(08) Coleta de sangue _____	(12) O	(5) B	(1) R
(09) Coleta material exames _____	(11) O	(5) B	(2) R
(10) Coleta material cultura _____	(6) O	(6) B	(7) R
(11) Colocação de bolsa ostomia _____	(14) O	(5) B	(-) R
(12) Conforto/Higiene do paciente _____	(15) O	(4) B	(-) R
(13) Drenagem _____	(8) O	(5) B	(3) R
(14) Dextro, glico e cetonúria _____	(14) O	(3) B	(2) R
(15) Débitos _____	(15) O	(4) B	(-) R
(16) Degermação cirúrgica _____	(4) O	(7) B	(8) R
(17) Fleet enema _____	(16) O	(3) B	(-) R
(18) Lavagem e anti-sepsia de mãos _____	(4) O	(6) B	(8) R
(19) Manipulação Catéter Venoso Central _____	(13) O	(5) B	(1) R
(20) Manipulação de Drenagem Torácica _____	(14) O	(3) B	(2) R
(21) Montagem Drenagem Torácica _____	(6) O	(3) B	(6) R
(22) Manipulação bomba infusora _____	(12) O	(5) B	(2) R
(23) Manipulação Respirador _____	(2) O	(7) B	(10) R
(24) Montagem/ Instalação PVC _____	(10) O	(6) B	(3) R
(25) Nebulização e Oxigenioterapia _____	(17) O	(2) B	(-) R
(26) Passagem de plantão (rotina) _____	(14) O	(3) B	(2) R
(27) Preparo pré-operatório _____	(12) O	(7) B	(-) R
(28) Reprocessamento de materiais _____	(5) O	(3) B	(11) R
(29) Sinais vitais _____	(18) O	(1) B	(-) R
(30) Sondagem naso-gástrica _____	(14) O	(4) B	(1) R
(31) Punção venosa periférica _____	(18) O	(1) B	(-) R
(32) Tricotomia _____	(12) O	(6) B	(1) R
(33) Uso de luvas _____	(12) O	(6) B	(1) R
(34) Preparo de medicação _____	(12) O	(7) B	(-) R

2) Das técnicas da questão 1 assinale quais você gostaria de se reciclar inicialmente.

- (01) Aspiração traqueal _____ (1)
 (02) Administração NPT e NE _____ (3)
 (03) Assistência P.O. imediata _____ (-)
 (04) Assist. PCR _____ (3)
 (05) Anotações em prontuário _____ (1)
 (06) Anotações de enfermagem _____ (-)
 (07) Cateterismo vesical _____ (1)
 (08) Curativo _____ (1)
 (09) Coleta de sangue _____ (1)
 (10) Coleta material exames _____ (1)
 (11) Coleta material cultura _____ (2)
 (12) Colocação de bolsa ostomia _____ (2)
 (13) Conforto/Higiene do paciente _____ (-)
 (14) Drenagem _____ (1)
 (15) Dextro, glico e cetonúria _____ (1)
 (16) Débitos (drenos, sonda, elim; outros) _____ (2)
 (17) Degermação cirúrgica _____ (2)
 (18) Fleet enema _____ (-)
 (19) Lavagem e anti-sepsia de mãos _____ (3)
 (20) Manipulação Catéter Venoso Central _____ (1)
 (21) Manipulação de Drenagem Torácica _____ (-)
 (22) Montagem Drenagem Torácica _____ (3)
 (23) Manipulação bomba infusora _____ (1)
 (24) Manipulação Respirador _____ (12)
 (25) Montagem/ Instalação PVC _____ (1)
 (26) Nebulização e Oxigenioterapia _____ (-)
 (27) Passagem de plantão (rotina) _____ (-)
 (28) Preparo pré-operatório _____ (1)
 (29) Reprocessamento de materiais _____ (6)
 (30) Sinais vitais _____ (-)
 (31) Sondagem naso-gástrica _____ (-)
 (32) Punção venosa periférica _____ (-)
 (33) Tricotomia _____ (-)
 (34) Uso de luvas _____ (1)
 (35) Preparo de medicação _____ (-)
 Outras: Cuidado a pacientes graves _____ (3)
 Separação seletiva de lixo _____ (3)
 Poda pré-operatória de pêlos _____ (2)
 Montagem sistema drenagem de três frascos _____ (2)
 Interação medicamentosa _____ (1)

3) Como você sugere que seja realizada a reciclagem:

- (9) Elaboração de manual de rotinas
- (5) Supervisão direta durante a prática assistencial
- (1) Estágio em outra unidade. Qual? Unidade de Terapia Intensiva
- (9) Treinamento teórico-prático

Outras:

Estudos de caso com pontuação e premiação

4) Qual o melhor horário e dias mais oportunos, em caso de estágio, treinamento ou outra forma de reciclagem?

Horário: Durante o turno de trabalho (16)

- | | |
|----------------|------|
| Dias: Segundas | (2) |
| Terças | (3) |
| Quartas | (1) |
| Quintas | (4) |
| Sextas | (1) |

5) Qual a frequência semanal ideal?

- | | |
|-------------------|------|
| Semanalmente | (3) |
| Duas vezes/semana | (9) |
| Quinzenal | (2) |
| Mensal | (1) |

6) Sugira formas de reciclagem que contemple todos os turnos de trabalho.

- | | |
|---|------|
| Treinamento durante o turno de trabalho | (13) |
| Treinamento pela manhã e à tarde | (2) |

7) Como pode ser feita a reciclagem:

- (4) Aula prática
- (4) Aula expositiva
- (6) Aula com participação do reciclando
- (8) Aula com simulação da técnica

Outras: Vídeo e revistas

8) Cite abaixo sugestões para a melhoria da qualidade da assistência na UIC.

Escala de trabalho de acordo com as necessidades da equipe;

Maior coleguismo;

Continuidade no serviço;

Conscientização e colaboração de todos (2);

Orientação contínua;

Amor à UIC;

Supervisão das técnicas (2);

Separação dos pacientes conforme o diagnóstico;

Retirar os boxes coletivos;
Manutenção dos monitores e respiradores ;
Organização da UIC (4);
Conscientização da equipe (3);
Melhoria dos materiais (3)
Número adequado de funcionários (3);
Pesquisa e discussão na equipe;
Confraternização obrigatória entre os funcionários;
Separação da nutrição enteral e parenteral total nas geladeiras;
Maior participação das enfermeiras na assistência;
Pensamento positivo para si e para os pacientes;
Materiais em número suficiente;
Mimar menos os pacientes;
Reduzir a burocracia no hospital;
Melhorar o atendimento aos pacientes;
Propiciar maior conhecimento sobre a especialidade e sobre as cirurgias;
Melhorar a qualidade da assistência;
Maior diálogo com a coordenadora de Enfermagem;
Maior responsabilidade por parte dos funcionários;
Maior acompanhamento do Médico no plantão noturno e nos pós-operatórios;
Menor petulância dos residentes;
Sistematização das datas nas soluções anti-sépticas, desinfetantes, curativos e punções venosas;
Maior organização dos avisos de cirurgia e prescrições médicas (2);
Identificação dos armários;
Organização da UIC (armários, gavetas, retirar entulhos sobre e dentro de armários, destinar local para guardar material esterilizado);
Estabelecer rotinas;
Limpeza e organização do expurgo, retirando materiais desnecessários;
Sistematizar a montagem dos frascos de aspiração para que estejam prontos no momento do uso;
Organizar as geladeiras;
Melhorar a limpeza dos banheiros;
Deixar o saco hamper nos banheiros para evitar que a roupa seja jogada no chão;
Proibir o uso do banheiro por visitantes;
Sistematizar a separação seletiva do lixo;
Evitar estoques de material na UIC;
Proibir o fumo no banheiro dos funcionários;
Sistematizar a troca dos frascos de anti-sépticos, com escala de rodízio semanal entre os turnos (2);
Organizar o carrinho de curativos e de emergência, com padronização dos materiais (2);
Educação entre os funcionários e maior coleguismo;

Maior atenção aos pacientes;
Apoio psicológico individual aos funcionários quando necessário;
Todos os funcionários devem participar na organização dos materiais e do ambiente para facilitar o atendimento aos pacientes;
Informar os pacientes sobre seu diagnóstico;
Melhorar a qualidade da passagem de plantão;
Manter Enfermeira nos três turnos de trabalho;
Não jogar lixo contaminado nas lixeiras das enfermarias e quartos;
Para o treinamento da equipe, montar uma ficha individual de frequência para permitir a reposição dos conteúdos porventura perdidos, facilitar a participação de todos, conscientização de todos que após o treinamento todos devem procurar fazer corretamente sempre e não somente porque está sendo supervisionado.
Manter avaliação contínua da equipe.

ANEXO 9

GRUPO DE TRABALHO - UIC INSTRUMENTO II - ACADÊMICOS DE MEDICINA

PERÍODO: _____

LOCAL DE ESTÁGIO: _____

DISCIPLINA DE ESTÁGIO: _____

1) Marque com (X) as técnicas básicas que você recebeu orientação durante sua formação:

- | | | |
|---|-------------|-------------|
| (01) Aspiração traqueal | () Teórico | () Prático |
| (02) Administração NPT e NE | () Teórico | () Prático |
| (03) Assistência P.O. imediata | () Teórico | () Prático |
| (04) Assist. PCR | () Teórico | () Prático |
| (05) Anotações em prontuário | () Teórico | () Prático |
| (06) Cateterismo vesical | () Teórico | () Prático |
| (07) Punção venosa central | () Teórico | () Prático |
| (08) Curativo | () Teórico | () Prático |
| (09) Coleta de sangue | () Teórico | () Prático |
| (10) Coleta material exames | () Teórico | () Prático |
| (11) Coleta material cultura | () Teórico | () Prático |
| (12) Colocação de bolsa ostomia | () Teórico | () Prático |
| (13) Drenagem (pleural, paracen.e pneumiperit.) | () Teórico | () Prático |
| (14) Dextro, glico e cetonúria | () Teórico | () Prático |
| (15) Débitos (drenos, sonda, elim; outros) | () Teórico | () Prático |
| (16) Degermação cirúrgica | () Teórico | () Prático |
| (17) Fleet enema | () Teórico | () Prático |
| (18) Lavagem e anti-sepsia de mãos | () Teórico | () Prático |
| (19) Manipulação Catéter Venoso Central | () Teórico | () Prático |
| (20) Montagem Drenagem Torácica | () Teórico | () Prático |
| (21) Manipulação bomba infusora | () Teórico | () Prático |
| (22) Manipulação Respirador | () Teórico | () Prático |
| (23) Montagem/ Instalação PVC | () Teórico | () Prático |
| (24) Preparo pré-operatório | () Teórico | () Prático |
| (25) Sinais vitais | () Teórico | () Prático |
| (26) Sondagem naso-gástrica | () Teórico | () Prático |
| (27) Punção venosa periférica | () Teórico | () Prático |
| (28) Uso de luvas | () Teórico | () Prático |
| (29) Punção venosa central | () Teórico | () Prático |

2) Durante seus estágios, qual o nível de dificuldade em desempenhar as técnicas? Cite os números correspondentes da questão 1:

Muita dificuldade - _____

Pouca dificuldade - _____

Nenhuma dificuldade - _____

3) Quais técnicas você considera importante serem inseridas na sua formação? Cite os números correspondentes da questão 1:

4) Em que períodos do curso você considera que as técnicas devam ser abordadas?

ANEXO 10**GRUPO DE TRABALHO - UIC
INSTRUMENTO II - ACADÊMICOS DE MEDICINA****RESULTADOS**

NÚMERO DE ENTREVISTADOS: 11

PERÍODO: DÉCIMO PERÍODO

LOCAL DE ESTÁGIO: UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

1) Marque com (X) as técnicas básicas que você recebeu orientação durante sua formação:

	Teórico		Prático	
	Ñ resp.	Ñ resp.	Ñ resp.	Ñ resp.
(01) Aspiração traqueal	(4)	(7)	(1)	(10)
(02) Administração NPT e NE	(9)	(2)	(2)	(9)
(03) Assistência P.O. imediata	(8)	(3)	(2)	(9)
(04) Assist. PCR	(11)	(-)	(9)	(2)
(05) Anotações em prontuário	(6)	(5)	(6)	(5)
(06) Cateterismo vesical	(7)	(4)	(2)	(9)
(07) Punção venosa central	(7)	(4)	(1)	(10)
(08) Curativo	(5)	(6)	(3)	(8)
(09) Coleta de sangue	(2)	(9)	(4)	(7)
(10) Coleta material exames	(4)	(7)	(1)	(10)
(11) Coleta material cultura	(5)	(6)	(2)	(9)
(12) Colocação de bolsa ostomia	(4)	(7)	(1)	(10)
(13) Drenagem (pleural, paracen., pneumiperit.)	(9)	(2)	(2)	(9)
(14) Dextro, glico e cetonúria	(5)	(6)	(2)	(9)
(15) Débitos (drenos, sonda, elim; outros)	(6)	(5)	(2)	(9)
(16) Degermação cirúrgica	(11)	(-)	(11)	(-)
(17) Fleet enema	(4)	(7)	(-)	(11)
(18) Lavagem e anti-sepsia de mãos	(11)	(-)	(10)	(1)
(19) Manipulação Catéter Venoso Central	(4)	(7)	(1)	(10)
(20) Montagem Drenagem Torácica	(3)	(8)	(-)	(11)
(21) Manipulação bomba infusora	(1)	(10)	(1)	(10)
(22) Manipulação Respirador	(-)	(11)	(-)	(11)
(23) Montagem/ Instalação PVC	(-)	(11)	(-)	(11)
(24) Preparo pré-operatório	(10)	(1)	(5)	(6)
(25) Sinais vitais	(11)	(-)	(11)	(-)
(26) Sondagem naso-gástrica	(5)	(6)	(-)	(11)
(27) Punção venosa periférica	(3)	(8)	(2)	(9)
(28) Uso de luvas	(10)	(1)	(9)	(2)
(29) Punção venosa central	(3)	(8)	(1)	(10)

2) Durante seus estágios, qual o nível de dificuldade em desempenhar as técnicas?

	MUITA	POUCA	NENHUMA
(01) Aspiração traqueal	(1)	(-)	(1)
(02) Administração NPT e NE	(2)	(-)	(1)
(03) Assistência P.O. imediata	(2)	(2)	(-)
(04) Assist. PCR	(1)	(1)	(-)
(05) Anotações em prontuário	(-)	(-)	(2)
(06) Cateterismo vesical	(-)	(1)	(-)
(07) Punção venosa central	(1)	(1)	(-)
(08) Curativo	(-)	(-)	(2)
(09) Coleta de sangue	(1)	(3)	(-)
(10) Coleta material exames	(1)	(2)	(-)
(11) Coleta material cultura	(-)	(2)	(2)
(12) Colocação de bolsa ostomia	(1)	(1)	(1)
(13) Drenagem	(1)	(4)	(-)
(14) Dextro, glico e cetonúria	(1)	(-)	(1)
(15) Débitos	(1)	(1)	(-)
(16) Degermação cirúrgica	(-)	(-)	(-)
(17) Fleet enema	(1)	(-)	(1)
(18) Lavagem e anti-sepsia de mãos	(-)	(-)	(4)
(19) Manipulação Catéter Central	(3)	(-)	(-)
(20) Montagem Drenagem Torácica	(3)	(-)	(-)
(21) Manipulação bomba infusora	(3)	(-)	(-)
(22) Manipulação Respirador	(4)	(1)	(-)
(23) Montagem/ Instalação PVC	(2)	(1)	(-)
(24) Preparo pré-operatório	(-)	(-)	(3)
(25) Sinais vitais	(-)	(-)	(7)
(26) Sondagem naso-gástrica	(1)	(1)	(6)
(27) Punção venosa periférica	(1)	(1)	(-)
(28) Uso de luvas	(-)	(-)	(5)
(29) Punção venosa central	(3)	(1)	(-)

3) Quais técnicas você considera importante serem inseridas na sua formação? Cite os números correspondentes da questão 1:

- | | |
|------------------------------------|-----|
| (01) Aspiração traqueal | (6) |
| (02) Administração NPT e NE | (5) |
| (03) Assistência P.O. imediata | (6) |
| (04) Assist. PCR | (4) |
| (05) Anotações em prontuário | (5) |
| (06) Cateterismo vesical | (6) |
| (07) Punção venosa central | (8) |
| (08) Curativo | (6) |
| (09) Coleta de sangue | (8) |
| (10) Coleta material exames | (8) |
| (11) Coleta material cultura | (7) |
| (12) Colocação de bolsa ostomia | (5) |
| (13) Drenagem | (5) |
| (14) Dextro, glico e cetonúria | (6) |
| (15) Débitos | (6) |
| (16) Degermação cirúrgica | (5) |
| (17) Fleet enema | (6) |
| (18) Lavagem e anti-sepsia de mãos | (5) |
| (19) Manipulação Catéter Central | (9) |
| (20) Montagem Drenagem Torácica | (7) |
| (21) Manipulação bomba infusora | (7) |
| (22) Manipulação Respirador | (7) |
| (23) Montagem/ Instalação PVC | (7) |
| (24) Preparo pré-operatório | (4) |
| (25) Sinais vitais | (4) |
| (26) Sondagem naso-gástrica | (6) |
| (27) Punção venosa periférica | (7) |
| (28) Uso de luvas | (4) |
| (29) Punção venosa central | (8) |

4) Em que períodos do curso você considera que as técnicas devam ser abordadas?

- | | |
|-----------------------------|------|
| Período anterior ao estágio | (3) |
| A partir do quarto período | (6) |
| A partir do quinto período | (1) |
| A partir do sexto período | (1) |

EPÍLOGO

UMA PASSAGEM SOBRE UNIÃO, DE VIEIRA

Toda vida, ainda das coisas que não tem vida, não é mais que uma UNIÃO.

uma união de pedras é edifício,
uma união de tábuas é navio,
uma união de homens é exército.

E sem esta união tudo perde o nome e mais o ser.

o edifício sem união é ruína,
o navio sem união é naufrágio,
o exército sem união é despojo.

Assim, é o homem cuja vida consiste na união de corpo e alma,

com união é homem, sem união é cadáver,
por mais alta que esteja a cabeça,
se ela não estiver unida, é pés.

Por mais ilustre que seja o ouro, se não está unido é barro,

nobreza e desunidade não pode ser,
porque sendo desunida, logo deixa de ser nobreza.

Para derrubar um reino, e muitos reinos onde há desunião,

não são necessárias baterias,
não são necessários canhões,
não são necessárias balas, nem pólvora.
Basta uma pedra, ou lápis.

Para derrubar um reino, e muitos reinos onde falta união,

não são necessários exércitos,
não são necessárias campanhas,
não são necessárias batalhas,
não são necessários cavalos,
não são necessários homens.

Nem um homem, nem um braço, nem uma mão.

Nós temos muito boas mãos, e o sabem muito bem os nossos competidores;

Mas se não tivermos união,
nem eles haverão mister mãos para nós,
nem a nós nos hão de valer as nossas.

Pe. Vieira
Sermão do Santíssimo Sacramento
Santa Engrácia, 1662.