

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CONVÊNIO UFSC/UFMT

**BIOSSEGURANÇA: DE QUEM É O
COMPROMISSO PELO CUIDADO
SEGURO?**

**JOCELI FERNANDES ALENCASTRO BETTINI DE
ALBUQUERQUE LINS**

Cuiabá, Junho de 1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM E NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CONVÊNIO UFSC/UFMT..

BIOSSEGURANÇA: DE QUEM É O
COMPROMISSO PELO CUIDADO
SEGURO?

JOCELI FERNANDES ALENCASTRO BETTINI DE
ALBUQUERQUE LINS

ORIENTADORA: DRA. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

CO-ORIENTADORA: DRA. MAGDA ROJAS YOSHIOCA

Cuiabá, Junho de 1998

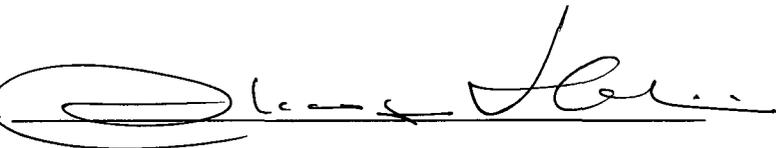
**JOCELI FERNANDES ALENCASTRO BETTINI DE
ALBUQUERQUE LINS**

**BIOSSEGURANÇA: DE QUEM É O
COMPROMISSO PELO CUIDADO SEGURO?**

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-graduação em Enfermagem do Programa de Mestrado Interinstitucional – Universidade Federal de Mato Grosso e Universidade Federal de Santa Catarina.

Banca Examinadora:

Orientadora


Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

(Presidente)



Dra. Ingrid Elsen

(Membro)



Dra. Flávia Regina Souza Ramos

(Membro)

Cuiabá, 26 de junho de 1998

SUMÁRIO

	PÁG.
1 – DELINEANDO O PROBLEMA	08
2 – ENTENDENDO E REFLETINDO SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE, A BIOSSEGURANÇA E FORMAS DE RETOMÁ-LA:	12
2.1 – Entendendo como ocorre o Trabalho da enfermagem	12
2.2 – A importância das precauções padrão para a Equipe de Enfermagem	31
2.3 – Alguns aspectos ético-legais relacionados à Equipe de Enfermagem e à Biossegurança	42
2.4 – Delineando modos de retomar a Biossegurança através do Processo Reflexivo	45
3 – PROPONDO OBJETIVOS	51
3.1 – Objetivo Geral	
3.2 – Objetivos Específicos	
4 – ELABORANDO O MARCO TEÓRICO	52
4.1- Referenciais Norteadores	53
4.2 – Pressupostos	57
4.3 – Conceitos	59
4.4 – Interrelação entre os conceitos	65
5 – DESCREVENDO A METODOLOGIA	67
5.1 – Local e período da ocorrência do estudo	67
5.2 – População e Amostra	68
5.3 – Contatos prévios para a ação	69
5.4 – Levantamento das necessidades sentidas pelo grupo	70

5.5 – Coleta, organização e tratamento dos dados	72
6 – ANALISANDO OS DADOS:	79
A – Buscando subsídios para entender o processo “Biossegurança e a Equipe de Enfermagem”	79
B - Percebendo a Realidade do Contexto: O Vivenciado e o Observado:	85
Categoria 1 – Percebendo as condições do local de trabalho	85
Categoria 2 – Percebendo como ocorre o cuidado ao paciente	99
Categoria 3 – Percebendo que as condições profissionais afetam os trabalhadores da enfermagem	112
Categoria 4 – Percebendo as condições pessoais dos trabalhadores da enfermagem	124
C – Apontando Soluções para Melhorar as Condições de Trabalho	132
Categoria 1 – Apontando soluções para os problemas institucionais e profissionais	132
Categoria 2 – Apresentando uma proposta de ações educativas	134
7 – Refletindo sobre os achados à luz do Marco Referencial	139
7.1 – Quanto aos documentos da instituição e à responsabilidade da mesma perante os problemas levantados	139
7.2 – Quanto às condições de trabalho	143
7.3 – Quanto ao cuidado oferecido aos pacientes, as condições profissionais e as condições pessoais dos trabalhadores de enfermagem.	148
8 – Considerações Finais	153
9 – Referências Bibliográficas	156

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos funcionários da equipe de enfermagem que compartilharam conosco os momentos de descobertas durante nossa caminhada. Infelizmente, não podemos nominá-los um a um, mas certamente se descobrirão presentes nestas páginas. A vocês, muito obrigada. Sem vocês, esta dissertação não seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Fonte de força, inspiração e perseverança que permitiram esta caminhada para novas descobertas.

Ao meu esposo Juan,

Sempre presente em todos os momentos, amigo e companheiro.porto seguro que me acolheu nos momentos de angústia, ansiedade, dando-me forças para prosseguir nesta jornada. Nosso amor nos fortalece. Esta conquista também é sua.

Às minhas filhas Natália e Maria Isabel,

Que nos momentos mais necessários souberam compreender, apesar da pouca idade, o significado deste estudo, mostrando-me a importância de viver em família e o significado do amor.

Aos meus pais,

Que sempre depositaram-me confiança e ensinaram-me a importância do estudo, da honestidade, de fazer o bem e amar ao próximo. A vocês, obrigada.

À toda minha família,

Um agradecimento especial por se dedicarem às minhas filhas em todos os momentos em que necessitei ausentar-me para construir este estudo.

Um agradecimento especial

À Macoque,

minha orientadora, pela acolhida, pela amizade e pelo estímulo, além dos ensinamentos nos momentos de construção. Obrigado por tudo.

À Magda,

minha co-orientadora, sempre disponível, amiga e companheira. Obrigado por tudo. Aprendi muito contigo.

À Flávia,

que sempre transmitiu-me tranqüilidade e ânimo nos momentos de ansiedade.

À Annelita,

Por auxiliar-me nos primeiros passos desta caminhada.

Às amigas Anna, Meiry, Aldenan e Rosa,

companheiras de todas as horas, sempre presentes em todos os momentos.

À Celina,

pela acolhida e confiança. Se não fosse por você, não estaria aqui. Obrigado.

À Cibele,

que auxiliou-me na revisão desta dissertação.

*Aos colegas do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da FEN,
que possibilitaram esta conquista.*

Aos colegas do Mestrado,

companheiros desta jornada. Aprendi muito com vocês.

A todos aqueles que de alguma forma auxiliaram nesta caminhada, obrigado.

RESUMO

As medidas de biossegurança oferecem a proteção adequada para a prestação do cuidado de enfermagem aos pacientes para o trabalhador que o executa. Entretanto, existe a possibilidade de riscos ocupacionais caso elas forem usadas incorretamente, devido a fatores relacionados às condições de trabalho e aos próprios membros da equipe de enfermagem. O presente estudo propõe uma metodologia reflexiva, através do diálogo em grupo, com o objetivo de desvendar o entendimento que os componentes da equipe possuem com relação à biossegurança, instrumentalizando-os para apontarem os problemas que podem ter relação com a utilização inadequada destas medidas, bem como formas para melhorá-las. Os resultados mostraram que as condições de trabalho e as condições pessoais e profissionais dos trabalhadores de enfermagem interferem no oferecimento do cuidado e podem levar ao uso incorreto das medidas de biossegurança. O processo reflexivo utilizado mostrou ser eficaz para o alcance dos objetivos propostos, conforme avaliação das pessoas participantes do grupo do estudo.

ABSTRACT

The biosafety managements offers an adequate protection for the instalment of nursing care for the patients, and to the worker that does it. Nevertheless, there are possibilities of occupational risks in case they care used wrongly, because of facts relationed to work conditions and the members of the nursing group. The present study shows a reflexive methodology, through group dialogue, with the odjective of instrumentalize the group members to think about the biosafety managements and shows problems that can have relations with the wrong utilization of these managements, as well as ways to make them better. The results show that work, personal and profesional conditions form the nursing workers interfers on the offer to care, and can go to the wrong use of biosafety managements. The reflexive process used, showed to be effective to reach the objectives proposed, according to the evaluation form the members of the study group.

1 - DELINEANDO O PROBLEMA

Atuamos como enfermeira da área médico-cirúrgica há treze anos. Destes, oito anos foram dedicados ao cuidado de pacientes de clínica médica, sendo supervisora da equipe de enfermagem durante boa parte do tempo. Desde essa época, cremos que o cuidado oferecido ao paciente é a principal atividade da equipe de enfermagem, sendo necessário nos mantermos atualizados quanto à melhor forma de realizá-lo.

Nosso interesse pela biossegurança surgiu no final da década de 80, quando fomos capacitadas para prestar atendimento a pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da AIDS. Nessa época, oferecemos treinamentos sobre o assunto aos trabalhadores de enfermagem de vários hospitais. Durante esse período, ela era preconizada pela utilização das Medidas de Precauções Universais, preconizadas pelo Centers for Diseases Control and Prevention - CDC de Atlanta, EUA, desde o ano de 1987, e adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Atualmente, são denominadas Precauções-padrão (Garner, 1996, Leão & Grinbaun, 1997).

Consideramos que o tema biossegurança refere-se à provisão de modos bastante seguros e eficazes de prevenção contra riscos ocupacionais e acidentes de trabalho dentro do ambiente hospitalar. Também é uma forma de prevenir infecções hospitalares, e deveriam ser adotadas por todos os profissionais da saúde durante o atendimento de qualquer paciente, independente da sua patologia, pois qualquer pessoa pode ser potencialmente

portadora do HIV ou de outras doenças infecto-contagiosas. Na enfermagem, o risco ocupacional pode estar relacionado ao manuseio de pacientes, materiais, produtos químicos ou equipamentos, que podem levar à ocorrência de acidentes de trabalho, refletindo em sua vida pessoal e profissional. Neste estudo, abordaremos especificamente o risco ocupacional relacionado com os materiais biológicos, oriundos do paciente ou do ambiente.

Souza & Viana (1993) enfatizam que o risco ocupacional é elevado para profissionais de saúde. Referem-se ao alto índice de acidentes de trabalho que ocorrem nos componentes da equipe de enfermagem, principalmente relacionados ao manuseio de objetos perfuro-cortantes durante a realização do cuidado ao paciente. Entretanto tais acidentes poderiam ser evitados, em parte, com a utilização correta das medidas de precaução. As autoras comentam ainda, que tais acidentes acarretam vários prejuízos, tanto para a instituição quanto para os colegas de trabalho e, principalmente, para o próprio funcionário.

Outros autores, como Dwyer (1991) e Pires (1992) relacionam o acidente de trabalho com causas sociais, ou seja, com o modo como o trabalho é vivenciado pelos profissionais da saúde e gerenciado pelos administradores, no tocante às condições de trabalho oferecidas ao trabalhador.

Concordando com Lentz (1996, p. 34), acreditamos que a enfermagem, dentre as profissões da área de saúde, é a que está sujeita a "... uma maior exposição a materiais biológicos potencialmente transmissores de agentes infecciosos ... devido ao contato íntimo e frequente com os pacientes". Portanto, a utilização das medidas de proteção individual por todos aqueles que compõem a equipe de enfermagem é de suma importância para a realização do cuidado seguro e envolve principalmente o cuidado consigo mesmo.

Em nossa experiência profissional, pudemos perceber que nem todos os profissionais da saúde utilizam adequadamente as medidas de biossegurança, especialmente com pacientes não sabidamente portadores do HIV. Também é freqüente ouvirmos do pessoal de enfermagem questionamentos sobre o

seguimento correto das normas de isolamento instituídas, que geralmente são respeitadas apenas pela enfermagem. Tal fato certamente provoca o desestímulo em relação à utilização adequada dos EPIs, uma vez que observam outros membros da equipe de saúde utilizando-os inadequadamente ou não utilizando-os. Deste modo, constatamos que, apesar dos componentes da equipe de enfermagem terem recebido informações necessárias para a prestação de um cuidado seguro, tais como o uso de luvas, máscara e/ou avental durante atividades de cuidado de enfermagem com risco de contaminação por material biológico, estas parecem não fazer parte do cotidiano do trabalho da enfermagem.

Buscando compreender os aspectos relacionados com a utilização inadequada das medidas de biossegurança pela equipe de enfermagem, realizamos estudos referentes ao assunto durante a Prática Assistencial de Enfermagem, ocorrida no primeiro semestre de 1997. Esta teve como objetivo a proposição de ações educativas que levassem os componentes da equipe de enfermagem à reflexão sobre o tema supracitado. Dando continuidade a esta prática, propusemos a análise dos dados coletados para maior aprofundamento dos achados, que constituem o presente estudo. Para tanto, optamos pela utilização da abordagem qualitativa de pesquisa, por esta possibilitar a produção de dados descritivos que enfatizam a importância de “se conhecer, entender e interpretar acuradamente a natureza das situações e eventos”. (Gualda et al., 1995, p. 298). Nesta abordagem, o significado dos achados possui importância vital na investigação. (Bogdan & Biklen, 1994; Minayo, 1994).

Creemos que a melhor maneira de realizar o processo educativo seja refletindo e apontando os problemas que podem interferir no oferecimento do cuidado de enfermagem, sejam eles internos ou externos ao grupo. O processo reflexivo facilita a interação e a comunicação dentro do grupo e atenua os conflitos vivenciados no cotidiano do trabalho. Além disso, pode ser uma oportunidade de proporcionar a construção do conhecimento coletivo através de experiências individuais compartilhadas. Desta forma, com esta metodologia, pensamos ser possível delinear novos caminhos a serem

percorridos na educação em serviço. Esta pode ser uma forma de proporcionar maior conscientização dos profissionais de enfermagem sobre a responsabilidade técnica e ética para o cuidado aos pacientes, que envolve o cuidado consigo mesmo e com os outros.

2 - ENTENDENDO E REFLETINDO SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE, A BIOSSEGURANÇA E FORMAS DE RETOMÁ-LA

2.1 - ENTENDENDO COMO OCORRE O TRABALHO DA ENFERMAGEM:

A enfermagem se institucionalizou enquanto profissão no século XVIII, com o advento do capitalismo, quando os hospitais passaram a serem locais de atendimento a pessoas doentes oriundas da comunidade, com a finalidade de cura para as doenças. Desde esse período ela está vinculada ao saber médico, com preparo técnico próprio para seu desempenho, principalmente aquele relacionado às atividades manuais. A adequação de sua prática ocorre na medida em que ela se separa dos leigos e religiosos, que a exerciam até então, e assume as funções técnicas, a partir do trabalho realizado por Florence Nightingale. (Melo, 1986).

O trabalho de enfermagem tem sido realizado, dentro do espaço hospitalar, por uma equipe de pessoas com formação escolar diferenciada. Esta é constituída por profissionais enfermeiros, que possuem nível superior de escolaridade, por técnicos e auxiliares de enfermagem, possuindo nível médio e por atendentes de enfermagem e/ou auxiliares de serviços diversos que geralmente possuem apenas o nível elementar de escolaridade. Este trabalho, segundo Faria (1995), está inserido no processo de trabalho da saúde, comumente ligado “às características da organização dos serviços de saúde e ao caráter hegemônico do saber na saúde” (p. 48), ou seja, ele ainda está ligado ao saber médico, que determina como deve ser realizado, na maioria das instituições de saúde brasileiras.

Melo (1986) refere que o modelo de administração das unidades hospitalares e do próprio hospital nos moldes que hoje podemos observar, tiveram origem com o processo de produção capitalista, baseado nas idéias de Taylor e Fayol, sobre a administração de serviços. Esta visão proporcionou o surgimento de uma crescente divisão técnica do trabalho. Na enfermagem, caracterizou-se pela diferenciação da força de trabalho conforme as categorias supracitadas, que formam a equipe de enfermagem.

A divisão do trabalho na enfermagem originou-se com Florence Nightingale, no século passado. Além de organizar o trabalho, ela também determinou a organização do ambiente de cuidado aos pacientes. Esta incluía a parte da limpeza e da higiene dos quartos e a organização das pessoas que prestavam atendimento aos mesmos. Surgiram então as *nurses* e as *ladie-nurses*, a hierarquia e o poder disciplinar na profissão. As *nurses* eram serviçais executoras das atividades de cuidado ao paciente; as *ladie-nurses* eram as supervisoras/orientadoras do cuidado e organização realizados (Melo, 1986, Almeida & Rocha, 1989).

Almeida & Rocha (1989) fazem uma retrospectiva sobre a organização do trabalho de enfermagem, no qual mostra que o atendimento de enfermagem baseado em técnicas originou-se, ou melhor, foi organizado no início deste século, nos Estados Unidos. Nessa época, o trabalho era subdividido e realizado por tarefas e procedimentos, sem centrar-se no paciente, quer dizer, um mesmo paciente era assistido por vários elementos da enfermagem. Os procedimentos realizados eram oriundos da prescrição médica e daqueles necessários para a higiene pessoal e do ambiente do paciente. Este tornou-se um meio de trabalho que era suporte ao trabalho médico, inclusive com especializações conforme surgiam as especializações médicas.

Estes autores definem as técnicas como uma “seqüência de passos, rituais expressos por normas e rotinas” (Almeida & Rocha, 1989, p. 35), que tornaram-se o meio de trabalho da enfermagem desde que surgiram, com a finalidade de dar conta da grande demanda de cuidados de enfermagem supervisionados por enfermeiros, além de racionalizar os gastos e aumentar a produção.

A modalidade de trabalho em equipe na enfermagem surgiu na década de 40, “procurando dar um cunho científico e humanizá-lo, assim como humanizar o cuidado ao paciente” (Almeida & Rocha, 1989, p. 63). Entretanto, sofreu influências da organização do trabalho, de modo que o trabalho foi delegado aos vários elementos que compõem a equipe de enfermagem, sendo necessários canais eficientes de comunicação:

“O seu objeto de trabalho, que é o cuidado ao paciente, será realizado pelos atendentes e auxiliares que usarão os canais de comunicação competentes para que a enfermeira possa ser comunicada sobre a evolução do paciente e para que possa fazer o plano assistencial a ser executado pelos funcionários”. (Almeida & Rocha, 1989, p. 65).

Almeida & Rocha (1989) criticam o trabalho em equipe na enfermagem, afirmando que este fica apenas no nível discursivo e que na prática o que podemos ver é a modalidade por tarefas. Concordamos com tal afirmação, pois ainda hoje, na maioria dos hospitais, esta estrutura de cuidado ainda está presente.

Ferreira, ao escrever a introdução do livro “A Loucura do Trabalho”, de Dejours (1992), comenta que este teórico entende que a organização do trabalho extrapola a sua mera divisão e inclui, sobretudo, a divisão dos homens, através da hierarquia, da repartição de responsabilidades e de um sistema de controle para a execução do trabalho. Isto não foge da organização do trabalho presente nos hospitais que conhecemos.

Na realidade brasileira, o trabalho de enfermagem pode ser encontrado com formas variadas de ações de cuidado:

- aquelas que são realizadas de acordo com a qualificação profissional de quem a executa, na qual os atendentes, categoria que deveria ter sido extinta em 1996, ainda exercem em muitos hospitais, os cuidados relacionados à higiene e conforto; os técnicos e auxiliares de enfermagem ministram medicação e executam atividades de cuidados mais elaborados, como curativos; e os enfermeiros são os responsáveis pelos cuidados mais complexos e pela administração da unidade e supervisão das atividades dos técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem. Os cuidados mais complexos abrangem o cuidado aos pacientes graves, sondagens e curativos mais

especializados, conforme preconizado na Lei do Exercício Profissional - Lei nº 7498, de 25/07/86 e regulamentado pelo Decreto nº 94.406, de 08/07/87;

- ações de cuidado integral, sendo que o auxiliar, o técnico ou o enfermeiro assume o paciente de forma total, realizando desde os cuidados de higiene até aqueles mais complexos. O enfermeiro ainda é responsável pelo planejamento e controle das atividades de sua equipe;

- ações de cuidado especializado, geralmente em unidades de atendimento especializadas, tais como cardiologia, nefrologia, dentre outros, realizada por uma equipe pela qual o enfermeiro também é responsável.

Entretanto, não é raro encontrarmos o técnico e o auxiliar de enfermagem executando ações que seriam de competência do enfermeiro. Isto talvez aconteça por vários motivos, dentre eles:

- hierarquização do trabalho de enfermagem, com divisão de tarefas e escassez de pessoal qualificado nas instituições de saúde, principalmente particulares, para atender à demanda de pacientes, especialmente do enfermeiro, que por ser de nível superior, recebe salário mais elevado;

- interesse no lucro, por parte da administração dos hospitais, principalmente particulares que geralmente prevêm a diminuição de gastos com pessoal qualificado, por desconhecer a real possibilidade de atuação do enfermeiro;

- não visualização do trabalho do enfermeiro como necessário por parte da administração do hospital, ou seja, trabalha-se bem sem tê-lo na instituição, mesmo que a qualidade do cuidado oferecido não seja a ideal;

- envolvimento do enfermeiro nos procedimentos de ação médica (Kurcgant et al, 1996), ou seja, o enfermeiro dispende parte de seu tempo preparando ou acompanhando procedimentos de ação médica;

- acúmulo de trabalho, devido ao número insuficiente de pessoal de enfermagem e ao alto índice de absenteísmo, principalmente nos hospitais públicos.

Quando esses fatores ocorrem conjuntamente, a premissa da organização do trabalho, conforme entendida por Dejours (1992), pode acontecer e desencadear problemas relacionados ao gerenciamento e execução das atividades de cuidado, inerentes ao processo de trabalho da enfermagem.

Entendemos o processo de trabalho da enfermagem como um processo coletivo e relacional, executado por um grupo de pessoas de formação diferenciada denominado equipe de enfermagem, que ocorre da seguinte forma: o objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado oferecido ao paciente, devendo ser realizado de forma competente e com segurança; os meios ou instrumentos de trabalho estão relacionados ao planejamento, aos métodos de cuidado realizados e à avaliação de sua eficácia, baseados em princípios éticos e técnicos inerentes à profissão. A finalidade do trabalho da enfermagem diz respeito à toda ação que beneficie o paciente, seja ela educativa ou não, decorrente do cuidado realizado. No nosso caso específico, o cuidado oferecido ao paciente hospitalizado, pode ser afetado por aspectos relacionados ao próprio grupo e às pessoas que o compõem, à política da instituição e ao modo de gerenciamento e de administração da equipe de enfermagem.

Entendemos por equipe um grupo de pessoas que trabalham num mesmo ambiente, que possui características próprias, dentre elas ter objetivo comum para o trabalho, interação entre seus membros, aceitação de cada um tal como é, com seu modo de vida e seus valores pessoais. Para que seja uma equipe, ainda deve existir empatia, sintonia, cumplicidade para o trabalho, zelo pelo que se faz e pelos outros, além de interesse para realizar as atividades em grupo.

Para a enfermagem consideramos tais características como fundamentais, pois o trabalho deveria ocorrer predominantemente em equipe, para que as atividades de todos os turnos fossem continuadas sem prejuízos para o paciente ou para a instituição. Entretanto, existem equipes que funcionam apenas como grupos de trabalho, por não terem as características descritas acima. O que impede que um grupo não se transforme em equipe é a falta de objetivos comuns para o trabalho, apesar de existir a necessidade de respeito mútuo e da interação. Dentro da enfermagem, é mais comum encontrarmos grupos do que equipes. Para que estes se tornem equipes, é necessário boa vontade, interesse do grupo em mudar e capacidade de liderança e de comunicação do enfermeiro.

A equipe de enfermagem caracteriza-se por ser, geralmente, o único grupo de trabalhadores, na área hospitalar, que permanece as vinte e quatro horas do dia junto aos pacientes, em turnos de seis ou doze horas. Executam

atividades conforme planejado pelo enfermeiro. Este planejamento pode estar escrito no prontuário, sob forma de prescrição de enfermagem, no caso de existir metodologia de assistência, ou por escala de tarefas, seguindo normas e rotinas. O trabalhador de enfermagem vivencia seu trabalho de maneira rotineira, no qual as atividades básicas de cuidado são realizadas diariamente. Existem ainda outras, específicas, que são prescritas pelo enfermeiro conforme a necessidade apresentada pelo paciente individualmente, que é baseada em avaliação realizada junto ao mesmo.

Geralmente, para facilitar essas atividades, os membros da equipe podem se dividir de duas formas: na primeira responsabilizando-se pelo cuidado de determinado número de pacientes, baseado em rotinas determinadas para a unidade e/ou executando a prescrição do médico e do enfermeiro, no qual apenas uma pessoa assume a medicação e o cuidado direto. Neste caso os pacientes são divididos eqüitativamente entre o pessoal de nível médio para a realização destes cuidados e o pessoal de nível elementar fica responsável apenas pela higienização do paciente. Na segunda, dividindo-se por tarefas de cuidado, entre a ministração de medicações e o cuidado direto aos mesmos. O enfermeiro fica responsável pela administração da unidade e pelo cuidado daqueles mais graves.

Entretanto, às vezes, o enfermeiro pode não tomar conhecimento do modo como as atividades de cuidado foram divididas em seu turno de trabalho; isto porque os trabalhadores da enfermagem podem aproveitar a oportunidade para realizar apenas o essencial. Todavia, o que o funcionário pode considerar como essencial, nem sempre corresponde às necessidades do paciente. Conseqüentemente, o trabalho grupal pode tornar-se restrito ao trabalho individual de cada membro da equipe. Daí ser importante que o enfermeiro possua capacidade de liderança e observação aguçados, para que consiga ter a visão do todo dentro da unidade pela qual é responsável.

Entendemos que o trabalho da enfermagem deveria acontecer de forma peculiar, num *continuum* que envolveria a totalidade das equipes¹ de trabalho durante todo o dia. Para atingir este objetivo, seria necessário que houvesse continuidade das atividades, que deveriam ser assumidas pelas equipes,

durante a mudança dos plantões e completadas conforme o revezamento das mesmas. Desta forma, o trabalho discorreria como um sem-fim, perpetuado pela rotina diária das atividades de cuidado e de organização da clínica.

Na prática, o que se vê é que o trabalhador de enfermagem realiza suas atividades de forma repetitiva e rotineira, às vezes, sem consultar a prescrição de enfermagem, quando ela existe. Ou então, são orientados pelas escalas de tarefas determinadas pelo enfermeiro responsável pela unidade, na qual aparecem as atividades que cada um deverá executar, além do cuidado aos pacientes. Geralmente as escalas de tarefas têm relação com a organização da unidade: higienização, verificação, solicitação e guarda dos materiais necessários à unidade, organização de setores específicos, controle do carrinho de emergência, dentre outras.

Na nossa experiência profissional, pudemos perceber que nem sempre o trabalho de enfermagem ocorre de maneira harmoniosa. Às vezes, os cuidados planejados para os pacientes, constantes da prescrição, não são realizados, ou então, a organização da clínica não corresponde ao esperado. Tal situação pode ser detectada apenas no momento em que é necessário que os materiais estejam disponíveis e em quantidade suficiente, como por exemplo em situações de emergência.

Nos casos de cobrança das atividades, os membros da equipe tentam justificar colocando a “culpa no outro”; isto talvez aconteça pelo fato de que estas pessoas não conseguem compreender que o trabalho deveria ocorrer em equipe, ou seja, com objetivos comuns, com responsabilidade, sendo um trabalho integrado e em sintonia. Tal situação acaba gerando um clima de descompromisso e de rivalidade, com conseqüências diretas para o cuidado ao paciente, para o ambiente e até para si próprio. Podemos observar que isto ocorre, por exemplo, quando da organização do posto de enfermagem e da sala de curativos. Nestes locais, geralmente as tarefas são divididas entre os membros da equipe pelo enfermeiro e caso não sejam realizadas, colocam em risco de contaminação, tanto a equipe quanto o paciente, no que diz respeito principalmente à higiene.

¹ Em cada turno de trabalho, existe uma equipe de enfermagem escalada para o plantão. Desta forma, normalmente existem duas ou três equipes revezando-se nas vinte e quatro

Neste contexto, o cuidado de enfermagem encontra-se dividido, ou melhor, fragmentado, entre os trabalhadores da enfermagem. Ele geralmente é exercido em parte pelos enfermeiros, em parte pelo pessoal de nível médio e elementar. Esta situação pode acontecer devido às dificuldades encontradas pelo primeiro para executar simultaneamente a administração da unidade e o cuidado aos pacientes, ambos sob sua responsabilidade. Para reforçar este dilema, a administração do hospital normalmente exige uma maior rotatividade dos leitos hospitalares e, conseqüentemente, maior produtividade e lucro.

Acreditamos que provavelmente isto ocorra porque geralmente o membro da equipe que possui conhecimento acerca da responsabilidade grupal é o enfermeiro. É ele quem dá a identificação à profissão da enfermagem e procura realizar um trabalho autônomo, apesar de grande parte destes profissionais ainda se encontram subordinados ao médico e às suas determinações, no caso do paciente internado em hospital. Por isso é que esse enfermeiro tenta fazer de tudo um pouco, na esperança de que consiga dar conta do que lhe é designado.

No entanto, pode ocorrer o inverso do que é esperado, se no grupo da enfermagem, ou melhor, na equipe de enfermagem a integração estiver dificultada, principalmente se não houver o sentimento de coesão entre os seus membros. Portanto, o trabalho da equipe pode tornar-se improdutivo pelo fato de nunca estar sendo realizado conforme planejado, ou seja, se cada um não assumir a parte que lhe cabe e sobrecarregando os seus colegas. A conseqüência maior dessa situação seria a insatisfação profissional, aliada a uma maior propensão à ocorrência de riscos e/ou acidentes ocupacionais.

Quanto ao risco de vida, Erdmann (1996, p. 123-124) menciona que a:

“ ... noção de prioridade no atendimento/cuidado ... está ligada ao risco de vida, o qual oscila num claro-escuro, certeza-incerteza, verdade-engano, real-escondido, onde as possibilidades estão em jogo nas prioridades elegidas, reconhecidas ou de rotina, onde a incerteza parece surgir na medida que se tem consciência do risco”.

Deste modo, parece que quanto mais se tem essa noção desse risco, maior prioridade se dá ao cuidado seguro e maior importância se dá ao conhecimento para exercer a profissão. Isto está relacionado com a eficiência e

a segurança para o trabalho, além de despertar a importância de que o cuidado seguro envolve a todos os que dele participam, ou seja, de que há a necessidade de cuidar de si e dos outros.

Com relação à eficiência e à produtividade, Mailhiot (1985, p. 66) refere que Kurt Lewin e seu grupo de estudo sobre psicologia de grupo:

“... descobriram que a produtividade de um grupo e sua eficiência estão estreitamente relacionados não somente com a competência de seus membros, mas sobretudo com a solidariedade de suas relações interpessoais”.

Refere também que as relações interpessoais e a integração grupal só poderão ocorrer de modo definitivo quando as fontes de bloqueio não mais existirem no grupo e a comunicação estabelecida pelos seus membros for autêntica. Quando cada um sentir-se plenamente aceito, ocorre a integração. Schutz, apud Mailhiot (1985), enfatiza que “os membros de um grupo não consentem em integrar-se senão a partir do momento em que certas necessidades fundamentais são satisfeitas pelo grupo” (p. 66). Este mesmo autor (p. 67-69) considera como fundamentais as três necessidades que se seguem:

- **necessidade de inclusão:** aquela que experimenta todo membro novo de um grupo, ou seja, em se perceber, em se sentir aceito, integrado e valorizado. Esta necessidade é plenamente satisfeita quando o indivíduo passa a participar das tomadas de decisão;

- **necessidade de controle:** consiste, para cada membro, em definir para si mesmo suas próprias responsabilidades no grupo e as de cada um que com ele forma o grupo;

- **necessidade de afeição:** consiste em se sentir valorizado dentro do grupo. Esta necessidade encontra plena satisfação quando os laços de solidariedade e fraternidade se estabelecem entre o indivíduo e os outros membros do grupo. Somente quando são capazes de dar e receber afeição é que se estabelecem “as relações em nível autenticamente interpessoal”.

Kurcgant (1992) comenta que funcionários integram grupos. Estes, possuem valores e crenças semelhantes e nem sempre se formam por motivos de trabalho. Neles, os funcionários, quando pertencem a mais de um grupo,

passam a ter comportamentos peculiares: no psicogrupo, os indivíduos unem-se para a satisfação de necessidades particulares, que são comuns a todos os seus elementos, com ênfase na satisfação pessoal; no sociogrupo, eles se unem para alcançar objetivos relativos ao trabalho, enfatizando a tarefa realizada.

Dall'Agnol (1994) menciona que a interação que ocorre no cotidiano do trabalho é baseada na dinâmica de funcionamento da equipe de enfermagem, seja com os próprios membros da equipe ou com outras equipes da área de saúde, incluindo o serviço de apoio.

Amaru (1993, p. 34) enfatiza que toda organização desenvolve uma cultura própria. Esta é baseada num conjunto de normas de convivência, tradições, crenças, valores e outras regras de conduta. Este autor define clima organizacional como “o conjunto das condições existentes dentro da organização que afeta positiva ou negativamente o moral e, conseqüentemente, o desempenho das pessoas e dos grupos”. O desempenho é produto da cultura, podendo gerar satisfações ou insatisfações e inibir ou estimular determinados comportamentos. Considera, ainda, que os valores predominantes na sociedade à qual o grupo pertence também são um poderoso determinante do seu comportamento.

Quando falamos em desempenho, referimo-nos à eficácia de um grupo de trabalho. Para tanto, é necessário que haja, segundo Davis & Newstrom (1996, p. 76-79), um ambiente de apoio, habilidades e clareza de papéis, metas e objetivos comuns para o trabalho e recompensas às equipes, principalmente sob a forma de reconhecimento, tais como elogios por parte dos responsáveis, promoções, melhoria salarial, etc.

Estes quatro elementos estão interrelacionados e possuem efeito agregador, motivador e orientador. A divisão de tarefas e papéis entre os membros do grupo permitirá a realização de objetivos. Isto pode ser conseguido através de diálogos com a equipe e com o fornecimento das condições adequadas de trabalho. No caso da enfermagem, o membro da equipe pode vir a necessitar de acompanhamento e orientação por pessoa competente, nos casos de deficiências relacionadas ao cuidado do paciente.

Voltando ao contexto deste estudo, podemos perceber que existem situações que possuem relação com tudo que foi exposto acima. Geralmente, os elementos novos que entram no grupo são observados com cautela. Suas

opiniões nem sempre são aceitas, a solidariedade parece tornar-se dificultada e as “intrigas” podem surgir e, conseqüentemente, levar à desestruturação do grupo. Possivelmente são destas situações que surgem o trabalho individualizado como fator de afastamento entre os membros da equipe. Como geralmente são freqüentes as faltas ao serviço, com remanejamento de pessoal de um setor para outro sem que as pessoas tenham a oportunidade do convívio diário, mas sim esporádico nos setores para os quais são remanejados, este fato pode tornar-se comum dentro do ambiente hospitalar.

Desta forma, pensamos que o ambiente de trabalho pode influenciar as atividades do grupo. Esta influência pode ser representada por vários fatores. Amaru (1993) considera como os mais importantes a organização e sua administração e os valores predominantes na sociedade. Este autor acredita que o tipo de organização, a missão do grupo, bem como as condições e facilidades ou dificuldades oferecidas para a execução das atividades podem afetar positiva ou negativamente a eficácia do grupo. A administração, através das discussões gerenciais, pode criar, modificar ou suprimir grupos dentro da estrutura formal e isso pode influenciar o desempenho dos indivíduos que o compõem.

Para Erdmann (1996, p. 77), é possível perceber a cultura da satisfação dentro do clima organizacional. Ela aparece quando da busca do prazer e da felicidade pelos membros da equipe, “quer pelo consumismo, quer pela sensatez como vê o mundo, a vida, o homem e a natureza”. Dentro da unidade, é freqüente ver os membros da equipe trabalhando sorridentes, mesmo que não tenham à mão tudo que consideram necessário para prestar o cuidado, mas tratando os pacientes de maneira cordial e com atenção, bem como também encontramos pessoas trabalhando mau humoradas e pouco receptivas, que nem sempre demonstram a devida atenção com os pacientes ou com seus colegas de equipe.

Referindo-se ao comportamento de cada indivíduo, Glen (1983, p. 13) acredita que:

“... o comportamento do indivíduo é consideravelmente influenciado pelos processos de grupo, tanto em situações não formais como

organizacionais; os processos sociais das próprias organizações derivam do comportamento individual e grupal das pessoas que as compõem.”

Num contexto organizacional, no caso o hospital, cada indivíduo possui o seu próprio meio interno (herança genética e história de vida). Este pode ser influenciado pelas pressões sociais a que está sujeito dentro e fora da organização de que faz parte, o que por sua vez, pode facilitar ou inibir as atividades pelas quais é responsável. Essas pressões sociais podem levar à motivação ou desmotivação para o trabalho.

A equipe de enfermagem, como já mencionado anteriormente, constitui-se de um grupo de pessoas, antes de tudo. Portanto, está sujeita à mesma estruturação e organização que qualquer outro grupo existente na instituição à qual é vinculado. A administração hospitalar, visando economia, pode intervir quando necessário, tanto positiva quanto negativamente, através de avaliações, remanejamentos, demissões ou por outras formas que possibilitem o alcance dos objetivos propostos pela instituição.

Estes fatores elencados acima podem alterar a harmonia do grupo cada vez que uma intervenção ocorre. Por exemplo, as que seguem:

- **avaliação:** pode gerar competição, um fator positivo ou negativo, dependendo de como isso é apresentado ao grupo;

- **demissão:** pode acarretar acúmulo de trabalho e aumento do nível de absenteísmo para aqueles que ficam, talvez como forma de fuga ou, ainda, como forma de não assumir setores mais trabalhosos;

- **remanejamento:** faz com que novas pessoas sejam inseridas no grupo, o que pode alterar o relacionamento e o bom andamento do serviço, até que haja a adaptação desse novo elemento. No caso da enfermagem, os remanejamentos podem ser freqüentes, através do deslocamento de trabalhadores de outros setores para cobrirem faltas ou folgas. O ambiente para o trabalho nessas situações, torna-se difícil e desmotivador, pelo fato de existirem sempre pessoas diferentes das que são rotineiramente do grupo.

Considerando que o grupo é formado por pessoas de diferentes origens, principalmente sociais, no qual cada indivíduo possui história de vida, visão de mundo, cultura, crenças e experiências únicas, podemos acreditar que cada grupo é peculiar tanto em sua formação como no modo de se relacionar.

Matheus (1995) refere que dentro da própria equipe existem fatores que influenciam no seu desempenho. Deve-se considerar como fatores relevantes a idade, os papéis assumidos pelos seus membros individualmente, o grau de maturidade do grupo, o tamanho da equipe e, destaca ainda, que cada um exerce e recebe influências do grupo.

Outro fato a ser considerado é o desgaste emocional e físico sofrido pelo pessoal de enfermagem (Leitão et al., 1996). Geralmente, estes são decorrentes da sobrecarga de trabalho que acontece quando o número de funcionários é inadequado para atender às necessidades de cuidados dos pacientes sob sua responsabilidade. Segundo Gelbecke & Capella (1994) este aspecto também interfere nas relações pessoais e familiares dos componentes da equipe.

Assim como Dejours (1996) consideramos que o corpo acaba se tornando o principal ponto de impacto das pressões sofridas no ambiente de trabalho. Isto traz conseqüências para a saúde mental e física do trabalhador e sua relação consigo mesmo, com o mundo, as pessoas e a sua família. As pressões derivam da organização do trabalho e os constrangimentos perigosos para a saúde são oriundos das condições de trabalho, tais como a falta de equipamentos e material, que levam à realização de procedimentos que vão contra os seus princípios individuais e suas convicções. Este autor entende que condições de trabalho tem relação com o ambiente físico, o ambiente químico (produtos manipulados, gases, vapores, etc.), o ambiente biológico (bactérias, vírus, parasitas e fungos), às condições de higiene, de segurança e as características físicas do posto de trabalho.

Para manter uma equipe coesa e trabalhando harmoniosamente, o enfermeiro deveria procurar conhecer individualmente todos os componentes do grupo. Isto facilitaria a interação e a motivação, através do conhecimento dos problemas e dificuldades de cada um, não só aqueles relacionados à profissão, mas também os que podem interferir no desempenho para o

trabalho. Igualmente, este enfermeiro deveria se preocupar com as condições de trabalho oferecidas para o desenvolvimento das atividades de enfermagem. Nestes casos, a comunicação é fundamental.

Silva (b) (1996, p. 31) refere que:

“ ... a comunicação que estabelecemos conosco e com os outros ... depende ... da observação que fazemos referentes aos nossos colegas de trabalho, ao nosso serviço, aos nossos clientes. É ela que constitui a base de coesão e desenvolvimento de uma equipe de profissionais de saúde”.

A comunicação adequada entre os membros da equipe de enfermagem pode facilitar a coesão do grupo, através do alcance de metas comuns durante a execução de suas atividades. Também pode motivar seus membros a manterem um bom relacionamento com o paciente e melhorar a qualidade do cuidado prestado. É importante o aceite das orientações advindas do treinamento em serviço, que poderia proporcionar uma melhoria no ambiente e no próprio trabalho. Entretanto, o treinamento, nos moldes da educação tradicional, como geralmente é realizado, não estimula o crescimento profissional, pois a comunicação é unilateral: o instrutor repassa o que sabe e nem sempre se preocupa em saber se houve ou não entendimento sobre o conteúdo transmitido.

Assim como Silva (a) (1996, p. 22) acreditamos que não existe comunicação que seja totalmente objetiva, pois ela ocorre entre pessoas, “e cada pessoa é um mundo à parte com seu subjetivismo, suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas”. Para que ocorra, é necessário que haja interação, no mínimo, entre duas pessoas. Esta comunicação pode ser verbal e não verbal. Neste estudo, interessa-nos a comunicação verbal, visando sua utilização para realizar um processo reflexivo, apesar de também achar necessário a utilização da comunicação não verbal.

Para que ocorra uma instrução adequada, é necessário o diálogo como forma de trocar experiências, que podem ser significativas para o aprendizado. Chanlat & Bédard (1996) enfatizam que todas às vezes que uma pessoa toma a palavra, ela procura exprimir e comunicar uma imagem de si mesma. Procura,

desta forma, fazer reconhecer essa imagem por outra pessoa, o que torna um recurso indispensável para o reconhecimento da sua identidade.

Silva (a) (1996, p. 22) menciona que a comunicação interpessoal acontece no contexto da interação face a face, possuindo aspectos que envolvem “as tentativas de compreender o outro comunicador e de se fazer compreendido”. Chanlat (1996, p. 18), considera que:

“ ... a compreensão dos seres humanos no ambiente de trabalho perpassa pela adoção de uma postura compreensiva, única, capaz de apreender o sentido que os seres humanos dão à sua própria vida”.

Chanlat & Bédard (1996, p. 143) alertam que a fala obedece a um grande número de regras, explícitas e implícitas, que se forem desrespeitadas podem causar desconforto às pessoas, infligir-lhes sofrimento psíquico ou mesmo fazê-las sofrer perturbações psicológicas profundas. Estes autores, ao comentarem sobre a estrutura organizacional burocrática, mencionam que alguns chefes, pelo fato de deterem autoridade, tornam-se predispostos a um comportamento, mesmo inconsciente, de “pequenos tiranos”, considerando-se com “ o direito de fazer sofrer as pessoas sob sua jurisdição”.

Enfatizam , ainda, que

“aquilo que os empregados mais queixam hoje em dia, nos diferentes ambientes de trabalho, não é de suas condições materiais, mas da maneira como são tratados por aqueles que exercem autoridade” (Chanlat & Bédard, 1996, p. 143).

Diante do que foi exposto, podemos pensar que o vivido no ambiente de trabalho influencia no modo de produção do trabalhador. O trabalho, na vida do ser humano, parece estar relacionado com a satisfação de suas necessidades, pois é através dele que este ser humano se relaciona com a natureza e com o mundo. Desta forma, produz sua subjetividade e constrói com esta vivência, as várias dimensões de sua realidade de vida.

Erdmann (1996, p. 88) percebe que:

“ ... o prazer e as alegrias são contidas e vividas num espaço mais reservado, não deixando transparecer que as paixões que as impulsionam ao viver mais intensamente, o pertencimento e a emancipação de livre arbítrio, e a consciência de que não só de objetividade/finalidade se vive o trabalho, fazem parte também do trabalho humano. Os convívios desinteressados, a vontade de estar com os outros, a evidência de igualdades e diferenças animam o clima organizacional por momentos despreocupantes com o prioritário, o essencial, o supérfluo, o secundário ou mais ou o menos importante/necessário”.

O trabalho exercido pelas pessoas, apesar de ligado à produção característica do capitalismo em nossa sociedade, que na visão de muitos autores exercem dominação da força de trabalho para a geração de lucro, também pode servir de fonte de prazer e de motivação. Isto ocorre se for reconhecido como importante para as pessoas que o realizam. A importância pode ser demonstrada se forem oferecidas as condições ideais de trabalho e se o diálogo entre os chefes e subordinados ocorrer de forma saudável e rotineira. Para tanto, torna-se fundamental que seja enfatizada a responsabilidade para o trabalho, que se realizado com qualidade, proporcionará prazer e segurança tanto para aqueles que o realizam quanto para aqueles que o recebem.

Na enfermagem, a ênfase para que o trabalho se torne prazeroso e seguro pode ser oferecida pelo enfermeiro, se ele conseguir enxergar a dimensão do trabalho além do “fazer” e proporcionar à equipe a harmonia das relações e evitar conflitos. Talvez isso faça com que melhore o ambiente para o trabalho e que os objetivos de trabalho sejam atingidos, inclusive com a valorização do que se faz, de forma que o trabalhador sinta-se gratificado por exercer suas atividades. Entretanto, isto se torna um desafio, pelos seguintes motivos:

a- a relação produção e consumo no trabalho da enfermagem é efêmera e acontece simultaneamente, ou seja, a ação de cuidar ocorre ao mesmo tempo em que o paciente se sente cuidado;

b- nem todos os profissionais da saúde conseguem visualizar o processo de trabalho da enfermagem;

c- há pouco reconhecimento do trabalho executado pelos profissionais da enfermagem. Nem todos consideram que oferecer conforto e higiene, aliviar a dor, estimular a recuperação do paciente, acompanhar a evolução do seu quadro crônico ou a melhora do seu estado geral, bem como cuidar na morte, dentre outras atividades realizadas, sejam produto do trabalho da enfermagem. Cabe a nós, executores, mostrarmos a sua importância para a qualidade do cuidado.

Refletindo sobre o contexto no qual os profissionais de enfermagem atuam e sobre a própria profissão desde sua origem, podemos perceber a dificuldade em se trabalhar com certa autonomia. Fatores como a falta de reconhecimento social, os baixos salários, as condições inadequadas de trabalho, a subordinação à prática médica, funcionam como prováveis inibidores da motivação para o trabalho. Isso talvez possa influenciar nas atividades de cuidado ao paciente e nas relações com os colegas de trabalho e com a família. (Leopardi, 1994, Siqueira et al., 1995)

Acreditando que o cuidado de enfermagem deva ser valorizado em todas as suas formas, concordamos com Erdmann (1996, p. 57), quando diz que ele:

“... é visto enquanto ato/tarefa/técnicas simples ou complexas, imediatos e mediatos, e enquanto necessidades do cliente ... A atribuição de valor a estes cuidados ou à segurança tem relação com os riscos inerentes à manutenção da vida. E, a credibilidade, o impacto e a imagem deste sistema de prestação de cuidados tem relação com o cuidado no prestar cuidados, noção esta cada vez mais ampla do que um cuidado com qualidade. Portanto, o cuidado é parte e é todo, é conteúdo e processo, é estilo e estética, é sistema e elemento componente de sistemas, é estrutura e propriedade da manutenção de vidas, ou melhor, é próprio dos sistemas de manutenção de vidas”.

Parece, no entanto, que nem sempre o grupo consegue enxergar a dimensão deste cuidado. Isso se reflete eticamente, durante a sua execução, podendo ser exemplificado de várias formas, que pudemos observar ao longo de nossa experiência profissional:

- os maus tratos aos pacientes e/ou a outros membros da equipe;

- a negligência no preparo de medicações, ou ao realizar o cuidado previsto;
- a imprudência ao realizar cuidados que ofereçam riscos de contaminação sem o uso de equipamentos de proteção individual;
- a indiscrição ao comentar situações vivenciadas com o paciente, ou com qualquer outra pessoa pertencente ou não ao grupo, fora do local de trabalho;
- o desrespeito ao pudor do paciente;
- a falta de cuidado ao desprezar material utilizado no paciente, principalmente os contaminados; e,
- a falta de responsabilidade para o cuidado e para a organização do ambiente de trabalho.

Neste contexto, utilizamo-nos das palavras de Chanlat (1996, p. 18), que considera imprescindível que as pessoas sejam introduzidas no lugar que lhes pertence no universo do trabalho:

“Para isto, é indispensável reabilitar o ponto de vista do sujeito, seu desejo em face de suas atividades profissionais e a contribuição essencial do trabalho para a construção equilibrada do seu ser”.

Creemos que uma das maneiras de se resgatar valores perdidos ou negligenciados como os elencados neste texto, seja através da realização de ações educativas. Nestas deverão ser trabalhadas as situações vivenciadas no cotidiano da prática grupal, de modo a motivar para a realização de um cuidado seguro. Utilizando comunicação adequada, estimulando a interação e entendimento entre os membros da equipe de enfermagem através do diálogo, acreditamos ser possível o entendimento por parte dos mesmos de que ter boas condições de trabalho é importante para um cuidado de qualidade e que o cuidar de si, do grupo e do outro faz parte da vida e pode ser vivido com prazer.

Chanlat (1996) enfatiza que assumir uma determinada posição requer o equilíbrio psíquico das pessoas e a compreensão das particularidades relacionadas ao ambiente. Também manifesta a preocupação, em todos os momentos, pelas questões éticas que permeiam todo o contexto, que devem ser consideradas como elemento central de reflexão dos problemas, com o objetivo de promover uma verdadeira eticidade das relações cotidianas. Este é um dos objetivos deste estudo.

Dejours (1992, p. 122) alerta para três componentes da relação homem-organização do trabalho, que podem desencadear descompensação psíquica:

“ .. a fadiga, que faz com que o aparelho mental perca sua versatilidade; o sistema frustração-agressividade reativa, que deixa sem saída uma parte importante da energia pulsional; a organização do trabalho, como correia de transmissão de uma vontade externa, que se opõe aos investimentos das pulsações e às sublimações. O defeito crônico de uma vida mental sem saída mantido pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas.”

Isto leva o indivíduo ao adoecimento físico e mental e pode ter influências na qualidade de seu trabalho e no seu relacionamento com seus colegas e familiares.

Para tentarmos conversar com a equipe de enfermagem todos esses aspectos relacionados às condições de trabalho e sua influência na qualidade do cuidado oferecido ao paciente, pensamos que a abordagem através de ações educativas, baseado no que foi observado no cotidiano do trabalho em equipe, poderá fazer com que os membros do grupo percebam e reflitam sobre o inadequado e sintam a necessidade de modificá-lo. Desta forma, acreditamos que pode ocorrer uma re-adequação da prática e a estimulação do resgate de valores de cuidado, que envolvem cada integrante da equipe e sua relação com o paciente, companheiro de equipe, membros de outras equipes e com sua família.

Concordando com Silva (b) (1996, p. 38), o homem, ser racional, “capaz de imaginar, pensar e agir, pode modificar e ser modificado ao longo do tempo”, vive sempre crescendo, evoluindo e se transformando em busca da satisfação.

É este ser humano que acredito existir dentro de cada membro da equipe de enfermagem e que se estimulado a refletir sobre suas ações, poderá finalmente modificá-las e executar o trabalho na equipe de enfermagem de modo prazeroso e seguro.

2.2 - A IMPORTÂNCIA DAS PRECAUÇÕES - PADRÃO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Diante de toda a situação descrita anteriormente, percebe-se o quão importante é o cuidado prestado adequadamente com segurança, com prazer e com tranqüilidade para a equipe de enfermagem. Principalmente porque a pandemia da AIDS, a partir da década de 80, evidenciou a possibilidade da ocorrência de riscos e/ou acidentes ocupacionais com os profissionais da área da saúde, devido ao grande número de pessoas infectadas por via sangüínea, que recebem atendimento médico-hospitalar, no qual aquele oferecido pela enfermagem é importante para a recuperação do paciente. Nessa época, já eram significativos os contágios desses profissionais por agentes infecciosos, principalmente o vírus da Hepatite B, também de transmissão sangüínea, doença não tão grave ou letal quanto a AIDS, mas de infectividade elevada.

Nossa preocupação quanto à adoção de medidas de biossegurança surgiram ao começarmos a cuidar de pacientes portadores do vírus causador da AIDS, denominado Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV . Este vírus foi isolado em 1983, como um retrovírus-RNA altamente infectante, que afeta o sistema imunitário humano, se alojando nos linfócitos T e nas células nervosas. Causa uma doença crônica de evolução lenta, que provoca diminuição das células do sistema imunológico. Inicialmente, o portador do HIV é assintomático, e pode ou não saber que está com o vírus no organismo. Nesta fase, que demora de alguns meses a alguns anos, esse portador pode transmiti-la para outras pessoas apesar de não possuir nenhum sintoma da doença. (Montagnier, 1995). A doença não é contagiosa, quer dizer, não se pega pelo contato, mas pode ser transmitida por via sangüínea ou por inoculação acidental através de um dos seguintes fluidos e secreções corporais:

- sangüínea: transfusão de sangue e seus derivados, através de agulhas contaminadas por usuários de drogas injetáveis ou por acidentes com objetos pérfuro-cortantes, para os profissionais de saúde;
- sexual: pelas secreções vaginais e sêmen, durante relações sexuais com pessoas infectadas;
- perinatal: da mãe infectada para o feto, ou durante o parto, através do sangue ou durante acidente de manipulação, pelos profissionais de saúde;
- fluidos corporais: apesar de estar presente na urina e na saliva, é altamente infectante através do líquido cefalorraquidiano. (Brasil, 1993)

Quando a imunodeficiência torna-se grave, o portador começa a apresentar sinais de agravamento do seu estado geral e a doença então manifesta-se através de infecções oportunistas, que podem levar à morte, dependendo do grau de comprometimento físico do doente. Até hoje não existe cura para a AIDS e a doença possui caráter de pandemia. Mertens & Low-Ber (1997) apresentam dados da OMS que apontam que a doença já se disseminou para mais de 190 países, em todos os continentes. A infecção se caracteriza por uma ampla diversidade de cepas virais em diferentes partes do mundo.

Estes autores referem que a proporção de infectados, atualmente, é de três homens para duas mulheres. A prevalência de adultos portadores de HIV e AIDS, até fins de 1995, era de 20,1 milhões de pessoas. Os autores mencionam ainda que a OMS estimou nessa mesma época, que na América Latina e Caribe haviam um total de 1,7 milhões de pessoas infectadas pelo HIV e prevalência de aproximadamente 1,5 milhões de casos de AIDS. No Brasil, já haviam sido notificados mais de 70.000 casos de AIDS até o fim de 1995.

Quanto à contaminação dos trabalhadores de saúde ou da equipe de saúde, Oda et al. (1996, p. 240) referem que

“a transmissão do HIV em profissionais da saúde é bastante diferenciada da transmissão do vírus da hepatite B. As taxas de infecção ocupacional com o HIV têm sido da ordem de 0,2-0,5%, enquanto que para o vírus da hepatite B podem chegar até 50%.”

García García et al (1994) relatam pesquisa realizada na cidade do México, em 1990, com trabalhadores de saúde de hospitais, para verificar a prevalência de portadores de HIV. Os resultados encontrados mostraram que ela é baixa (0,1%). Entretanto, a proporção de pessoas acometidas com o vírus da hepatite B foi de 11,6%. Isso demonstra que o profissional de saúde está exposto ao sangue e a fluidos corporais contaminados com o HBV e o HIV. Portanto, os mecanismos de transmissão de ambos existem. Isso reforça a necessidade da utilização das medidas de biossegurança para o trabalho na área da saúde, principalmente hospitalar, além da melhoria da situação de trabalho e do contexto de trabalho.

Amaral (1995) menciona que desde 1986 vêm sendo publicados estudos referentes ao risco de infecção pelo HIV em profissionais de saúde após acidente profissional. Barroso et al.(1996) consideram que a AIDS e a infecção pelo HIV são uma das maiores preocupações com relação ao risco infeccioso na área hospitalar. Estes autores comentam que até 1996 existiam 50 casos de contaminação comprovada de profissionais da saúde, no mundo. Destes, o pessoal de enfermagem representam metade. Enfatizam que as picadas de agulha são apontadas como as principais causadores das contaminações. Takayanagui & Mendes (1993) acreditam que os riscos são maiores para os profissionais da enfermagem por serem os que permanecem por mais tempo em contato direto com os pacientes, devido à sua rotina profissional.

Quanto às medidas de precaução, durante a década de 80, a desinformação e preconceito acerca da AIDS e seu modo de transmissão, por parte da população e principalmente pelos profissionais de saúde era grande. Isso fez com que o Ministério da Saúde do Brasil, seguindo o que foi proposto pelo Center for Diseases Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos em 1987, preconizasse o uso das medidas de isolamento de substâncias corporais pelos profissionais de saúde durante o atendimento à população. Deste modo, elaborou normas de biossegurança que prevenissem a auto-contaminação, bem como a contaminação do paciente e/ou do ambiente por agentes patológicos e/ou material biológico considerados nocivos à saúde e potencialmente infectantes.

As normas formuladas visavam proteger a saúde do profissional atuante nesta área contra qualquer agente de risco biológico e deveriam ser utilizadas nos locais de trabalho. Desde essa época, são aplicadas aos locais, aos equipamentos, durante as manipulações de material biológico para exame, para o diagnóstico ou terapêutica durante o atendimento de todos os pacientes, não apenas àqueles portadores de doenças infecto-contagiosas.

Cabe ressaltar que os agentes infectantes - vírus, bactérias e fungos, dentre outros - podem estar presentes tanto no ambiente hospitalar quanto nos pacientes acometidos por patologias que ocasionaram sua internação. Neste caso, o material infectante é o biológico, ou seja, o sangue, as secreções, as excreções, o material para biópsia ou qualquer outro advindo do paciente.

Como principais medidas de biossegurança relacionadas ao material biológico, estão as precauções-padrão, propostas pelo CDC. Tais medidas serão descritas no marco teórico deste estudo, nas páginas 51 e 52 por serem de relevância para o mesmo. Dizem respeito às recomendações quanto ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual pelos profissionais da saúde, bem como quanto ao manuseio de objetos perfuro-cortantes e outras recomendações relacionadas ao manuseio e transporte de material biológico.

Com relação à utilização das medidas de precaução, García Garcia et al. (1994) enfatizam que o desconhecimento das mesmas por parte dos profissionais de saúde aumentam o risco de transmissão do HIV e deteriora a qualidade da atenção à saúde oferecida. Os autores descrevem pesquisa realizada em 1990 nos hospitais da cidade do México sobre a utilização das medidas de biossegurança pelo pessoal que normalmente atende pacientes portadores do HIV. Os resultados obtidos com o estudo de 1.265 profissionais da saúde mostraram que a adoção de medidas foi muito baixa: 55% descartavam adequadamente as agulhas; 34% utilizavam luvas ao realizar procedimentos; 57% reencapavam agulhas.

Garner et al. (1988) segundo recomendações do CDC para a lavagem das mãos, referem que a técnica depende da finalidade da lavagem das mãos e que a duração ideal não é conhecida, mas que tempos de lavagem entre 10 e 15 segundos têm sido reportados como eficazes para remover a maioria dos

microorganismos contaminantes da pele, dependendo da finalidade para a qual é realizada.

Entretanto, Lentz (1996), ao investigar sobre a lavagem das mãos realizada pelos profissionais da enfermagem de uma UTI de um hospital, constatou que esta é realizada por todos em algum momento, nas várias categorias, e principalmente após cuidado realizado ao paciente, por cerca de 65,4% da população do estudo. Ressalta que o tempo de sua execução é rápido, em torno de 14,3”, abaixo dos padrões existentes, que é de 15-30 segundos (Stier et al, p. 7, 1996). Lentz (1996) acredita que “talvez isto signifique que a técnica não esteja sendo realizada de maneira que represente segurança aos receptores dos cuidados da enfermagem”(p. 65).

Santos (1996), realizou estudo sobre a morfologia das colônias de bactérias das mãos de pessoal de enfermagem em quatro hospitais de Florianópolis. Os resultados das culturas demonstraram que foram isoladas bactérias Gram negativas, bacilos Gram positivos esporulados e bactérias com características de Staphilococcus em profissionais de hospitais diferentes. A incidência maior estava relacionada à contaminação das mãos ao atender telefone, mesmo após a lavagem das mesmas, ou quando esta não era realizada.

Takayanagui & Mendes (1993) consideram que as atividades de cuidado realizada pela enfermagem fazem com que exista contato direto e freqüente com agentes biológicos, químicos e físicos. Portanto, o trabalho da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar pode estar sujeito a riscos à saúde, relacionados às atividades de atendimento ao paciente. Consideramos o que o risco está presente quando é potencialmente grande a chance de existirem danos, tanto à pessoa que cuida quanto ao ambiente ou equipamento, com possibilidade de atingir o paciente e/ou o profissional de saúde.

Montagnier (1995) refere que a enfermagem, em sua prática cotidiana, corre o risco de se contaminar com material sujo de sangue proveniente de pacientes e recomenda que as medidas preventivas sejam postas em prática “em todas as circunstâncias e com todos os doentes, seja qual for sua condição sorológica” (p. 119). Refere que os acidentes muitas vezes ocorrem num

contexto de sobrecarga de trabalho, de urgência ou durante o turno da noite, em procedimentos que envolvem principalmente punções. Critica o material utilizado pela enfermagem, que usa “o mesmo material de 20 anos atrás, quando está provado que o uso de material mais aperfeiçoado reduz os custos de proteção” (p. 120). Cita o exemplo de agulhas de proteção automática, que diminui em 90% o risco de picadas acidentais.

De Cicco & Fantazzini, apud Brasil (1995), definem risco como:

“... uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar danos. Esses danos podem ser entendidos como lesões a pessoas, danos a equipamentos e instalações, danos ao meio-ambiente, perda de material em processo, ou redução da capacidade de produção” (Brasil, 1995, p.29).

Schneider (1996) conceitua risco ocupacional como “toda situação encontrada no ambiente de trabalho, que representa perigo à integridade física e/ou mental dos trabalhadores”. Refere, ainda, que no hospital encontram-se riscos ocupacionais provenientes de exposição a agentes físicos, químicos, biológicos, condições anti-ergonômicas de trabalho e ao stress.

No nosso entendimento, um dos riscos à vida e à saúde da equipe de enfermagem pode estar relacionado ao risco biológico, presente durante a execução de procedimentos realizados sem as condições adequadas de trabalho ou sem o rigor técnico necessário, que podem ocorrer devido a fatores, tais como:

- falta de conhecimento técnico;
- falta de material e/ou equipamento necessário e adequado;
- não utilização do material e/ou equipamento necessário e adequado, caso esteja disponível;
- improvisações para a realização do procedimento, quando o material ou equipamento não é adequado ou não esteja disponível;
- tentativas inadequadas de reencapar agulhas e scalpels após o uso;

- desprezo inadequado de material contaminado;
 - utilização ou manuseio inadequado de produtos químicos de uso hospitalar;
 - cansaço e fadiga devido à sobrecarga de trabalho ou falta de descanso;
- e,
- principalmente, a não conscientização do profissional de que todo paciente é potencialmente infectante e pode transmitir doenças.

A necessidade de proteção contra determinado agente, seja ele de origem biológica, física, química ou mecânica, é definida pela fonte do material, pela natureza da operação ou procedimento a ser realizado e pelas condições de realização do mesmo.

A possibilidade de ocorrência de acidentes de trabalho no ambiente hospitalar, relacionados com os fatores sociais vivenciados pelo pessoal da área da saúde deve ser considerada, apesar de pouco divulgados. Santos et al. (1989) constataram em pesquisa relacionada com acidentes típicos de trabalho com pessoal de enfermagem que a maioria dos acidentes foram ocasionados por fatores econômicos e profissionais que podem estar desmotivando os indivíduos para o trabalho. Inferem que esta desmotivação estaria “levando os indivíduos ao simples cumprimento de tarefas, sem a atenção necessária para evitar o acidente” (Santos et al., 1989, p.41).

Pires (1992) destaca que os hospitais são reconhecidos como locais propícios para causar determinadas doenças e/ou acidentes devido ao tipo de trabalho que é executado, ao contato com as doenças transmissíveis, ao ambiente estressante, em espaços com condições anti-ergonômicas e insalubres. Comenta também que os trabalhadores da saúde estão submetidos a extensas jornadas de trabalho e à remuneração extremamente inadequada. Refere ainda que:

“Na atenção aos indivíduos... os trabalhadores de enfermagem entram em contato: com produtos biológicos como sangue, fezes, urina, e secreções corporais; com um número crescente de medicamentos e produtos de limpeza e de desinfecção de materiais; roupas contaminadas; com

diversos agentes etiológicos de doenças muitas vezes mais resistentes a tratamento do que as encontradas no meio ambiente.” (Pires, 1992, p. 17)

Esta autora refere ainda que os instrumentos utilizados pela enfermagem, tais como os pérfuro-cortantes, os equipamentos e os instrumentais podem ocasionar problemas aos trabalhadores da enfermagem: ferimentos, contaminação e doenças decorrentes da mesma, que podem ser considerados como acidentes de trabalho.

O acidente de trabalho é conceituado por Schneider (1996, p. 262) de duas formas: o conceito legal, conforme a Lei 6.367/76 :

“ Acidente do trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, que cause a morte ou perda, ou redução permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”.

e o conceito técnico ou prevencionista :

“ ... acidente de trabalho é uma ocorrência não programada, inesperada ou não, que interrompe ou interfere no processo normal de uma atividade, ocasionando perda de tempo útil e/ou lesões nos trabalhadores e/ou danos materiais”.

Este autor considera como principais causas relacionadas com o acidente de trabalho:

- o **ato inseguro**, que ocorre devido ao descuido e/ou erro do trabalhador ao realizar seu serviço, atuando de forma contrária às normas de segurança;
- as **condições inseguras**, relacionadas a deficiências técnicas que podem colocar em risco a integridade física e/ou mental do trabalhador, ocasionadas pela falta de condições adequadas de ambiente de trabalho para a execução de suas atividades;
- o **fator pessoal inseguro**, que passa a existir quando o trabalho é executado por pessoas com falta de prática, má vontade, más condições físicas, etc.

Entendemos que tanto o ato inseguro como o fator pessoal inseguro decorrem do segundo, ou seja, das condições inseguras e de outras, de caráter institucional e sócio-profissional. Dwyer & Raftery (1991) afirmam que existe uma teoria sociológica para os acidentes ocupacionais. Refere que eles são produzidos por relações sociais que se estabelecem no exercício do trabalho, em consequência da forma pelo qual é gerenciado. Estão relacionados a três níveis de relações sociais de trabalho: o de recompensas, o de comando e o de organização.

No primeiro nível, o trabalho é produzido através de manipulação de recompensas, quer monetário ou simbólico, como retribuição de um empenho no trabalho, quer através de uma intensificação do trabalho ou através de sua extensão (extrapolamento da carga horária). No segundo, o trabalho é produzido através do uso do poder, que pode ser evidente e repellido, por exemplo, sob autoritarismo, ou então ser sutil e aceito, tal como os riscos são aceitos como parte normal do trabalho. Neste nível, existe a ausência de ações coletivas de oposição ao uso do poder pelo empregador ocasionada pela ausência de integração do grupo de trabalho. No terceiro nível, o organizacional, o trabalho é produzido através do controle do empregador sobre a divisão do trabalho. É traduzido pela estrutura de tarefas e o empregado não possui a noção do todo.

Pires (1992) argumenta sobre as causas dos riscos de acidentes de trabalho ou de doenças ocupacionais, ponderando que eles não podem ser analisados de forma isolada, pois a realização de um trabalho envolve vários aspectos relacionados a como ele se desenvolve, às características da instituição, às características do processo de trabalho em si, à qualificação dos trabalhadores envolvidos, dentre outras.

O Decreto-Lei nº 611, de 21/07/92 considera ainda como outro fator equiparado ao acidente de trabalho a doença oriunda de contaminação acidental de empregado no exercício de sua atividade, mas não explicita quais são essas situações. Acreditamos ser difícil de provar aqueles acidentes de contaminação ocasionados por agentes químicos não listados como perigosos na lei específica, bem como justificar a contaminação por doenças infecto-

contagiosas devido às condições de vida e trabalho às quais a maioria dos trabalhadores da saúde estão sujeitos: baixos salários, alimentação deficiente, transportes coletivos lotados, dentre outros.

O manual de capacitação técnica de pessoal auxiliar de enfermagem em AIDS (Brasil, 1993) traz a definição de acidente de trabalho no caso daquelas situações nas quais o trabalhador de saúde tem possibilidade de se contaminar com o vírus HIV :

“Exposição parenteral (picada de agulhas ou cortes) e contato de membrana mucosa com sangue e/ou fluidos corpóreos. Exposição da pele, mesmo que aparentemente íntegra, ao sangue, quando for por tempo prolongado ou em grande quantidade”. (Brasil, 1993, p.92)

Acrescentamos também que a existência de soluções de continuidade microscópicas na pele, mesmo sem provocar lesões aparentes, não pode deixar de ser considerada. Elas talvez possam levar à contaminação, mesmo durante a exposição a pequenas quantidades de sangue ou outro fluido corpóreo, uma vez que todos estes produtos orgânicos são considerados potencialmente infectantes. Portanto, os acidentes podem ocorrer, não apenas em situações relacionadas ao manuseio de materiais, equipamentos ou medicamentos, mas também nas situações em que há contato com sangue e/ou fluido(s) corpóreo(s), mesmo que não seja por tempo prolongado ou em grande quantidade. É oportuno lembrar que as luvas não oferecem proteção adequada para acidentes com objetos pérfuro-cortantes.

Oda et al. (1996, p. 247) enfatizam que “ alguns dos principais fatores de risco associados à transmissão da AIDS ocupacional estão relacionados ao próprio acidente, à fonte contaminadora ou ‘doadora’ e ao receptor acidentado.” Consideram como “fatores determinantes do grau de risco”:

- os tipos de exposição que porventura tenham ocorrido, segundo a via: percutânea, mucosa ou cutânea;
- a exposição com o tipo de fluido envolvido;

- os fatores físicos existentes no momento da exposição, tais como: temperatura, pH e umidade; e,
- o tempo decorrido entre a retirada do espécimen do paciente até a exposição do trabalhador.

Amaral (1995) faz referência a um estudo realizado por Henderson et al, em 1990, sobre o risco de infecção pelo HIV no local de trabalho. O risco estimado é de menos de 1% e a conversão sorológica tem índices aproximados de 0,4 a 0,5%. Entretanto, esta autora enfatiza que existe relato de casos isolados:

“ Até setembro de 93, os CDC tinham compilado uma série de 39 trabalhadores de saúde com infecção ocupacional por HIV documentadas e 81 casos de infecções possíveis, mas não documentadas. No primeiro grupo, 87% tiveram exposição percutânea, 10% tiveram exposição de mucosa e 3% sofreram exposição pelas duas vias” (Amaral, 1995, p. 543).

Os acidentes também podem ocorrer pelo descuido com o descarte de material contaminado proveniente das clínicas no lixo hospitalar, principalmente agulhas, *scalps* e lâminas de bisturi. As roupas provenientes das unidades de internação e principalmente do Centro Cirúrgico, com destino à lavanderia, também oferecem risco. Isto porque é comum serem encontrados nestes materiais agulhas, lâminas de bisturi, pinças e instrumentos utilizados nas cirurgias, ou em procedimentos realizados nas unidades que não foram destinados corretamente para processamento na Central de Material Esterilizado.

Estes fatores reforçam a crença de Dejours (1996) de que a qualidade do trabalho e a segurança das pessoas possuem íntima relação. Este autor refere ainda que esta qualidade parece indissociável do exercício do prazer no trabalho e que:

“... uma parte fundamental da segurança e da proteção das populações resulta da qualidade de funcionamento de um espaço público interno e da maneira pela qual os trabalhadores se ligam a ele” (Dejours, 1996, p. 172).

Montagnier (1995, p. 120) refere que o pessoal de saúde deve receber uma real formação técnica, “que até o momento é feita com demasiada frequência por atacado”. Comenta que para o profissional da saúde o risco ocupacional existe, que é aceito e ninguém pode excluí-lo. Portanto acredita ser necessário a otimização das medidas de prevenção sem contudo acreditar numa falsa segurança.

Ao refletir sobre as possíveis causas para a situação de risco vivenciadas pela equipe de enfermagem, percebemos que elas podem perpassar pelo cotidiano do trabalho, pelas condições de trabalho, enfim, pelo contexto já exposto, que envolve fatores internos e externos ao grupo e possuem reflexo direto no cuidado prestado ao paciente.

Reiteramos a convicção de que tal situação pode ser melhorada através de ações conjuntas institucionais e educativas. Estas últimas devem estimular a reflexão do grupo e seus integrantes a necessidade de repensar as suas práticas de trabalho e suas vivências cotidianas, para que se possa trabalhar os aspectos técnicos, éticos, morais e sociais relacionados à biossegurança.

2.3 - ALGUNS ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS RELACIONADOS À EQUIPE DE ENFERMAGEM E À BIOSSEGURANÇA

A moral e a ética estão presentes nas ações de enfermagem. Isto porque elas ocorrem através de pessoas, componentes de uma equipe, que executam atividades de cuidado direto ou indireto ao paciente.

Iyer, Taptich & Bernocchi-Losey (1993, p. 238-239) definem moral como:

“... as crenças que são em nós instiladas por nossos pais e pela sociedade como um todo. Elas incluem nosso senso daquilo que é certo e errado... Esse conjunto de crenças forma códigos de comportamentos baseados em expectativas culturais”.

Vasquez (1975 p. 49.) define a moral como “um conjunto de normas, aceitas livre e conscientemente, que regulam o comportamento individual e

social dos homens”. Portanto, ao se agir para a execução do cuidado ao paciente, existem normas e padrões de comportamento esperados da pessoa e do grupo: respeitar e preservar a integridade física, psíquica e moral do outro.

A ética é conceituada por Vasquez (1975 p.12),) como “a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens na sociedade” que regula, ou melhor, julga o aspecto moral referente ao comportamento humano.

Iyer, Taptich & Bernocchi-Losey (1993, p. 239) referem que o termo ética “é utilizado para descrever um aspecto mais abrangente da moral” e consideram que o pensamento ético se inicia “quando uma pessoa vai além da aceitação das regras do grupo social chegando à esfera do pensamento e da análise moral”. Ressaltam que na enfermagem a ética “preocupa-se com um padrão de comportamento que reflete o desejo profissional de proteger ou assegurar o bem-estar” do paciente.

Neste sentido, Gelain (1994, p. 30) comenta que a ética deixa de ser simplesmente “um conjunto de normas que dirigem os atos humanos” e torna-se uma responsabilidade ética, com “o compromisso de modificar a realidade problematizando a prática” (p. 31) e de conscientizar o ser humano na busca dos seus direitos. Portanto, para ele, “o compromisso e a responsabilidade surgem voltados para a educação e a orientação das pessoas, mais que, apenas, sanar ou prevenir danos físicos ou psíquicos” (p. 30).

Gelain (1992, p. 15) considera *ethos* (caráter) como a descrição do modo de ser ético e a definição da personalidade ética. Define consciência ética como a “voz interna, o julgamento interior dos atos humanos”. Watanabe (1985, p. 54) refere que o *ethos* da enfermagem

“é fonte dos princípios morais que orienta a ação do enfermeiro, tendo a vida como valor ético fundamental e o respeito à dignidade humana como alicerce da integração enfermeiro-paciente”.

Esta consciência deve seguir os princípios básicos da ética, que são aqueles que levam o “homem para o caminho do bem, do justo, da retidão e da probidade” (Fávero apud Almeida, s.d., p. 9). O respeito pelas pessoas seria a

sua principal dimensão. Concordando com Silva (b) (1996, p. 25), “quando nos referimos ao comportamento como característica pessoal, temos o respeito como importante princípio ético que é visto como direito do ser humano”.

Para respeitar, é necessário basear-se em dois princípios éticos: o da **beneficência**, aquele que refere ao fazer o bem e de que não se deve prejudicar o outro e o da **autonomia**. Esta é a “ capacidade de pensar, decidir e agir ... de modo livre e independente ... baseado em deliberação racional” (Almeida, s.d., p. 22). Para se agir autonomamente, deve-se ter um pensamento, uma vontade e uma ação. Portanto, durante as atividades de cuidado, estes princípios são os que norteiam e fazem com que cada pessoa se torne responsável pelos seus atos, pois supõe-se que teve liberdade para decidir sobre o que fazer. A enfermagem, enquanto grupo, deve buscar essa autonomia. Entretanto, a nível institucional, torna-se submissa e em muitos casos ainda não conquistou essa autonomia de tomada de decisões. No lado individual e no profissional, caso a pessoa tenha dúvidas quanto à sua decisão, ela poderá recorrer a um terceiro princípio ético, o da **justiça**, baseado na “eqüidade ou no que é merecido” (Almeida, s.d., p. 28) e de que todos devem ser tratados igualmente.

As ações de enfermagem deveriam ser prestadas respeitando esses três princípios éticos, de modo responsável. Concordando com Vasquez (1975, p. 91), entendemos que:

“... os atos propriamente morais são somente aqueles nos quais podemos atribuir ao agente uma responsabilidade não só pelo que se propôs a realizar, mas também pelos resultados ou conseqüências de sua ação”.

Permeando a responsabilidade, podemos considerar que os atos pessoais devem ser realizados com prudência, com habilidade e com atenção. Quando um ou mais destes fatores deixam de estar presentes, implica em correr riscos durante a execução das ações, pelas quais o seu autor terá de se responsabilizar legalmente. Quando agimos com imprudência, imperícia ou negligência, podemos estar colocando em risco a vida do outro.

Na enfermagem, estas ações podem ser decorrentes de situações que envolvam a não execução das atividades de modo responsável. No nosso

entendimento, a responsabilidade está ligada à competência e à liberdade. Portanto, para realizá-las, devemos lançar mão da consciência moral. Ferreira (1986 p. 457) define este tipo de consciência como a “faculdade de distinguir o bem do mal, de que resulta o sentido do dever ou da interdição de se praticarem determinados atos, e a aprovação ou o remorso por havê-los praticado”.

Com relação à biossegurança, os riscos à vida podem estar presentes atividades corriqueiras da enfermagem durante a ação de cuidar. Envolve desde a lavagem de mãos, a higienização, até curativos e outros cuidados mais complexos.

A ética profissional também faz referência ao comportamento moral. Lunardi (1994, p. 48) relaciona-o com a responsabilidade, falando que o comportamento moral está presente:

“... apenas quando o sujeito que assim se comporta é responsável por seus atos, o que pressupõe que pode fazer o que queria fazer, isto é, que pode escolher entre duas ou mais alternativas e agir de acordo com sua decisão tomada. Portanto, falar em comportamento moral implica falar responsabilidade e liberdade de vontade”.

Para melhor avaliar os aspectos ético-legais relacionados ao cuidado de enfermagem, faz-se necessário recorrer ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, onde estão descritos os deveres, as responsabilidades e os direitos de todo trabalhador de enfermagem. Este código serve de referência para a abordagem dos atos praticados pelos componentes da equipe, com relação à responsabilidade que devem ter para consigo mesmo, com o ambiente e para com os outros durante a prestação do cuidado de enfermagem.

2.4 - DELINEANDO MODOS DE RETOMAR A BIOSSEGURANÇA ATRAVÉS DO PROCESSO REFLEXIVO:

Dentro do contexto explicitado, não se pode ignorar o compromisso do profissional da enfermagem com as pessoas que se internam nos hospitais. Ao prestar o cuidado de enfermagem, este profissional deveria executá-lo com qualidade e segurança; para assumir esse compromisso, ele precisa estar

ciente de sua responsabilidade. Desta forma, deveria ser capaz de agir e de refletir sobre a ação a ser empreendida junto ao paciente.

Aktouf (1996, p. 46) afirma que a identificação para o trabalho só é possível através da superação da alienação, ou seja, através da “ruptura com a ausência da percepção de si mesmo que vive continuamente o trabalhador”. Defende o ponto de vista de que “esta ruptura deveria levar o trabalhador a assumir o ato de trabalhar como seu ato, como sua reabilitação enquanto sujeito”.

Esta tomada de posição, segundo Chanlat (1996, p. 19):

“ ... exige a adoção de um modo de pensar ... que coloque em estreita relação as diferentes perspectivas e que manifeste igualmente o interesse por detalhes e por aspectos concretos de cada situação”.

A ação de refletir e agir é uma das características do ser humano. A partir deste ato, pode aprender coisas novas, adaptar-se a situações adversas e construir sua própria realidade social. Como ser social, é ser da práxis (ação/reflexão), ser de relação com outros seres, que está no mundo e com o mundo. Isto faz com que seja “capaz de relacionar-se; de sair de si; de transcender”(Freire, 1994, p. 30).

Como ser humano, reflete sobre a realidade, captando-a e fazendo-a objeto dos seus conhecimentos. Quando ele reflete sobre sua realidade, pode tornar-se mais consciente e comprometido. Ao compreendê-la, pode levantar hipóteses sobre a mesma, procurar soluções e transformá-la. Com essa transformação, a partir de sua consciência reflexiva, o ser humano pode, então, tornar-se sujeito de sua própria educação. (Freire, 1994, Schall & Struchiner, 1995).

A educação é possível para o homem porque ele é um ser “inacabado e sabe-se inacabado”. Isto implica em uma busca, que deve traduzir-se em ser mais: “é uma busca permanente de si mesmo”. Desta forma, este autor faz referência de que a educação também torna-se permanente, pois o homem,

inacabado, nunca sabe de maneira absoluta. Seu saber é sempre relativo (Freire, 1994, p.28).

Por achar-se inacabado, o ser humano, ao tomar consciência de sua incompletude, torna-se aberto para outros saberes. Damke (1995) comentando Fiori menciona que:

“ ... a abertura do ser, sua capacidade de relacionamento e de ultrapassagem de todas as situações vividas faz com que o movimento humano seja um esforço em direção à liberdade”. (p. 55)

Damke (1995) refere que isto é o que permite encontrar na libertação o núcleo originário do processo educativo. Comenta que “na teoria freiriana, o diálogo aparece como uma condição para o conhecimento”, reforçando este ponto de vista ao afirmar que “a comunicação ... antes de ser um processo técnico, é um processo essencialmente humano. Isto indica que sem diálogo não há educação”. Neste sentido, o ato de conhecer ocorre através de um processo social e o diálogo é uma mediação nesse processo - “somente o diálogo comunica” (Damke, 1995, p. 77, Freire, 1994, p. 68).

Para que ocorra o diálogo, é necessário oportunidade, sintonia e empatia. A oportunidade é “situacional e depende da predisposição” das pessoas; a sintonia é o resultado da “congruência obtida pela similaridade - pontos comuns - e convergência que se estabelece nas diferenças-complementaridade” e a empatia significa “tentar ver pelos meus ou seus olhos, no sentido de sintonizar imagens²” (Dall’Agnol, 1994, p. 95).

Para Chanlat & Bédard (1996 p. 133) “o diálogo é ao mesmo tempo constitutivo do ser, descoberta de si mesmo” e:

“... pode desempenhar um papel ímpar na elaboração dos conhecimentos pessoais e no estabelecimento da verdade ... É principalmente através da conversação metódica e da troca de idéias que progride o conhecimento de cada um a respeito do universo que o rodeia”.

² Dall’Agnol (1994, p. 95) refere que as **imagens** “relacionam-se às percepções de si, do(s) outro(s), das situações. Sedimentam-se em crenças, valores, sentimentos, emoções. Influenciam concepções, ações e reações”.

Com relação a esse universo que rodeia o ser humano, Damke (1995, p. 90-91) refere que Freire defende o pensamento de que só é possível conhecer o contexto real se dele forem retirados os fatos, isolando-os e tornando-os temporariamente independentes:

“Inseridos no contexto real, os seres humanos têm sempre uma certa compreensão tanto dos acontecimentos como da totalidade. Todavia, nem sempre percebem, de forma crítica, a razão de ser dos fatos; muito menos percebem como eles participam da criação da totalidade e como, ao mesmo tempo, por ela são criados. É, pois, no contexto teórico, tomando distância do real, que assumimos a posição de sujeitos cognoscentes e chegamos ao conhecimento verdadeiro. Este processo permite superar a visão caótica, anterior, e chegar a um conhecimento cada vez mais pleno, científico em torno dos fatos e da realidade como um todo”.

Entretanto, Chanlat & Bédard (1996) lembram que o ser humano, ao falar, assume também um compromisso: a ética da palavra. Esta compreende uma exigência da verdade, que só existe se quem a emite for verdadeiro. “O homem de palavra não empenha palavras, empenha sua pessoa” (Gusdorf apud Chanlat & Bédard, p. 134). A outra dimensão ética diz respeito ao exercício da violência que pode suscitar. Na violência verbal e não-verbal, mais que a violência física, “a gravidade dos danos é bem mais difícil de avaliar - e, frequentemente, tem consequências a longo prazo” (Chanlat & Bédard, 1996, p.134).

As pessoas que devem possuir a ética da palavra são componentes da equipe de enfermagem e formam um grupo de trabalho. Mailhiot (1985 p. 134) ressalta que dentro de um grupo de trabalho, existem algumas leis que são consideradas fundamentais:

- é importante o aceite de momentos de ansiedade dos membros do grupo (tolerância à frustração);
- a complementariedade também é essencial: a integração deve emergir através de “um clima no grupo onde cada membro aceita perceber-se diferente, mas incompleto e cada um dos outros membros como seu complemento eventual”. Desta forma, cada membro aprende a não renegar nem renunciar ao que é, mas a “ser cada vez mais ele mesmo e a colocar à disposição do grupo os recursos únicos de que dispõe”.

Dall'Agnol (1994), ao realizar estudo sobre a integração-diferenciação dentro da equipe de enfermagem, utilizou o processo de ação-reflexão-ação, baseando-se nos seguintes princípios, que podem ser entendidos neste estudo como ética da ação:

- adoção de uma atitude empática com os membros da equipe de enfermagem;
- solidariedade;
- pensamento crítico;
- compartilhamento (co-participação, sincronia, cumplicidade);
- diálogo;
- convívio prazeroso; e,
- facilitação.

Esta autora promoveu encontros com a equipe, onde eram contemplados os princípios supracitados. Nestes, procurava localizar pontos comuns que convergessem para a unidade do grupo e o respeito das diferenças, que, canalizadas, também enriqueceriam a todos, dando ênfase à:

“... troca de experiências, onde ensinar não é direito-dever de alguns e, aprender, dever de outros, porém, onde aprender-ensinando e ensinar-aprendendo seja uma constante vital para que ocorra o momento educativo” (Dall'Agnol, 1994, p. 97)

Diante desta teorização acerca do processo educativo, percebemos a importância do educador ao estimular o diálogo de modo tranqüilo e motivador. O processo de reflexão/conscientização deve acontecer nos moldes já explicitados por Freire, da seguinte forma:

- estimular a reflexão sobre a própria realidade;
- compreendê-la e levantar hipóteses sobre os problemas da mesma;
- buscar as respectivas soluções para os problemas encontrados.

Entendemos que o processo educativo deve ocorrer durante o horário de trabalho dos membros da equipe, sem ser caracterizado como treinamento. O estímulo à reflexão e ao diálogo ultrapassa a mera comunicação de conteúdos, típico deste último, e o educador assume o papel de mediador, onde não só ensina, mas também aprende com o educando. Ambos são aprendizes, mobilizados em pensar e refletir sobre a prática vivenciada.

Enquanto escutamos o outro, refletimos sobre nossas próprias ações. Dall'Agnol (1994, p. 145) acredita que colocar-se no lugar do outro e “prestar atenção no outro pode nos revelar aspectos de nós mesmos, propiciando-nos novos caminhos para a interação que, com o outro, estabelecemos”.

Com a reflexão, “o sujeito cria conhecimento e provoca uma constante revisão de si próprio, de busca de entendimento de si e do outro” (Waldow, 1993, p. 110). Esta é a principal fundamentação relacionada com a biossegurança: nós precisamos re-pensar nossa prática, nosso relacionamento com o outro, para entender onde devemos melhorar para proteger tanto a nós mesmos quanto aos outros e executar um cuidado seguro e sem riscos.

3 – PROPONDO OBJETIVOS

Diante da nossa preocupação quanto à biossegurança, o risco para o trabalhador e o paciente e, ainda, as informações comentadas na literatura, propomos os seguintes objetivos:

3.1 – OBJETIVO GERAL:

Realizar um processo reflexivo sobre os principais problemas que a equipe de enfermagem de um hospital enfrenta com relação à biossegurança em seu local de trabalho, bem como seus aspectos ético-legais.

3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Estes objetivos visam instrumentalizar os componentes da equipe de enfermagem de um hospital para:

3.2.1 – apontar os principais problemas e suas possíveis causas que interferem na utilização das medidas de biossegurança, durante o cuidado aos pacientes;

3.2.2 - refletir sobre os aspectos ético-legais relacionados ao risco à vida, à saúde e à integridade de si e do outro;

3.3.3 – propor um plano de ações educativas em biossegurança.

4 - ELABORANDO O MARCO TEÓRICO

Para Minayo (1996, p. 92), “toda construção teórica é um sistema cujas vigas mestras estão representadas pelos conceitos”. Esta autora considera que estes são:

“... operações mentais que refletem certo ponto de vista a respeito da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os. Desta forma eles se tornam um caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações, e ao mesmo tempo um caminho de criação” (Minayo, 1996, p. 92).

Os termos marco teórico e marco conceitual vêm sendo utilizados como sinônimos na literatura e linguagem dos pesquisadores. Eles se referem à estrutura teórica que proporciona o direcionamento da pesquisa e que fundamenta a discussão dos dados (Neves & Gonçalves, 1984).

Existem alguns aspectos referenciados durante a reflexão sobre o trabalho em equipe e a biossegurança que necessitam ser destacados por servirem de norteadores para a análise dos dados coletados neste estudo. O marco teórico, portanto, é constituído por referenciais norteadores, pressupostos e conceitos, elaborados a partir das nossas percepções da realidade, de princípios relacionados à biossegurança e condições de trabalho constantes do referencial teórico e idéias de alguns autores que subsidiaram a elaboração de alguns conceitos.

4.1 - REFERENCIAIS NORTEADORES:

Tendo como principal enfoque o resgate das medidas de precauções universais para o trabalho seguro pelo pessoal de enfermagem, estas medidas são fundamentais para a realização do trabalho proposto. No nosso estudo, as **medidas de precauções padrão** estão baseadas nas recomendações do CDC de Atlanta, segundo Garner (1996) e Leão & Grinbaun (1997).

Estas medidas são recomendadas para o cuidado de todos os pacientes, em caso de contato antecipado com sangue e com secreções, fluidos ou excreções corporais, pele não íntegra ou membranas mucosas, com a finalidade de reduzir o risco de transmissão de patógenos do sangue e outros no hospital. Estas precauções consistem em :

a. lavagem das mãos após o contato com sangue ou fluidos corporais, secreções ou excreções e itens contaminados (objetos, instrumentais ou superfícies). Deve-se lavar as mãos após contato com pacientes ou retirada de luvas, ou em outras ocasiões, quando indicada para prevenir transmissão de microorganismos para pacientes ou ambiente. O uso de detergente líquido é indicado, a não ser em situações específicas definidas pelas diversas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH (por exemplo: surtos, situações hiperendêmicas, etc).

b. uso de luvas (não-estéreis) se contato antecipado com sangue e outros líquidos corporais, membranas mucosas, pele não-íntegra e quaisquer itens que possam estar contaminados. As luvas devem ser trocadas entre tarefas e procedimentos com o mesmo paciente e devem ser retiradas imediatamente após o uso, antes de tocar superfícies ambientais ou de contato com outro paciente. A lavagem de mãos após a retirada das luvas é obrigatória.

c. o uso de aventais limpos, não estéreis, está indicado para proteger as roupas e superfícies corporais durante procedimentos e atividades de cuidado com os pacientes toda vez que possa ser prevista contaminação por líquidos corporais ou sangue através de jatos ou *splashes* destes fluidos. A retirada

destes aventais deve ser feita o mais breve possível, com posterior lavagem das mãos.

d. máscaras, óculos e protetor facial são indicados durante procedimentos e atividades de cuidados ao paciente, nos quais pode ser prevista a contaminação de face e especialmente membranas mucosas por sangue, líquidos corporais, secreções e excreções.

e. Os equipamentos de cuidados ao paciente que contenham sangue, secreções, excreções ou fluidos corporais devem ser manuseados com cuidado e a sua reutilização em outro paciente deve ser precedida de limpeza e/ou desinfecção. Os itens de uso único devem ser desprezados adequadamente.

f. Deve-se ter cuidado com patógenos veiculados pelo sangue, que consistem em prevenção de acidentes com estes materiais. As vias de acesso e materiais pérfuro-cortantes, após utilizados, devem ser transportados com cuidado, para prevenir acidentes e transferência de microorganismos para o ambiente e outros pacientes. Deve-se evitar a remoção das agulhas usadas em seringas descartáveis com as mãos. Acondicionar os materiais pérfuro-cortantes em recipientes apropriados resistentes à perfuração, que devem estar situados próximos ao local em que os itens foram usados.

g. Pacientes devem ser mantidos em quarto privativo em situações em que a higiene e a contaminação ambiental não puderem ser controladas. Em situações em que quarto privativo não for possível, deve-se consultar a CCIH para avaliação de riscos e soluções alternativas.

Para avaliar melhor os aspectos ético-legais relacionados ao cuidado de enfermagem, recorreremos ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seus Capítulos II - dos Direitos, III - Das Responsabilidades e o IV - Dos Deveres (COREn-DF, 1994):

“ CAPÍTULO II - DOS DIREITOS

Art. 7º - Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal.

Art. 8º - Ser informado sobre o diagnóstico provisório ou definitivo de todos os clientes que estejam sob sua assistência.

Art. 9º - Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, quando impedido de cumprir o presente Código e a Lei do Exercício Profissional.

Art. 10º - Participar de movimentos reivindicatórios por melhores condições de assistência, de trabalho e de remuneração.

Art. 11º - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem.

Parágrafo único - Ao cliente sob sua responsabilidade, deve ser garantida a continuidade da assistência de Enfermagem.

Art. 12º - Receber salários ou honorários pelo seu trabalho que deverá corresponder, no mínimo, ao fixado por legislação específica.

Art. 13º - Associar-se, exercer cargos e participar das atividades de Entidades de Classe.

Art. 14º - Atualizar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais.

Art. 15º - Apoiar as iniciativas que visem o aprimoramento profissional, cultural e a defesa dos legítimos interesses da classe.

CAPÍTULO III - DAS RESPONSABILIDADES

Art. 16 - Assegurar ao cliente uma Assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 17 - Avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela.

Art. 18 - Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 19 - Promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão.

Art.20 - Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe.

CAPÍTULO IV - DOS DEVERES

Art. 21 - Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 22 - Exercer a Enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 23 - Prestar Assistência de Enfermagem à clientela, sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 24 - Prestar à clientela uma Assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Art. 25 - Garantir a continuidade da Assistência de Enfermagem.

Art. 26 - Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer.

Art. 27 - Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar.

Art. 28 - Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente.

Art.29 - Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei.

Art. 30 - Colaborar com a Equipe de Saúde no esclarecimento do cliente e família sobre o seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer.

Art. 31 - Colaborar com a Equipe de Saúde na orientação do cliente ou responsável, sobre os riscos dos exames ou de outros procedimentos aos quais se submeterá.

Art. 32 - Respeitar o ser humano na situação de morte e pós-morte.

Art. 33 - Proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da Equipe de Saúde.

Art. 38 - Tratar os colegas e outros profissionais com respeito e consideração.

Art. 39 - Alertar o profissional, quando diante de falta cometida por imperícia, imprudência ou negligência." (COREN - DF, 1994, p. 31 - 33)

4.2 - PRESSUPOSTOS:

- toda pessoa tem necessidade de viver em grupo, uma condição humana;
- todo trabalho é relacional e possui característica coletiva de cooperação. Ele geralmente cria um conjunto de relações sociais entre pessoas, podendo ser exercido individualmente, em grupo ou em equipe;
- um grupo é constituído por pessoas que têm a necessidade de respeitar e serem respeitadas, tanto física, mental e socialmente (como são, como pensam, seus valores, suas crenças e sua origem), mas não necessariamente possuem objetivo comum para o trabalho, o que permite que este último se torne individualizado;
- uma equipe é formada por um grupo de pessoas e possui características próprias. Para existir, é necessário que haja interação entre seus membros; definição de objetivos comuns; aceitação e consenso, por parte de seus componentes, das visões de mundo e modo de vida de cada um, dada à diversidade das pessoas; reconhecimento das atividades individuais realizadas; sintonia; empatia; cumplicidade; diligência (zelo de si e do outro) e interesse para a realização das atividades do grupo;
- a equipe de enfermagem é um grupo formado por pessoas adultas, oriundas de diferentes realidades, cada uma com sua cultura, suas crenças, experiências e habilidades relacionadas ao seu modo de viver e de ver o mundo, bem como de sua história de vida. Atualmente, o grupo que a constitui é heterogêneo, formado por pessoas que possuem diferentes níveis de escolaridade e diferentes níveis de responsabilidade para o cuidado, executando atividades diferenciadas de enfermagem;
- o cuidado, objeto de trabalho da enfermagem, deve ser realizado com competência técnica, sendo que a pessoa que cuida deve possuir princípios éticos, tais como respeito, prudência e responsabilidade. Também é

importante que tenha interesse, paciência e amor para com outras pessoas, bem como deve gostar e respeitar a si mesmo;

- as atividades de cuidado aos pacientes podem sofrer influências de fatores internos e externos à equipe de enfermagem. Os fatores internos à equipe dizem respeito às características individuais das pessoas e ao relacionamento do grupo. Os fatores externos são referentes às condições de trabalho e ao ambiente onde é exercido o cuidado de enfermagem;
- tanto os fatores internos ou externos à equipe podem levar à desestruturação do grupo e a problemas que afetam direta ou indiretamente o processo de cuidar, perpassando por aspectos técnicos, éticos, estéticos e morais desse processo, que englobam o cuidar de si, do paciente e dos outros. O processo de cuidar também pode ser afetado por aspectos relacionados à política da instituição e pelo modo de gerenciamento e administração da equipe de enfermagem;
- o processo inadequado de cuidar pode expor a pessoa que cuida (cuidador), a pessoa que é cuidada (paciente) e outras pessoas (companheiros de equipe, demais funcionários da instituição, acompanhantes e visitas) a riscos e/ou acidentes com materiais biológicos oriundos do paciente e/ou ambiente;
- o processo de cuidar adequadamente pode ser restaurado se forem resolvidas as questões relacionadas aos fatores internos e externos à equipe que nele interferem e também através de ações educativas que façam com que o grupo reflita sobre tais problemas. Estas ações devem ser baseadas em situações oriundas das vivências cotidianas da prática grupal nas quais possam ser observados os problemas que envolvam a equipe;
- o processo reflexivo pode ser possível se as pessoas envolvidas estiverem motivadas, com vontade para aprender e pensarem criticamente sobre seus comportamentos e hábitos.

4.3 – CONCEITOS:

a - Enfermagem

É uma ciência humana praticada através do cuidado, onde pessoas proporcionam condições para promover, prevenir ou recuperar a saúde de seus semelhantes. Auxilia as pessoas a restabelecerem o seu equilíbrio interno e a adquirirem autonomia para o cuidado de si. Para tanto, devem valorizar, compreender, respeitar, atender, auxiliar e zelar do ser humano. Para exercer a enfermagem, é necessário que a pessoa seja um ser de ação e de reflexão, que saiba decidir racionalmente sobre os atos que realiza, e esteja aberto para novos saberes.

O **cuidado** é oferecido à pessoa doente, enferma ou saudável, devendo ser realizado pelos membros da equipe de enfermagem de forma responsável e segura, respeitando a integralidade desse ser humano. Os membros da equipe atuam através de ações de cuidado, que incluem práticas educativas. Para tanto, necessitam possuir formação técnica, ética e humana. Para realizá-lo satisfatoriamente, é necessário a existência de ambiente tranqüilo e propício, em termos de recursos humanos e materiais, de modo a oferecer condições de trabalho seguras e sem risco para quem as executa. Envolve a utilização adequada das medidas de biossegurança durante as atividades, que abrangem inclusive o cuidado de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, tais como a AIDS e a hepatite B.

No Brasil, a enfermagem é exercida como trabalho assalariado, pela **equipe de enfermagem**. Esta é constituída por um grupo de pessoas com níveis de escolaridade diversos (do elementar ao superior), que assumem diferentes responsabilidades do cuidado, de acordo com o seu nível de complexidade. Compõem a equipe: os enfermeiros, os técnicos de enfermagem, os auxiliares e os atendentes de enfermagem. Este grupo trabalha as 24 horas do dia no cuidado ao paciente internado, sendo que as suas atividades ocorrem num *continuum* ininterrupto e cujo trabalho caracteriza-se por ser produzido e consumido ao mesmo tempo. Cada componente deve executar suas atividades com segurança e responsabilidade, de modo a evitar riscos para sua vida/saúde, para o ambiente e para a vida/saúde do outro.

Por ser constituída de pessoas, cada equipe tem uma formação peculiar que a diferencia das outras. Seus membros são oriundos de diferentes realidades sociais, cada um com suas crenças, valores e culturas, com modo de viver e de ver o mundo peculiares, que podem influenciar o grupo positiva ou negativamente e até determinar a sua coesão e interação. Suas atividades são planejadas e avaliadas pelo enfermeiro, que é responsável pela sua atuação.

Os outros membros da equipe vêem no enfermeiro um “educador”, a quem recorrem em caso de dúvida ou desconhecimento de como resolver situações de cuidado e/ou administrativas relacionadas ao trabalho. Como qualquer outro grupo inserido numa instituição hospitalar, está subordinada à administração do hospital, às suas normas e sanções.

Os membros da equipe de enfermagem comumente vêem o ser humano doente como “paciente”, pois este, ao ser internado, submete-se ao cuidado de enfermagem sem grandes questionamentos do porquê da necessidade de sua realização. Este entendimento é decorrente da hegemonia da ação médica, onde existe uma sublimação do saber médico e submissão ao mesmo, pela comunidade em geral. Entretanto, os membros da equipe devem respeitar e entender este ser humano na sua integralidade, e não apenas como ser biológico.

b - Saúde/Enfermidade

Saúde é um estado de harmonia interna, que se reflete no modo da pessoa viver a vida. Envolve o equilíbrio entre a percepção do mundo e de si mesma (eu) e a vivência nesse mundo (mim). Adotando o conceito de Watson (1988), na relação do “eu” com o “mim” surge o processo saúde/enfermidade: Quando o “eu” é igual ao “mim”, há harmonia com o mundo e o ser humano está aberto a uma diversidade crescente. Neste caso, está com saúde. Ao contrário, quando o “eu” é diferente do “mim”, ocorrem agravos variáveis e a pessoa está menos aberta a uma diversidade crescente, a pessoa está enferma.

A harmonia entre o eu e o mim deve estar presente em qualquer pessoa. A saúde é um fenômeno definido individualmente, conforme a relação do “eu” e do “mim”. A enfermidade é uma desarmonia que ocorre dentro da pessoa,

podendo atingir sua mente, corpo ou espírito, consciente ou inconscientemente, e se persistir, pode provocar doença. Portanto, estar enfermo não necessariamente implica em estar doente fisicamente.

Existem fatores externos e internos que exercem grande influência no bem-estar e na vida da pessoa, e possuem relação com os ambientes onde está inserida. O ambiente externo está relacionado com os aspectos físicos, mecânicos, químicos, sociais, culturais, políticos e econômicos existentes no mundo; o ambiente interno está relacionado às emoções, sensação de segurança, auto-confiança e ao modo de ser e viver da pessoa no mundo.

A interdependência dos ambientes externos e internos são conhecidos por exercerem grande influência na determinação da saúde e da enfermidade, assim como os mecanismos reguladores internos, que são fundamentalmente importantes para a saúde da pessoa, tais como o bem-estar mental e espiritual e crenças sócio-culturais (Watson, 1988).

c - Trabalho

O trabalho é uma atividade realizada pelo ser humano, onde ele participa ativamente na vida da natureza, para transformá-la e realizar-se. Possui natureza relacional, que envolve o ser humano, social e culturalmente, através de laços criados pela organização do trabalho. É através do trabalho que esse ser humano produz sua subjetividade e que se concebe como:

*“... um ser em processo, pluridimensional, que vai se construindo por meio do seu viver e fazer e que vive, ao mesmo tempo, as várias dimensões da sua realidade corpórea, mental, intelectual, intuitiva, afetiva e espiritual” .
(Arruda, 1995, p. 69)*

Este conceito vem ao encontro do meu modo de ver o trabalho, que vai além a visão da produção em si e abrange o viver-a-vida-no-trabalho e viver-a-vida-fora-do-trabalho. Há espaço para a socialidade, para o lazer, para o prazer, para o amor, para a amizade e para o descanso. Isto deveria auxiliar na motivação e na segurança para a sua realização. Entretanto, nem sempre estas dimensões são alcançadas, devido às condições de trabalho existentes, onde o ritmo estabelecido para obter produtividade e lucro - objetivo final para quem

emprega – levam o trabalhador a comprometer sua integridade física e mental. Consequentemente, o comprometimento da sua saúde pode levar à diminuição da produtividade e do lucro e refletir em sua vida profissional, pessoal e familiar.

As condições de trabalho envolvem as dimensões ambientais internas e externas ao ser humano. Envolvem o estar-bem-para-o-trabalho e as condições onde o trabalho é realizado. O estar-bem-para-o-trabalho relaciona-se às emoções, à sensação de segurança e bem-estar, à auto-confiança e ao modo de vida do trabalhador. Leplat apud Bulhões (1994) refere que as condições de trabalho representam “o conjunto de fatores capaz de determinar a conduta do trabalhador” (p. 22). Esses fatores correspondem às:

“... exigências definidoras do trabalho objetivo, com seus critérios de avaliação e condições de execução propriamente ditas, aí incluídas as regras de sua utilização, a organização do trabalho, a remuneração e o ambiente” (Leplat apud Bulhões, 1994 p. 22)

As condições de trabalho dizem respeito aos aspectos referentes à organização para o trabalho, seja ela física, relacional ou administrativa e ao fornecimento de material e/ou equipamentos para sua realização. Para este estudo, serão consideradas como importantes aquelas referentes a:

- organização da unidade;
- relacionamento com os colegas e superiores;
- carga horária semanal e mensal de atividades realizadas pelo pessoal da enfermagem;
- condições de manutenção dos equipamentos e materiais utilizados;
- fornecimento de material pela instituição tanto em quantidade e qualidade;
- utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) em situações de risco de acidente de trabalho; e
- oferecimento de treinamento periódico sobre biossegurança para o pessoal de enfermagem, pela instituição empregadora.

Uma vez atendidas essas condições, espera-se que os membros da equipe de enfermagem executem suas atividades conscienciosamente, sem

riscos para si e para os outros. Este é um fator importante no cotidiano do cuidado.

Vale ressaltar que para a execução de trabalho que evite risco ou acidente para si e para os outros, é necessário que haja motivação. Esta é a força invisível que propulsiona uma pessoa a atingir seus anseios, e possui primordial importância para o alcance de objetivos de vida e de felicidade, bem como de trabalho. Envolve o prazer, aqui entendido como a satisfação ao atingir o que é desejado, perpassando pela alegria e sensação de bem-estar durante a execução de atividades para o alcance do que foi almejado. A motivação também está relacionada ao estar bem consigo mesmo, o que estimula a pessoa a cuidar de si e a preocupar-se com o cuidar de outras pessoas.

d - Biossegurança

É um conjunto de medidas consideradas seguras e adequadas à manutenção da saúde da pessoa, ao se executar atividades que ofereçam risco de aquisição de doenças profissionais, seja este físico, químico, mecânico, biológico dentro do ambiente hospitalar. Está diretamente relacionada com as condições de trabalho oferecidas ao trabalhador:

- os riscos físicos estão relacionados ao local onde o trabalho é realizado e referem-se às condições do local e dos materiais utilizados para executá-lo.
- os riscos mecânicos envolvem as condições dos equipamentos e as condições ergonômicas para a execução das atividades;
- os riscos químicos estão relacionados com as soluções químicas utilizadas e aos seus aerossóis, gases e vapores; às poeiras oriundas do ambiente físico, dentre outros;
- os riscos biológicos estão ligados aos fluidos corpóreos e seus aerossóis e a todo material biológico oriundo do paciente/ambiente/outras pessoas; e,
- os aspectos sociais que interferem no estar-bem-para-o-trabalho e que podem colaborar para a existência do risco. Dizem respeito às condições de interação grupal, às características individuais de cada membro da equipe, ao

salário recebido, à carga horária de trabalho semanal, às condições de descanso e lazer oferecidas aos membros da equipe, dentre outras.

Para este estudo, a biossegurança está relacionada principalmente ao risco biológico, ou seja, com material biológico oriundo do paciente ou do ambiente hospitalar, que pode levar à contaminação da pessoa que cuida, o ambiente e/ou outras pessoas. Para exercê-la, o membro da equipe de enfermagem deve conhecer as medidas de precauções-padrão, ter responsabilidade ao realizar ações de cuidado e respeitar os aspectos ético-legais relacionados à profissão.

Não podemos deixar de considerar o risco psicológico, que envolve a execução de atos inseguros, e que podem ocorrer devido ao descuido durante a execução de atividades de cuidado e/ou organização da unidade. Está relacionado à fadiga mental, às frustrações durante/com o trabalho ou outras causas que afetem a saúde mental do trabalhador, inclusive problemas familiares.

Entretanto, o risco para o trabalho também relaciona-se indiretamente com todos os outros, pois para exercer a biossegurança, é necessário que haja ambiente físico adequado, interação entre os membros da equipe de enfermagem, existência de soluções químicas adequadas para a inativação dos agentes biológicos, principalmente do ambiente, e relações sociais que evitem problemas que interfiram no estar-bem-para-o-trabalho e nas próprias condições onde este é realizado. Desta forma, as pessoas mantêm sua integridade física e mental e podem trabalhar com segurança e atenção.

e - Educação

É um processo reflexivo que ocorre ao longo da vida, iniciado desde a infância e que termina com a morte. Este processo ocorre por meio da ação-reflexão (práxis), através da qual o ser humano pode aprender/ensinar coisas novas, adaptar-se a situações adversas e construir sua própria realidade social. Por ele perpassam experiências vivenciadas desde o contexto familiar, da escola, dos grupos de amizade e também dos grupos de trabalho.

Pode ser influenciado por valores sociais, éticos e morais que formam a personalidade da pessoa, a partir das relações vivenciadas nos grupos de que

vive numa eterna busca de si mesmo, por sentir-se inacabado. O ato de conhecer ocorre através do processo social e do diálogo.

A educação deve ser um processo dinâmico, que permita a cada pessoa estar repensando sobre sua vida e trabalho, para seu aprimoramento intelectual e técnico. Portanto, é dever do empregador proporcionar ao trabalhador formas de mantê-lo atualizado em relação à sua profissão. Nos hospitais, isto pode ser realizado através da educação continuada, que, como o próprio nome já diz, deveria ser a responsável pela educação em serviço. É importante que esta procure novas maneiras de motivar o aprendizado, e o processo reflexivo pode ser uma destas formas.

Aprender/ensinar em grupo fortalece os laços de união entre as pessoas, estimulam o crescimento individual e do grupo, através da crítica/auto-crítica, Na enfermagem, criam um ambiente propício para se trabalhar a conscientização de fatores que permeiam o cuidar do paciente e o relacionamento da equipe de enfermagem. A atividade educativa exercida no ambiente de trabalho proporcionará a aprendizagem a partir das vivências do grupo.

4.4 - INTERRELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS:

O ser humano, pluridimensional, vive harmonicamente consigo mesmo e com o mundo. É ao mesmo tempo: ser saudável, ser que está em constante aprendizado, ser que faz da enfermagem o seu trabalho. O ambiente onde este último ocorre, deve possuir condições adequadas. Uma das formas de torná-lo seguro, é utilizar corretamente as medidas de biossegurança. Estas possuem fundamental importância para a realização do cuidado de enfermagem de qualidade.

INTERRELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS



MAPA DE TONALIDADES

-  **BIOSSEGURANÇA**
-  **ENFERMAGEM**
-  **EDUCAÇÃO**
-  **SAÚDE**
-  **SER HUMANO**
-  **TRABALHO**

Elaborado por
Joceli Fernandes Alencastro Bettini de Albuquerque Lins

5 – DESCREVENDO A METODOLOGIA

A abordagem qualitativa foi a escolhida para a realização deste estudo, uma vez que o nosso objetivo era realizar um processo reflexivo para detectar quais os principais problemas que a equipe de enfermagem enfrenta com relação à biossegurança e seus aspectos ético-legais e, a partir desta reflexão, propor um plano de ações educativas. Para conseguir este intento, foi necessário buscar a compreensão que os componentes da equipe de enfermagem possuem sobre os aspectos que podem ter influenciado para a não utilização das medidas de biossegurança, em especial a não utilização das precauções-padrão.

Considerando as características apontadas por Bogdan & Biklen (1994) para a investigação qualitativa, esta atinge as necessidades do estudo proposto. As características são: a fonte direta dos dados como o ambiente natural do estudo, estando o investigador preocupado com o contexto do estudo; a investigação de forma descritiva; o processo de investigação ser considerado tão importante quanto o seu produto ou resultado; os dados serem analisados de forma indutiva, ou seja, “as abstrações são construídas à medida que os dados recolhidos forem se agrupando” (p. 50) e o significado possui importância fundamental para este tipo de abordagem.

5.1 - LOCAL E PERÍODO DA OCORRÊNCIA DO ESTUDO:

O local onde aconteceu este estudo foi um Hospital de médio porte que possui 89 leitos. As unidades de internação escolhidas foram duas clínicas de

internação de adultos, que realizam atendimento a pacientes portadores do HIV. A Unidade A possui 24 leitos e dois setores de atendimento: as enfermarias de clínica geral, com aproximadamente 20 leitos e o isolamento, composto de 05 quartos de leito único. É freqüente a internação acima do número de leitos estipulada, em até 26 leitos. A Unidade B é composta de 21 leitos de internação.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de março a junho/97 e março/98. Isto porque a validação dos dados coletados foi neste último mês.

5.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA:

5.2.1 - População:

A população é constituída por um total de 54 componentes da equipe de enfermagem, divididos em 28 em uma unidade e 23 na outra. Destes, dois em cada unidade correspondem aos enfermeiros, um para o turno da manhã e outro para o turno da tarde. No período noturno, ainda existem três enfermeiros supervisores das duas unidades, com turno de revezamento de 12 x 60 horas. Os demais componentes são, em sua maioria, auxiliares de enfermagem e contam ainda com dois atendentes de enfermagem que exercem funções burocráticas nas unidades.

Tal população foi escolhida por realizar cuidados de enfermagem com risco potencial de contaminação por agentes biológicos oriundos do paciente e do ambiente. Também por ser constituída de pessoas que em sua maioria já haviam recebido orientações prévias relativas às precauções universais para o atendimento de pacientes.

5.2.2 - Amostra - Sujeitos da pesquisa:

A amostra escolhida para o estudo foi de acordo com suas fases:

- a 1ª amostra constituiu-se de 22 componentes da equipe de enfermagem, que cumprem o turno diurno nas duas clínicas, participantes da fase de observação no campo de atuação;

- a 2ª amostra correspondeu aos participantes dos diálogos em grupo, durante as reuniões realizadas, onde todos eram membros voluntários da equipe de enfermagem de ambas as unidades de internação escolhidas dos vários turnos de plantão, num total de 21 pessoas, que atenderam ao convite para participação no estudo. Predominou a presença de poucos técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, alguns enfermeiros e nenhum atendente de enfermagem, todos do período diurno, exceto em uma reunião, onde compareceram pessoas do turno da noite. Dentro desta amostra, ainda fizeram parte 02 auxiliares de enfermagem de outras unidades de internação, que não as escolhidas, que manifestaram interesse em participar do trabalho.

5.3 - CONTATOS PRÉVIOS PARA AÇÃO:

Para a realização do presente estudo, houveram alguns contatos prévios para a ação:

- foi contactado a Gerência de Enfermagem, através de reunião com o responsável e formalmente por ofício, com entrega de cópia do projeto de estudo;
- foi solicitado ao Gerente de Enfermagem que encaminhasse o referido projeto à Coordenação da Educação Continuada e à Chefia de Serviço de Enfermagem responsável pelas unidades de internação;
- foi enviado cópia do projeto para a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital;
- foi enviado ofício para o Diretor Clínico do Hospital, comunicando-o sobre o desenvolvimento do projeto, onde colocamo-nos à disposição para possíveis esclarecimentos, caso necessário; e,
- foram contactados os membros das equipes de enfermagem de todos os horários de plantão (manhã, tarde e noite) das Unidades de internação escolhidas, que foram convidados a participarem do estudo.

5.3.1 - Abordagem inicial - *Rapport*:

Neste período, quando percorremos as unidades em todos os horários, convidamos pessoalmente os componentes da equipe para participarem do trabalho. Notamos interesse, mas o pessoal da noite já demonstrava certa dificuldade na participação devido ao horário de realização, que seria manhã ou tarde, quer dizer, fora do horário normal de serviço. Antes de iniciarmos as atividades de diálogo com o grupo, foi realizada uma reunião com os interessados, através da qual foram colocados a par do estudo a ser desenvolvido. Nesta reunião, foi esclarecido que a presença era voluntária, mas que quanto mais pessoas participassem, mais rico ele seria.

Também esclarecemos que as reuniões seriam em forma de oficinas, onde todos teriam a oportunidade de expressar sua opinião sobre o assunto. Foram ainda informados de que as mesmas seriam gravadas e que posteriormente às transcrições, iria ser decidido em grupo o que fazer com as fitas. Outro assunto que foi abordado na primeira reunião dizia respeito à manutenção do sigilo quanto aos temas discutidos nas reuniões, por serem muitas vezes opiniões pessoais ou situações de trabalho que poderiam ter interpretação errônea fora do grupo. Para garantir o sigilo, foi assinado um termo de compromisso entre o pesquisador e os participantes. (anexo 1)

5.4 - LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES SENTIDAS PELO GRUPO:

5.4.1 - Observação no campo de atuação das equipes de enfermagem:

Como estratégia para a primeira coleta de dados, que seria a norteadora dos diálogos com a equipe, realizamos, durante os meses de março e abril, observação no campo de atuação dos componentes da equipe de enfermagem, em seus vários setores, dentro das unidades escolhidas. Entretanto, antes do início desta fase, realizamos contatos com os enfermeiros do setor, colocando-os a par do estudo, sem, no entanto, dar pistas que poderiam interferir no que estava coletando, ou seja, não verbalizamos o que iria ser observado especificamente. Foi utilizado para tal um instrumento (anexo 2).

Neste constavam dados referentes à equipe de enfermagem, à utilização das medidas de precauções-padrão, ao ambiente de trabalho e ao relacionamento da equipe. Através deste instrumento e das anotações sobre o observado, os dados coletados posteriormente subsidiaram os diálogos com os participantes do estudo.

5.4.2 - Diálogos com as equipes de enfermagem:

Como estratégia de abordagem, foram elaborados planos de atividades referentes a cada reunião, que ocorreram em forma de oficina. Estes diálogos correspondem à técnica de coleta de dados semelhante à entrevista semi-estruturada³. As reuniões foram previstas para serem semanais, sendo abordados temas relativos às condições de trabalho, aos riscos ocupacionais e aspectos ético-legais relacionados à utilização incorreta das medidas de biossegurança. Cada tema foi previsto para ser trabalhado com o grupo através de atividades que estimulassem um processo reflexivo e que proporcionassem a conscientização e a necessidade da mudança de suas práticas.

Dentre as atividades, foram utilizados:

- os painéis, onde cada participante elaborava seus conceitos e comentava com o grupo, gerando diálogos sobre as opiniões das pessoas;
- desenhos, que eram iniciados por uma pessoa e terminados por outras - para mostrar a importância da continuidade no serviço;
- técnica da purpurina⁴: Consiste na colocação de *glitter*, de preferência vermelho, nas mãos úmidas de um voluntário; logo após, esta pessoa cumprimenta, abraça todos os participantes do grupo e toca na roupa, nos objetos e utensílios manipulados pela enfermagem, para mostrar o potencial de risco de contaminação; e,
- leitura do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

³ Triviños (1995) refere à esta modalidade de entrevista como sendo aquela que parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que são de interesse à pesquisa, e também são resultados de toda informação recolhida pelo investigador sobre o fenômeno.

⁴ Foi idealizada pela Prof^a Dr^a Magda Yoshioca, professora visitante na Faculdade de Enfermagem e Nutrição/UFMT. Para este estudo, foi adaptada para mostrar a importância da lavagem adequada das mãos para a equipe de enfermagem.

5.5 - COLETA, ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS:

Dentro da abordagem proposta, foram seguidos alguns passos para o estudo, que compreendem:

5.5.1 – Coleta:

A coleta de dados ocorreu em duas fases:

a - Realização de **observação no campo** de trabalho dos sujeitos da pesquisa.

Neste estudo, foi realizada observação informal, com vivência de acontecimentos considerados importantes para o estudo e com o acompanhamento de rotinas cotidianas do trabalho da equipe de enfermagem. Na primeira fase do estudo, realizamos a observação de situações cotidianas do trabalho da equipe de enfermagem nas unidades escolhidas. Esta tinha por finalidade identificar atividades de atendimento ao paciente e/ou de organização dos setores, que ofereciam risco de contaminação durante sua execução e que envolviam a utilização de medidas de biossegurança. Os achados foram registrados em notas de campo e subsidiaram o planejamento do processo reflexivo, na segunda fase do estudo, quando agrupados.

Para melhor coleta dos dados, a observação ocorreu em vários horários e setores, inclusive com nossa participação em algumas atividades de cuidado ao paciente. As anotações foram realizadas imediatamente após as ações. Nessa fase, também foi estimulada a participação da equipe para as futuras reuniões relativas ao presente estudo.

b - Realização de entrevista semi-estruturada, através de discussões em grupo, aqui denominadas de **diálogos** com membros voluntários das equipes de enfermagem.

Esta modalidade de entrevista foi escolhida por oferecer ao informante a liberdade e a espontaneidade necessárias para expressar suas opiniões e por permitir ao observador a abordagem de questões de seu interesse, a partir de

suas observações no campo e de seus pressupostos para o estudo (Triviños, 1987, Minayo, 1996).

Na segunda fase de coleta de dados, realizamos reuniões com os membros da equipe que compareceram voluntariamente para participarem do estudo. Estas reuniões eram semanais e ocorreram nos turnos da manhã e tarde, sempre após as 10 e as 16 horas, respectivamente. Isto porque já haviam tido tempo de adiantar o serviço, uma vez que elas ocorriam no horário de trabalho. A média de participação foi de 4 a 9 pessoas em cada reunião, com um total de 21 participantes, se somados os dois turnos em todos os dias de atividades.

Entretanto, o número de reuniões planejado – 6 com cada grupo – foi alterado nas duas últimas, pois em dias com muita atividade e com o número reduzido de funcionários para realizá-las, os voluntários solicitaram a viabilização de reuniões fora do horário de serviço, com pagamento de hora – extra. Após negociação com o Gerente de Enfermagem, isso foi providenciado e as reuniões ocorreram apenas no período da tarde, com aumento do número de participantes. O número total de reuniões foi nove, sendo as seis primeiras em turnos diferentes (três com cada grupo) e as três últimas com todos em horário único.

Descreveremos sucintamente, como ocorreu cada reunião realizada com os grupos:

1ª reunião:

- apresentamos o trabalho e seu objetivos e a necessidade da participação do grupo para que tivesse sucesso;
- apontamos a necessidade da identificação das condições de trabalho que interferiam na utilização das medidas de biossegurança durante as atividades de enfermagem, principalmente em relação aos riscos e acidentes ocupacionais;
- todos se mostraram interessados e com vontade de participar. Sentiam que o momento de diálogo seria importante para o grupo;
- Iniciamos o processo reflexivo, onde todos escreveram em cartazes e trocaram idéias sobre;

- o que é para você o cuidado de enfermagem?
- o que você entende por risco ocupacional?
- o que você entende por acidente de trabalho?
- o que são condições de trabalho?
- quais as condições de trabalho que são problemáticas e que são vivenciadas no ambiente de trabalho?

2ª reunião:

- retomamos o que foi apresentado na reunião anterior e afixamos os cartazes confeccionados pelo grupo referentes às condições de trabalho;
- o grupo levantou e dialogou sobre os principais problemas relacionados com as condições de trabalho, os principais problemas que ocorrem durante as atividades de cuidado que possuem relação com os aspectos levantados pelo grupo e expressou, ainda, sobre outros problemas que interferem nas atividades de cuidado, que não tinham relação com as condições de trabalho e suas possíveis causas. O grupo apresentou certa dificuldade em refletir sobre estas causas, pois achavam que todas tinham relação com condições de trabalho;
- desenvolvemos brincadeiras com o grupo para descontração e para estimular a reflexão sobre a necessidade da continuidade e da comunicação no trabalho.

3ª reunião:

- mostramos ao grupo a síntese do levantamento dos problemas e causas relacionadas com as condições de trabalho por eles elencados;
- comentamos sobre o que foi encontrado na fase de observação, referente ao mesmo tema;
- estimulamos a comparação e reflexão sobre ambas as sínteses demonstradas e que comentassem sobre o assunto;
- lançamos para reflexão as seguintes questões, a serem respondidas no final das reuniões com o grupo:

- de que forma o cuidado de enfermagem que realizo com o paciente é influenciado pelos problemas vivenciados no meu trabalho?

- será que existe uma maneira (ou mais de uma) para que eu possa melhorá-lo?

- o que depende de mim?

- o que depende da instituição?

4ª reunião:

- levamos cópias do Código de Ética dos profissionais da Enfermagem, que foram distribuídas para todos os presentes.

- estimulamos a leitura do mesmo, o que suscitou o diálogo referente à falta de atualização sobre assunto ligados às atividades de cuidado, às condições inadequadas para o trabalho, à necessidade de conhecer sobre a CIPA e a CCIH.

- retornando ao assunto do dia, comentamos sobre os princípios éticos ligados à profissão: a beneficência, a autonomia e a justiça. Houve a explanação de situações relacionadas a estes temas, com comentários pelos participantes.

- estimulamos reflexão sobre a responsabilidade para o cuidado, utilizando o Código de Ética, e solicitamos que o grupo escrevesse e dialogasse sobre a imperícia, imprudência e negligência. Também foi pedido que apontassem situações-problema que vivenciam no cotidiano do cuidado, relacionadas com a responsabilidade, com a imperícia, imprudência e negligência.

- comentamos sobre os aspectos éticos-legais que foram observados na primeira fase e solicitamos que refletissem sobre eles.

- realizamos com o grupo a “técnica da purpurina”, simulando a lavagem inadequada das mãos com a possibilidade de auto-contaminação, contaminação do ambiente e de outras pessoas. O grupo reagiu positivamente, com certa cautela em manter contato com o voluntário “contaminado”, mas entendeu sobre os riscos que correm pela falta da lavagem adequada das mãos.

5ª reunião:

- retomamos o que havia sido refletido e dialogado nas outras reuniões, que tinham relação com a biossegurança, destacando seus aspectos importantes:

- ⇒ condições de trabalho;
- ⇒ risco e acidente de trabalho;
- ⇒ causas e conseqüências dos problemas existentes;
- ⇒ aspectos ético-legais;

Entregamos ao grupo um questionário (anexo 3) para que fosse respondido, como forma de reflexão quanto a prováveis soluções para os problemas levantados durante as reuniões.

6ª reunião:

- mostramos o resultado do questionário e solicitamos que refletissem sobre as prováveis soluções para os problemas.

- dividimos o grupo em dois subgrupos e solicitamos que apontassem sugestões para o planejamento da proposta de ações educativas sobre Biossegurança, que ainda pretendemos aplicar no futuro.

- montamos a proposta baseada nas sugestões., que encontra-se descrita nas páginas 135 a 137.

- o grupo fez a avaliação final do trabalho realizado.

c - Aplicação de **questionário** para levantar as prováveis soluções para os problemas apontados pelo grupo e para avaliação das atividades realizadas com o grupo participante de estudo;

d - Análise e interpretação dos dados coletados, através da técnica de **análise temática:**

Como o objetivo deste estudo foi detectar os fatores que interferem na utilização adequada das medidas de biossegurança através de um processo

reflexivo, para posterior proposição de uma ação educativa, esta modalidade de análise de dados foi a escolhida.

Para Bardin (1977, p. 105), o tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Refere que o tema, enquanto unidade de registro, é a unidade de significação a ser codificada e corresponde ao segmento de conteúdo que será considerado como unidade de base para a categorização e contagem freqüencial. É geralmente utilizado para estudar opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências, dentre outras. Desta forma, este autor considera que:

“ fazer uma análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou freqüência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 1977, p. 105).

Minayo (1996) considera que qualitativamente, a análise temática indica que a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Ressaltamos que para nós o importante foi, além dos resultados, descobrir se os passos utilizados no processo educativo foram eficazes, pois poderão servir para futuros trabalhos de educação continuada com trabalhadores da área da saúde.

5.5.2 – Organização e tratamento dos dados:

Após coletados, os dados foram organizados de duas formas: uma mais imediata, que subsidiaria as reuniões com o grupo, que ocorreu na época da coleta, nos quais foram utilizados as notas de campo e a produção escrita pelo grupo, na forma de cartazes; outra, mais detalhada, realizada num segundo momento, com a transcrição das falas, que haviam sido gravadas, acrescida do que havia sido organizado anteriormente, para ficar completa.

No primeiro momento, os dados foram agrupados, para melhor entendimento, em causas e conseqüências. Num segundo momento, foram agrupados por categorias e subcategorias de assuntos afins. Ressaltamos que durante a descrição destas, serão apresentadas primeiramente as vivências dos sujeitos participantes deste estudo e posteriormente o relato das observações realizadas em campo, pela pesquisadora.

Nas análises, substituiremos também o termo trabalhador de enfermagem por funcionário, forma como eles se referiram durante os diálogos. Ressaltamos que a grande maioria dos participantes eram auxiliares de enfermagem. O número de enfermeiros e técnicos foi de aproximadamente 14%. Como forma de preservar os participantes do estudo quanto à sua categoria profissional, optamos por não identificar as falas.

Com relação à manutenção do sigilo e anonimato, evitamos de mencionar o nome da instituição neste estudo e também de comentar em nenhum momento, com pessoas alheias ao estudo, sobre quem participou das reuniões. Os convites foram feitos através de cartazes, nos quais apenas colocávamos reunião entre a equipe de enfermagem com a pesquisadora, local, data e horário. Os próprios membros das reuniões já haviam detectado a necessidade do sigilo, em virtude do tipo dos assuntos levantados e comentados durante as reuniões.

6 - ANALISANDO OS DADOS

A - BUSCANDO SUBSÍDIOS PARA ENTENDER O PROCESSO “BIOSSEGURANÇA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM”

Para podermos entender e estar analisando as condições do contexto que envolvem o trabalho da enfermagem, sentimos necessidade de entender a política organizacional e a instituição de forma geral. Para tanto, fomos buscar subsídios referentes à parte documental⁵ da instituição, onde estão descritos os objetivos, a política do hospital e as atribuições dos enfermeiros perante a instituição.

Nestes documentos, procuramos identificar os dados documentais referentes aos objetivos, à política hospitalar, e às atribuições dos enfermeiros, no que se refere às condições de trabalho e à educação em serviço.

Objetivos Institucionais:

- a) *Prestar assistência integral⁶ ao paciente, família e comunidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no processo saúde-doença.;*
- b) *Servir de campo de treinamento em organização e administração de serviços hospitalares.*

⁵ Os dados documentais foram retirados do Regimento Interno do hospital, elaborado na década de 80, onde foi realizado o estudo. Não colocaremos a referência, para mantermos o anonimato da Instituição.

⁶ O termo utilizado no documento é assistência, e não cuidado.

- c) *Preparar pessoal de nível médio e auxiliar, com vistas ao aprimoramento da qualidade dos próprios serviços e a manutenção de bons padrões de rotina.*
- d) *Promover e assegurar a equipe integrada de saúde dentro do respeito às normas éticas do exercício profissional.*

A **política do hospital** em relação à Assistência, conforme o seu Regimento Interno, determina que esta

- a) *Deve pautar-se no atendimento às necessidades da comunidade, mediante conjugação das ações de promoção, de proteção, de recuperação e de reabilitação da saúde.*
- b) *Para tanto, o hospital deverá proporcionar recursos instrumentais necessários ao desenvolvimento técnico-científico, compatibilizando-os com seus recursos humanos e financeiros para melhor assistência à saúde da comunidade.*
- c) *Deverá ainda desenvolver canais de participação dos servidores do hospital no processo decisório e no planejamento de suas atividades específicas.*
- d) *Também deverá promover a adaptação das instalações e equipamentos que atendam às necessidades de funcionamento, reduzindo ou eliminando se possível as atividades insalubres e os riscos de contaminação hospitalar.*

Atribuições da enfermagem:

Condições de trabalho:

Estando este trabalho voltado para as questões relacionadas com a Biossegurança, procuramos então os itens do regimento, particularmente os relativos às atribuições da enfermagem, referentes às condições de trabalho, pois no nosso entender são determinantes para que a biossegurança possa ser realizada plenamente. Destacamos os de interesse para este estudo:

Ao enfermeiro supervisor de área compete:

- a) *Identificar, solucionar ou propor soluções para os problemas administrativos e de assistência de enfermagem na sua unidade de supervisão.*
- b) *Participar da passagem de plantão, com toda a equipe de enfermagem em sistema de rodízio, na sua unidade de supervisão.*
- c) *Responsabilizar-se pela assistência de enfermagem, juntamente com os enfermeiros de unidade.*
- d) *Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem na unidade sob sua supervisão, juntamente com os enfermeiros de unidade.*
- e) *Propor reuniões com outros serviços para resolução de problemas comuns à assistência.*
- f) *Promover a integração entre a equipe multiprofissional visando a melhoria da assistência ao paciente.*
- g) *Prever e prover juntamente com os enfermeiros das unidades e outros serviços os materiais e equipamentos necessários para a assistência de enfermagem.*
- h) *Promover reuniões mensais, ou quando necessário, com os enfermeiros da unidade e/ou funcionários, para análise da situação de serviço, necessidade da equipe e discussões de métodos de trabalho.*

Ao Enfermeiro da Unidade compete:

- a) *Responsabilizar-se pelas atividades assistenciais de enfermagem desenvolvidas na unidade.*
- b) *Distribuir as atividades de enfermagem da unidade de acordo com o pessoal disponível.*
- c) *Supervisionar os auxiliares e atendentes na execução da prescrição de enfermagem e médica.*
- d) *Participar da passagem de plantão, com toda equipe de enfermagem da unidade.*

- e) *Visitar diariamente os pacientes da unidade, avaliando a assistência prestada.*
- f) *Identificar e solucionar ou propor soluções para os problemas relacionados com as atividades da unidade.*
- g) *Planejar e distribuir os recursos, considerando a quantidade e qualidade dos mesmos e a necessidade do serviço.*
- h) *Motivar a participação do auxiliar e atendente de enfermagem na melhoria da assistência prestada.*
- i) *Prever e solicitar para a unidade todo o material necessário ao desempenho da assistência de enfermagem.*
- j) *Solicitar substituição de equipamentos irrecuperáveis e reparos dos recuperáveis.*
- k) *Participar de reuniões periódicas com os enfermeiros para avaliar a situação de serviço, necessidades de equipes e discussão de métodos de trabalho.*
- l) *Promover reuniões mensais ou quando necessário com os funcionários da unidade para a transmissão de avisos, ordens de serviço e discussão das condições de trabalho.*

Ao Auxiliar de Enfermagem compete:

- a) *Participar na execução da escala diária de trabalho, programada pelo enfermeiro da unidade;*
- b) *Preparar diariamente o material necessário à execução das atividades de enfermagem;*
- c) *Executar as prescrições médica e de enfermagem;*
- d) *Anotar no prontuário do paciente todos os cuidados de enfermagem e ocorrências referentes ao paciente;*
- e) *Zelar pela conservação, ordem e limpeza do material, equipamentos e unidade;*
- f) *Comunicar ao enfermeiro qualquer dano observado no material e equipamento da unidade;*
- g) *Participar de passagem de serviço com toda equipe no início e no término de plantão, devidamente uniformizado.*

- h) Participar de reuniões, quando convocado pelo enfermeiro supervisor e chefe do Serviço de Enfermagem;*
- i) Prestar cuidados de conforto e higiene a pacientes em estado grave⁷*
- j) Fazer testes de sensibilidade: glicosúria, PPD, Labistix, etc.;*
- k) Verificar sinais vitais;*
- l) Colher material para exames de cultura*
- m) Ministrando medicamentos;*
- n) Fazer curativos;*
- o) Executar atividades de apoio, tais como: preparo de ambiente e disposição do material para exames, tratamentos, intervenções cirúrgicas e obstétricas;*
- p) Registrar as atividades de enfermagem;*
- q) Atender e encaminhar o público, bem com as visitas dos pacientes;*
- r) Colaborar com a equipe multiprofissional na assistência ao paciente;*
- s) Cooperar no trabalho educativo e atividades de lazer desenvolvidos junto aos pacientes;*
- t) Auxiliar na vigilância aos pacientes e atender chamados.*

Educação em Serviço:

Sendo a educação em serviço de fundamental importância para que o trabalho da enfermagem ocorra com os riscos minimizados, procuramos apontar as atribuições dos enfermeiros relacionadas a este assunto.

De acordo com o regimento, ao enfermeiro supervisor de área, compete:

- a) Propor a elaboração ou reformulação de condutas, normas, rotinas de serviços, juntamente com a educação continuada.*
- b) Orientar, implantar, acompanhar e avaliar a execução de condutas, normas e rotinas de enfermagem, juntamente com os enfermeiros da unidade.*
- c) Incentivar e colaborar com o desenvolvimento profissional e científico dos elementos da equipe de enfermagem de sua unidade, juntamente com a educação continuada.*

Ao Enfermeiro da Unidade, compete:

- a) *Fazer avaliação dos funcionários de sua equipe, em relação às atividades e encaminhar à supervisão.*
- b) *Avaliar diariamente a qualidade das anotações de enfermagem. Participar das avaliações dos programas desenvolvidos e propor sugestões para novos treinamentos.*
- c) *Participar do planejamento e execução dos programas de educação em serviço.*

Ao auxiliar de enfermagem compete:

- a) *Participar dos cursos, treinamentos, reciclagem e outras atividades programadas pelo serviço de enfermagem.*

⁷ Este regimento é antigo e ainda consta este item

B - PERCEBENDO A REALIDADE DO CONTEXTO: O VIVENCIADO E O OBSERVADO

CATEGORIA 1 – PERCEBENDO AS CONDIÇÕES DO LOCAL DE TRABALHO

Subcategoria 1.1 : Conhecendo a realidade sobre os Recursos Humanos

Em relação aos recursos humanos serão abordados os seguintes assuntos: número de funcionários, organização do trabalho da enfermagem e preparo dos recursos humanos.

1.1.1 - Quanto ao número de funcionários:

O número de funcionário por setor varia de 4 a 5 durante o dia e 4 à noite. O horário de trabalho é de 6 horas diárias, durante a semana, e o noturno trabalha com plantões de (12 X 60). Completam a carga horária com plantões de 6 ou 12 horas em finais de semana. Além desta carga horária, todos os funcionários do quadro regular fazem horas extra, até no máximo de 40 horas/mês. Após essa carga horária cumprida, pode-se fazer plantões remunerados.

O aumento do número de leitos para as internações não foi acompanhado de ampliação do quadro de funcionários, sendo o número insuficiente. Soma-se a isto a sua má distribuição, ocasionando a sobrecarga do número de pacientes por funcionário. Às vezes, a falta de cooperação entre colegas é que dificulta a prestação do cuidado. Todos estes fatores contribuem para as faltas ao trabalho, levando a prejuízos para o cuidado de enfermagem oferecido aos pacientes:

“Olha, o que tem é falta no sentido de ausência mesmo, como no sentido de falta de cooperação ... a gente tem ouvido muitos colegas falarem, desde que foi a primeira reunião, é que muitas pessoas sobrecarregam o seu próprio colega”.

“Fiquei com todos os pacientes no plantão passado”.

“Quando você está falando aí...que não tem a pessoa, tem. Só que ele não veio”.

“É você chegar aqui domingo para dar plantão e está só você e a enfermeira”.

“... tem que ter qualidade. O que adianta ter cinco, se três trabalham e dois ficam parados?”

A qualidade do serviço realizado pela enfermagem torna-se prejudicada, quando ocorrem faltas sem comunicação, quando é pouco o número de funcionários escalados ou quando não há interesse para o trabalho:

“...tem final de semana que não tem como fazer. Tem 12 ou mais pacientes para cada um. Como você tem condições de cuidar?”

Durante a fase de observação, pudemos perceber que o número de funcionários varia devido às faltas sem aviso ou folgas previstas em escala, sendo que às vezes acontecem ambos os casos. Quando ocorrem os remanejamentos, eles são feitos para suprir a necessidade da unidade. Os funcionários ficam desgostosos e reclamam se o setor tem que ceder alguém ou receber um funcionário sem experiência vindo de outra unidade.

1.1.2 - Quanto à organização do trabalho da enfermagem:

O trabalho da enfermagem é organizado conforme a preferência do grupo para desenvolver suas atividades, dividindo-se por pacientes, com a distribuição eqüitativa destes últimos, sendo que o mesmo funcionário fica responsável por realizar os cuidados e ministrar medicações; ou então dividindo-se por tarefas, quando então alguns ficam responsáveis pela ministração das medicações e outros pelos cuidados. Há também uma escala de tarefas, que determina principalmente a organização dos setores da unidade, elaborada pelo enfermeiro, mas que nem sempre é cumprida. A organização do trabalho depende ainda do número de funcionários presentes no horário de serviço.

Existem remanejamentos freqüentes de funcionários antigos e novos, devido ao fato supracitado, provenientes de outras unidades/setores. Também entram nestes casos a ida de funcionários sem experiência para setores onde nunca atuou; como uma auxiliar de enfermagem que foi remanejada para ajudar em determinado setor, que apesar dos colegas orientarem-na,

apresentou sérios erros durante a ministração de medicação aos pacientes, conforme informações dos funcionários.

Os participantes do estudo reclamam da alta rotatividade de enfermeiros. Referem que nos setores em que trabalham passaram três enfermeiros num período de seis meses. Esta rotatividade ocasiona dificuldade em se ter um trabalho em equipe, pois cada enfermeiro apresenta atitude diferenciada para com seus subordinados, o que é muito questionado por eles:

“Por que, que fica bajulando tanto uma pessoa colocando lá em cima e humilhando os demais? Por que isso? Tem funcionário aqui que falta, ele não é chamado a atenção e às vezes, um deslize mínimo ... ela já vem chamar a atenção. E faz questão de chamar em público”.

Os participantes do estudo referem que existem problemas para trabalhar em equipe. As mudanças freqüentes de funcionários⁸ dificultam a integração da equipe de enfermagem e refletem no relacionamento do grupo. Durante os diálogos, descreveram como ocorre a desestruturação de uma equipe: **equipe inicial boa ⇒ remanejamento para tentar melhorar as outras equipes (quem é bom é trocado por outro que é problemático) ⇒ mau funcionário afeta o relacionamento entre a equipe.** Um dos questionamentos que apareceram nas reuniões foi: Como agir quando se recebe um funcionário-problema?⁹ Acreditam que um funcionário-problema dentro da equipe acarreta sobrecarga de trabalho aos colegas; problemas de saúde/tensão e falta de produtividade.

Eles comentam sobre o trabalho em equipe, referindo que quando este não existe, as pessoas ficam desanimadas para irem trabalhar, passam a trabalhar sozinhas, ou em grupos pequenos de pessoas com interesses afins.

“... se você está numa equipe ruim ... você está em casa, está bem. A hora que você está aprontando, Meu Deus! Já vou para aquele lugar...”

“Essas pessoas integram ... 2,3 num grupo e isolam você. Em certos setores, você fica perdida.”

⁸ As mudanças de funcionários geralmente são ocasionadas pelos remanejamentos.

⁹ Consideram funcionário-problema aquele que não colabora com os colegas, é individualista e pode provocar atritos no grupo.

“Muitos plantões não são equipe. São **equipe**”.

Quando o trabalho em equipe está presente, as pessoas sentem-se fazendo parte do grupo e trabalham com ânimo, confiando no colega:

“Quando você está numa equipe boa, aí chegou aquele horário, você está louco para vir trabalhar...”

“...uma equipe competente, ela vai pensar uma na outra pessoa, com direito tanto para si como também para todos os outros que têm ali, naquele momento. Então, isso é uma equipe”.

“Se nós somos uma equipe e se a gente, como equipe, a gente sabe que tem também a co-responsabilidade por aquele acompanhamento daqueles pacientes e com a equipe também. Se a gente cumpre a nossa parte, a gente vai ter um serviço de mais confiança nessa assistência, porque a nossa parte, nós estamos fazendo”.

A falta de equipe completa acarreta, além da sobrecarga de trabalho para os colegas, stress, aborrecimentos, tensão, baixa produtividade (pouco rendimento no trabalho) e carga horária de trabalho elevada, o que também reflete no cuidado oferecido ao paciente:

“De tudo isso aí que a gente escreveu, uma das principais é a má assistência ao paciente... Uma equipe mal humorada, quem sofre é o paciente”.

“Tudo recai sobre ele. E ele está aqui, e todo mundo trabalhando em função desse paciente, que está no leito. Um mundo de gente trabalhando em função desse paciente. Por que ele não é bem atendido? Por que ele não é tratado com amor?”

Há problemas com a passagem de plantão, que prejudicam a continuidade do serviço e a organização da unidade. A falta da primeira nas atividades da enfermagem faz com que cada um faça um pouco, relativo ao seu horário de serviço, mas nem todos estão preocupados em continuar o que o colega começou. Isso provoca desestímulo:

“Mas essa organização da clínica, olha, eu mesma estou desestimulada. ... Eu arrumo, no outro dia está tudo bagunçado de novo”.

“Porque você começa uma coisa e no outro dia encontra tudo do mesmo jeito. Ninguém terminou para você”.

A escala de tarefas nem sempre é cumprida. Alguns dos participantes do estudo questionam a sua confecção, pois muitas vezes o funcionário, além de prestar o cuidado aos pacientes, fica responsável também pela limpeza e organização de setores contaminados, como o expurgo:

“Porque que eu tenho obrigação de limpar o posto, limpar o expurgo, ver tudo o que eu tenho que fazer, enquanto os outros não vêm?”

Há reclamações sobre desrespeito à escolha de dias de folga, quando prevalece o interesse da chefia.

“... você folga quando o seu chefe quer, que interessa a ele. Não que interessa a você”.

“... me puseram de 12 horas no dia do meu aniversário”

“Puseram para mim trabalhar 12 horas no dia das mães e homens folgaram no domingo e nós, mães, trabalhamos no dia das mães”.

O tempo para reunião é restrito, sendo geralmente limitado à resolução de problemas surgidos no horário de trabalho. Esporadicamente ocorrem reuniões com a chefia e todos os funcionários.

Há reclamações sobre carga horária de trabalho elevada (vide carga horária no item 1.1.1.a). Citam o exemplo de uma colega que trabalhou além das 18 horas estipuladas como máximas para plantão:

“Ela trabalhou à tarde, trabalhou à noite e aí não tinha funcionário de manhã e ela ficou a manhã inteira. Saiu daqui...E ela está aqui hoje à tarde. Só descansou ontem. Só a parte da tarde”.

É comum a execução de serviços de outros profissionais que geralmente não fazem parte da equipe da unidade, como maqueiro, telefonista, assistente social, dentre outros. A falta do maqueiro é muito comentada, porque freqüentemente a enfermagem tem que levar pacientes para exames, como os de Raios-x, tendo que auxiliar os pacientes que não conseguem locomoverem-se sozinhos. Nestas situações ficam expostos à radiação, apesar do uso de colete de chumbo.

Com relação à passagem de plantão, observamos que são freqüentes as conversas paralelas; se alguém que está passando o plantão alongar a fala sobre determinado paciente, logo é interrompido, sendo solicitado para “andar rápido”. Cada funcionário é responsável, apenas, pelos pacientes que estão sob seus cuidados; sendo comum, ao término do recebimento daqueles pacientes sob sua responsabilidade, conversarem com os colegas que ainda irão receber ou passar plantão, não prestando atenção na passagem do plantão como um todo.

1.1.3 - Quanto ao preparo dos recursos humanos:

Os novos funcionários de enfermagem iniciam suas atividades sem que tenham recebido treinamento adequado, estando despreparados para exercerem atividades em setores específicos, como o isolamento. Estes geralmente não recebem a supervisão adequada nas atividades que realizam, por parte de seus superiores, podendo estar expostos a risco ocupacional. Os funcionários antigos também não estão sendo reciclados. O último treinamento recebido sobre medidas de isolamento e biossegurança ocorreu há pelo menos três anos, segundo as falas. A ausência dos treinamentos para o desenvolvimento das atividades de cuidado, exercidas pelo grupo, pode ocasionar assistência deficiente ao paciente, desrespeito ao mesmo e a não conscientização dos riscos ocupacionais pelo não uso dos EPIs. Em geral eles não se preocupam com o risco ocupacional, a mecânica corporal e a importância da lavagem das mãos, dentre outras coisas:

“ A ausência dele (treinamento) vai refletir em toda situação caótica que está.. Porque se o funcionário tivesse sido treinado, principalmente o novo, que chegou e o velho, que fosse reciclado, muitas coisas aqui estariam boas. Principalmente a equipe”.

Quando o colega tenta dar alguma orientação, é criticado pelos demais:

“Eu já fui criticada várias e várias vezes por colegas de trabalho e eles falam: ‘eu não tenho obrigação nenhuma de ensinar fulano, porque eu não sou professora. Gente, eu não sou professora, mas eu sei. O que me custa dar uma orientação?’”

Os participantes deste estudo questionam a ausência de treinamentos para o pessoal que atua no hospital, apontando como uma das causas os cursos de auxiliar de enfermagem que está em fase de conclusão e o de auxiliar de laboratório, oferecidos à comunidade

“...essa gestão da Continuada que está aí, ela está terminando o curso de auxiliar de enfermagem, já terminou um curso de auxiliar de laboratório, está oferecendo para a comunidade, tem muita gente de fora fazendo esse curso. E para a gente...”

A educação continuada é entendida pelos funcionários como a continuação das atividades educativas, para atualizá-los:

“...o que eu pelo menos entendo por continuada seria a continuação daquela educação que a gente recebeu lá no curso de auxiliar e que agora no serviço as coisas novas, materiais novos, conhecimentos novos, e que faz falta para quem já formou há algum tempo, que está no mercado”.

Os funcionários apontam a necessidade da instituição treinar o enfermeiro, porque ele não está conseguindo controlar as internações e nem negociar com a equipe médica as ações a serem realizadas com os pacientes.

1.2 – Conhecendo os Recursos Materiais:

Os participantes do estudo relatam que existe falta de alguns materiais, tais como luvas, de vez em quando e número insuficiente de outros, tais como de material de curativo para determinados setores. Referem ainda a existência de material de qualidade ruim e manutenção inadequada de equipamentos. Por falta de previsão ou provisão de materiais para o setor, às vezes ocorrem improvisações. Nestas situações, há dispêndio de tempo e necessidade de deslocamento de funcionário para outros setores, com prejuízo para o cuidado:

“Não está tendo material de curativo. Então, você vai fazer o que? Fazer com luva.”

“A maioria tem que buscar material no CME, procurar muita coisa e você não acha ... Se fosse empregar isso em cuidado, a gente ganharia muito tempo. Você passa mais tempo correndo, improvisando as coisas do que propriamente fazendo aquilo que deve”.

As luvas esterilizadas e as de procedimentos¹⁰, bem como o material de curativo esterilizado são em pouca quantidade para determinados setores, devido à prioridade de outros onde este material é usado com maior frequência; refletindo no cuidado ao paciente.

Na fase de observação, pudemos perceber que existe quantidade de material insuficiente para o trabalho. Faltavam roupas para os pacientes e lençóis; não havia roupa em quantidade suficiente para suprir a necessidade ideal, que seria de 4 mudas de roupas (uma em uso, uma para troca, uma lavando e uma no estoque). Muitas vezes elas eram buscadas na lavanderia pelo próprio funcionário da enfermagem para “não atrasar o serviço”. A situação melhorou, atualmente com a aquisição de tecido para confecção de mais roupas.

Existe um par de óculos protetores, que geralmente fica no carrinho de emergência. Com relação a esses óculos, houve a reclamação de que eles são largos e dificultam uma boa visão. Os aventais disponíveis para uso diário são de tecido, sem manga, que são geralmente colocados por cima da roupa, apenas pelos funcionários da enfermagem durante as atividades de cuidado ao paciente. Estão disponíveis também os aventais com manga, que são guardados no isolamento, para serem usados quando necessário.

Os equipamentos, em geral, encontram-se em más condições de uso, sendo muito antigos e sem manutenção adequada; alguns funcionam precariamente, devido mau contato, acondicionamento inadequado e à falta de treinamento do pessoal quanto ao manuseio (principalmente as bombas de infusão). Muitos deles ficam guardados em local aberto, podendo ser acessados por qualquer um que adentre ao setor, principalmente os respiradores e macronebulizadores, no caso do isolamento, o que dificulta o controle dos empréstimos. Eles ocorrem devido à pouca quantidade destes equipamentos no hospital.

Há momentos em que os materiais estão com sua qualidade ruim; isto geralmente ocorre quando o estoque termina e há necessidade de compras

¹⁰ As luvas de procedimentos vêm em caixas, que são abertas na unidade, para serem utilizadas em procedimentos que não necessitam de assepsia.

imediatas, vigorando o menor preço. A falta de outros materiais implica em improvisações; por exemplo, é comum fazerem curativos com PI¹¹ ou com luvas por existirem poucos pacotes de curativo, devido à escassez de pinças.

Outra situação encontrada, oposta à relatada acima, é o acúmulo de caixas de soro e de frascos de soluções para curativo, em local inadequado. Estes estão acondicionados na sala de curativos e atrapalham a realização de procedimentos neste local. O acúmulo ocorre porque são pedidos em excesso por quem prevê a sua utilização, enquanto outros existem em menor quantidade. Geralmente o que é de maior uso é o que mais falta.

Conversamos com o responsável pelo almoxarifado sobre como é feita a dispensação do material para as unidades e porque há falta de outros. Ele nos disse que normalmente são enviados conforme solicitado. Mas que quando há falta é porque o material deixou de ser pedido por um tempo e depois passou a ser pedido de novo. Nestes casos, esse material que ficou estocado não é novamente solicitado até que termine ou tenha sua validade vencida e às vezes há dificuldade em providenciá-lo rápido, principalmente para justificar porque não era mais pedido e retornou a ser solicitado.

Outra situação apontada para a falta de material diz respeito ao atraso na entrega pela firma que ficou responsável pela mesma. Nestes casos, realizam compras emergenciais para suprirem a necessidade. O responsável pelo setor comenta que quando o material não é de boa qualidade, existe a possibilidade de não mais adquiri-lo caso haja parecer técnico enviado à comissão de compras e a discriminação do material em todos os seus detalhes.

1.3 – Conhecendo os Recursos Ambientais:

Com relação ao ambiente, foram identificados dois tipos de ambiente: o social e o físico.

¹¹ Pequenos pacotes de curativo esterilizados, próprios para pincelamento, feitos com espátula e gaze

1.3.1 - O ambiente social:

Compreende o ambiente de trabalho e as atitudes esperadas e as encontradas:

a) o Ambiente de Trabalho:

O ambiente social envolve as relações e interações que ocorrem no cotidiano do trabalho da enfermagem. Ele pode influenciar na execução das atividades previstas para o período de trabalho e pode motivar ou não as pessoas quanto à sua realização. Normalmente um ambiente favorável para o trabalho propicia a interação entre os membros da equipe e faz com que ele flua com facilidade. Isto geralmente é observado quando as pessoas da equipe trabalham juntas há algum tempo e possuem um vínculo de amizade além do trabalho. Atualmente este nível de harmonia tem sido dificultado, por ser grande a quantidade de remanejamentos de funcionários para cobertura em outros setores.

Um ambiente ruim pode envolver todo o contexto de trabalho, afetando o relacionamento com a equipe de enfermagem e com a equipe multiprofissional. Houveram vários relatos de atritos com a equipe médica por causa de prescrições de medicamentos e devido internações, que não foram comunicadas ou que ocorreram em horários complicados para a enfermagem, como na hora de passagem de plantão.

O aumento de trabalho para os funcionários, devido às faltas ou remanejamentos dos colegas pode provocar desânimo e desarmonia no ambiente. Isto também é relatado quando têm que trabalhar em horários em que podem encontrar pessoas com as quais possuem problemas de relacionamento, acarretando tensão e ambiente “pesado”:

“Tem dia que eu venho aqui alegre. Quando eu chego no ambiente de trabalho, dependendo de quem está, eu vou só falar: eu fico mais cansada do que quando eu dobrei plantão”.

“Digamos que estamos lá no posto. Tem 2 a 3 pessoas olhando com desdém para outras. Aquilo também causa um clima de um ambiente desagradável”.

Há falta de diálogo na equipe e entre as equipes, refletindo na falta de comunicação entre as chefias; gerando animosidade entre funcionários e determinados chefes e os próprios funcionários, fazendo com que a passagem de plantão se torne telegráfica, dificultando a continuidade do serviço, e o relacionamento entre a equipe multiprofissional e interferindo, principalmente, na qualidade do cuidado oferecido ao paciente:

“Ela não tem diálogo com o colega, sabe, eu já ouvi falar muito disso. Não tem diálogo, não tem envolvimento de toda equipe. Então, 2, 3 se dão maravilhosamente bem. E os outros ... estão do lado, Estão aí do lado e perdem a motivação até para trabalhar.”

“Há falta de entrosamento entre as equipes”.

“Ter bom diálogo com a equipe [é condição de trabalho. E isso] “está [num nível] péssimo”. [Uma funcionária] “falou assim: ‘eu só venho trabalhar no dia que fulano trabalhar. Se cicrano trabalhar, eu não venho”.

b) as atitudes esperadas e as encontradas:

Os participantes do estudo comparam as atitudes esperadas dos membros da equipe e da administração com as atitudes encontradas no dia-a-dia do trabalho, alertando que deve-se saber falar, ou seja, não ofender, ter compreensão, dialogar:

ATITUDES ESPERADAS	ATITUDES ENCONTRADAS
<ul style="list-style-type: none"> • Apoio por parte da chefia e por parte dos colegas de equipe. • União da equipe. • Receber elogios: “... quando eu trabalhei com ela, ela me elogiou pelos meus curativos, e aquilo me levantou” 	<ul style="list-style-type: none"> • Pressão e cobrança: “Nós, da enfermagem, não temos elogios para nada! Só cobrança, cobrança, cobrança”. • Diferença de tratamento entre os funcionários, por parte de certos chefes (vide subcategoria 1.2.1- b – alta rotatividade de enfermeiros) <p style="text-align: right;"><i>continua</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> • Ser reconhecido pelo seu trabalho; • Ser tratado com educação: "Chama-me por favor em algum lugar para poder chamar minha atenção". • Existir diálogo • Ter tratamento de saúde pelo hospital (médico e psicólogo) • Ser respeitado e compreendido: "eu acredito que existe uma hierarquia não para você diminuir ou deixar que alguém te pise, mas tem que ter respeito" • Reconhecem que a confiança é muito importante: "o que é importante nisso...que foi dito é a questão da confiança. Se a gente cumpre a nossa parte, a gente vai ter um serviço de mais confiança, a gente vai ter mais confiança nessa assistência, porque a nossa parte nós estamos fazendo. Agora, eu acho que a gente vai ter que trabalhar com toda equipe no sentido que todos desenvolvam esse tipo de comportamento. Para que todo mundo comece a confiar". 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro duvida do funcionário: "De repente você faz um cuidado e o chefe te chamar na frente de um paciente ou de quem quer que seja, duvidando do seu trabalho". • Egoísmo, por parte dos colegas • Perseguição, por parte de alguns enfermeiros • Criticar o funcionário juntamente com outros profissionais, ao invés de defender. • Dificuldades em conseguir consultas médicas • Desrespeito para com a chefia: "tem funcionário que grita com chefe assim na frente de todo mundo, não tem o mínimo de respeito"
--	--

Além das atitudes, também referem sentimentos positivos e negativos nas interações vividas pelos membros da equipe, alguns considerados como positivos e outros como negativos.

SENTIMENTOS POSITIVOS	SENTIMENTOS NEGATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Confiança (está ligada ao conhecimento que você tem do outro); • União (percebem que a união da equipe é fundamental para um atendimento de qualidade) • Preservação (procuram não se envolverem nos problemas) • Colocar-se no lugar do paciente • Solidariedade e coleguismo: "... se por exemplo [uma colega] está numa enfermaria. Tem um soro de um paciente dela que terminando. Eu acho que não custa nada. Eu vou lá e vir trocar o soro e avisar para ela: troquei". • Preocupação 	<ul style="list-style-type: none"> • Solidão: "ninguém vai ajudar a fechar papeleta, é só eu, sozinho". • Humilhação e inferioridade: "Então são coisas que pisam, que massacram a gente" [referindo-se à descredibilidade] • Descredibilidade (dúvidas quanto ao que realizam, por parte de alguns chefes) • Exclusão: "...uma colega veio reclamar que ela se sente isolada. Excluída do grupo". • Desvalorização (sentem-se desvalorizados pelo que fazem, por exemplo quando estão desinfetando leitos - vide subcategoria 3.1.3)

1.3.2 – O ambiente físico:

Os participantes do estudo pouco falaram da estrutura física, referindo-se mais à parte relacionada ao calor e à organização da unidade, inclusive da limpeza. A higiene do posto de enfermagem é deficiente, principalmente pia e geladeira.

"Às vezes a gente está no posto, um calor horrível que não dá..."

"Quem está aqui de plantão no final de semana ... um limpa todo aquele armarinho de medicação, eu lavo aquela pia, que lavo até parede. Aí, eu folgo sábado e domingo, quando eu chego aqui na segunda-feira, a pia já está até com sebo..."

“Procurei um bombril para arear aquela pia e não achei. Mas eu passei dermoiodine com gaze para ver se saía um pouco. [A sujeira] estava de dedo mesmo” .

Reconhecem que o ambiente hospitalar tira a privacidade do paciente, por ele estar sujeito a exposições de seu corpo durante procedimentos médicos e de enfermagem.

Pela observação, percebemos que a estrutura física das unidades de internação observadas são parecidas. O posto de enfermagem está localizado no início da clínica e possui dois ambientes: um maior, com mais ou menos 12 metros quadrados, destinado às anotações, dotado de um balcão grande, com gavetas destinadas aos impressos (nele ficam os prontuários dos pacientes para manuseio) e de três cadeiras para o pessoal da enfermagem. O outro ambiente é menor, com aproximadamente 8 metros quadrados, destinado à guarda e preparo de medicações da unidade. Há uma pia grande, com torneira de abrir com as mãos, e no balcão da pia ficam o recipiente de sabão (às vezes PVP-I, outras sabonete), o para o descarte das agulhas contaminadas e bandeja contendo frascos de álcool, soro fisiológico e éter, de uso comum pela equipe de enfermagem. Embaixo da pia, é comum a guarda de caixas de soro, de frascos de desinfetante e outros de uso na clínica (álcool, antissépticos, éter, dentre outros). Existe também um balcão destinado ao preparo das medicações, onde são guardados os frascos de soro em sua parte inferior e ainda tem um armário tipo vitrine de vidro, também destinado à guarda de medicamentos .

O espaço destinado ao preparo de medicações é inadequado, ao nosso ver, por ser pouco ventilado e as paredes necessitarem de nova pintura, devido aos respingos de medicamentos¹² quando do seu preparo. A localização do posto de enfermagem no início da unidade dificulta o atendimento de pacientes das enfermarias localizadas no final do corredor da unidade de internação.

¹² O respingo de medicamentos, principalmente de antibióticos, é um fato preocupante, pois ao cair no chão, poderá haver o espalhamento da medicação por toda a unidade, quando da limpeza, e ser absorvido pelas bactérias do ambiente, que podem tornar-se resistentes a ele

Há acúmulo de materiais, de uso rotineiro, na sala de curativos, no corredor do setor de isolamento, bem como acúmulo de sujidades e poeira provocado pelo estoque.

As enfermarias possuem de cinco a seis leitos, com espaço de aproximadamente 70 centímetros entre eles, sendo que a cabeceira das camas são encostadas na parede. É difícil a circulação de cadeiras de rodas e macas pelos quartos, pois o espaço frontal entre as camas não permite a livre passagem destes equipamentos. A unidade do paciente é composta pela cama, mesa de cabeceira que possui apenas uma gaveta pequena e é aberta embaixo, o que dificulta a guarda de pertences dos pacientes, nem todas as camas possuem escadinha e são poucos os suportes de soro para todas as enfermarias. Em cima da mesa ficam alguns pertences pequenos, o rádio do paciente, e o lanche trazido pela Nutrição. A bandeja com a refeição fica sobre a cama do paciente e após ele se alimentar, é recolhida. Nas enfermarias não existe espaço para que a enfermagem coloque as bandejas com medicações ou materiais para procedimentos.

CATEGORIA 2: PERCEBENDO COMO OCORRE O CUIDADO AO PACIENTE

Nesta categoria, iremos mostrar como o cuidado é entendido e como ele é praticado junto ao paciente, conforme relatos dos participantes do grupo de estudo. Também será relatada a forma como vimos ser ministrado o cuidado aos pacientes. Para melhor entendimento, optamos por mostrar primeiramente como os funcionários percebem a condição de paciente, para então mostrarmos a definição do que é cuidado e os requisitos que eles consideram importantes para realizá-lo.

Subcategoria 2.1 – Percebendo a Condição de Paciente:

O paciente é percebido pelos funcionários como um ser humano que procura o hospital para melhorar sua condição de saúde e obter alívio:

“É um ser humano melhorando suas condições de saúde, a fim de aliviar sua dor”.

Para que este ser humano sinta-se seguro durante a sua internação em um hospital, é necessário que o funcionário demonstre carinho e atenção, tratando-o como um igual. No entanto ele perde a sua privacidade e torna-se dependente; por isso deve ser tratado com respeito. Consideram ainda que a existência de diálogo e orientações é importante para que eles possam adquirir confiança na enfermagem:

“Eu tenho que dar atenção, carinho, tenho que dialogar e tratar [o paciente] como uma pessoa igual a mim, que está numa situação difícil, precisando de uma palavra amiga. Às vezes, um bom diálogo vale mais que a própria medicação. Tenho que ganhar a confiança desse paciente e tentar deixá-lo o mais tranquilo possível”.

“... ele vai estar fora do ambiente dele, natural da casa dele ... [isso] tira a privacidade dele ... eu acho que ... o paciente tem que sentir a segurança, o respeito, dele não só como paciente, mas como gente, que poderia ser qualquer um, ou ele, ou eu que poderia estar ali ...”

Colocar-se no lugar do paciente é citado por alguns funcionários como condição para saber como e que cuidados realizar:

“... a primeira coisa que eu faço com o paciente assim, é em colocar no lugar dele. Imagino primeiro: se fosse eu, queria que fosse assim”.

O comportamento do paciente muda quando ele é internado; geralmente, o homem autoritário pode tornar-se submisso:

“... um pai de família. Quando ele está em casa, ele é quem dá as ordens. Eu quero comer, a mulher vai e tira. E quando vai para o hospital, não tem horário. Ali, quem manda nele é a gente: ‘Ó, vamos tomar banho, tem que tomar banho neste horário, vai tomar remédio neste horário... ele perde totalmente...entendeu?’”

Subcategoria 2.2 - Entendendo o que é cuidado:

Nesta subcategoria apresentaremos como o cuidado é definido e quais os requisitos para cuidar, segundo os participantes do estudo.

2.2.1 - A definição do cuidado:

Alguns deles apresentam dificuldades em diferenciar cuidado e assistência. O cuidado é entendido como prestação de assistência, pois acham o termo cuidado muito vago, enquanto que assistência é mais completo. Outros acham que cuidar e assistir são semelhantes, mas ao fazê-lo deve considerar as diferenças de cada paciente.

“Acho que é mais uma assistência de enfermagem”.

“Para mim, acho que [cuidado e assistência] é quase a mesma coisa. Porque cuidado quer dizer cuidado, porque é uma palavra que você já sabe o que fazer”.

“É prestar cuidado, ou melhor, assistência ao paciente conforme a necessidade de cada paciente”.

O cuidado é percebido como uma assistência completa ou ainda como uma assistência que oferece segurança e técnica:

“É uma assistência completa, pois ali você faz tudo. Você não só medica”.

“Cuidado de enfermagem é prestar assistência com segurança e técnica para evitar risco para o paciente e para si”.

Quanto à complexidade do ser humano paciente, ele é fragmentado por alguns ao definirem que os aspectos bio-psico-espiritual fazem parte do cuidado, não conseguindo ver o ser humano integral:

“O cuidado de enfermagem é físico, psicológico, mental e espiritual”.

2.2.2 - Os requisitos para cuidar:

A maioria dos participantes percebe o cuidado de uma forma ampla, podendo ser executado de forma direta ou indireta. Ele envolve a habilidade técnica, o apoio psicológico através do carinho e compreensão, o diálogo, a educação:

“Cuidado de enfermagem é todo procedimento usado direta ou indiretamente ao paciente, como: medicação, curativo, desde o preparo até a administração, cuidado com sonda, material para exame, preparo, etc.”.

“Cuidar do paciente é preparar sua medicação com bastante atenção para não haver contaminação, nem erro de medicamento. Apoiar o paciente psicologicamente, ter carinho, compreensão, saber ouvi-lo e orientá-lo nas horas certas. E por último, a orientação é muito importante”.

“Lavar as mãos antes de fazer qualquer coisa, verificar se a medicação está no horário certo, está com a diluição correta e o remédio na hora certa. Antes de fazer a medicação, falar ao paciente o que for fazer, qual procedimento às reações, conversar com ele, perguntar porque ficou doente, porque está triste, zangado ou contrariado e conscientizar o paciente por que ele deve tomar os remédios, tratamento, etc.

“Cuidar do paciente é saber orientar quando ele chegar ... Dar as medicações nos seus devidos horários, ajudá-lo até quando ele pergunta alguma informação. Orientar de maneira clara para que ele [paciente] possa entender. Orientar até sua família, no caso de alguém pedir alguma informação para transmiti-la a ele. Passar a ele confiança, segurança e conforto”.

As atividades de cuidado referidos como de rotina da enfermagem foram: verificação de sinais vitais, a troca de forro de cama, o banho de leito, a medicação, dentre outras. Não foi comentado sobre o auxílio à alimentação, mas foi falado sobre as outras atividades que a enfermagem assume com frequência, como telefonista, “recadista”, e as funções de assistência social.

Destacamos a fala de um participante que crê que ao cuidar, a enfermagem também assume o papel de mediadora e advoga a proteção do paciente:

“... durante uma hospitalização, a enfermagem é a mediadora do paciente... quem cuida, que é a enfermagem, também faz um papel, mais ou menos, de advogada do paciente. Cuidar é também proteger o paciente até da própria equipe, quando a equipe de enfermagem, porventura, fizer alguma ação que a gente sabe que não é boa para o paciente. Então, nessa hora, cuidar também é intervir no sentido assim, de advogar em defesa daquela pessoa que está ali e que é nossa responsabilidade cuidar dela também nesse sentido”.

Subcategoria 2.3 - Percebendo como ocorre o cuidado de enfermagem:

Nesta subcategoria abordaremos os problemas que envolvem o cuidado, como os relativos à medicação, aos acompanhantes, dentre outros, e como vimos o cuidado ser oferecido aos pacientes.

2.3.1 - A relação do cuidado de enfermagem com os problemas que o envolve:

a – os problemas com as medicações:

Detectamos que há preocupação e conhecimento com relação às medicações, desde sua prescrição, que muitas vezes está incorreta, até a sua ministração e checagem. Há reclamações de que sempre acaba sobrando para quem fez a medicação. Isso apareceu com freqüência nas reuniões. Apesar de não estarem relacionadas diretamente com a biossegurança, achamos importante relatá-los por ser um fator de angústia para a equipe de enfermagem:

“Tem vários ... que prescrevem medicação errada. A gente tem que ficar atento [senão] acaba dando problema sério. E acaba sobrando para quem ministrou, que é mais fraco”.

“Pois é, e quem sai prejudicado são os pacientes, com a dosagem errada”.

(

“Às vezes prescrevem tudo numa via e se a pessoa não tem experiência ... Aqui já aconteceu de prescreverem Penicilina Cristalina IM”.

“Eu estou cuidando de um paciente que desde anteontem o laboratório está preocupado com ele. Ele está tomando heparina de 4 em 4 horas e de 4 em 4 horas é para vir colher sangue desse paciente. O laboratório chega: Meu Deus, até quando vão dar heparina, porque o TC dele não tem mais para onde ir ... O TC está altíssimo desde ontem”.

b - problemas com acompanhantes:

Os funcionários referem problemas com acompanhantes, que muitas vezes interferem no cuidado oferecido ao paciente. Alguns deles comentam que o acompanhante “manda” há muito tempo, que está interferindo na autoridade do enfermeiro

“O acompanhante de paciente, aqui neste hospital, está mandando faz é muito tempo ... Você fala qualquer coisa para o acompanhante, ele ‘buzina’ no ouvido do ..., o ... vai lá e fala com a chefe ... e é liberado tudo. Eu nunca vi ultimamente enfermeira falar para o ... : não, não pode. O acompanhante não vai ficar”.

Em relação à orientação feita aos acompanhantes durante o horário de visita, que geralmente não é feita, sendo comum encontrarmos o(s) acompanhante(s) sentado no leito do paciente. Os participantes do estudo referem que, muitas vezes, o acompanhante ou a visita pergunta muita coisa e acaba atrapalhando o andamento do serviço. Por isto, é freqüente realizarem os cuidados com os pacientes antes do horário de visita,

“Se você for olhar sinais vitais do paciente, a visita estende o braço para olhar a pressão. Se você for colocar medicação, a gente sempre coloca antes da visita a medicação das 14 horas porque o acompanhante pergunta bem assim: que medicação é essa? O que é isso? O que não sei o que? Eu não posso ficar falando. Porque eles perguntam demais. Eu falo para perguntar para o médico, direitinho. Porque eles perguntam muito. Para o paciente, até eu falo. Mas para o acompanhante, eu não gosto de estar falando muito não. Eles perguntam demais. E a gente está ali, com outras medicações para distribuir e se ficar dando atenção só para eles, vai dar o resto da medicação só às cinco, seis horas”.

Observando o relacionamento entre enfermagem e o acompanhante, percebemos que a falta de comunicação agrava essa situação. Pudemos ver

algumas situações que poderiam trazer risco de contaminação a este último. Numa delas, estava internado um paciente pós cirurgiado com deiscência de incisão cirúrgica, em uso de antibiótico endovenoso; no horário da visita o frasco de soro com medicação havia acabado e a acompanhante do paciente retirou o *scalp* que o conectava ao equipo de soroterapia, enfiando-o no próprio frasco de soro que havia acabado. Quando questionamos quem havia deixado o soro daquele jeito, disse que havia sido ela mesma, há pelo menos meia hora. Perguntamos se havia recebido alguma orientação nesse sentido e ela disse que não. Explicamos então sobre o perigo de acidente e retiramos o frasco para desprezá-lo adequadamente.

Uma outra situação observada em outro setor, refere-se a uma paciente portadora do HIV, com lesões em toda extensão da pele e boca, acompanhada pela sua mãe idosa, que a auxiliava na alimentação, durante o banho e em outros cuidados de higiene, às vezes sem a devida proteção. Ao perguntarmos se a mãe tinha conhecimento da doença da filha, os funcionários referiram que não, pois a filha não queria que a mãe soubesse. Ao indagarmos então se a mãe havia recebido a orientação necessária para cuidar da filha sem riscos, ninguém soube informar. Explicamos então a necessidade de fornecerem a orientação necessária, para evitarem futuros transtornos e principalmente para que a mãe não se contaminasse.

c - outros problemas que podem influenciar o cuidado:

Os participantes do estudo apresentaram outros problemas que não tem relação direta com o cuidado oferecido aos pacientes, mas que interferem nestas atividades, por estarem relacionados ao trabalhador de enfermagem.

A falta de pontualidade pode interferir nas atividades de cuidado, por provocar stress devido ao atraso do colega tanto para receber plantão, quanto para passar o plantão. As faltas ao serviço são por eles consideradas como falta de responsabilidade, aumentando o volume de trabalho para os não faltosos e podem levar à desarmonia no ambiente de trabalho, a risco ocupacional devido ao ambiente de trabalho insatisfatório e à realização de cuidado inadequado ao paciente.

“Quando falta o colega de trabalho, ninguém quer assumir os pacientes do colega. Ai é que ele sente a responsabilidade que tem de assumir e já tira todo ânimo”.

Os problemas pessoais, alheios ao serviço, ou domiciliares podem afetar a comunicação com os colegas, por serem interpretados como mau humor,

“Às vezes a gente está com problema em casa, só que hoje eu resolvi não falar, nem explicar. Então eu fico quieta no meu canto. Falar não vai resolver. E trazer problema também não vai resolver. Eu não vou maltratar alguém por causa daquilo que eu estou sentindo...”

Os problemas de saúde na família também podem afetar o desempenho para o trabalho, por levarem à preocupação e à diminuição da atenção do trabalhador. Um dos participantes referiu, ainda, que a falta de opção para sair da enfermagem pode gerar desinteresse para o desenvolvimento de suas atividades.

2.3.2 - O cuidado oferecido aos pacientes:

a - com relação às técnicas utilizadas durante a prestação do cuidado:

Pudemos detectar algumas falhas técnicas relacionadas com a utilização das medidas de biossegurança, que apesar de parecerem pouco significativas, ao nosso ver são relevantes para a realização de um cuidado de enfermagem sem riscos, tanto para quem cuida quanto para quem está sendo cuidado.

A lavagem das mãos geralmente ocorre antes de realizarem as atividades e após retornarem ao posto. Entretanto, não foi observada sua ocorrência durante a ministração de medicações ou durante a verificação de sinais vitais, quando em horários padronizados para todos os pacientes (ao passarem de um paciente para outro). É realizada de maneira diferente pela equipe de enfermagem, inclusive pelo enfermeiro: com água e sabão, que pode ser o sabão líquido (Povidine) ou o sabonete, mas o tempo em que acontece é inferior a 15 segundos; uma rápida “passada de água”, sem sabão, ou a

lavagem das mãos de forma correta (mais raro). O sabonete fica em cima da pia ou em recipiente improvisado (frasco de álcool cortado ao meio, que freqüentemente contém água em seu interior, bem como restos de sabão). Em sua maioria, as torneiras das pias são de fechamento manual e normalmente são fechadas sem que sejam lavadas antes ou durante a lavagem das mãos.

Nem sempre o papel-toalha está disponível, sendo comum usarem peças de roupa, tais como camisolas, calças ou camisas da rouparia (roupas destinadas aos pacientes) para enxugarem as mãos, ou então, o fazem na própria roupa. O papel-toalha fica em recipiente improvisado (frasco de desinfetante cortado ao meio, pendurado em parede por fio de equipo). Após a lavagem das mãos continuam suas atividades rotineiras, dentre elas atender o telefone, manusear prontuários, preparar e ministrar medicações e saírem para o refeitório.

Com relação às bandejas de uso na unidade, comumente são levadas às enfermarias com medicamentos ou materiais para procedimentos a serem executados nos pacientes. Estas bandejas são colocadas onde há espaço, geralmente ficando em cima da cama do paciente ao qual está sendo ministrado a medicação ou realizado o procedimento. Alegam que não há lugar na enfermaria para colocá-la:

“Eu falo no sentido de não saber onde colocar a bandeja para dar a medicação para o paciente. Você procura um lugar, você não acha. Na enfermaria deveria existir pelo menos uma mesinha no centro para a gente chegar com a bandeja e colocar ali. A mesa do paciente é do tamanho disso aqui... e está lotado de coisas dele”.

O que nos preocupa é que ela vai sendo passada leito por leito, facilitando a proliferação de microorganismos de um lugar para o outro, favorecendo a infecção hospitalar. Quando voltam para o posto de enfermagem, são “lavadas” apenas com água e colocadas para escorrer ou são guardadas sem lavar, até o próximo uso.

As pinças serventes ficam acondicionadas em um frasco de vidro em cima do balcão de preparo de medicamentos, sem nenhuma solução, o que nos parece correto. Entretanto, não possui rótulo identificando quando foi colocada para uso.

Durante a verificação dos sinais vitais, o termômetro nem sempre é desinfetado entre um paciente e outro e nem a lavagem das mãos foi observada. Quando estão realizando esta atividade, é comum deixarem os papéis de anotação ou o próprio prontuário em cima da cama, e assim como as bandejas, vão de leito em leito. Além disso, o funcionário encosta estes papéis ou prontuários na sua própria roupa durante as conversas com o paciente. Com a caneta também ocorre a mesma coisa, tendo o agravante de que, às vezes, os funcionários levam-na à boca, quando realizam as anotações no prontuário.

Quando da realização de curativos, nem sempre os pacotes esterilizados estão disponíveis. A solução encontrada é o uso do PI, como já comentado anteriormente, ou improvisar sua realização com luvas. A bandeja com material esterilizado fica comumente em cima da cama do paciente. O material desprezado é colocado também em cima da cama, em papel (onde estavam as gazes estéreis), que é aproveitado como aparato para as gazes usadas e que freqüentemente é molhado com a solução utilizada para fazer o curativo. Geralmente, após o término, o material contaminado é desprezado no lixo do quarto do paciente. Este é aberto, sendo trocado pela limpeza uma vez no início do período. Portanto, o material contaminado pode ficar exposto.

Durante a troca das roupas de cama, alguns funcionários as colocam em *hampers*. Entretanto, os sacos de hamper usados não têm distinção de cor. Observamos por várias vezes o uso de hampers vermelhos com roupas das enfermarias. Segundo os funcionários, ninguém mais distingue qual o saco de hamper é destinado para roupas contaminadas. Na falta deste, usam sacos plásticos, pretos, sem a devida identificação de risco para as roupas contaminadas. Foi observado também a colocação de roupas com pouca sujidade e até roupas contaminadas com sangue ou secreções em cima de outras camas, inclusive camas limpas, ou mesmo no chão.

Observamos que nem todos os funcionários da enfermagem sabem qual o produto usado para desinfecção dos leitos. Usam o que a farmácia prepara e envia para a unidade, mas não se preocupam em saber qual é esta solução. O que está disponível para uso é o hipoclorito de sódio e o fenol sintético, mas nem todos sabem utilizá-los.

b - com relação ao uso de EPIs:

Os funcionários, ao usarem EPIs, especialmente luvas e máscara, freqüentemente andam de luvas pelos corredores e tocam em superfícies com elas, como por exemplo, ao abrir armários e atender telefone. Usam-nas para trocar leitos, verificar sinais vitais, realizar curativos, fazer medicações (apenas um funcionário foi observado nesta situação); mas não as usam para puncionar veias de pacientes não sabidamente HIV positivo. Observamos que um funcionário trocou todos os leitos com luvas e depois foi verificar os sinais vitais dos pacientes usando a mesma luva e sem que as mãos tenham sido lavadas; antes porém manuseou as olivas do estetoscópio por um longo tempo, ao conversar com um colega do plantão.

Com relação às máscaras, existem para uso apenas as de tecido e alguns funcionários não as usam quando entram nos quartos de isolamento por pouco tempo. Eles questionam o porque da exigência só para a enfermagem e não para os outros profissionais:

“Só eu que coloco máscara para entrar naqueles quartos de tuberculose”.

Muitos funcionários usam uma máscara para entrarem em vários quartos, deixando-a pendurada no pescoço; esquecendo às vezes de retirá-las antes de irem para casa; ou tiram-nas durante seu percurso para casa se alguém pergunta por que ela ainda está pendurada (geralmente no ônibus).

Quanto aos aventais de tecido, existem dois tipos: um de mangas curtas, que é colocado por cima da roupa, fechado atrás, que é usado por grande parte dos funcionários devido ao fato de não ter uniforme fornecido pelo hospital. O outro é de mangas compridas, usado nos isolamentos ou durante procedimentos com risco de contaminação. Estes estão disponíveis no setor de isolamento, mas podem ser solicitados pelos outros setores. Foi observado o reencape de scalps e agulhas, mas elas são desprezadas adequadamente em recipiente rígido.

Com relação aos óculos protetores, existe apenas um no carrinho de emergência, mas segundo o relato do enfermeiro, ninguém gosta de usar óculos, nem para entubar, pois ele “atrapalha para enxergar”.

c - com relação à organização da unidade:

Com relação à organização da unidade, os funcionários referem que é difícil manter as coisas arrumadas em todo o plantão. Um enfermeiro relata que percebe que não existe continuidade nos plantões e atribui isso à falta de união entre as equipes:

“Percebo que as equipes não são unidas, no todo. Mas a manhã é unida, a tarde é unida e a noite é unida”.

d - com relação à comunicação entre os membros da equipe de enfermagem e com outras equipes:

A comunicação encontra-se dificultada em vários sentidos. Entre as chefias e os funcionários já foi comentado anteriormente. Entre os funcionários, os relatos são relacionados principalmente à passagem de plantão:

“Um dia eu comecei a falar com ... e ela saiu andando. Chamei a enfermeira e ela nem ouviu o que a enfermeira estava falando”.

Entre a equipe médica e de enfermagem também é preocupante, pois além dos problemas com as medicações, existem outros relacionados com essa falta de comunicação.

“Eles fazem dissecação venosa, eles fazem punção de subclávia, eles fazem lá, numa enfermaria, não colocam biombo... aí eles deixam tudo lá... por acaso você vai lá, tem até o local aberto, nem curativo tem, nem para eles passarem um esparadrapo, eles não passam. Material está lá, o campo, todo ensangüentado ... ”.

Observamos um procedimento médico realizado em um paciente, numa das unidades escolhidas, mais especificamente uma paracentese, na qual foi retirado cerca de 6000 ml de líquido ascítico de uma só vez. Este procedimento não havia sido comunicado ao enfermeiro responsável pelo setor, que soube por nosso intermédio da sua ocorrência.

Um outro procedimento realizado, e também não comunicado, foi uma punção de medula óssea em um paciente grave. O especialista nessa área realizou-o e deixou todo o material usado aberto, inclusive as lâminas sujas, em cima de um carrinho de curativo que fica no corredor da unidade. Só após algum tempo foi organizado pelo funcionário do setor, ficando a caixa de punção em cima da pia, sem nenhuma solução desinfetante.

Os participantes do estudo também reclamaram da falta de comunicação sobre os pacientes que receberam alta ou que se internaram,

“Nem paciente que está de alta, nós não sabemos. Nós só sabemos quando ele está na porta, porque ele tem que pegar o papel de alta.”.

Com relação às internações, os funcionários foram procurar a chefia de enfermagem responsável pelo setor, que enviou um ofício referente ao chefe da unidade solicitando que os pacientes só internassem com a AIH preenchida. Segundo o relato dos funcionários, isso durou pouco tempo, pois logo já estavam internando sem comunicação prévia.

e – observando os remanejamentos de pessoal e suas conseqüências para o cuidado:

Os remanejamentos, como já comentado na subcategoria 1.2, trazem conseqüências para o cuidado. Ocorrendo com freqüência, pode prejudicar o trabalho em equipe e a continuidade do serviço da enfermagem, principalmente se a pessoa remanejada não conhecer o setor para onde está indo, ou não recebeu treinamento para lá atuar. Existe também prejuízo para o setor que liberou o funcionário.

É comum o acúmulo de serviço no centro cirúrgico em alguns plantões noturnos, devido ao remanejamento de funcionários desse setor para cobrir os faltosos de outras unidades, o que torna o plantão muito cansativo. Tendo como agravante de aquele que é remanejado sempre cobre setores pesados, como o isolamento, às vezes não tendo preparo para tal, e sem que haja colaboração de outros colegas.

Durante a observação de uma unidade, desde a passagem de plantão, pudemos detectar alguns problemas: quem recebeu o plantão das enfermarias foi retirar as medicações, para dar início às suas atividades. A equipe que saía aguardava alguém para receber uma área específica da unidade, onde não havia chegado ninguém para assumir o plantão; o enfermeiro recebeu e foi providenciar um funcionário, em outra unidade, para assumi-lo pois o escalado estava de folga e ele não havia sido comunicado.

Acompanhamos durante boa parte do plantão esse funcionário remanejado, que ainda não conhecia a unidade; ninguém, dentre os colegas do plantão do outro setor, apareceu para oferecer ajuda ou orientar algo a ele, que recebeu ajuda de um colega do seu local de origem. O enfermeiro com frequência passava para verificar se estava tudo correndo bem e dava-lhe as orientações sobre as medicações. Percebemos o descontentamento desse funcionário por ter sido remanejado. Observamos que houveram várias possibilidades de ocorrer riscos: ao realizar medicações endovenosas sem luvas em paciente HIV positivo, usar uma só máscara para entrar em mais de uma enfermaria de isolamento e puncionar veias sem luvas.

CATEGORIA 3: PERCEBENDO QUE AS CONDIÇÕES PROFISSIONAIS AFETAM OS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM

Nesta categoria, elencaremos as condições ligadas à profissão que os trabalhadores de enfermagem referem como sendo problemáticas para a realização do cuidado de enfermagem aos pacientes. Dentre estas, existem dificuldades profissionais, pessoais e da equipe de enfermagem, que envolvem todos os que dela fazem parte. Mostraremos também como o aspecto ético-legal foi percebido durante os diálogos e quais são os problemas relacionados a esta questão, que afetam os trabalhadores da enfermagem, e repercutem no cuidado oferecido aos pacientes.

Subcategoria 3.1 – Percebendo as condições relacionadas à profissão:

3.1.1 – A competência técnica e gerencial para exercer as atividades de cuidado de enfermagem:

O preparo do pessoal de enfermagem não está ocorrendo de forma sistemática, o que já foi comentado na subcategoria 1.1.1.c. Segundo relatos, os funcionários admitidos nos últimos anos não têm recebido orientações referentes às atividades desenvolvidas em setores específicos, como no caso do manuseio de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas. Isso tem refletido na forma com que o cuidado é realizado, conforme já comentado, pois os riscos aos quais o funcionário está exposto podem ser grandes. A falta de conscientização desses riscos associada ao não conhecimento das limitações individuais pode levar a atos de imprudência, imperícia ou negligência, que serão discutidos mais adiante.

Dentre aqueles que não têm recebido o devido preparo, o enfermeiro é o que recebe maiores críticas, talvez por ser de sua responsabilidade a coordenação das atividades da enfermagem. Se este não consegue desempenhar bem esse papel, conseqüentemente toda equipe de enfermagem terá problemas. O que dificulta o preparo desse enfermeiro como avaliador da situação e educador é a sua alta rotatividade.

Ressaltamos que estes enfermeiros, em sua maioria, possuem poucos anos de experiência e são responsáveis por unidades de alta complexidade; isto gera ansiedade neles mesmo e na equipe, refletindo no relacionamento com a equipe.

Os participantes deste estudo apontam dificuldades encontradas com relação à organização do trabalho, tais como a continuidade das atividades começadas e que deveriam ser terminadas pelo plantão seguinte, e às negociações envolvendo o cuidado ao paciente, que nem sempre são aquelas esperadas pelos membros da equipe. Outro fato que também agrava a situação é que nem sempre o enfermeiro tem humildade em reconhecer aquilo que não sabe e tenta resolver estas situações-problema, que se forem resolvidos de forma inadequada, pode trazer prejuízos para o paciente.

Observamos muitas vezes que os funcionários permaneciam sentados no posto de enfermagem, não pela falta de atividades, mas por falta de direcionamento do mesmo, o que nos parece ocorrer por problemas de liderança. Eles reclamam da falta de atuação do enfermeiro como norteador e gerenciador das atividades da enfermagem:

“Os [enfermeiros] que estão chegando se preocupam muito com a burocracia de escrever... e deixam a clínica por nossa conta. O que aparece, nós é que resolvemos...Você rebola para resolver tudo. E então isso estressa”.

Os participantes do estudo percebem que existe deficiência na competência técnica de alguns funcionários e enfermeiros. Isto pode ser detectado quando falam sobre os remanejamentos e quanto ao próprio preparo para assumirem determinados setores. Eles não se sentem com conhecimento para desenvolver determinadas técnicas, não se preocupam por usarem adequadamente os EPI e por não estarem respeitando determinado tipo de isolamento preconizado.

Um outro fato comentado durante as reuniões é que quando o enfermeiro falta, o serviço continua mesmo sem a sua presença; no entanto, quando um auxiliar falta, logo se providencia sua cobertura. Todavia, o que pudemos perceber é que nem sempre as prioridades de cuidado ou de administração da unidade são definidas pelos funcionários quando o enfermeiro está ausente.

O problema de relacionamento entre enfermeiro e funcionários tem a ver com o não conhecimento de quem são ou como são as pessoas que integram a equipe, e isto é apontado por eles como um requisito importante,

“Quando você vem de fora e não conhece o funcionário, tem que procurar saber, conhecer”.

“... de primeiro a gente procura manter uma equipe boa ... Quando você vê que a equipe é boa, você briga.. Mas chega uma hora que você cansa. Cansa por que? Porque quem deveria te dar apoio, era a enfermeira, que estava ali ... A enfermeira não está nem aí ...”

Os funcionários mais antigos reconhecem que há diferenças de ações do serviço de educação continuada antiga, e daquela que ocorre atualmente:

“Eu lembro muito bem quando eu entrei aqui, era ... que estava aqui. Ela me colocou para sentar para ler todas as normas e rotinas deste hospital”.

3.1.2 – A falta de documentos norteadores de normas e rotinas:

Atualmente, os manuais de normas e rotinas não estão disponíveis nas unidades. A informação que recebemos foi a de que foram recolhidos há pelo menos dois anos para serem digitados e até hoje não retornaram às unidades, o que tem gerado preocupação nos funcionários, quanto ao curso do serviço,

“...o enfermeiro chega, novo, não sabe de nada das rotinas. Alguma coisa a gente passa para eles... e ele não sabe o que tem.... e se ele não encontrar, onde está o papel dele?”

Toda essa situação descrita faz com que os funcionários novos não se interessem em permanecer na instituição, associando à essa situação caótica, à discriminação que parte dos colegas,

“Funcionário novo aqui, é para tapar buraco. Já nos disseram isso”.

Durante a coleta de dados, foi observado que um funcionário novo vindo de outro setor para o isolamento ministrou medicação endovenosa por abocath a paciente HIV positivo com extensas lesões descamativas e com secreção em pele, sem o uso adequado de EPIs. Apesar de nunca ter ficado no setor, não recebeu nenhuma orientação com relação a como proceder. Ao ser questionado pelo não uso adequado dos EPIs, ficou bastante ansioso.

Nos dias em que estivemos observando as atividades nas unidades, orientamos algumas coisas e auxiliamos nos cuidados, quando acreditávamos ser necessário. Durante esse período, acompanhamos de perto as atividades desempenhadas pelo enfermeiro e percebemos que lhe falta a presença de alguém com quem pudesse esclarecer suas dúvidas e orientar as condutas que deveria tomar em determinadas situações. Isto foi por nós realizado, o que o fez

sentir-se mais tranqüilo, pois era uma pessoa a quem poderia recorrer em caso de necessidade.

3.1.3 -As atividades de limpeza e desinfecção que não deveriam ser realizadas pela enfermagem:

Durante nossos diálogos, pudemos perceber que existem alguns membros da equipe de enfermagem que se preocupam, ou melhor, se sentem incomodados com algumas atribuições que são assumidas pela enfermagem, como a desinfecção dos leitos.

Eles argumentam que se o técnico e o auxiliar de enfermagem freqüentam uma escola para aprenderem a cuidar de um paciente, não deveria ficar “fazendo faxina”, ou seja, fazendo limpeza de cama, expurgo, de mesas, dentre outros. Acreditam que talvez seja por isto que a profissão é tão desvalorizada e que esse tipo de serviço pode ser feito por pessoas treinadas para esse fim.

Referem-se a situações constrangedoras que passam por realizarem esta atividade, tais como serem chamados de faxineiros por pessoas que foram visitar pacientes no hospital e que depois os encontraram fora do mesmo. Por este motivo, alguns setores do hospital só realizam desinfecções após a saída das visitas do setor:

“[Em tal setor] a gente deixa as visitas irem embora para começar as desinfecções de leito. Por que? Aí ele vai me ver lá na rua e vai falar: Aquela faxineira é lá do hospital”.

Subcategoria 3.2 - Percebendo o aspecto ético-legal e as ações da enfermagem:

Nesta categoria iremos mostrar o entendimento que os participantes deste estudo possuem sobre ética e moral, incluindo os princípios éticos, responsabilidade e a imprudência, imperícia, negligência e sigilo. Também serão relatadas situações envolvendo estas questões.

3.2.1 – Os princípios éticos relacionados com as ações da enfermagem:

Durante os diálogos referentes às questões ético-legais que envolvem o cuidado de enfermagem, os participantes das reuniões emitiram suas opiniões sobre o que seria ética e moral. Relacionam a **ética** com o sigilo e a profissão e a **moral** como sendo pessoal, de cada um; percebendo-as como dependentes:

“...ética, na nossa profissão, é tudo aquilo que você vê e que você tem que conservar certo sigilo, manter dependendo do paciente, de uma causa. E moral é sua, sua moral em relação a outras pessoas...”

“Quando a pessoa tem moral, ela fielmente já tem um certo grau de ética diante das coisas pelo próprio eu da pessoa. Se ele tem uma boa moral e respeitando o outro, ele já vai ter uma certa ética.”

“[A ética vem] da profissão, daquilo que eu venho aprendendo, venho estudando, venho aperfeiçoando... A moral vem de berço... vem lá de traz, de sua educação que você recebeu”.

Em relação aos princípios éticos, a **beneficência** é algo que trará o bem, que beneficiará o paciente. O **respeito** à pessoa é importante, principalmente naquelas situações que envolvem o aspecto religioso. Os princípios éticos estão relacionados ao conhecimento, quando é abordada a questão do risco-benefício em relação aos cuidados oferecidos aos pacientes,

“... quanto maior o conhecimento que a gente tiver, mais facilidades a gente vai ter de identificar, tanto os riscos quanto os benefícios”.

A **autonomia**, é uma preocupação quanto à tomada de decisão do paciente a ser submetido à cirurgia. No hospital, as laqueaduras só são realizadas se houver a autorização, por escrito, do companheiro, sendo questionado pelos funcionários, pois crêem que a própria mulher é quem deveria assumir tal ato, e não o homem, considerando isso como um desrespeito à sua autonomia. Várias situações mostram o desrespeito para com o paciente; às vezes, quem decide sobre a cirurgia é a família e o paciente é operado mesmo que recuse. Outras vezes, ele não é esclarecido sobre a

situação em que ficará após o ato cirúrgico. Muitos deles entraram em pânico ao retornarem da cirurgia (colostomias, exposição colorretal).

“O que está acontecendo mais aqui é isso. É falta de orientação do paciente. O paciente fica traumatizado, não aceita”.

“Aqui... o problema da autonomia é muito sério”.

A falta de orientação sobre os problemas que o paciente apresenta é considerado como desrespeito, principalmente quando tem doença transmissível:

“Outra coisa também é o paciente que está em enfermaria, de repente põe ele no isolamento, entra com máscara e ninguém avisou ele. E ele fica preocupado, achando que está com uma doença grave.”

São abordadas situações em que a vontade do paciente foi respeitada: como realização de batizados e casamentos na unidade de internação. Um participante comentou que oferecer um cuidado mais humano parece estar presente, hoje, na enfermagem:

“Então... eu acho que apesar da gente considerar que está difícil, que a qualidade está baixa, a gente tem que ver que há aspectos que a gente está crescendo enquanto pessoa humana... hoje em dia a gente parece que está mais aberto para essa condição mais humana”.

Foi relatado que a questão cultural às vezes é mais forte: citaram o exemplo de uma mãe, moradora no interior, carente, que trouxe a filha doente para tratar-se e que o pai, após saber que a mesma era portadora de doença incurável com pouco tempo de vida, obrigou a mãe voltar com ele para casa, para cuidar dos outros filhos e ela, por obediência ao esposo, abandonou a filha para morrer no hospital, apesar desta pedir para ela ficar. Diante dessa situação, os funcionários questionaram a atitude desse pai e concluíram que há a necessidade de que a autonomia seja respeitada e que deveríamos tomar alguma posição com relação a isto:

“Mas a gente tem que começar a trabalhar porque tem princípios que tem que ser maiores do que a cultura. E para mim, esse [princípio] da autonomia é fundamental”.

Um tema que também foi abordado dizia respeito ao direito que o paciente HIV positivo tem ou não de esconder o seu diagnóstico das pessoas mais próximas de seu convívio, pelo fato de poder expô-las a risco de contágio. É questionado até que ponto ele possui essa autonomia de decisão.

A entubação feita no paciente adético em fase final é questionada por ser um procedimento que expõe a equipe que o está assistindo à risco de contaminação e, ainda, até que ponto isto trará benefícios a ele. Este procedimento é freqüente em situações de emergência, mesmo que não seja a vontade do paciente ou da sua família. Neste sentido e ressaltando a importância da tomada de decisão por uma equipe multiprofissional, e não só pela medicina, questionam até que ponto é necessário manter a vida:

“Eu acho assim, que não dá para a gente ter uma resposta e falar você faz ou não faz. Na verdade, o que a gente devia ter era uma coisa que cada vez mais está se perdendo aqui no hospital. E eu temo que não seja só aqui no hospital. Que é uma equipe, que é um trabalho em equipe multiprofissional. Na verdade, isso tinha que ser discutido com toda equipe. E de repente aqui tem acontecido que a medicina toma decisões que depois não cabe só a ela. Por exemplo, como que ela pode tomar a decisão de entubar um paciente que terapeuticamente não tem o que se fazer para ele e expor toda a equipe?”

Muitos dos participantes comentaram que já mudaram de opinião sobre assuntos que tinham convicção. Um exemplo foi o de uma funcionária que já trabalhou no setor de obstetrícia, que insistia para que as mães que não quisessem seu filho pelo menos o amamentasse; fazia isto na tentativa de que elas fossem gostar do bebê e o levasse para casa. Fez isso até o dia em que viu um filho maltratado por uma dessas mães.

Com relação à **justiça**, referem casos envolvendo a equipe de enfermagem e alguns médicos, nos quais houve a necessidade de encaminhamentos por parte da chefia de enfermagem para a Diretoria Clínica, mas nem sempre os problemas foram resolvidos. Relatam, especialmente, o

desrespeito por parte de um médico com os funcionários de um determinado plantão, impedindo um deles de repousar, apesar de já estar no quarto deitado: o médico o obrigou a sair de lá para acompanhar um paciente grave que estava sob sua responsabilidade. O que revoltou a equipe de plantão foi que havia pessoal suficiente para atender o paciente e depois que o médico fez isso, foi descansar. O pior é que ao reclamarem para as chefias de enfermagem, nenhuma providência foi tomada.

Durante os relatos, pudemos perceber que os funcionários novos muitas vezes, apesar de quererem tomar partido nas situações, se calaram nos momentos em que deveriam falar, com receio de se exporem.

Questionam as atitudes dos médicos e o receio da enfermagem em encaminhar as situações vivenciadas. Temem represálias se falarem o que vêem:

“— E o duro é que a gente vê...
—... e não pode falar nada, que fica preto”.

3.2.2 - O Entendimento sobre o que é imperícia, imprudência e negligência:

Os participantes do estudo tentaram definir o que seria a imperícia, a imprudência e a negligência. Apesar de confundirem um pouco estes três termos no início, conseguiram defini-los:

A imperícia é definida como:

“... é uma pessoa que faz as coisas sem saber desempenhar certo papel”.

“... é você fazer coisas que você não está capacitado, que não sabe porque está fazendo”.

“Imperícia entra mais na incompetência”

A imprudência, é a ação de uma pessoa que:

“... [age sem conscientização ou sem respeitar certas regras. Quer dizer, sabe e desrespeita”.

“... faz um ato sabendo das conseqüências do erro”.

“Faz coisas com pressa, mesmo sabendo que poderá sair algo errado que possa prejudicar o paciente”.

Com relação à negligência, ela é definida como sendo omissão:

“Deixar de cumprir com suas responsabilidades que tem que serem feitas, que tem que fazer”.

“Negar assistência a determinado ser, tendo consciência do que está fazendo”.

“Negar assistência adequada quando se está capacitado para fazer”.

Há o reconhecimento de que, muitas vezes, cometeram atos de imprudência e de negligência,

“Tem vezes que o pessoal que trabalha à noite vai repousar, quem vem por último já acha a medicação preparada, tudo arrumado, é só fazer”.

“... às vezes, por exemplo, mesmo com a mão enluvada a gente acha que faz certo”.

Quando comentamos sobre algumas situações observadas que envolviam imperícia, imprudência ou negligência nas atividades de enfermagem, como a lavagem inadequada das mãos, punção de veias sem o uso de luvas, reencepe de scalps e agulhas, uso de máscaras como “babador”, andar de luvas pelo corredor, administrar medicação sem lavar as mãos, uso de desinfetantes para desinfecções de leitos sem saber qual era, resistência em usar os óculos durante procedimentos de emergência, dentre outras coisas e questionamos então sobre o não uso desses EPIs e porque ocorrem as situações supracitadas, a única resposta que ouvimos foi

“Olha, se eu soubesse que você estava olhando tudo...”

Depois, os participantes tentaram se justificar dizendo que estes fatos ocorrem devido à correria na qual trabalham. Aproveitaram a oportunidade para esclarecerem suas dúvidas, com relação à lavagem das mãos nos

banheiros das enfermarias, como proceder quando não tiver sabão, quanto a que produto desinfetante usar nas desinfecções.

Em relação à disponibilidade de material que facilitava o serviço e os hábitos, são feitas comparações do antes e o agora, sendo que este último parece ter ficado no esquecimento,

“Antes, em todas as enfermarias tinha uma cubinha com sabão e tinha papel-toalha. Então, era mais fácil de trabalhar. Tinha menos pacientes, menos serviço e toda vez que a gente ia fazer um procedimento, isso era meu hábito antes. De acabar de fazer um procedimento, ia no banheiro lavar a mão e enxugar a mão com papel-toalha, para fazer outro procedimento”.

3.2.3 – Imperícia, imprudência e negligência X responsabilidade:

Diante disso, questionamos sobre a ocorrência dessa mudança de hábito. Segundo os funcionários, a **responsabilidade** no trabalho, ou melhor, sua ausência ocorre, principalmente, em relação a abertura e a conferência de horários de medicação, por todos os plantões:

“Essa falta de horário é porque tem dia que se nós, de manhã, não abrimos, o da tarde e o da noite passa despercebido e eles não abrem...”.

como também o preparo e ministração das medicações:

“...tem muitos colegas, até velhos, pega prescrição do paciente, então a gente tem que prestar bastante atenção, porque tem medicação ali, que você tem que cortar, tem que repartir... e tem gente que dá inteiro: ‘ah, vou dar inteiro logo’”.

3.2.4 – Situações que envolvem o não respeito aos aspecto ético-legais:

Durante os diálogos, foram comentadas situações que envolviam o sigilo. Devido a isso, limitamo-nos apenas a citar os temas que foram discutidos, pois os funcionários que estavam participando das reuniões

concordaram em falar respeitando o sigilo da profissão, por se tratarem de assuntos delicados para serem falados fora daquele ambiente e que poderiam comprometê-los.

Também foi falado sobre os tipos de sigilo que conseguem identificar no dia a dia do hospital: o sigilo profissional e aquele da “classe de saúde”, ou seja, o sigilo que não expõe a instituição. Acreditam que isto é delicado no seu sentido ético, pois a prioridade é o sigilo institucional em detrimento do ser humano. Entendem que talvez isso ocorra devido ao medo de não conseguir argumentar por falta de conhecimento, medo da autoridade médica e medo por não conhecer as pessoas com quem se trabalha, ou seja, em quem confiar. Além disso, o principal medo é o de perder o emprego. Um grande questionamento presente nestes diálogos foi: até que ponto é ético ser sigiloso e até que ponto é ético denunciar? Isto porque:

“Muitas vezes numa denúncia, você vai expor muitas pessoas”.

Mas, se não denunciarmos, questionamos: seremos cúmplices?

Outro assunto abordado foi a quebra do sigilo relacionado ao diagnóstico do paciente. Foram relatados casos nos quais o diagnóstico do paciente foi falado em qualquer lugar, assim como a descrição de procedimentos realizados em hospitais, por profissionais de saúde, em transportes coletivos, quando saem do trabalho:

“Dentro do ônibus, a gente vê profissionais de saúde comentando o que se passou no hospital durante o dia. E eles contam assim, parece que estão fazendo gestos para chamar a atenção que eles trabalham em determinado lugar...”

3.2.5 – Outros assuntos que envolvem os aspectos ético-legais:

Além dos assuntos abordados e discutidos acima, ainda houveram outros, nos quais os participantes das reuniões pediram esclarecimentos. Questionaram se é correto administrar medicação ao paciente quando o médico faz solicitação verbal, sem prescrever no prontuário. Relataram casos ocorridos

em outros hospitais, e comentaram sobre um, em especial, onde existiu complicação do estado de saúde do paciente e os únicos punidos foram o auxiliar de enfermagem, que perdeu o emprego, e o enfermeiro, que recebeu suspensão. Também perguntaram como devem agir nas situações de emergência, com relação às medicações utilizadas.

Outro fato comentado foi sobre as anotações de enfermagem, que geralmente são feitas no final do plantão, e não na hora em que ocorre o procedimento ou a intercorrência:

“Outra coisa que o pessoal costuma fazer... é no período de seis horas, muita coisa deixa para anotar no final do expediente. Errado. Olha, tudo, se você for fazer, vai pondo do lado, vai anotando. Porque a gente não sabe, de um segundo para outro, o que pode acontecer”.

3.2.6 – A falta de união da profissão:

Quando os participantes do estudo comentaram sobre o sigilo, questionaram as atitudes dos médicos e o receio da enfermagem em encaminhar as situações vivenciadas. A conclusão a que chegaram é de que a enfermagem não é unida e é por isso que não se fortalece. Além disso, também reconhecem que não irão conseguir muita coisa, caso denunciem:

— Eu pessoalmente não faço nenhuma denúncia. Porque eu já sei que não vou ganhar.

— Eu também não faço. Eu vou ficar sozinha, lá na briga, eu vou perder. Então, é melhor eu ficar quieta”.

CATEGORIA 4: PERCEBENDO AS CONDIÇÕES PESSOAIS DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM

Nesta categoria iremos mostrar como os participantes do estudo abordam as questões relacionadas às suas condições pessoais para exercerem o trabalho da enfermagem. Durante os diálogos, foi possível detectar que essas condições dizem respeito à sua saúde, à atenção para o trabalho, ao conhecimento e ao desconhecimento dos riscos a que estão sujeitos e que envolvem as habilidades, o preparo e o conhecimento; enfim, tudo que possa

ter relação com a sua própria pessoa e que acaba interferindo no desenvolvimento de suas atividades.

Subcategoria 4.1 – Apontando condições pessoais como requisitos para cuidar:

Nas falas, os participantes vão delineando alguns requisitos que consideram importantes para a realização do cuidado, tais como ter conhecimento profissional, conquistar a confiança do paciente, colocar-se no lugar dele, estar bem consigo mesmo, saber relacionar-se, estar em condições física e mental para o trabalho e para o cuidado:

“Eu acho que primeiramente tem que ter conhecimento profissional. Tem que saber, ter confiança. Lembrar que é uma vida, um ser humano...Você tem que conquistar a confiança dele. E tem que se colocar no lugar dele, da sua dor”.

“Antes de mais nada, devemos estar bem com a gente mesmo, para que você possa ver o paciente em todo. Quando você tem paciência e sabendo ter um relacionamento humano, é mais fácil poder cuidar deles”.

“Primeiramente, eu tenho que estar em condições física e mental para trabalhar e cuidar de uma pessoa”.

Outro requisito importante é não misturar problemas de casa com os do trabalho, que podem afetar o lado psicológico:

“Nunca misturar problemas de casa com o serviço, pois temos que estar tranquilos, principalmente o psicológico”.

O entrosamento com o grupo de trabalho depende muito da pessoa, mas os problemas existentes devem ser resolvidos em equipe. Os funcionários consideram também importante o companheirismo, e ainda, serem tratados com educação, tanto pelos colegas como pelos seus superiores.

Consideram importante conhecer as pessoas com quem se trabalha na equipe porque desta forma saberão em quem confiar e o que podem conversar com cada uma:

“Dependendo da pessoa que a gente está em equipe, não deve comentar com ela... Se você já sabe que é uma pessoa que guarda sigilo, é melhor não comentar também”.

Subcategoria 4.2 – Reconhecendo que existe conhecimento e desconhecimento sobre situações de risco ocupacional e acidente de trabalho:

4.2.1 – Situações de risco e acidente:

Ao definirem o que seria risco ocupacional e acidente de trabalho, a maioria dos participantes mostra que conhecem situações que podem oferecer risco e/ou ocasionar acidente de trabalho. Eles referem que estes ocorrem quando há pressa para executar as tarefas, quando há manuseio inadequado de objetos perfuro-cortantes e materiais biológicos, quando há desrespeito às medidas de isolamento preconizadas, quando não se tem o material necessário para o trabalho ou quando não sabem utilizá-lo:

“Acidente de trabalho vai ocorrer... quando a pessoa trabalha sem paciência”.

“A gente se contamina quando trabalha rápido”.

“Acidente não passa de contaminação com agulha, sangue ou secreção”.

“Risco de trabalho é ser imprudente ou não dar atenção às orientações de perigo e por não agir com precaução. Isso nos leva a acidente de trabalho”.

“Risco de trabalho é não ter conhecimento de certos materiais que vai utilizar”.

“Risco de trabalho é não usar EPI, quando tem, por ignorar”.

“[Quando há] a falta de material você corre o risco, você está mais exposto a se contaminar, ser contaminado e também a gente fica estressado de ficar procurando material e não encontra, e corre atrás e perde tempo e não rende o trabalho”. (A. E.)

O risco de trabalho pode ter relação com a exposição ocupacional à doença infecto-contagiosa, radiação e a produtos químicos e quimioterápicos:

“... é trabalhar com paciente portador de doença infecto-contagiosa, manipular material contaminado, ficar exposto a Raios-X, materiais químicos, inclusive quimioterapia”.

O desrespeito às medidas de isolamento por parte dos médicos, a demora em comunicar o diagnóstico do paciente e os resultados de exames dos pacientes internados também colocam em risco ocupacional:

“Na admissão do paciente, sem diagnóstico sempre, descobre-se que o mesmo é portador de doença infecciosa. Já passamos muitos dias, sem nenhuma proteção, com o paciente”.

Alguns funcionários afirmam que as atividades de cuidados rotineiros, inclusive o que exigem uso de EPIs, faz com que haja despreocupação quando da sua execução, por sentirem-se imune às doenças contagiosas:

“Gente, eu já estou tão acostumado com essa clínica, que eu nem não...”

“Eu também não me preocupo mais com esse negócio [risco ocupacional]. Acho que já estou imune”.

O acidente de trabalho também incluem aqueles que ocorrem no percurso de casa para o serviço e vice-versa.

4.2.3 – Exposição a risco ocupacional por não cuidar de si:

Durante as definições de risco e acidente de trabalho, os funcionários reconheceram que às vezes eles ocorrem por falta de cuidado consigo mesmo, ou seja, descuidando-se, arriscando-se:

“Risco é fazer os procedimentos com rapidez, esquecendo de si mesmo”.

“Acidente é quando acontece mesmo você sabendo que pode se contaminar e não tem o cuidado de prevenção necessária. É falta de atenção ou mesmo descuido consigo mesmo”.

“Se você está prestando o cuidado para um paciente, muitas vezes se esquece de si e cuidando assim, você está arriscando sua própria vida”.

A sobrecarga de trabalho leva ao descuido de si e apesar de reconhecerem esse risco, ao abordarmos sobre a lavagem das mãos ouvimos falas nas quais referem não terem tempo para lavarem as mãos devido ao volume de trabalho:

“Você está com aquele monte de pacientes, como ontem. Ontem eu trabalhei, eu me desgastei”.

“Olha, às vezes não dá nem para você lavar as mãos”.

4.2.3 – Risco ocupacional X acidente de trabalho:

Apesar da maioria dos participantes do estudo definirem corretamente o que era risco ocupacional e acidente de trabalho, alguns ainda os confundiam:

“Risco é a contaminação do paciente para o funcionário da área”.

“Acidente é cuidado, principalmente com a tarefa que está executando, principalmente em se tratando de doença contagiosa”.

“Risco é você se contaminar, se furar com agulha”.

Diante desta situação esclarecemos os participantes sobre as definições corretas, partindo do que havia saído do grupo.

Subcategoria 4.3 – Reconhecendo que as condições pessoais para o trabalho podem influenciar no risco ocupacional:

Os participantes relataram que a falta de repouso ou de descanso pode levar ao stress, causar mau humor e cansaço, diminuir a atenção para o trabalho e o rendimento para o trabalho, além de colocar o paciente em risco:

“A falta de repouso [faz com que] você fique sem rendimento para o trabalho”.

“[Corre-se maior risco no dia em que você dá plantão] porque você fica cansada, você não produz, você corre risco para você e para o paciente”.

A falta de repouso pode interferir na qualidade do cuidado e levar a erro ou a acidente:

“Nunca ninguém vai conseguir seguir tudo que o prontuário pede, se ele não tiver repousado ou dormido pelo menos seis horas. O paciente corre o risco de ser medicado com o remédio errado”.

Reconhecem que às vezes fazem as coisas erradas, por não pensar:

“Eu acho assim que nem não conta, que a gente faz a coisa errada. Eu acho que a gente faz muita coisa sem pensar. Aí que a gente erra”.

“Cuidar de paciente sem lavar as mãos, quando acabou de sair de um quarto de um paciente de HIV ou tuberculose; é pegar e atender o telefone”.

O fator salarial também contribui para a falta de descanso, pois muitos funcionários necessitam ter mais de um emprego devido ao baixo salário; levando ao desgaste físico e cansaço e estando propensos a riscos e a acidentes,

“[É necessário ter] salário digno, para não precisarmos de ter mais de um emprego, pois na maioria das vezes já chegamos desgastados, tanto física quanto psicologicamente, estando mais propensos a acidentes de trabalho”.

“A maioria [dos funcionários] do hospital está estressado e é obrigado a trabalhar em dois empregos, ou de outra forma para arrumar mais dinheiro”.

O problema da falta de material, já comentado na categoria 1, também pode provocar, além de stress, acidente durante o trabalho, pois a responsabilidade para o cuidado continua presente, mesmo que não haja material:

“Por falta de material a gente vai deixar de prestar alguns cuidados para o paciente? Não. É a hora que corremos o risco de algum tipo de contaminação”.

Subcategoria 4.4 – Reconhecendo o saber como uma das formas de prevenir os riscos ocupacionais e/ou acidentes de trabalho:

Os funcionários reconhecem que deve-se ter cuidado com todos os pacientes e que mesmo realizando o cuidado de enfermagem de maneira adequada, existe a possibilidade de risco de acidentes. Por isso, consideram que o conhecimento é um importante fator de segurança, pois leva à realização de procedimentos de risco com a proteção necessária:

“[Devemos] tratar todos os pacientes com o mesmo cuidado”.

“Se tiver conhecimento técnico, você está mais seguro”.

“[Devemos ter] conscientização dos riscos que corremos se não usarmos os EPIs”.

Subcategoria 4.5 – Comentando sobre os riscos ocupacionais a que podem estar expostos ao realizarem os cuidados de enfermagem:

Durante os diálogos sobre os riscos e acidentes de trabalho, surgiu a oportunidade dos participantes comentarem acerca de situações vivenciadas envolvendo os riscos da contaminação. Segundo os mesmos, estes podem estar relacionados à organização; manutenção deficiente de equipamentos; limpeza e desinfecção deficiente de superfícies e equipamentos; falta de material, inclusive EPIs, ou ao uso inadequado deste último. Referem que é comum pessoal da enfermagem auxiliar em exames de Raios-X, às vezes sem a devida proteção.

Subcategoria 4.6 - Relatando acidente de trabalho:

Os acidentes de trabalho relatados eram relacionados principalmente ao manuseio de agulhas; alguns referem já terem se acidentado por várias vezes,

“Eu fui puncionar uma veia de um paciente adético e usei um abbocath. Com luva, tudo, eu já sabia do caso. E eu estava calçada com um sapato de furinho. Na hora em que fui colocar o mandril na cuba, o paciente agitou, bateu na cuba, a cuba caiu e a agulha caiu bem assim, no buraquinho do sapato. Olha, mas foi certinho no buraco e fincou no meu pé. Eu fiquei apavorada, tirei o sapato rapidinho”.

Subcategoria 4.7 - Referindo problemas de saúde que provavelmente tiveram por origem atividades ocupacionais:

No contexto apresentado neste estudo, as condições descritas ocorrem simultaneamente e podem afetar a saúde do trabalhador de enfermagem que deixa inclusive de satisfazer suas necessidades básicas, principalmente as fisiológicas:

“[A sobrecarga de trabalho é tão grande que] não dá nem tempo de urinar. Eu já tive problema sério com isso”.

Já foi demonstrado que o stress é uma constante dentre os funcionários das unidades. Foi falado da importância da saúde para o trabalho e entretanto, existem muitos funcionários doentes. E essas doenças, como as cardíacas, podem ter sido originadas das tensões e atritos que vivenciam ao exercerem as atividades da enfermagem,

“O que mais tem nos auxiliares de enfermagem é o que? Pelo menos quando um de nós tem problema cardíaco, é por que? Por causa da tensão que eles passam todos os dias. Quem não tem problema! É raro quando a gente ouve alguém que fala que não tem problema. Até eu, que era bem, hoje em dia até sofro do coração. Agora já melhorei, já estou boa. Mas assim, muita gente não fala, mas é quem ali trabalha, vai acumulando, chega.... não é que a gente... mas é uma resposta, uma resposta que o próprio organismo coloca para o que a gente passa”.

C - APONTANDO SOLUÇÕES PARA MELHORAR O CONTEXTO DE TRABALHO

Neste tema serão elencadas as soluções apontadas pelos participantes deste estudo com relação às condições de trabalho e ao resgate da biossegurança. Também será mostrada a proposta de ações educativas que foi elaborada pelos mesmos, a partir dos diálogos nos quais foi abordada toda a problemática da biossegurança e sua relação com as condições de trabalho, condições profissionais e pessoais comentadas nas outras categorias.

CATEGORIA 1 - APONTANDO SOLUÇÕES PARA MELHORAR AS CONDIÇÕES DE TRABALHO:

Nesta categoria iremos mostrar as soluções sugeridas pelos participantes do estudo relacionadas com os problemas institucionais, profissionais e pessoais. As sugestões para os problemas profissionais foram difíceis de serem separadas do institucional e do pessoal. Estão mescladas em ambos.

Subcategoria 1.1 – Apontando soluções para os problemas institucionais e profissionais:

1.1.1 – Com relação às condições de trabalho:

Sugerem que a instituição tenha interesse por um trabalho de qualidade, oferecendo apoio e condições para tal. Referem a necessidade de treinamentos freqüentes e sugerem cursos com carga horária que aumente o nível de salário e cultural. Reivindicam melhores salários, respeito, redução da carga horária, liberdade para a escolha do descanso e do dia de folga e não sobrecarregar os funcionários, contratando número suficiente dos mesmos. Quando da ocorrência dos treinamentos, pedem que a carga horária de trabalho seja diminuída, para não haver sobrecarga de atividades.

Sugerem a constituição de uma equipe especificamente treinada para realizar as desinfecções de equipamentos de uso no paciente e de uma equipe volante para realizar atendimentos de urgência, com todo os materiais e equipamentos necessários, que devem permanecer sob a responsabilidade dessa equipe.

Solicitam que o enfermeiro se torne fixo nas unidades, e que tenha conhecimento das normas e rotinas do hospital, para que o trabalho em equipe aconteça com segurança e com o seu apoio. Sugerem que ele receba inclusive treinamento de habilidades técnicas e que haja a cobrança do que é direito e obrigação do funcionário. Acham a organização importante para o trabalho e solicitam que a sala de curativos seja utilizada somente para esse fim e que seja providenciado outro local para a guarda de soros.

Com relação aos materiais, sugerem que sejam atendidas as reivindicações da CCIH e que eles sejam em quantidade suficiente para que não seja necessário improvisarem e/ou andarem longas distâncias atrás dos mesmos. Acham também importante a cobrança aos supervisores e/ou superiores com relação aos EPIs necessários para utilizarem adequadamente as medidas de biossegurança.

1.1.2 Com relação ao trabalho em equipe, esperam encontrar:

“... uma equipe com o mesmo ideal, com vontade de mudar alguma coisa e que leve o serviço a sério, mesmo com dificuldades”.

Acreditam ser importante a conscientização do grupo de que o trabalho em conjunto é muito importante, assim como a existência de união, que favorece um bom ambiente de trabalho, diálogo, companheirismo, coleguismo, solidariedade e vontade de mudar em grupo o que está errado.

“A união é tudo para poder fazer um bom ambiente de trabalho” .

“Ser equipe e não **equipe**”.

Solicitam ainda maior apoio, observação, colaboração e conhecimento do enfermeiro, bem como compreensão por parte da chefia. Acham importante o recebimento de elogios pelas coisas boas que praticam. Sugerem também que a passagem de plantão seja melhorada, ocorrendo com a equipe completa e que tudo seja passado, desde a diagnóstico do paciente até as intercorrências.

Subcategoria 1.2 – Apontando soluções para os problemas relacionados a si próprio:

1.2.1 – Com relação aos requisitos pessoais para cuidar:

Acham importante que tenham maior atenção e conhecimento do que é certo e do que é errado, com relação aos riscos e acidentes de trabalho; fazer o seu trabalho com consciência e segurança, de acordo com instrução técnica, da melhor maneira, com carinho, dando atenção e conforto ao paciente. Sentem a necessidade de querer mudar e fazer alguma coisa para melhorar o

serviço, mesmo que sejam criticados. Procuram fazer da melhor maneira o que depende de cada um.

Sugerem que sejam feitos todos os cuidados com atenção, especialmente nas atribuições que realizam para não se contaminarem, inclusive com o uso dos EPIs quando punccionarem veias, manejarem secreções e material cortante.

Para o resgate da biossegurança durante o cuidado de enfermagem, acreditam que uma das formas pode ser através da aplicação de todos os métodos que aprenderam e do reforço daquelas medidas que já sabem e não estão sendo feitas por falta de motivação. Dão ênfase à saúde pessoal e acreditam que estar mais tempo junto da família propicia o descanso e melhora o desempenho no trabalho. Sugerem ainda que não sejam misturados problemas de casa com os de trabalho.

1.2.2 – Com relação aos problemas de saúde que apresentam:

Sugerem a realização de exames médicos periódicos e conversas com psicólogo.

CATEGORIA 2 – APRESENTANDO UMA PROPOSTA DE AÇÕES EDUCATIVAS

Os participantes do estudo elaboraram de forma conjunta uma proposta de ações educativas que contemplou os assuntos comentados e conversados durante os diálogos. Esta apresenta conteúdos que dizem respeito não somente à biossegurança, mas também a tudo que a envolve. Aborda desde a importância da biossegurança, do cuidado consigo mesmo, de conhecer sobre os riscos e os acidentes ocupacionais, do que é importante e necessário para um bom cuidado de enfermagem, do conhecimento sobre a CCIH (Comissão de Controle a Infecção Hospitalar) e a CIPA (Comissão Interna de prevenção de Acidentes) e finalmente das relações humanas para o trabalho, que recomendam também para as chefias do hospital. Sugerem que a avaliação seja participativa e não somente teórica. A seguir, apresentamos a proposta.

**PROPOSTA DE AÇÕES EDUCATIVAS EM BIOSSEGURANÇA ELABORADA
PELOS MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARTICIPANTES DO
ESTUDO**

Clientela: Profissionais da Enfermagem.

Local: Hospital

Período: A definir, devendo ser repetido periodicamente

Tempo de realização: Duas horas por dia, 2 vezes na semana, no horário de serviço, de caráter obrigatório. Se fora do horário, receber hora-extra.

Objetivos: - Melhorar a assistência;

- Proporcionar conhecimento em relação à Biossegurança;
- Proporcionar melhora das relações humanas no trabalho.

Estratégia: Oficinas dialogadas

Uso de técnicas motivadoras

CONTEÚDO

1 - Introdução:

- a) Importância da proteção do funcionário e do paciente;
- b) Importância da segurança para o trabalho.

2 - Importância do cuidado de si:

- a) Saúde individual;
- b) Prazer para o trabalho;
- c) Respeito à própria saúde;
- d) Importância do repouso adequado;
- e) Importância do lazer.

3 - Diferenças entre risco e acidente de trabalho:

- a) Como e quando ocorrem.

4 - Cuidado de Enfermagem:

- a) *Técnicas gerais de cuidados;*
- b) *Conhecimento das doenças que mais acometem os pacientes, que oferecem risco para a equipe: Microorganismos causadores e transmissão;*
- c) *Soluções mais usadas no ambiente hospitalar: para curativos, desinfecções e esterilizações;*
- d) *Mecânica corporal;*
- e) *Medicações de uso nos pacientes: Enfoque para as novas e para os quimioterápicos;*
- f) *Aspectos éticos e legais do cuidado;*
- g) *Manipulação de equipamentos e materiais;*
- h) *Uso de Equipamentos de Proteção Individual;*
- i) *Conhecimento das normas e rotinas do hospital;*
- j) *Manipulação das nutrições enterais;*
- l) *Emergência;*
- m) *Controle de infecção;*
- n) *Lavagem das mãos;*
- o) *Noções sobre Isolamento.*

5 - O que é C.C.I.H. e C.I.P.A.**6 - Relações Humanas para Funcionários e Chefias:**

- a) *Importância do trabalho em equipe: Comunicação; interação; relacionamento do grupo e continuidade;*
- b) *Aspectos ético-legais;*
- c) *Postura no trabalho;*
- d) *Importância do elogio;*
- e) *Liberdade e autonomia para o trabalho;*
- f) *Direito ao conhecimento.*

Avaliação:

- *Presença e pontualidade;*
- *Elaboração de questionário, a ser aplicado aos treinandos;*
- *Mudança ocorrida no trabalho;*
- *Avaliação durante o trabalho.*

"BIOSSEGURANÇA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM"



7 – REFLETINDO SOBRE OS ACHADOS À LUZ DO MARCO TEÓRICO

Neste capítulo, refletiremos sobre os documentos da instituição, as condições profissionais e pessoais que podem interferir na realização do cuidado de enfermagem.

7.1 – QUANTO AOS DOCUMENTOS DA INSTITUIÇÃO E À RESPONSABILIDADE DA MESMA PERANTE OS PROBLEMAS LEVANTADOS:

A política da organização, conforme os documentos consultados, propõe o oferecimento de assistência integral ao paciente, família e comunidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no processo saúde-doença; a existência de uma equipe integrada de saúde, respeitando-se as normas éticas; e o preparo de pessoal para oferecer atendimento de qualidade.

Com relação à assistência, determina que ela deve ser pautada no atendimento às necessidades da comunidade; proporcionar os recursos instrumentais necessários; compatibilizar com os recursos humanos e financeiros para uma melhor assistência; adaptar as instalações e equipamentos para atender às necessidades de funcionamento; reduzir ou eliminar atividades insalubres e os riscos de contaminação hospitalar. Faz referência também, à participação dos funcionários da instituição no processo decisório e no planejamento das atividades específicas.

Na prática, o que podemos constatar é que existem problemas relacionados ao atendimento à saúde da comunidade que procura o hospital. Isto porque os recursos, em geral, necessários à realização de um cuidado de qualidade estão deficientes. O pessoal, especialmente o de enfermagem, carece de número e preparo técnico adequados; Os equipamentos e instalações, necessita de manutenção; O risco de acidentes de trabalho e de contaminação no ambiente hospitalar, estão presentes, conforme foram relatados.

Diante de tal situação, constatamos que as condições de trabalho encontradas não diferem daquelas citadas por Pires (1992, p. 10), que após ampla revisão de literatura, concluiu que

“... os hospitais são considerados pela maioria dos autores analisados como locais de risco, isto é, que expõe os trabalhadores que lá executam as suas atividades a riscos de dois tipos: riscos relacionados à infra-estrutura física e aos serviços básicos de manutenção de uma instituição, bem como riscos relacionados à característica essencial da instituição que é o atendimento a pessoas portadoras de algum tipo de doença ou dano físico ou emocional”.

O Regimento Interno abrange pontos norteadores para o exercício de um trabalho de qualidade. Entretanto, depende das pessoas que administram a instituição viabilizá-los, mantendo os documentos para consulta nos vários setores e cobrando para que seus princípios sejam respeitados.

No hospital estão institucionalizados os serviços de controle de infecção hospitalar (CCIH), de prevenção de acidentes (CIPA), o serviço de saúde do trabalhador, e a Comissão de Ética. Quais são suas atribuições? Por que existem tantos problemas relacionados a esses setores? Quem os compõem? Estarão atuando efetivamente naquilo que lhes compete? Os riscos ambientais estão presentes e foram relatados neste estudo; as estruturas física e ergonômica são deficientes; existem problemas ético-legais preocupantes, como referidos anteriormente. Então perguntamos: qual é o compromisso da instituição para com seus funcionários e com a comunidade a qual atende?

A educação em serviço também é de responsabilidade da instituição. Se o hospital, conforme seu Regimento Interno, é um campo de treinamento no que se refere ao aspecto organizacional e administrativo e ao preparo de pessoal de nível médio e auxiliar, que exemplo de formação está oferecendo? Que tipo de profissionais estará formando, uma vez que estão sendo verificadas

situações que envolvem aspectos de preparo inadequado de pessoal para atuar nos próprios serviços?

Com relação à existência de uma equipe integrada de saúde, isso poderá ser possível quando o diálogo entre os vários profissionais que atuam no hospital prestando o cuidado à saúde for efetivo e houver, ainda, colaboração multiprofissional durante a execução das várias atividades realizadas com o paciente. Deste modo, com a existência da equipe multiprofissional, quem ganhará é a comunidade e em especial, o paciente, que receberá cuidados de forma mais completa.

Os documentos da instituição, presentes neste estudo, foram elaborados há mais de dez anos. Não foram atualizados até então, em relação às atribuições da enfermagem, segundo a Lei do Exercício Profissional desta categoria. Estas atribuições determinam as competências apenas do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem, não fazendo referência ao técnico de enfermagem. Apresenta seus deveres e as responsabilidades referentes à organização do serviço de enfermagem, à resolução de problemas administrativos e assistenciais e à educação em serviço. Infelizmente os documentos referentes a estes assuntos não estavam disponíveis para consulta nas unidades onde ocorreram o presente estudo. Acreditamos que, se os enfermeiros das unidades o conhecessem e tivessem acesso para consulta, sempre que necessário, o seu trabalho se tornaria mais fácil, pois ele fornece pontos norteadores para as atividades da enfermagem.

Com relação à enfermagem, existem aspectos relativos à liderança que interferem na qualidade do cuidado realizado. Liderança esta, não só do enfermeiro responsável pelos setores, mas, no nosso ponto de vista, também dos que organizam o serviço de enfermagem como um todo, que são de responsabilidade institucional. A alta rotatividade dos enfermeiros e os freqüentes remanejamentos podem demonstrar a dificuldade de gerenciamento, quando não se tem quantidade suficiente de pessoal ou quando existem sempre pessoas novas que podem estar despreparadas para assumir o cuidado de enfermagem, em determinados setores.

A adaptação, nestes casos, é problemática, pois exige tempo para se conhecer as rotinas existentes nos setores, especialmente quando não existe normas norteadoras das atividades, o que interfere drasticamente na

organização do trabalho e no próprio trabalho em equipe. Como é possível exercer as atividades de cuidado em equipe, se o próprio grupo não se conhece e por não existir objetivos comuns no trabalho?

A dificuldade de liderança encontrada pelos enfermeiros na prática, pode estar relacionada ao fato de que elea, ao assumirem posição de mando, têm que satisfazer, simultaneamente, o que determina a administração do hospital – produtividade e lucro; o que os seus subordinados esperam dele – gerenciar a unidade, determinar e supervisionar as atividades de enfermagem, prestar cuidados aos pacientes; atender à equipe médica de sua unidade; atender e orientar os familiares dos pacientes e realizar atividades de cuidado aos pacientes. Em todas estas situações lhe é cobrado competência e habilidade, mas nem sempre o enfermeiro recebe, ou recebeu, orientações necessárias para um bom desempenho, principalmente, no caso de ser recém-formado.

Esta é a situação encontrada nas unidades onde realizamos nosso estudo. Por quê os enfermeiros não receberam a devida orientação, ou supervisão, quando hierarquicamente estão subordinados à uma chefia imediata e a uma gerência, e existir o setor de educação continuada no hospital? Será que estes são fatores preponderantes no contexto descrito? O que, ou como, poderia ser melhorado? Que atitudes tomar, institucionalmente?

Outro aspecto que envolve a organização do trabalho e está relacionada ao aspecto organizacional da instituição, é a confecção de escala de trabalho mensal que não atendem os dias de folga escolhidos pelos funcionários; a elevada carga horária de trabalho e o tempo escasso para reuniões. Ora, se nós não nos reunirmos, enquanto equipe, como poderemos ter a visão do todo, dos problemas que envolvem a equipe e as pessoas? Desta forma, poderia ser estabelecida a integração do grupo e o delineamento dos objetivos de trabalho, das metas e estratégias para atingi-los, superando as dificuldades.

Como, também, conhecer o desempenho dos funcionários, sem que haja planejamento e acompanhamento adequado por parte do enfermeiro responsável, ou pelo enfermeiro do setor de educação em serviço? Como melhorar a qualidade do cuidado oferecido se não ouvirmos os medos, dúvidas e ansiedades dos funcionários com relação às suas atividades? Reiteramos o questionamento dos funcionários que participaram deste estudo: qual o

verdadeiro papel da educação continuada? Diante disso, qual o compromisso e responsabilidade da instituição perante a situação problemática encontrada e descrita no presente estudo?

Percebemos que os problemas envolvendo a equipe de enfermagem fazem parte de um contexto maior, ou seja, o hospital, sua administração, enquanto gerenciadora não só dos recursos humanos, mas provedor das condições de trabalho oferecidas aos seus funcionários, em todos os setores. Será que é somente o serviço de enfermagem que enfrenta problemas? E os outros setores, como estarão?

Acatamos com o maior prazer as sugestões dos participantes deste estudo com relação à melhora das condições de trabalho, no que é pertinente à instituição. Demonstram que o grupo refletiu sobre os problemas e procurou soluções possíveis para a resolução de problemas que enfrentam do dia a dia do trabalho.

As questões éticas presentes no trabalho da enfermagem também dizem respeito à instituição, pois permeiam todo o contexto do estudo e devem ser consideradas como tema central para um processo reflexivo que envolva não só os profissionais da enfermagem, mas todos aqueles que atuam junto ao paciente: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, enfim, todos aqueles que possuem a responsabilidade do cuidado ao paciente. Talvez, então, tenhamos a resposta para uma pergunta que nos preocupa desde que começamos a análise dos dados: De quem é o compromisso do cuidado seguro ao paciente?

Com relação ao comportamento ético, Benoliel apud Kalakun et al. (1995, p. 40) refere que para existir “um modelo de ambiente de trabalho, com responsabilidades e direitos morais”, é necessário uma equipe integrada de profissionais, cujo relacionamento igualitário deve incluir companheirismo e reciprocidade.

7.2 – QUANTO ÀS CONDIÇÕES DO LOCAL DE TRABALHO:

Os dados mostram que as condições de trabalho relacionadas aos recursos humanos, aos recursos materiais e aos recursos ambientais ocorrem simultaneamente. Isto tudo reflete na qualidade do cuidado oferecido aos

pacientes, que em decorrência da situação encontrada, pode ocasionar riscos para os membros da equipe de saúde, em especial os da enfermagem, devido à falta de oferecimento de treinamento em biossegurança, regular, haja vista que o último ocorreu há pelo menos três anos, segundo informação fornecida pelos funcionários.

A organização do trabalho apresenta problemas relacionados com o número de funcionários e sua distribuição, para atender à demanda das atividades de cuidado de enfermagem. A divisão do trabalho de enfermagem encontrada não foge à referida por Almeida (1989). Existe uma “equipe de enfermagem” que realiza as ações de cuidado junto ao paciente, que comumente são divididas por tarefas. No caso deste hospital, esta é uma das formas encontradas para suprir às necessidades de atendimento, devido ao número insuficiente de funcionários. Quando não há afinidade entre as pessoas que compõem a equipe, o trabalho torna-se individualizado ou é realizado por pequenos grupos.

O remanejamento de funcionários, que ocorrem com frequência para suprir às necessidades das unidades de internação, pode levar ao mau funcionamento da equipe de enfermagem, por desestruturar-se em decorrência de ter, como parte do grupo, pessoas com quem convivem esporadicamente.

O outro fator comentado que também leva à desestruturação da equipe é a substituição de pessoas, que colaboram para a coesão e interação do grupo, por pessoas de difícil relacionamento. Nestes casos, as três necessidades fundamentais para a integração do grupo, referidas por Mailhiot (1985) – necessidade de inclusão, de controle e de afeição – podem não ser atendidas e afetar o clima organizacional e o desempenho para o trabalho.

A alta rotatividade dos enfermeiros contribui para a dificuldade de se trabalhar em equipe. Como não conhecem os documentos norteadores, referentes às suas atribuições na unidade pelo qual é responsável, cada um age de acordo com seus princípios técnicos e éticos, apesar de, muitas vezes, não possuírem, ainda, experiência suficiente para assumir unidades complexas de atendimento aos pacientes. Isto gera insegurança e dificuldades para liderar o grupo.

A falta de liderança pode ter reflexo nas atividades de organização da unidade: não existência de continuidade das atividades de organização e

higiene dos setores, problemas com a passagem de plantão e descumprimento de escalas de tarefas. O diálogo, dificultado ou inexistente, contribui para a ocorrência dos problemas supracitados. Um dos princípios do trabalho em equipe é a boa comunicação. O que fazer quando esta encontra-se dificultada? Como proporcionar o ambiente tranquilo e motivador para a execução prazerosa das atividades de cuidado, se os problemas trazem desavenças e discussões entre equipes? Como fazer com que o enfermeiro consiga superar suas dificuldades e coordene adequadamente a equipe pela qual é responsável?

Estes questionamentos devem ser feitos se quisermos recuperar a motivação e o prazer para o trabalho. Para tanto, é necessário que os supervisores destes enfermeiros assumam o seu papel de educadores e resgatem valores tão importantes para o cuidado, como o diálogo, o respeito e a responsabilidade. Ao nosso ver, este é o caminho para uma liderança eficaz, que se presente, modifica positivamente o ambiente de trabalho.

O preparo adequado dos recursos humanos para a realização das atividades de cuidado é outro fator que interfere no trabalho em equipe. Como executar um cuidado seguro quando não se sabe como realizá-lo? É necessário que sejam enfatizadas as formas pelas quais ele pode ser feito. E a observação das atividades de cuidado desenvolvidas pelo funcionário, pode servir de ponto de partida para uma reflexão dialogada sobre as ações praticadas, e culminar na modificação de comportamento. É importante o papel da Educação Continuada nestas situações. É dela que deve partir a iniciativa para o preparo da equipe.

Segundo Hoefel & Schneider, 1997, é da educação que depende a transformação das atitudes e a informação é a “base para a conscientização, não só dos trabalhadores, mas também dos administradores hospitalares.” (p. 353). Comentam que os profissionais de saúde que atendem os pacientes devem utilizar os EPIs e seguirem as medidas de prevenção e, também, devem exigir os EPIs e as condições adequadas para trabalhar com segurança.

A competência técnica para o desenvolvimento das atividades de cuidado, bem como a existência de princípios éticos por parte dos membros da equipe de enfermagem são importantes para a realização do cuidado. Para tanto, é necessário que estas pessoas sejam preparadas para exercerem suas atribuições. O que percebemos no decorrer deste estudo, foi que o preparo para

aqueles funcionários que entraram nos últimos anos na instituição parece não ter sido adequado.

Encontramos uma animosidade entre os funcionários mais antigos e os novos, que tem refletido na interação grupal. Este fato pode trazer ainda conseqüências para o cuidado, quanto às orientações que são, ou que deixam de serem fornecidas referentes ao paciente, à organização unidade ou ao cuidado oferecido ao paciente e consigo mesmo. Deste modo, vimos que a passagem de plantão é problemática, a lavagem das mãos é deficiente e o uso de EPIs nem sempre é adequado, bem como a continuidade das atividades, especialmente as de organização da unidade, não ocorrem satisfatoriamente. Esta última traz reflexos para a provisão e previsão dos materiais usados na unidade e para a manutenção adequada dos equipamentos e instrumentais.

É importante, também, que o enfermeiro responsável pela unidade tenha visão do todo e consiga detectar as falhas de sua equipe, para que possa corrigi-las e prover a unidade daquilo que é necessário para o cuidado seguro, uma vez que isto está previsto no Regimento Interno da Instituição.

Com relação aos EPIs, é importante que os membros da equipe de enfermagem recebam orientação adequada sobre sua utilização e os tenham disponíveis em quantidade suficiente para o atendimento aos pacientes. Os óculos protetores são em pouca quantidade e não fornecem boa visão, quando em uso. Porque então não fazer um parecer técnico e solicitar outro, de melhor qualidade? Quanto aos outros EPIs, serão comentados quando falarmos sobre o risco ocupacional.

Bulhões (1994) refere que os estudos sobre acidentes ocupacionais mostram que as regras de segurança tornam-se insuficientes “se os materiais não são corretamente utilizados e se a (des)organização do trabalho impede sua aplicação (p.170).

O ambiente de trabalho é tão importante quanto a organização da unidade. Este é influenciado pelo modo de gerenciamento e administração da equipe e também pela política da instituição. Os funcionários comentaram sobre o ambiente ser ruim para o trabalho. Além de afetar o relacionamento das pessoas, pode também interferir na saúde e bem estar para o trabalho, uma vez que a saúde pessoal é influenciada por fatores internos e externos ao ser humano, possuindo relação com o ambiente onde está inserido.

O trabalho, possuindo natureza relacional, faz com que o ambiente social seja determinado pelas formas como a pessoa vê e realiza suas atividades laborais. No contexto descrito, ele encontra-se pouco propício para o exercício da socialidade, da interação, da harmonia da cumplicidade e do zelo, pela falta de objetivos comuns para o trabalho e pela animosidade entre alguns membros da equipe de enfermagem, que interferem no grupo e no relacionamento com outras equipes. O quê está faltando para que isto ocorra? Tivemos a oportunidade de dialogar abertamente com os participantes deste estudo e pudemos perceber que eles querem ser ouvidos, valorizados e orientados nas suas dúvidas e angústias

Quanto às atitudes e sentimentos esperados e encontrados, questionamos: O diálogo existe entre os membros da equipe? E entre a equipe e as chefias? Por quê reclamam de atitudes como pressão, cobrança, diferenças de tratamento entre seus pares e certos chefes? Por quê reclamam de solidão, humilhação e descredibilidade quanto às atividades que realizam? O que falta para melhorar esta situação?

O diálogo franco e aberto, sem ofensas ou desrespeito à pessoas é considerado pelos funcionários como essencial para a união da equipe, além da confiança e do apoio por parte de seus superiores. Chanlat & Bédard (1996) abordam as regras da fala e a ética da palavra, como formas de garantir o bom diálogo, no qual a pessoa procura exprimir e comunicar uma imagem de si mesma e ser reconhecida como tal.

Acreditamos que para existir o grupo de trabalho as pessoas necessitam respeitar e serem respeitadas. A partir deste princípio, associado ao diálogo e à interação, podemos finalmente delinear objetivos comuns, aceitos por todos, para então construirmos uma verdadeira equipe de trabalho. Isso depende da boa vontade do grupo, da aceitação de cada membro como ele é, com seus valores, habilidades e crenças. É importante que o interesse pelo trabalho e a coesão grupal estejam presentes, além da vontade de mudar.

Outro fator, de fundamental importância, é o oferecimento de condições adequadas de trabalho, que se forem viabilizadas podem motivar o trabalhador de enfermagem a executar suas atividades com prazer. Dentre eles, os mais comentados foram: salário digno, descanso adequado com direito à escolha das folgas, bom relacionamento com os colegas, material adequado em quantidade

e qualidade para a realização do cuidado, organização do ambiente de trabalho, oferecimento regular de treinamentos para a equipe de enfermagem, dentre outros. Algumas destas podem ser viabilizadas a curto prazo. Outras demorarão um pouco mais. O importante foi detectar que os próprios funcionários apontaram os problemas que enfrentam no cotidiano do trabalho e conversaram sobre os mesmos. Isto motivou a participação e o diálogo nas nossas reuniões e mostrou que as soluções podem vir do próprio grupo.

7.3 – QUANTO AO CUIDADO OFERECIDO AOS PACIENTES, ÀS CONDIÇÕES PROFISSIONAIS E AS CONDIÇÕES PESSOAIS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.

Em nosso entendimento, não é possível falarmos sobre o cuidado oferecido aos pacientes sem abordar conjuntamente as condições profissionais e pessoais dos trabalhadores da enfermagem. Isso porque o ser humano, pluridimensional, que vive várias dimensões de sua realidade num mesmo instante, não se divide ao executar as atividades de cuidado ao paciente. Apresenta simultaneamente sua condição pessoal e profissional e age segundo seus princípios éticos e técnicos para realizá-las.

Neste estudo, os funcionários definiram o cuidado ao paciente de várias maneiras, mas apresentaram requisitos para cuidar: ter habilidade técnica, respeito, atenção, diálogo, tratar com educação. Apontaram ainda as atividades rotineiras da enfermagem: verificação de sinais vitais, trocas de leito, higiene do paciente, ministrar medicações. Entretanto, não consideraram o auxílio à alimentação do paciente como parte dessas atividades. Será que foi esquecimento? Comentaram ainda sobre as disfunções que a enfermagem assume: atender telefone, ser “recadista” e assistente social. Quem poderia assumir estas atividades se deixássemos de realizá-las? Até que ponto são de nossa responsabilidade assumi-las?

Além destas atividades, foram enumerados alguns problemas que envolvem o cuidado de enfermagem, como aqueles relacionados às medicações, aos acompanhantes e outros que podem influenciar de forma negativa no cuidado oferecido. Um ponto comum em todos eles é o risco ao qual o paciente fica sujeito. No primeiro caso, risco de vida; no segundo, risco de contaminação

para o paciente e para o acompanhante; no terceiro, risco ocupacional. Do que depende a minimização desses riscos? O diálogo, nestes três casos pode ser o caminho para a resolução destes problemas, associado à competência técnica, que inclui as dimensões do conhecimento e a educativa.

Cabe ao enfermeiro, responsável pelo grupo, apontar os problemas e juntamente com seus supervisores, delinear as soluções. Segundo o Regimento Interno da Instituição, isto também está previsto nas atribuições do enfermeiro. O Código de Ética da Enfermagem determina que o profissional de enfermagem deva assegurar e prestar Assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, proteger o cliente contra estes danos por parte de qualquer membro da equipe de saúde e alertar o profissional diante de falta cometida numa das três situações supracitadas.

Será que todos os trabalhadores de enfermagem conhecem ou tiveram acesso ao Código de Ética? Em nosso estudo, poucos foram os funcionários que o conhecia, inclusive solicitaram permanecer com a cópia fornecida para a reunião.

Quando observamos o cuidado oferecido aos pacientes, detectamos algumas falhas técnicas que oferecem risco de contaminação ao paciente, ao trabalhador e ao ambiente. Ao comentarmos com o grupo participante deste estudo, abordamos novamente a questão ético-legal que envolve o oferecimento do cuidado com segurança, além das medidas de biossegurança e o por quê da necessidade de sua utilização.

A lavagem das mãos é a medida mais importante na prevenção da disseminação de infecções (Kawagoe & Queiroz, 1997, Garner et al, 1985). Esta medida não vem sendo utilizada em todos os momentos nos quais é necessária, como apresentado durante a análise dos dados. Quando não é feita de maneira correta, dá a falsa sensação de que “cumprimos o nosso papel de prevenir a transmissão de infecções”, mas na realidade, podemos estar servindo como vetores de transmissão. Para termos plena noção do risco, é necessário que tenhamos conhecimento das vias de transmissão dos agentes biológicos, pois assim saberemos como não disseminá-los, e isto é possível através de medidas educativas. A técnica da purpurina, utilizada neste estudo, pode auxiliar nesta conscientização, como foi por nós contatado.

Bulhões (1994, p.170) refere que “a lavagem das mãos, regra fundamental de higiene, é muitas vezes dificultada entre nós pela falta do sabão ou pela má localização e baixa qualidade de pias e torneiras, sem esquecer os problemas de contaminação pós-lavagem, se métodos (recursos) impróprios de secagem são empregados.” A falta de papel-toalha ou o uso de roupas do paciente ou das próprias roupas para a secagem das mãos foi observado neste estudo.

Com relação aos EPIs, os óculos comumente não são utilizados pelos membros da equipe de saúde do hospital, apesar de existirem em quantidade disponível no almoxarifado. Questionamos se o seu não uso ocorre por falta de informação ou negligência, quando da realização do cuidado. O ideal, ao nosso ver, seria que houvessem pelo menos três pares de óculos, tendo em vista que em situação de emergência, os profissionais de saúde que ficariam mais próximos ao paciente estariam protegidos, ou seja, quem entuba, quem ventila ou aspira e faria as medicações.

O aventais são utilizados por boa parte dos funcionários. Entretanto, alguns se esquecem de retirá-lo ao sair do setor, para as refeições ou para irem em outras dependências do hospital.

As máscaras não fornecem proteção adequada pela dificuldade de controlar suas aberturas laterais. Estudos sugerem que “as máscaras cirúrgicas descartáveis de alta eficácia são mais efetivas do que máscaras de tecido ou de papel –tecido para prevenção aérea e de gotículas oronasais”, além de perderem a eficácia quando tornam-se úmidas ou são utilizadas por tempo prolongado. (Kawagoe & Queiroz, 1997, p. 64).

Com relação à limpeza e desinfecção, é importante ressaltar o conhecimento quanto aos métodos pelos quais são realizados tais procedimentos, bem como o porquê de sua realização são de competência da enfermagem. Outro fato que torna constrangedor o ato de limpar (ou “fazer faxina”) como comentado pelos participantes das reuniões é o desconhecimento que a comunidade possui do que seja enfermagem, qual o seu campo de atuação e as competências e atribuições da equipe de enfermagem. Disso tudo, o que deve ser lembrado é que se os trabalhadores da enfermagem não forem capazes de manter as mínimas condições de higiene, incluindo a lavagem das

mãos, o risco de contaminação provocado por infecção cruzada pode ser relevante.

Quanto à disponibilidade de sabão adequado, pias adaptadas para diminuir riscos de contaminação (de preferência sem o uso das mãos), o fornecimento dos EPIs, dentre outros, cabe ao hospital avaliar o custo-benefício destas mudanças. Isso será possível se a CCIH for atuante e comprove, com dados concretos, a diminuição da incidência das infecções hospitalares após aplicação dessas medidas tomadas. Portanto, elas deverão surtir efeito a médio ou longo prazo, e não a curto prazo.

Além dessas medidas, é importante que o trabalhador de enfermagem se conscientize que as atividades de enfermagem oferecem risco se forem realizadas sem a devida atenção e cuidado quando: as mãos não são lavadas, quando usam inadequadamente os EPIs, quando manuseiam os materiais biológicos e objetos pérfuro-cortantes, enfim, quando realizam os procedimentos de enfermagem em condições inadequadas ou sem o rigor técnico necessário.

Nestas situações, o processo de cuidar torna-se inadequado e expõe a pessoa que cuida, que é cuidada e outras pessoas a riscos e/ou acidentes com materiais biológicos oriundos do paciente e/ou ambiente. Conhecer as situações de risco, durante as atividades de cuidado, faz com que o trabalhador de enfermagem procure cuidar de si próprio e passa a executá-las com maior rigor técnico e, conseqüentemente, com maior segurança.

Para que as questões pessoais tenham influência positiva para o cuidado, é necessário que o trabalhador sinta-se descansado, satisfeito e motivado para desempenhar as suas funções. Portanto, deve ter repouso (descanso) adequado, condições de trabalho satisfatórias, com o fornecimento de todo material necessário e um salário digno para que não necessite ter mais de um emprego. Este último, é o mais difícil de conseguir, por depender da administração do hospital, bem como da própria política financeira adotada. Talvez a melhora da qualidade do cuidado poderá fazer com que o trabalho da enfermagem enfim seja reconhecido e recompensado.

As possíveis soluções apontadas pelo grupo mostraram que ele foi capaz de captar pontos importantes relacionados com os problemas levantados durante as reuniões. Portanto, não se pode deixar de valorizar a contribuição

que os trabalhadores de enfermagem apresentam para as situações que vivenciam no cotidiano do trabalho de enfermagem.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, pudemos observar que o trabalho de enfermagem está sendo exercido de forma arriscada. As pessoas que o realizam têm consciência do risco que enfrentam no cotidiano do trabalho, mas parece faltar motivação para melhorar as condições de trabalho. Percebemos que os problemas enfrentados pelos trabalhadores de enfermagem neste estudo estão interligados: dinâmica de funcionamento da equipe – condições de trabalho inadequadas – utilização incorreta das medidas de biossegurança, todos eles permeados por aspectos éticos que necessitam ser refletidos e resolvidos.

Entendemos ser de nossa responsabilidade, enquanto profissionais, apontar os problemas e propor maneiras que possam melhorar ou resolver as situações vivenciadas. Para tanto, é fundamental a participação da equipe de enfermagem neste processo, que se for conduzido de forma motivadora, pode alcançar bons resultados. O presente estudo utilizou uma metodologia que envolve o processo reflexivo como o caminho para a abordagem dos problemas existentes que interferem na execução das atividades de cuidado, mais especificamente as que possuíam relação com a utilização das medidas de biossegurança.

Acreditamos ter atingido os objetivos propostos, pois os resultados mostraram uma série de problemas relacionados às condições de trabalho, condições profissionais e pessoais que podem dificultar o oferecimento do cuidado de enfermagem seguro. Também, foram apontadas algumas soluções que podem nortear a resolução da maioria deles, com ênfase no treinamento em serviço, na melhora do relacionamento do grupo e no trabalho em equipe.

Foi gratificante perceber a motivação dos participantes do estudo nas reuniões, que ocorreram num ambiente descontraído, com participação e contribuições efetivas de todos. A avaliação, realizada conforme questionário aplicado aos mesmos, mostrou-nos que foi possível a ocorrência da aprendizagem através do conhecimento sobre seus colegas de trabalho, das reflexões baseadas nas atividades que realizam no dia-a-dia do trabalho, compreensão do que é trabalhar em grupo e, também, que é importante o cuidado consigo mesmo e com os pacientes através da utilização e/ou resgate das medidas de biossegurança, muitas vezes esquecidas ou negligenciadas.

Um outro fato, comentado por eles, foi a oportunidade de externarem seus sentimentos e angústias e de terem sido compreendidos. Sugerem que este trabalho deva ser aplicado a todos os funcionários da área da enfermagem, inclusive chefias.

Um ponto que talvez tenha contribuído para os resultados positivos do estudo diz respeito ao momento em que as reuniões ocorreram: os funcionários sentiam necessidade de atenção, estavam com sobrecarga de trabalho devido à crise salarial e ao número de funcionários, já conheciam a pesquisadora e seu modo de atuação. Os aspectos negativos relacionados a este estudo dizem respeito ao horário das reuniões, que impossibilitou a vinda de pessoas do período noturno.

As questões ético-legais abordadas serviram para alertar o grupo sobre a responsabilidade para com: o trabalho, os pacientes por eles atendidos, e os colegas. Benoliel, apud Kalakun et al. (1995, p. 40), refere que a prática da ética é “uma atividade que deve ser compartilhada e desenvolvida, continuamente, através de um senso de comunidade moral e não por meio de atitudes individuais”.

A proposta, elaborada pelo grupo, abrangeu temas referentes ao cuidado consigo mesmo e com o outro e a importância das relações humanas para o trabalho; foi possível, ainda, detectar que foi capaz de captar o essencial para a mudança das ações relacionadas à biossegurança. Parece ter gostado da forma com que este estudo ocorreu. Tanto que sugeriu, como estratégia, oficinas participativas e a observação em campo para avaliação da aprendizagem.

Pudemos perceber que a comunicação e o diálogo são as “chaves-mestras” que levam a abrir as portas para a compreensão. Através deles conhecemos os problemas e expectativas do grupo, compartilhamos ansiedades, angústias, alegrias e tristezas. Aprendemos a ouvir e a sermos ouvidas, fomos valorizadas e valorizamos as pessoas com quem convivemos. Crescemos como pessoas, como profissionais e como grupo, tornando-nos fortalecidos.

Percebemos, assim como, Dall’Agnol (1994) que a atitude empática, a solidariedade, o pensamento crítico, o compartilhamento, o diálogo, o convívio prazeroso e a facilitação podem fazer com que o processo de reflexão-ação se torne eficaz. As trocas, as diferenças e as semelhanças foram fundamentais para o bom andamento deste estudo. Entretanto, também percebemos que existem passos a serem dados, de forma que este é apenas o início... **o caminho está começando a ser traçado!**

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKTOUF, O. O simbolismo e a cultura da empresa: dos aspectos conceituais às lições empíricas. In: CHANLAT, J.-F. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. v. 2. São Paulo: Atlas, 1996
- ALMEIDA, M. **Introdução ao Estudo da ética em geral e da ética profissional**. São Paulo, S.D., p. 4-20.
- ALMEIDA, M. **Considerações em torno dos fundamentos da bioética**. São Paulo, S.D., p. 21-35.
- ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, J. S. L. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 1989. ✓
- AMARAL, E. Risco ocupacional e infecção por HIV. **Femina**. v. 23, n. 6, jul., 1995.
- AMARU, Antonio C. **Gerência de trabalho em equipe**. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1993.
- ARRUDA, M. A articulação trabalho-educação visando uma democracia integral. In: GOMEZ, C.M. et al. **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

- BARROSO M.G.T. et al. Educação e prevenção de risco ocupacional: estudo com discentes do curso de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 49, n. 1, p. 121-134. jan/mar. 1996.
- BOGDAN, R. C. , BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação.** Porto: Porto Editora, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle e Combate de DST/AIDS. **Manual de capacitação técnica para pessoal auxiliar de enfermagem em AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Normas Técnicas. Coordenação Geral de Normas. Coordenação de Rede física, Equipamentos e Materiais Médico-Hospitalares. **Segurança no ambiente hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 1995.
- BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem.** Rio de Janeiro, 1994.
- CHANLAT, J-F. (coord). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas.** v.1. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- CHANLAT, A., BÉDARD, R. Palavras: a ferramenta do executivo. In: CHANLAT, J-F. (coord). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas.** v.1. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - DF. **Legislação.** Brasília: COREN, 1994.
- DALL'AGNOL, C. M. **O agir-refletir-agir nos movimentos de integração e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho.** Florianópolis:UFSC, 1994. 186 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- DAMKE, J.R. **O processo de conhecimento na pedagogia da libertação: as idéias de Freire, Fiori e Dussel.** Petrópolis:Vozes, 1995.

- DAVIS, K., NEWSTROM, J.W. **Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional.** São Paulo: Pioneira, 1996.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5.ed. ampliada. São Paulo:Cortez-Oboré, 1992.
- DEJOURS, Christophe. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François. **O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas.** v. 1, 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. p. 149-173.
- DWYER, T., RAFTERY, A. E. Industrial accidents are produced by social relations of work: A sociological theory of industrial accidents. **Applied Ergonomics.** v.22, n.3, p. 167-178, jun. 1991.
- ERDMANN, A.L. **Sistema de cuidados de enfermagem.** Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.
- FARIA, E.M. Comunicação e informação: “instrumentos para a transformação das práticas dos serviços de saúde”. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.4, n.1, p. 47-59, jan/jun. 1995.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FREIRE, P. **Educação e mudança.** 20.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.
- GARCÍA GARCÍA, M. L. et al. Educación del personal de salud de Mexico sobre el SIDA. **Bol. Oficina Sanit. Panam.** v. 117, n. 3, 1994.
- GARNER,J. et al. Guideline for handwashing and hospital enviromental control. **MMWR.** v. 37, n. 24, jun, 1988
- GARNER, J. Guideline for isolation precautions in hospital. **Infection control and hospital epidemiology.** Jan, 1996.

- GELAIN, I. O significado do "êthos" e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 5, n. 1/4, p. 14-25, jan/dez, 1992.
- GELAIN, I. Repensando o enfoque da ética profissional. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 29-34, jul/dez. 1994.
- GELBECKE, F. L., CAPELLA, B. B. A educação continuada como possibilidade de transformação da prática e construção do sujeito. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 124-132. jul/dez. 1994.
- GLEN, Frederick **Psicologia social das organizações.** 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- HOEFEL, H. H. K., SCHNEIDER, L. O. O profissional da saúde na cadeia epidemiológica. In: RODRIGUES, E.A.C. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle.** São Paulo: Savier, 1997. p. 352-366.
- IYER, P. W., TAPTICH, B. J., BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- KALAKUN, L. et al. A ética, o cliente com câncer e o enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 4, n. 2. P. 38-47, jul-dez., 1995.
- KAWAGOE, J. Y. QUEIROZ, M. L. Normas básicas para a realização de procedimentos. In: RODRIGUES, E.A.C. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle.** São Paulo: Savier, 1997. p. 58-66.
- KURCGANT, P. (cord). **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.
- KURCGANT, P. et al. A liderança na administração do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras, auxiliares e atendentes de enfermagem. **Rev. Esc. USP.** v. 30, n. 3. p. 416-438. dez, 1996.

- LEÃO, M. T. C., GRINBAUN, R. S. Técnicas de isolamento e precauções. In: RODRIGUES, E.A.C. et al. **Infeções hospitalares: prevenção e controle.** São Paulo: Savier, 1997. p. 373-384.
- LEITÃO, R. E. R. et al. Reflexões sobre pessoal de enfermagem e sua prática assistencial. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v. 49, n. 3, p. 435-444. jul/set, 1996.
- LENTZ, R. A. **Processo de normalização: a jornada participativa como fator de qualidade nas ações de controle das infecções hospitalares.** Florianópolis:UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades do cuidado de enfermagem.** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.
- LOPES, M.J.M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V. R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar.** Porto alegre: Artes Médicas, 1995.
- LUNARDI, V. L. Responsabilidade profissional da enfermeira. **Texto contexto Enferm.** Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 47-57, jul/dez, 1994.
- MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos: atualidades das descobertas de Kurt Lewin.** 6.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1985.
- MATHEUS, M. C. C. O trabalho em equipe: um instrumento básico e um desafio para a enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP.** v.29, n.1, p. 13-25, 1995.
- MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.
- MERTENS, T. E., LOW-BEER, D. Hacia dónde se encamina da epidemia de infeccoin por VIH y SIDA? **Rev. Panam. Salud Publica** v.1, n. 3, 1997.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4. ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.
- MONTAGNIER, L. **Vírus e homens AIDS: seus mecanismos e tratamentos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.
- NEVES, E. P., GONÇALVES, L. H. T. **As questões do marco teórico nas pesquisas em enfermagem.** In: 3º Seminário de Pesquisa em Enfermagem. Florianópolis: Ed. UFSC, 1984.
- PIRES, D. **O problema dos acidentes de trabalho na enfermagem e a necessidade de nova interpretação teórica.** Campinas, 1992. (Mimeo)
- ODA, L. M. et al. AIDS como doença ocupacional. In: TEIXEIRA, P., VALLE, S. **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 239-256.
- SANTOS, N. Q. **Prática assistencial de enfermagem: o resgate da microbiologia como fundamento para o controle da infecção hospitalar.** Florianópolis:UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SANTOS, W. D. F. dos, et al. Acidentes típicos de trabalho em pessoal de enfermagem: fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** v. 17, n. 68. out/nov/dez, 1989. p. 38-42.
- SCHALL, V. T., STUCHINER, E. Educação no contexto de epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERESNIA, D. et al. (orgs). **AIDS: pesquisa social e educação.** São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p. 84-105.
- SCHNEIDER, L. O. D. Tópicos de saúde ocupacional em hospitais. In: VIEIRA, S. I. **Medicina básica do trabalho.** v. 5. Curitiba: Genesis, 1996. p. 173-208.
- SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Gente, 1996.

- SILVA, R. F. da. **Comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica.** Florianópolis:UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SOUZA, M., VIANNA, L. A. C. Incidência de acidentes de trabalho relacionada com a não utilização das precauções universais. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v. 46, n. 3/4. p. 234-244, jul/dez., 1993.
- TAKAYANAGUI, A. M. G. et al. Biossegurança, enfermagem e os resíduos de serviços de saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** v. 21, n. 80, out/nov/dez. 1993.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** 1. Ed. 4ª tiragem. São Paulo: Atlas, 1995.
- VASQUEZ, A. S. **Ética.** Rio de Janeiro: Civilizações Brasileiras, 1975.
- WALDOW, V. R. Educação para o cuidado. **Rev. Gaucha Enferm.** Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 108-112, jul., 1993.
- WATANABE, E. Aspectos éticos e legais da pesquisa em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP.** v.5, n.2, 1985.
- WATSON, J. **Nursing: human science and human care. A theory of nursing.** 2.ed. New York: Appleton Century Crofts, National League of Nursing, 1988.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____
comprometo-me a manter sigilo do teor das reuniões ocorridas durante a
Prática Assistencial realizada pela enfermeira Joceli Fernandes Alencastro
Bettini de Albuquerque Lins, ocorridas no período de maio a junho de 1997,
conforme está disposto na Resolução COFEN nº 160 - Código de Ética dos
Profissionais de Enfermagem, Capítulo III - Dos Deveres, Artigo 29: "Manter
segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua
atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei."

_____, ____ de _____ de 1997.

ANEXO 2

**ITENS QUE DEVEM SER OBSERVADOS DURANTE A FASE INICIAL
DA OBSERVAÇÃO NO CAMPO**

Elaborado por: Joceli Fernandes Alencastro Bettini de Albuquerque Lins

1 - Local :

2 - Observador:

3 - Objetivos do Dia:

4 - Dados sobre o local:

Clínica:

Data e Horário:

Nº de funcionários da clínica como um todo:

Nº de funcionários escalados para o plantão:

• Novos:

• Antigos:

• Remanejados de outros setores:

5 - Categoria dos funcionários:

- Enfermeiro:

- Técnicos:

- Auxiliares:

- Atendentes:

- Secretário:

- Outros:

6 - Número de pacientes da clínica:

- Enfermarias:

- Isolamento:

7 - Número de pacientes por funcionário:

- Enfermarias:
- Isolamento:

8 - Número de pacientes graves (aqueles que estão necessitando de maiores cuidados):

- Enfermarias:
- Isolamento:

9 - Sobre EPIs e medidas de precauções:

a - Materiais disponíveis para a equipe:

- Luvas:

- Máscara:

- Óculos:

- Avental:

- Outros:

b - Onde são/podem ser encontrados:

c - Quando são utilizados:

d - Como são utilizados:

e - Como são descartados:

f - Cuidados com objetos pérfuro-cortantes:

g - Procedimentos onde utilizam:

- Administração de medicações:

- Sondagens:

- Curativos:

- Coleta de material para exame:

- Higienização:
- Aspirações:
- Desprezo de material biológico:
- Desprezo de material no lixo:
- Colocação de material em desinfetante:
- Desinfetantes disponíveis para uso:

h - Quando lavam as mãos:

i - Como lavam as mãos:

10 - Como descartam EPIs utilizados:

11 - Condições do Posto de Enfermagem:

12 - Condições do Expurgo:

13 - Condições dos banheiros dos pacientes:

14 - Condições da sala de curativos:

15 - Como é o relacionamento do grupo:

- a) Interação:
- b) Comunicação:
- c) Coesão:
- d) Responsabilidade e co-responsabilidade:
- e) Solidariedade/companheirismo:

16 - Queixas mais comuns no grupo:**17 - Fatores que parecem interferir no trabalho do grupo:****18 - Descrição de situações-problema observados no grupo:**

ANEXO 3

RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS:

1 - De que forma o cuidado de enfermagem que realizo tem sido influenciado pelos problemas vivenciados na prática diária do meu trabalho?

2 - Como posso melhorar o meu trabalho e os problemas que nele existem?

3 - Como posso resgatar a Biossegurança para o cuidado que realizo?

a - O que depende de mim?

b - O que depende do grupo?

c - O que depende da Instituição?

4 - O que foi para mim vivenciar esta experiência educativa?