

Ruvani Fernandes da Silva

**CONSTRUINDO PADRÕES DE QUALIDADE PARA
PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIAS
ORTOPÉDICAS: POSSIBILIDADES E FLEXIBILIDADES
PARA UM CUIDADO MAIS LIVRE DE RISCOS**

Florianópolis - SC

Fevereiro de 2003

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM, SAÚDE E
SOCIEDADE**

**CONSTRUINDO PADRÕES DE QUALIDADE PARA
PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIAS
ORTOPÉDICAS: POSSIBILIDADES E FLEXIBILIDADES
PARA UM CUIDADO MAIS LIVRE DE RISCOS**

*Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como
requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem -
Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.*

Ruvani Fernandes da Silva

**ORIENTADORA:
Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**

**Florianópolis - SC
Fevereiro 2003**

Fevereiro de 2003

**CONSTRUINDO PADRÕES DE QUALIDADE PARA
PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIAS
ORTOPÉDICAS: POSSIBILIDADES E FLEXIBILIDADES
PARA UM CUIDADO MAIS LIVRE DE RISCOS**

Ruvani Fernandes da Silva

Tese de Doutorado apresentada à avaliação como requisito para obtenção do título de

Doutor em Enfermagem,

pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
- Coordenadora da PEN/UFSC -

BANCA EXAMINADORA

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Presidente

Dra. Edna Mara Ferreira Nascimento
Membro

Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
Membro

Dra. Cleusa Rios Martins
Membro

Dra. Neusa de Queiroz Santos
Membro

Dra. Rosemery Andrade Lentz
Membro

Este trabalho é dedicado à minha mãe, Avani Otilia da Silva, pelo incentivo, amor e carinho pois sem ela não estaria aqui. À minha querida esposa, Theresinha Mazzuranna da Silva, que sempre esteve ao meu lado incentivando-me e apoiando-me nos momentos alegres ou triste, para juntos, buscarmos o aperfeiçoamento contínuo para o nosso viver. A conclusão deste trabalho só foi possível com a ajuda e com o apoio da minha família e amigos que estiveram sempre ao meu lado.

Agradecimentos

Ao término deste trabalho, não poderia deixar de citar o nome de pessoas amigas que de uma forma direta ou indireta tiveram seu envolvimento e contribuíram para a realização deste desafio.

A Deus por suas bênção e forças que me fizeram transpor obstáculos e encontrar o caminho da paz.

A todos os envolvidos neste desafio o meu muito obrigado.

À minha família por entender a minha ausência durante esta caminhada.

Ao amigo Rainoldo da Silveira que sempre me deu força, incentivando e procurando alternativas para que pudéssemos chegar até o fim.

Ao casal Aquiles e Neusa de Queiroz Santos por me confortar e me apoiar nas horas mais difíceis desta caminhada.

À minha orientadora, Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, pela orientação e por compreender as minhas angústias e sofrimentos tendo sempre uma palavra de carinho para me confortar.

Ao grupo de enfermagem do Centro Cirúrgico e do Centro de Material do Hospital Governador Celso Ramos pela contribuição na construção do conhecimento e participação no estudo, pela compreensão, ajuda, dedicação e angústias vivenciadas durante todo o processo. Sem vocês seria impossível concluir este trabalho.

As enfermeiras Eliana Leoni de Souza, Cristiani R. Veríssimo Ribeiro e Hilma Nunes do Centro Cirúrgico e as enfermeiras Tânia Teotônia de Oliveira e Márcia Elisa Binder Neis do Centro de Material e Esterilização do Hospital Universitário de Florianópolis pela presteza e aceitação na validação dos padrões.

Aos enfermeiros Eder Foresti e Kenya C. S. Silva do Centro Cirúrgico e Maria do Socorro do Centro de Material e Esterilização do Hospital Governador Celso Ramos pelo carinho, amizade durante todo o processo e também pelas contribuições durante a validação dos padrões.

A professora Ana Roseti pela contribuição quando da validação dos padrões por nós construídos.

Aos colegas e amigos do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Governador Celso Ramos, Valter, Iolanda e Magda por entenderem a minha ausência durante esta trajetória.

Ao corpo de enfermagem do Hospital Governador Celso Ramos pelo incentivo e ajuda.

Ao corpo Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina pelo apoio.

Aos professores da UNISUL Dulcinéia, Flávia e Mário o meu muito obrigado.

Ao CNPq pelo apoio financeiro a esta pesquisa.

À dona Odete do Departamento de Enfermagem por me amparar nos momentos mais difíceis desta trajetória o meu muito obrigado.

Ao grupo de avaliadores da Secretaria de Estado da Saúde, Neusa, Rosana e Mari Stela e ao grupo da Gerência de Controle de Infecção Hospitalar pelo incentivo, compreensão e ajuda.

Aos membros da banca pela disponibilidade em participar, pelos comentários, sugestões e colaboração na clareza das idéias.

SILVA, Ruvani Fernandes. Construindo padrões de qualidade para prevenção e controle de infecção em cirurgias ortopédicas: possibilidades e flexibilidades para um cuidado mais livre de riscos. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

RESUMO

Este é um estudo fundamentado na Teoria da Qualidade que tem como objetivo construir padrões de qualidade para o cuidado de enfermagem que possam contribuir para a prevenção e controle da infecção em cirurgias ortopédicas e promover um cuidado mais livre de riscos. A sustentação teórica do estudo incluiu a elaboração de conceitos norteadores de sociedade e ambiente, padrões de qualidade, vida e saúde, enfermagem e cuidado, e riscos e segurança no cuidado. Optei pela metodologia qualitativa por ser mais adequada na construção coletiva de padrões. Os sujeitos/atores do estudo foram os profissionais de enfermagem que atuam em centro cirúrgico em um hospital geral governamental da Grande Florianópolis - Santa Catarina. A escolha pelo percurso metodológico recaiu sobre o grupo focal pelas possibilidades que esta técnica permite em gerar informações, levantar impressões, estimular novos conceitos, interpretar resultados obtidos e avaliá-los. Foram constituídos quatro grupos focais. Dos dados, emergiram 13 vertentes com 5 subvertentes que serviram de guia na condução das reuniões, sem fugir do fio condutor e sem que houvesse divergência quanto à temática. Nesta construção dos padrões foram seguidas as recomendações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e Association of Operating Room Nurses (AORN) dando suporte às discussões. Os padrões construídos foram validados quanto a sua estrutura, para ajuizamento e análise, participando 39 convidados, destes, 8 enfermeiros que atuam em centro cirúrgico e centro de material e esterilização, 1 professora da disciplina do centro cirúrgico e todos os 30 sujeitos/atores que contribuíram na construção dos padrões, com o pressuposto de que a adoção de padrões de qualidade promove a melhoria do cuidado. Assim foi possível a construção dos padrões de qualidade para o cuidado de enfermagem que possa contribuir para a prevenção e controle da infecção em cirurgias ortopédicas e promover um cuidado mais livre de riscos, os quais representam o todo do processo de cuidado nesta Unidade de trabalho em saúde.

Palavras Chave: construção de padrões de qualidade; prevenção e controle de infecção, cirurgias ortopédicas

SILVA, Ruvani Fernandes. **Building patterns of quality for prevention and control of infection in orthopedical surgeries:** possibilities and flexibilities for a care more free from risks 2003. Tesis (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ABSTRACT

This is a study based on the Quality Theory, having as a goal to develop quality standards for Nursing care, in order to contribute to prevention and control of infection in orthopedic surgeries and promoting risk-free care. The theoretical framework of the study included the writing up of guiding concepts of: society and environment, quality standards, life and health, Nursing and care, and risk-free care. Qualitative methodology was opted for, as it is the most adequate for the collective building of standards. The study subjects were the nursing professionals performing in a surgical center in a government general hospital in the great Florianópolis - Santa Catarina. The choice in following a methodological path was directed to the focal group due to the possibilities offered by this technique to generate information, to raise impressions, stimulate new concepts, interpret and evaluate obtained results. Four focal groups were created, and of these data 13 fountains and 5 derivate fountains emerged, concerning those standards used to guide the meetings, keeping to the steering line and free from disagreements as to the theme. For the build-up of standards, the recommendations of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Association of Operating Room Nurses (AORN) were heeded, supporting the debates. Developed standards were validated as to their structure, for assessment and analysis, with the participation of 39 invited persons, of which, 08 Nurses acting on surgical centers and material and sterilization centers, 01 teacher in charge of the Surgical Center discipline, and all of the 30 subjects/actors who contributed in building up the standards, assuming the adoption of quality standards will improve care, it was possible to develop quality standards in Nursing care, capable of contributing for the prevention and control of infection during orthopedic surgeries, and also to promote risk-free care. These factors portray the whole ensemble of the care process of this health work unit.

Key-Words: Construction of quality pattern, care more free from risks, prevention and infection control, orthopedical surgeries

SILVA, Ruvani Fernandes. **Construyendo patrones de calidad para la prevención y el control de infecciones en cirugías ortopédicas**: posibilidades y flexibilidad para un cuidado mas libre de riesgos 2003. Tese (Doctorado em Enfermería) – Programa de Postgrado em Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

RESUMEN

Este es un estudio fundamentado en la Teoría de la Calidad que tiene como objetivo construir patrones de calidad para el cuidado de la enfermería, que puedan contribuir para la prevención y el control de la infección en cirugías ortopédicas y también promover un cuidado mas libre de riesgos. La sustentación teórica del estudio incluye la elaboración de conceptos orientadores de la sociedad y el ambiente, patrones de calidad, de vida y salud, la enfermería y el cuidado y riesgos y seguridad y el cuidado. Opté por la metodología cualitativa por ser la más adecuada en la construcción colectiva de patrones. Los sujetos/actores del estudio fueron los profesionales de enfermería que actúan en el centro quirúrgico de un hospital general gubernamental de la Gran Florianópolis - Santa Catarina. La selección de los métodos recayó sobre un grupo focal, por las posibilidades que esta técnica permite en generar informaciones, levantar impresiones, estimular nuevos conceptos, interpretar resultados obtenidos y evaluarlos. Fueron constituidos cuatro grupos focales, de los cuales, surgirían 13 vertientes con 5 subvertientes, que servirían de guía en la conducción de las reuniones, sin apartarse del hilo conductor y sin que hubiese divergencias en cuanto a la temática. En esta construcción de los patrones fueron seguidas las recomendaciones del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y Association of Operating Room Nurses (AORN) dando soporte a las discusiones. Los patrones construidos fueron evaluados en cuanto a su estructura, para enjuiciamiento y análisis, participando 39 invitados, de los cuales, 8 son enfermeros que actúan en el centro quirúrgico y centro de esterilización de material, 1 profesora de la disciplina del centro quirúrgico y todos los 30 sujetos/actores que contribuirían en la construcción de los patrones, con el presupuesto de que la adopción de los mismos promovería la calidad y la mejoría del cuidado. Así, fue posible la construcción de los patrones de calidad para el cuidado de la enfermería, que pudiera contribuir en la prevención y el control de las infecciones en cirugías ortopédicas y promover un cuidado mas libre de riesgos, lo cual representa el factor fundamental del proceso de cuidado en esta Unidad de trabajo de la salud

Palabras-clave: construcción de los patrones de calidad, cuidado mas libre de riesgos, prevención y el control de las infecciones, cirugías ortopédicas.

SUMÁRIO

Fevereiro de 2003	13
RESUMO.....	
RESUMEN.....	
LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E DIAGRAMAS	
CAPÍTULO I.....	
INTRODUÇÃO.....	
CAPÍTULO II.....	
REFERENCIAL TEÓRICO.....	
<i>O importante é sacrificar aquilo que somos para ser aquilo que podemos vir a ser.....</i>	
<i>(Charles Dobais).....</i>	
CAPÍTULO III.....	
CONCEITOS NORTEADORES DESTE ESTUDO.....	
<i>"A dialética Ego/Eu acontece primeiro através do pensamento analítico (Reflexão). Quando este se esgota, a Energia Psíquica reflui do Eu para o Ego. Então nasce uma Intuição".</i>	<i>(C. G. Jung)</i>
CAPÍTULO IV.....	
ARQUITETURA METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	
<i>"Não ser ninguém a não ser você mesmo, num mundo que faz todo o possível, noite e dia, para transformá-lo em outra pessoa, significa travar a batalha mais dura que um ser humano pode enfrentar; e jamais parar de lutar"</i>	<i>(E.E. Cummings)</i>
Delimitado o desenho metodológico traçado para "Construir Padrões de Qualidade para a Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas", justifica-se a escolha desta estratégia metodológica por possibilitar a reunião de diferentes atores da prática cotidiana dos profissionais de enfermagem em um espaço de investigação que propicia a reflexão crítica sobre os afazeres no dia-a-dia destes profissionais.	
Para que pudéssemos colocar o projeto de pesquisa em prática, o mesmo foi submetido a apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina que após ser analisado foi aprovado por unanimidade (ANEXO 1).	
No segundo momento foi entregue ao Comitê de Ética do Hospital Governador Celso Ramos, sendo aprovado, e alguns itens foram solicitados, (ANEXO 2), em seguida, providenciados e atendida as solicitações.....	
Com os pareceres favoráveis pelos dois comitês, demos então, início à caminhada.	
O grupo focal conseguiu uma estrutura de equipe dedicando-se às tarefas propostas, trabalhando sobre um determinado tópico de discussão e funcionando como um grupo operativo.	
Para Westphal; Bógus e Faria (1996, p. 73), quanto à composição do grupo, devemos levar em conta que os integrantes tenham, entre si, pelo menos traços comuns importantes para o estudo proposto. Para que fosse respeitada esta condição de que os participantes tivessem traços comuns, os grupos foram formados por técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam como instrumentadores e circulantes no centro cirúrgico em estudo.....	
Iniciamos o nosso trabalho, com um contato prévio com o Coordenador do Centro Cirúrgico, colocando-o a par do projeto que gostaríamos de desenvolver em sua unidade. Não havendo nenhum empecilho de sua parte, foi marcada uma reunião com todos os funcionários.	
No dia da reunião, muitos não compareceram devido ao volume intenso de cirurgias,	

mesmo assim, foi realizada com os dez presentes. Fizemos uma.....
 explanação sobre o projeto e qual era a nossa intenção. Todos que estavam presentes
 acharam ótimo e concordaram em participar. Pela dificuldade em reunir todo o grupo
 começamos então, a conversar individualmente, expondo todo o projeto. Assim, se
 concordavam e quisessem participar era-lhes entregue o consentimento (ANEXO 3).

Conforme Goldim (1997), o consentimento é um documento por escrito, atendendo às
 Normas de Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde. Neste documento,
 constava o objetivo e a importância da pesquisa, nome do pesquisador responsável,
 breve esclarecimento sobre a técnica de pesquisa adotada, garantia de sigilo e
 anonimato no tratamento das informações obtidas, devolução dos resultados do
 estudo, isenção de vínculo hierárquico e de coerção no vínculo empregatício do
 participante, autorização para gravação em áudio, vídeo etc., direito de desistir em
 participar da pesquisa a qualquer momento e sem justificativa, entre outros aspectos
 pertinentes à investigação.

Todos os documentos ficaram de posse do pesquisador, devidamente assinados por
 ambos e datados. O teor do Consentimento Livre e Informado é um respaldo legal tanto
 para o pesquisado quanto para o pesquisador.

Devido às dificuldades em reunir todos, elaboramos um instrumento (ANEXO 4) contendo
 alguns dados, como por exemplo: quais os dias da semana que poderíamos nos reunir,
 qual o local que gostaríamos que as reuniões fossem realizadas, melhor horário e de
 quantas horas preferiam que fossem os encontros. Esses dados nos auxiliaram e
 facilitaram a formação dos grupos. Com todos os instrumentos preenchidos,
 conseguimos montar 4 grupos: sendo 2 de 8 participantes e 2 com 7 participantes e
 realizamos os trabalhos conforme solicitação dos mesmos. Após contactar com todos,
 e ter o termo de consentimento assinado, ressalta-se que apenas 1 funcionário não
 aceitou em participar do estudo.

Para que o trabalho tivesse uma seqüência lógica, listamos 13 vertentes com 5
 subvertentes, servindo de guia na condução das reuniões sem fugir do fio condutor e
 sem que houvesse divergência quanto à temática.

Assim, o papel do coordenador (moderador) foi significativo para o bom funcionamento
 dos grupos porque ele estava preparado e instrumentalizado em todas as fases do
 processo.

Após termos conhecimento de quem realmente participaria da pesquisa, iniciamos a
 formação dos grupos através de levantamento e análise comparativa dos dados
 extraídos dos instrumentos por eles preenchidos. Para facilitar os encontros, optamos
 por agrupá-los por período. Sendo assim, o grupo I foi formado por 8 profissionais que
 atuam no plantão noturno; o grupo II por 6 profissionais do período vespertino e 2 do
 período matutino; o grupo III por 6 profissionais do período matutino e 1 do período
 vespertino e o grupo IV por 6 profissionais do período matutino e 1 do noturno.

Sempre na primeira reunião com os grupos focais falávamos sobre a organização dos
 trabalhos, o número de encontros requeridos à composição, à duração e local das
 sessões e à dimensão do grupo. Era nesta reunião que se deixava bem clara a
 importância da reflexão sobre “o quê?”, “o como?”, “o por-quê?” e “o para quê?” para
 desencadear o processo que possibilitasse ao grupo aflorar seu potencial de
 transformação, procurando sempre encorajar os integrantes a expressarem livremente
 suas idéias e sentimentos, retomando o assunto sempre que identificava desvio do
 foco proposto.

Nas primeiras reuniões, percebemos que muitos estavam constrangidos e quase não
 contribuíram, mas com o decorrer das reuniões, as respostas fluíram normalmente.

Toda as reuniões tinham em média 1 hora e meia, porque quando se excede o tempo
 preconizado de duas horas, pode ocorrer fadiga, desgaste ou esvaziamento da
 mobilização. Além disso, alguns autores como Westphal; Bógus e Faria (1996); Carlini-
 Contrin (1996); Rosso (1997) e Minayo (2000), observam que a duração das reuniões
 dos grupos focais não deverão ultrapassar duas horas por sessão.

Com o roteiro pré-estabelecido dávamos por aberta a reunião iniciando-a com as boas-
 vindas, apresentação do pesquisador e informações acerca dos objetivos da pesquisa
 e da técnica de pesquisa e esclarecimento sobre a dinâmica de discussão (debate). E
 em todas as reuniões fazíamos o encerramento com acertos e combinações finais para
 o(s) próximo(s) encontro(s), agradecimentos.

As reuniões aconteceram no período de junho a setembro de 2002, sendo que foram realizadas de 5 a 8 reuniões com cada grupo como segue: Com o GRUPO I - Foram realizadas 5 reuniões, sempre iniciando com a escolha dos afazeres, encorajando-os a expressarem livremente suas idéias, sentimentos e contribuições à pesquisa. Nesta união e liberdade, o coordenador assumia seu papel, que, para Carlini-Contrin (1996), é uma posição de peça-chave para o desenvolvimento satisfatório do grupo, criando um ambiente favorável e agradável em todo o seu transcorrer.

O coordenador iniciava agradecendo a presença de todos, não necessitando de apresentações já que todos se conheciam. Na Primeira reunião - Foram colocados quais os afazeres que seriam discutidos tais como: esterilização; abertura de caixas e pacotes e degermação. O coordenador observava se tudo estava pronto, ligava o gravador e colocava a primeira pergunta. Os tópicos subseqüentes só se iniciavam quando o grupo e o coordenador reconheciam que já estava esgotada a discussão anterior. Ao final, o coordenador concedia espaço aos participantes para se manifestarem quanto aos afazeres discutidos, e, em seguida, promovia acertos e combinações para o(s) próximo(s) encontro(s). Fazia os agradecimentos pela participação de todos.

A dinâmica de todas as reuniões seguintes tiveram o mesmo enfoque para que pudéssemos uniformizar todo o processo, apenas mudando os tópicos de discussão. Segunda reunião - Limpeza da sala antes e após a cirurgia; comunicação com o cliente e troca de luvas; Terceira reunião - Preparo da sala e testes dos aparelhos; Quarta reunião - Uso dos anti-sépticos e circulação na sala; Quinta reunião - Esterilização química e uso de máscara. A dinâmica com o GRUPO II - Foi idêntica a do primeiro grupo, diferenciando apenas no número de reuniões que foi em um total de 6, sendo que na Primeira reunião - Esterilização e abertura de caixas e pacotes; Segunda reunião - Degermação e cuidados e manuseio dos equipamentos;

Terceira reunião - Limpeza da sala antes e após a cirurgia e comunicação com o cliente; Quarta reunião - Troca de luvas e preparo da sala; Quinta reunião - Testes dos aparelhos e uso dos anti-sépticos e Sexta reunião - Circulação na sala e uso de máscara. Com o GRUPO III - A dinâmica e a condução de todas as reuniões foram idênticas a do segundo grupo porque foram também de 6 reuniões. Com o GRUPO IV - Por ser um grupo formado com 6 profissionais que trabalhavam no período matutino e com 1 que trabalha no período noturno, ficava difícil encontrar um horário adequado para se reunir, então, de comum acordo, combinamos em nos reunirmos no primeiro horário da manhã e se trabalhava conforme as condições e movimento do centro cirúrgico e pelas condições no máximo só poderíamos trabalhar 2 tópicos por manhã. Portanto, foram realizadas um total de 8 reuniões, sendo que na Primeira reunião - Foi trabalhado a Esterilização e abertura de caixas e pacotes; na Segunda reunião - Degermação e cuidados e manuseio dos equipamentos; na Terceira reunião - Limpeza da sala antes e após a cirurgia; na Quarta reunião - Comunicação com o cliente; na Quinta reunião - Troca de luvas e preparo da sala; na Sexta reunião - Testes dos aparelhos e uso dos anti-sépticos; na Sétima reunião - Circulação na sala e uso de máscara e na Oitava reunião - Esterilização química.

Todas as "falas" que emergiram durante as reuniões, com os grupos focais, foram gravadas e depois submetidas à transcrição para posterior categorização, análise e interpretação dos dados.

CAPÍTULO V
 RESULTADOS.....
 CAPÍTULO VI.....
 DIALOGANDO ENTRE O MARCO REFERENCIAL E OS PADRÕES.....
Só uma coisa torna o sonho impossível: o medo de não tentar.
(Paulo Coelho)
 CAPÍTULO VII.....
 REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO COLETIVA DE PADRÕES
 DE QUALIDADE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIAS
 ORTOPÉDICAS
*"Nenhum homem é livre se a sua mente não é como uma porta de vai-e-vem, abrindo-se para fora a fim de liberar suas
 próprias idéias e para dentro a fim de receber os bons pensamentos de outrem"*
(Validar)

Esta construção coletiva possibilitou o crescimento, a motivação e a satisfação de cada componente, por se sentirem valorizados como profissionais.

Concordamos com Quintela (1995), quando destaca que sem considerar o dever, todos os homens têm já por si mesmos a mais forte e íntima inclinação para a felicidade, porque é exatamente nesta idéia que se reúnem em uma soma todas as inclinações.

Assim sendo, cada um de nós nos tornamos responsáveis pelas ações executadas.

O cliente é o foco de interesse do nosso estudo, que é a “Construção de Padrões de Qualidade para a Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”, podendo ter uma assistência planejada e ser tratado com respeito e cordialidade. Esta parceria entre profissional/cliente será estabelecida, de modo que, através dela, haja uma ação mais eficiente, aumentando a satisfação da comunidade com o serviço ofertado e o profissional com os resultados obtidos.

Cada profissional carrega consigo uma reflexão muito profunda sobre o valor da vida, por conseguinte, o não-ouvir, o não-conhecer, o não-compreender, o não-pensar, muitas vezes, fazem com que esses profissionais não sigam as orientações a eles delegadas, se tornem frágeis, deprimidos, queixosos e até agressivos.

Estes são os profissionais que convivemos no cotidiano, os quais guardam consigo esperanças a serem renovadas.

No que diz respeito à nossa experiência na execução da construção dos padrões, podemos ressaltar a participação dos grupos focais, destacando o andamento de todo o processo em um ambiente politicamente democrático. Foi neste contexto que, desde o momento inicial, se possibilitou a incorporação das diferentes aspirações sociais.

E neste íterim, procuramos alternativas para melhorar as condições no assistir o cliente no centro cirúrgico. Neste convívio em grupo, tínhamos a certeza de que cada um de nós teria significado importante ao modificar e buscar alternativas para o nosso interesse e os da comunidade, com honestidade, sinceridade e integridade em todo o nosso relacionamento tanto profissional como com o cliente.

Assim, todos nós nos orgulhamos em poder, de alguma forma, projetar e fornecer produtos e serviços que venham a ser usados com segurança e que sejam possíveis de serem confiáveis, operados e descartados de maneira responsável e segura.

Cada vez mais, o nosso desempenho como profissional vai depender do fator ambiente, que, conseqüentemente, trará um aumento da produtividade, em função das novas tecnologias e da difusão de novos conhecimentos, que levam as empresas a investirem mais em novos processos de gestão, buscando a competitividade. Com as mudanças e transformações sociais, econômicas e tecnológicas pelas quais passam as organizações, percebe-se uma grande preocupação em estabelecer padrões de ética e responsabilidade social em suas atividades. Conforme Ashley (2002, p.50), "parece lícito afirmar que, hoje em dia, as organizações precisam estar atentas não só a suas responsabilidades econômicas e legais, mas também as suas responsabilidades éticas, morais e sociais", além do material e pessoal. São essas condições que nos motivarão na busca de alternativas estratégicas para reduzir o impacto de situações inconvenientes ao processo.

Estas situações são significativas para se refletir sobre o ambiente de trabalho no qual o compartilhar saberes, serve para contribuir com novas possibilidades de ação.

As diferenças entre os profissionais de enfermagem deixaram de ser interpretadas como deficiências que precisam ser corrigidas e passaram a ser assumidas pelo grupo como particularidades que deverão ser exploradas e integradas à dinâmica do trabalho. Assim sendo, abre-se espaço para o múltiplo, o desconhecido, em que as respostas predeterminadas dão lugar às respostas em constante construção, desconstrução e reconstrução e passam a fazer parte de um novo conhecimento.

CAPÍTULO VIII.

CONCLUSÃO.

Não tenha medo de enfrentar um galho difícil. É lá que se encontra o fruto.
(H.Jackson Brown)

O desenvolvimento da “Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas” foi um desafio para esse pesquisador e ao sujeitos/atores que participaram desta trajetória.

Sabíamos das dificuldades em trabalhar com profissionais de enfermagem que, na teoria e na prática experienciam e vivem intensamente sua unidade de trabalho nas 24 horas

do dia. Sabemos das dificuldades e limitações, porém, evidenciamos que o atrito com a equipe médica é o fator principal para o surgimento do *stress*, ansiedade, decepções e angústia.

A construção dos padrões trouxe subsídios suficientes para que todos os envolvidos no processo tomem consciência dos seus atos, assumam suas responsabilidades e pensem sempre antes de fazer, pois só assim, estaremos prestando uma assistência com qualidade, eficácia e mais livre de riscos.

Ao termos alcançado este estágio do estudo, nossa vontade agora é ver os resultados após a aplicação. Qual será o comportamento de cada um? Sabemos que este será um outro momento, mas estou confiante de que todos os componentes da equipe cirúrgica reflitam e ajudem a transpor esses obstáculos que, na maioria das vezes, se traduzem em uma complicação para o cliente.

Foi através das reuniões que o nosso propósito, juntamente com o dos grupos focais, consegui chegar até a “Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”. Acreditamos na importância do diálogo, direito de expressão e que todos possam ter voz e ação, pois foi com esta intenção que conduzimos todo o transcorrer do desenvolvimento deste estudo.

Confirmamos a tese de que é possível construir através de grupos focais uma proposta de Padrões de Qualidade para os Cuidados de Enfermagem em Cirurgias Ortopédicas para prevenir e controlar a incidência de infecção promovendo um cuidado de enfermagem mais livre de riscos.

Esta tese foi confirmada seguindo o pressuposto de que a adoção de padrões de qualidade para o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem em cirurgias ortopédicas em um hospital geral pode prevenir e controlar as infecções e promover um cuidado livre de risco.

Entendemos que a construção dos padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem em cirurgias ortopédicas representa o todo do processo e influencia na diminuição ou aparecimento da infecção hospitalar.

A validação dos padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem em cirurgias ortopédicas pelos enfermeiros/professor convidados e os sujeitos/atores da pesquisa dá a verdadeira conotação da importância de sua aplicabilidade.

Os resultados obtidos nos reportam ao ambiente, onde as pessoas interagem entre si, dependem umas das outras, compartilhando seus valores, objetivos e crenças, reconhecendo suas diferenças, porém, alimentando suas semelhanças, pelas quais, todo esse rol de ações em prol de uma assistência mais livre de riscos se concretizam...

A arte de construirmos conhecimento/modelos ou Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas para uma assistência livre de risco foi muito gratificante porque nos envolveu e ensinou a lidar com sentimentos e emoções, tendo nos detalhes, nas palavras de carinho e ânimo que contabilizaram mais sucesso do que insucessos. Lidar com sentimentos e vidas no trabalho é algo muito complicado. Nos ensinou também a ter consciência do estar

seguro, enfrentar as limitações, apesar do trabalho ser considerado gratificante, mas desgastante.

Não foi fácil, mas como em qualquer novo caminho, aos poucos, fomos chegando, transpondo as dificuldades de se construir as vias e encontrar o melhor final como colocou em forma poética Wilson Souza em: A VIDA E O TRABALHO.

Duas palavras diferentes,

porém, com algo em comum,

pois sem a vida presente,

não haveria trabalho algum.

Não consigo falar de trabalho,

sem falar também da vida,

pois há na vida muito trabalho,

e há no trabalho muita vida.

Uns adotam um padrão de trabalho,

outros adotam um padrão de vida.

Para muitos, a vida é trabalho,

para outros, o trabalho é vida.

No meu conceito vida e trabalho.

<i>serão inseparáveis por toda a vida.....</i>	
<i>Dedico minha vida ao meu trabalho,.....</i>	
<i>porque dele dependem outras vidas.....</i>	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
ANEXOS.....	
LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E DIAGRAMAS.....	
CAPÍTULO I.	
INTRODUÇÃO.....	15
1.1 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO.....	27
1.2 O SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL EM ESTUDO E SUA ESTRUTURA NO CONTROLE DAS INFECÇÕES.....	36
1.3 OBJETIVO GERAL.....	42
1.3.1 Objetivos Específicos.....	42
CAPÍTULO II.	
REFERENCIAL TEÓRICO.....	43
2.1 PADRÕES DE QUALIDADE COMO INDICADORES NO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	43
2.2 O AMBIENTE COMO FATOR IDEALIZADOR DAS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS FRENTE À SEGURANÇA E RISCOS PROFISSIONAIS.....	53
2.3 A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM COMO PROCESSO DE TRABALHO.....	65
2.4 ASPECTOS ÉTICOS E EDUCATIVOS DO AGIR HUMANO MAIS LIVRE DE RISCOS.....	71
2.5 NECESSIDADE DE REGRAS/NORMAS E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	79
2.6 DIREITO DE AGIR E REAGIR COM RESPONSABILIDADE.....	85
2.7 LIBERDADE CONSCIENTE.....	91
2.8 ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO.....	102
2.9 A UTILIDADE COMO FORMA DO FAZER.....	106
CAPÍTULO III	
CONCEITOS NORTEADORES DESTE ESTUDO.....	111
3.1 SOCIEDADE E AMBIENTE.....	113
3.2 PADRÕES DE QUALIDADE.....	114
3.3 VIDA E SAÚDE.....	116
3.4 ENFERMAGEM E CUIDADO.....	119
3.5 RISCOS E SEGURANÇA NO CUIDADO.....	125
CAPÍTULO IV.	
ARQUITETURA METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	129
4.1 A FORMAÇÃO E O CAMINHAR DO GRUPO FOCAL.....	133
4.2 O PERCURSO METODOLÓGICO.....	138
4.3 CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DA PESQUISA.....	139
4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL.....	141
4.5 A COLETA DE DADOS.....	143
4.6 OS GRUPOS FOCAIS E AS REUNIÕES.....	144
CAPÍTULO V.	
RESULTADOS.....	147
5.1 CONSTRUÇÃO DOS PADRÕES.....	147
5.2 VISUALIZANDO AS VERTENTES E SUAS SUBVERTENTES NA CONSTRUÇÃO DOS PADRÕES.....	149
5.2.1 Vertente 1 – Preparo da sala cirúrgica.....	150
5.2.1.1 PADRÃO I Assistência mais Livre de Risco.....	155
5.2.1.2 PADRÃO II Controle do ambiente do centro cirúrgico.....	156
5.2.1.3 PADRÃO III Sistema de controle de cuidados.....	157
5.2.2 VERTENTE 2 Comunicação com o cliente.....	159
5.2.2.1 PADRÃO IV Sistema de comunicação.....	164

5.2.2.2 PADRÃO V Equipe de enfermagem.....	165
5.2.3 VERTENTE 3 Uso de Máscara no centro cirúrgico.....	167
5.2.3.1 PADRÃO VI Uso de máscara no centro cirúrgico.....	170
5.2.4 VERTENTE 4 Troca de luvas.....	171
5.2.4.1 PADRÃO VII Uso de luvas.....	174
5.2.5 VERTENTE 5 Limpeza da sala antes e após a cirurgia.....	175
5.2.5.1 PADRÃO VIII Limpeza da sala cirúrgica.....	181
5.2.6 VERTENTE 6 Circulação na sala cirúrgica.....	182
5.2.6.1 PADRÃO IX Circulação na sala de cirurgia.....	185
5.2.7 VERTENTE 7 Uso dos Anti-sépticos.....	186
5.2.7.1 PADRÃO X Anti-sépticos.....	188
5.2.8 VERTENTE 8 Degermação.....	189
5.2.8.1 PADRÃO XI Degermação.....	192
5.2.9 VERTENTE 9 Esterilização.....	193
5.2.9.1 PADRÃO XII Embalagens.....	197
5.2.10 VERTENTE 10 Esterilização química.....	198
5.2.10.1 PADRÃO XIII Instrumentais cirúrgicos.....	202
5.2.11 VERTENTE 11 Abertura de caixas e pacotes.....	204
5.2.11.1 PADRÃO XIV Conservação da área estéril.....	209
5.2.12 VERTENTE 12 E 13 Testes dos aparelhos, cuidados e manuseio dos equipamentos.....	210
5.2.12.1 PADRÃO XV Materiais e Equipamentos.....	216
5.3 VALIDANDO OS PADRÕES CONSTRUÍDOS.....	219
CAPÍTULO VI.....	
DIALOGANDO ENTRE O MARCO REFERENCIAL E OS PADRÕES.....	239
CAPÍTULO VII.....	
REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO COLETIVA DE PADRÕES DE QUALIDADE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS.....	244
7.1 REFLEXÃO SOBRE AS PESSOAS.....	247
7.1.1 Disponibilidade dos participantes.....	250
7.1.2 A crença dos participantes na proposta.....	251
7.1.3 Compromisso em construir algo para melhorar a assistência.....	254
7.2 REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO.....	255
7.2.1 A dinâmica vivenciada.....	256
7.2.2 A riqueza de idéias.....	257
7.2.3 A animação pelo novo.....	258
7.2.4 A preocupação com o viável ou inviável.....	259
7.2.5 O processo contínuo e crescente de aprender a pensar e construir.....	261
7.3 REFLEXÃO SOBRE O CONTEÚDO.....	261
7.3.1 A abrangência.....	262
7.3.2 A profundidade.....	263
7.3.3 Pertinência e adequação à realidade.....	263
7.3.4 A praticidade.....	264
7.3.5 O novo como algo próprio do grupo: da mudança requerida e da contribuição para a enfermagem e saúde.....	265
7.4 REFLEXÃO SOBRE OS QUESTIONAMENTOS ENTRE O IDEAL E O REAL.....	266
7.4.1 O rigor no controle das infecções hospitalares.....	267
7.4.2 A segurança, os riscos e as responsabilidades.....	267
7.4.3 Os questionamentos éticos.....	268
7.4.4 As condições organizacionais.....	270
7.4.5 As condições ambientais.....	270
7.5 REFLEXÃO SOBRE O PAPEL DO PESQUISADOR.....	271
7.5.1 As preocupações e inseguranças.....	272
7.5.2 Os avanços e aplicabilidade.....	273
7.5.3 A satisfação pelo produto obtido ou resultado alcançado.....	273

CAPÍTULO VIII	
CONCLUSÃO.....	276
CAPÍTULO IX	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	279
ANEXOS.....	290

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E DIAGRAMAS

TABELA 1 – Cirurgias ortopédicas/dia realizadas no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001 a set/2002.....	36
TABELA 2 – Cirurgias ortopédicas, acompanhadas, com infecção e taxa de infecção mês no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001 a set/ 2002.....	37
GRÁFICO 1 – Cirurgias ortopédicas realizadas no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001/set/2002.....	37
GRÁFICO 2 – Cirurgias ortopédicas acompanhadas no Hospital Governador Celso Ramos pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar no período de set/2001/ set/2002.....	38
GRÁFICO 3 – Cirurgias ortopédicas acompanhadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Taxa de Infecção e Cirurgias com Infecção no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001/set/2002.....	39
TABELA 3 – Cirurgias ortopédicas por porte de setembro de 2001 a setembro de 2002....	39
GRÁFICO 4 – Cirurgias ortopédicas por porte realizadas no Hospital Governador Celso Ramos acompanhadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar no período de set/2001/set/2002.....	40
TABELA 4 – Cirurgias ortopédicas limpas e taxas de infecção acompanhadas no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001 a set/2002.....	40
GRÁFICO 5 – Cirurgias ortopédicas limpas e taxas de infecção acompanhadas no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001/set/2002.....	41
DIAGRAMA 1 – PREPARO DA SALA CIRÚRGICA.....	150
DIAGRAMA 2 – COMUNICAÇÃO COM O CLIENTE.....	159
DIAGRAMA 3 – USO DE MÁSCARA NO CENTRO CIRÚRGICO.....	167
DIAGRAMA 4 – TROCA DE LUVAS.....	171
DIAGRAMA 5 – LIMPEZA DA SALA ANTES E APÓS A CIRURGIA.....	176
DIAGRAMA 6 – CIRCULAÇÃO NA SALA CIRURGIA.....	182
DIAGRAMA 7 – USO DOS ANTI-SÉPTICOS.....	186
DIAGRAMA 8 – DEGERMAÇÃO.....	189
DIAGRAMA 9 – ESTERILIZAÇÃO.....	193

DIAGRAMA 10 – ESTERILIZAÇÃO QUÍMICA.....	198
DIAGRAMA 11 – ABERTURA DE CAIXAS E PACOTES.....	204
DIAGRAMA 12 – TESTES DOS APARELHOS, CUIDADOS E MANUSEIO DOS EQUIPAMENTOS.....	210

CAPÍTULO I INTRODUÇÃO

Na arte, a inspiração tem um toque de magia, porque é uma coisa absoluta, inexplicável. Não creio que venha de fora para dentro, de forças sobrenaturais. Suponho que emerge do mais profundo eu da pessoa, do inconsciente individual, coletivo e cósmico.

(Clarice Lispector)

A infecção hospitalar¹ está entre os principais problemas de saúde pública da atualidade, tendo como conseqüência o aumento da morbidade, da mortalidade e dos custos relacionados à assistência à saúde (DIAS, 2002, p. 349).

A perspectiva é que, em um futuro bem próximo, através de avaliação epidemiológica, venham a ser desenvolvidas filosofias² que, na prática, adquiram dimensão cada vez maior e, pelo somatório de atividades, possam, senão resolver, minorar os resultados adversos da cadeia epidemiológica.

Devido à magnitude do problema, o assunto é visto com seriedade em diversos países. Nos Estados Unidos da América (EUA), calcula-se um prejuízo de 2.000.000 dólares/ano pela infecção hospitalar, sendo esta a 6ª causa de morte, com cerca de

¹ Qualquer processo infeccioso que se manifesta quando da permanência do paciente no hospital ou que pode ser correlacionado à hospitalização. Burton in Santos (1997, p. 19). Segundo alguns autores, são infecções causadas pelos microrganismos provenientes da flora normal, ou seja, de germes que habitam o próprio corpo humano. A desarmonia na convivência germes-homem, devido à incapacidade do último, faz com que os primeiros se multipliquem e passem a invadir os tecidos, causando as infecções. A expressão infecção hospitalar expressa qualquer infecção adquirida após a admissão do cliente no hospital e que se manifesta durante a internação ou após alta se puder ser relacionada com a hospitalização (Portaria 196/83; Portaria 930/92; Portaria 2616/98 do Ministério da Saúde).

² “A nova filosofia de administração centrada na busca da melhoria continuada privilegia o trabalho em equipe, a confiança nas pessoas e em sua capacidade produtiva, a relação de parceria e de co-responsabilidade, a diversidade e a mudança de pensamento, a manutenção das pessoas na empresa, o respeito e o valor de quem produz, o atendimento das necessidades humanas fundamentais, o pensamento horizontalizado e a maximização dos objetivos e metas” (MEZONO, 1995, p. 53).

500.000 mortes/ano. Estima-se a ocorrência de 325.000 infecções cirúrgicas pós-operatórias por ano, com incidência de 6,1% para cada 1.000 clientes. Estudos mostram que uma infecção da ferida cirúrgica pode implicar custos adicionais³ de 60 dólares com antibioticoterapia e elevar-se para 7.500 dólares se o cliente necessitar retornar à sala de operações para nova incisão ou drenagem de abscesso (LACERDA et al 1992, p. 15).

Os custos anuais, em nível nacional, são projetados entre 130 e 845 milhões de dólares (TROXLER; NICHOLS, 1987, p. 16).

Um estudo realizado com cirurgia geral em 1987, nos EUA, investigou 1.644 procedimentos cirúrgicos. Dos 108 casos de infecção hospitalar diagnosticados, 50 (46%) se manifestaram após a alta (Brown, 1987, p. 54). No Brasil, os poucos trabalhos apresentam resultados semelhantes (BALSAMO et al 1991; DANTAS et al 1991; SOBRAL et al 1991).

A despeito dos avanços na tecnologia de materiais, de equipamentos, de técnicas de operações e de práticas assépticas, a infecção da ferida cirúrgica constitui, hoje, a segunda causa de infecção hospitalar nos EUA, com conseqüência importante para o aumento dos custos hospitalares (GARNER, 1986, p. 35; TROXLER; NICHOLS, 1987, p. 16). Muitas das infecções poderiam ser evitadas se realmente não houvesse imprudência e/ou negligência durante o ato cirúrgico, isto é, se todo o ritual cirúrgico fosse realizado conforme técnicas pré-estabelecidas, mas o que se percebe é a quebra da técnica asséptica com muita freqüência.

A ausência de índices estatísticos confiáveis e de um sistema de vigilância epidemiológica⁴ padronizado⁵ em todos os hospitais prejudica o estabelecimento de

³ São aqueles inerentes a uma infecção proveniente de falhas e defeitos dos produtos. Existem basicamente quatro tipos de análise econômica das infecções hospitalares: 1. estimativa de custo, que avalia os custos e o potencial benefício das IH; 2. análise custo-benefício, que compara os custos da manutenção de um programa, seu controle e seu potencial benefício econômico; 3. contenção de custos, que estima a economia obtida por eliminar rotinas e/ou procedimentos desnecessários; 4. análise custo-eficácia, que compara o custo de estratégias alternativas para atingir um determinado resultado pré-estabelecido (Ferraz, 1997, p. 10).

⁴ É um processo ativo, sistemático e contínuo de coleta, análise e interpretação de dados durante o processo de descrição e monitoração de um evento de saúde (RODRIGUES et al 1997, p. 70).

⁵ É a seleção conveniente dos artigos e materiais, que, de forma obrigatória, devem ser usados por todas as dependências de uma organização de cuidados médicos. É um processo contínuo em que há necessidade do conhecimento das suas atividades, estudo e observação. A padronização proporciona resultados compensadores, quer de caráter econômico, quer técnico, como também facilita as operações de administração que se relacionam com previsão/organização/ coordenação/ direção/avaliação/controle; facilita a previsão por meio da redução dos itens, melhora a organização pela menor complexidade, dá melhor direção às tarefas pela sua fácil identificação e permite melhor coordenação dos trabalhos e, conseqüentemente, bom controle da organização (CAMPOS, 1992).

uma classificação segura da ocorrência da infecção cirúrgica em nível nacional.

Em se tratando de infecção ortopédica, podemos considerar o período de até um ano, quando houver colocação de prótese. É com o retorno do cliente que se obtém dados, e, conseqüentemente, a infecção já está instalada.

A infecção hospitalar representa um dos principais problemas da qualidade da assistência prestada ao cliente⁶ durante sua permanência no hospital, devido à importante incidência e letalidade, aumento do tempo de internação e do consumo de medicamentos, além dos custos⁷ indiretos, como aqueles representados pela interrupção do trabalho e afazeres rotineiros, e os custos intangíveis ou difíceis de se avaliar economicamente, como os distúrbios provocados pela dor, mal-estar, isolamento, enfim, pelo sofrimento experimentado pelo cliente.

Toda essa problemática, na maioria das vezes, só aparece quando o cliente volta ao domicílio e este emaranhado de distúrbios o faz retornar ao hospital, que, por falta de informação, não sabe que adquiriu uma infecção hospitalar.

Infecção Hospitalar como já foi discutido, é qualquer infecção adquirida e manifestada durante a internação do cliente ou após a alta (este período de pós-alta varia de 25 a 30 dias), quando puder ser relacionada com a hospitalização, ou até um ano quando da colocação de próteses (Portarias⁸ do Ministério da Saúde).

A agressão cirúrgica implica a inevitável quebra do equilíbrio ecológico⁹ existente entre o organismo e o universo de microrganismos que o cerca.

⁶ Cliente é entendido neste estudo como a pessoa do paciente.

⁷ O custo crescente da assistência médica tem preocupado a maioria dos administradores de saúde. Quando um paciente adquire uma infecção hospitalar, o aumento de sua permanência, o uso de drogas, os exames complementares e os procedimentos invasivos para o diagnóstico o custo final de tratamento. Em 1970, Swartz in Ferraz (1997, p. 11), analisando os custos hospitalares, considerou três formas: diretos, indiretos e intangíveis. Os custos diretos seriam as despesas reais do hospital e do paciente decorrentes de sua infecção; os indiretos seriam representados pela parada de produção do paciente, acarretada incapacidade, morbidade ou mortalidade; os custos intangíveis, de difícil avaliação, corresponderiam ao sofrimento do paciente. A análise custo-benefício é o método mais compreensível por tentar quantificar individualmente custo e benefício, possibilitando dizer, por exemplo, se o Programa de Controle de Infecção Hospitalar oferece ganho líquido para o hospital.

⁸ As CCIH foram instituídas oficialmente no Brasil por recomendação do Ministério da Saúde, através de Portarias que vão revogando umas as outras como: 196, de 1983, substituída pela Portaria 930, de 1992, que foi revogada e substituída pela Portaria 2616, de 1998, que, em nível nacional, rege o controle de infecção hospitalar e mantém o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, na qual os membros do SCIH exercem a função de membros executores e os membros da CCIH passam a ser membros consultores (BRASIL, 1999).

⁹ A Ecologia é a ciência que estuda este inter-relacionamento entre os seres vivos e o meio ambiente que habitam, bem como suas influências recíprocas. É o estudo da estrutura e função da natureza, incluindo todos os ecossistemas, que são conceituados como os sistemas biológicos que reúnem uma comunidade e o meio de onde extraem matéria e energia (FERNANDES, 2000, p. 163)

A biosfera atual é um conjunto de comunidades ecológicas bem-sucedidas, organizadas em ecossistemas naturais bastante diversificados, cujas transformações em quaisquer de seus componentes interferem no todo (FERNANDES, 2000, p. 163).

Portanto, a invasão ao meio interno do cliente por microrganismos das mais diversas espécies, que nele se assentam agindo isolada ou associadamente, depende da interação de fatores bacterianos, teciduais locais e sistêmicos e, quando consolidados, resultam em um desequilíbrio ecológico com manifestações locais e/ou sistêmicas conhecidas pela denominação genérica de “infecção”.

Basta o cliente apresentar um quadro de hipertermia para se suspeitar de uma infecção e, se tratando de infecção da ferida cirúrgica, seguem-se às normas do Centers for Disease Control¹⁰ (CDC, 1986) e do Ministério da Saúde, que classificam de infecção da ferida cirúrgica, hoje denominada de infecção do sítio cirúrgico¹¹.

Apesar da alta tecnologia que favorece a performance profissional, o controle do ambiente cirúrgico permanece potencialmente hostil, tanto para o cliente quanto para a equipe cirúrgica. Por isso, instituições têm dado ênfase na melhora do ambiente cirúrgico¹² na tentativa de reduzir o número de complicações infecciosas decorrentes de procedimentos cirúrgicos. Não basta tecnologia de ponta se não somos treinados para operá-la. O acompanhamento de todo o pessoal que atua no centro cirúrgico deveria iniciar antes de começar sua atuação neste local e não como ocorre, o profissional aprende com os que já estão atuando, que também

¹⁰ Conforme recomendações do Centers for Disease Control (CDC, 1986), o termo infecção da ferida cirúrgica deve ser substituído por infecção de sítio cirúrgico (ISC), uma vez que nem toda infecção relacionada à manipulação cirúrgica ocorre na ferida propriamente dita, mas também em órgãos ou espaços abordados durante a operação. ISC são aquelas infecções que ocorrem relacionadas aos procedimentos descritos anteriormente.

¹¹ ISC incisional superficial – quando envolver apenas a pele e tecido celular subcutâneo do local da incisão. ISC incisional profunda – pode envolver ou não os mesmos tecidos da ISC incisional superficial, mas envolve obrigatoriamente tecidos moles profundos, como a fáscia e camadas musculares. ISC órgão ou espaço específico – envolve órgão ou espaço profundo manipulado durante a cirurgia, mas não necessariamente a incisão. São exemplos: a meningite após manipulação do sistema nervoso central, a endocardite após a troca de válvulas cardíacas e a peritonite após cirurgia abdominal (RODRIGUES et al 1997, p. 149).

¹² A busca pela qualidade contempla esforços por aprimoramentos e iniciativas que visem melhorias e que possam ser acompanhados através dos desempenhos em termos de resultados, utilizando índices operacionais como: aumento da qualidade, redução dos custos e aumento nos lucros, utilizando indicadores operacionais como volume de produção, índice de defeitos, faturamento, margem sobre vendas, lucro do período. Ambiente da Qualidade, essa característica está bem evidenciada na área assistencial, na qual o monitoramento dos indicadores que avaliam as condições de saúde do indivíduo atendido é prática intrínseca ao processo. Embora um certo grau de padronização possa ser adotado, o serviço que um hospital presta aos seus clientes não pode ser enquadrado em uma metodologia do tipo "linha de montagem", porque cada paciente responde de forma diferente aos processos patológicos e à terapêutica, o que exige uma permanente adaptação das condutas de diagnóstico e de tratamento (KRUGLIANNKAS, 1996, p. 7).

aprenderam com alguém. Portanto, devemos ensinar de uma maneira para que tudo seja feito certo desde a primeira vez.

O trabalho de Haley et al (1985), estimava que a infecção da ferida operatória ocorria em aproximadamente 24% do total do número de infecções nosocomiais, o que representaria em torno de 5000.000 infecções por ano, ou 2,8% das operações gerais realizadas.

Hoje, apesar do ingente esforço para controlá-la, a infecção continua sendo um desafio para a ciência, merecendo constante atenção. A morbimortalidade a ela inerente prossegue elevadíssima, pois, a cada nova iniciativa terapêutica, existe uma resposta microbiana de adaptação, de caráter, por assim dizer, “darwiniano”, com o aparecimento de mutantes resistentes.

Os custos diretos e indiretos que ocasionam as infecções das feridas cirúrgicas e o sofrimento por elas causado, embora não possam ser medidos em moeda corrente, têm um preço inestimável. Não há indenização que cubra o afastamento do cliente do seu convívio e da sociedade.

O consentimento¹³ informado é o direito de todo ser humano de determinar o que deverá ser feito para e com o seu próprio corpo. O cliente deve ter pleno conhecimento do prognóstico, complicações, seqüelas, desconfortos, custos, inconveniências, riscos e experiências que venham a lhe causar, de alguma forma, privação sensorial, podendo fazer uma possível previsão da mudança de comportamento ou de situações no seu modo de vida, quando submetido a uma intervenção cirúrgica, no nosso caso, nos serviços de saúde, que porventura venha a causar danos.

Diante deste quadro, tem-se então a sensação de que, em um sentido mais amplo, houve uma substituição do padrão endógeno, dos comportamentos espontâneos culturalmente aceitos pelos grupos sociais, pelo padrão exógeno, que são comportamentos saudáveis recomendados pela medicina ou compreendidos na cooperação consciente com os métodos terapêuticos e preventivos.

¹³ Durant (1993, p.34) afirma que, em situação normal, um adulto é capaz de dirigir a sua própria vida, o princípio da autonomia exige o seu consentimento a todo tratamento médico e a todo ensaio experimental.

A “Moral¹⁴” traz consigo uma ressonância desapropriada como parte da nossa herança humana comum e, frente a esta situação, pode-se esperar que haja uma interferência dos universais éticos e princípios que permeiam todas as sociedades humanas.

Estes universais éticos e princípios fazem com que a saúde deixe de ser um dote ingênito que cada ser humano deve possuir, tornando-se então um objetivo, do qual se tem direito em virtude da justiça social.

O direito social nos leva a uma articulação de situações, como apresenta Schori in Barrantes et al (1992, p. 153), quando se declara “contra o terror e a opressão, contra os crimes, as violações dos Direitos Humanos e as liberdades fundamentais, quer no Leste, quer no Oeste. Sabemos que a liberdade é uma exigência da paz e que a Carta das Nações Unidas nos obriga a agir em favor da democracia e da justiça”.

A democracia e a justiça é que nos dão a conotação de usuário, sendo este um conceito muito mais abrangente, porque é visto como parte dos recursos humanos de saúde, tomando a idéia de utilidade como uma cooperação do cliente ou da população quando organizada, podendo ser comparada com outro recurso qualquer.

A luta por um desenvolvimento positivo, no contexto dos recursos humanos de saúde, muitas vezes depende de outras circunstâncias, principal-mente de uma política de neutralidade. Para Schori in Barrantes et al (1992, p. 153), “há outro fator importante: o crédito que deveremos continuar a merecer por parte daqueles que confiam em nossa atividade independente, no sentido de que não nos submetemos aos interesses de nenhuma potência mundial. É condição prévia para nossas possibilidades de desempenhar um papel construtivo de mediação e aproximação em diversos contextos internacionais”.

O desenvolvimento de um artefato nos leva a raciocinar como sendo a lógica de criação, estabelecendo, assim, um conjunto de valores estéticos utilitários para depois se produzir técnica e racionalmente os bens materiais associados àqueles valores que em uma sociedade moderna vislumbram um novo horizonte de internacionalização da liberdade econômica. Atualmente, pode-se considerar a era

¹⁴ “Conjunto de regras de conduta ou hábitos julgados válidos, para qualquer tempo ou lugar, para grupo ou determinadas pessoas” (FERREIRA, 1996, p. 322).

do liberalismo e da globalização desenfreados como um fenômeno sócio-técnico-cultural inevitável, no qual os cruéis malefícios da economia de mercado são expostos com pouca clareza, tendo como resultado conseqüências antiéticas.

Neste sentido, primeiro procuramos achar ou criar a necessidade para depois comercializar o produto necessário, surgindo, assim, entre as modernas correntes de pensamento, a qualidade, traduzida como elemento subjetivo, porém, manifestando-se como modo objetivamente diferente de produzir as coisas. Isto é, a preocupação em criar e manter consciência quanto às propriedades dos produtos (bens e serviços) que estão sendo gerados, diminuindo sua variabilidade ao serem adotados determinados padrões ou especificações técnicas e preocupação em satisfazer demandas explícitas e necessidades não declaradas, mas previsíveis dos consumidores.

Os consumidores geralmente são pessoas essencialmente pragmáticas, dentre as quais também estamos incluídos, e costumamos atribuir as responsabilidades pela criação e desenvolvimento em qualquer ação.

Autores como Albrecht (1992); Campos (1992); Gil (1992); Aguayo (1993); Cerqueira Neto (1993); Corrêa (1993); Campos (1994) e Tachizawa ; Scaico (1997), consideram Joseph Juran¹⁵ e Edwards Deming¹⁶ como os pioneiros da qualidade, devido às suas obras e contribuições. Estes dois gurus da qualidade, já nas décadas de 30 e 40, tinham a preocupação com a qualidade dos produtos e serviços, quando então, começaram a reunir e descrever certos princípios e indicações metodológicas, levando, assim, a qualidade a um novo paradigma.

¹⁵ É Americano. Nasceu em 1900. Consultor e professor. Autor de conceitos modernos sobre garantia de qualidade. É considerado também um dos pais da revolução de qualidade no Japão, onde esteve na década de 50 e introduziu a utilização da estatística no controle da qualidade. Atuou em vários programas de treinamento de pessoal para a qualidade, sobretudo durante a Segunda Guerra Mundial. Desenvolveu os "14 pontos" (ou obrigações) relativos à responsabilidade da administração das empresas para a qualidade. Mostrou que a qualidade é, antes de tudo, um problema administrativo, de implicações no nível de políticas, diretrizes, organização e gestão das empresas e não apenas uma questão técnica (talvez tenha sido este seu legado mais importante até aqui). A previsibilidade e a ênfase de Deming para a qualidade são principalmente voltadas para a estatística, focalizando os problemas e sua causa (CORRÊA, 1993, p. 129).

¹⁶ É Romeno. Nasceu em 1900. Consultor na área de qualidade em vários países. Desenvolveu muitos conceitos nesta área, inclusive a própria definição de qualidade ("adequação ao uso"). Seu trabalho é considerado como a base para o desenvolvimento da qualidade no Japão, onde trabalhou ativamente na década de 55-65. Formulou as bases da moderna administração da qualidade. É possível que sua contribuição mais relevante tenha sido a de estruturar o conceito de qualidade de uma forma abrangente. A adequação ao uso de Juran: abordagem que possui um forte ingrediente gerencial e focaliza planejamento, fluxo organizacional, responsabilidade gerencial para a qualidade e a necessidade de estabelecer metas e objetivos para a melhoria. Juran admite a existência de várias definições para a qualidade em sua obra: "um dos significados da qualidade é o desempenho do produto. (...) outro significado de qualidade é a ausência de deficiências" (CORRÊA, 1993, p. 131).

O comprometimento dos níveis estratégicos é fundamental para a produção da qualidade, seja de produtos ou serviços. Juran e Deming reconhecem também a amplitude do conceito de qualidade, que só pode ser definida em termos de quem a avalia, ou seja o cliente. A qualidade, para ser produzida, deve ser medida, pois fornece bases objetivas de sua análise desde o projeto de produtos ou serviços. E, neste propósito, a “qualidade deve ser medida através da interação de três participantes, (...): (1) o produto em si; (2) o usuário e como ele usa o produto, como instala, como cuida dele (...); (3) as instruções de uso, treinamento do cliente e treinamento da assistência técnica, os serviços disponíveis para reparos, a disponibilidade das peças”.

Este desenvolvimento está relacionado ao direito e poder como forma de intersubjetividade normativa, trazendo consigo a imparcialidade na consciência moral. Como meio de organização burocrática da dominação, tem-se a instrumentalidade, criando, assim, um duplo aspecto.

Quanto a este aspecto, é óbvio que as sociedades apresentam pontos de vista éticos diferentes em relação a muitas situações, mas, em alguns pontos importantes, quase todas estão de acordo. Concordo com Nogueira (1994, p. 19) quando ressalta que “a administração no mundo ocidental é um novo paradigma”.

No que tange ao direito e ao poder, Mezone (1995, p. 7), afirma que “muitos profissionais se transformam e se comportam como se fossem simples burocratas e operadores de equipamentos e absolutamente distantes do sentimento, da lágrima, da emoção, da dor e da dúvida que traumatiza a alma e a mente dos que já têm seus corpos golpeados”.

E afirma ainda que a felicidade não está no prazer, mas na virtude descrita por Aristóteles¹⁷ na *Ética a Nicômaco*, na qual “não se deve pensar que o homem necessitará de muitos e grandes bens exteriores. Pode ser feliz sem eles... uma vez que se pode agir conforme a virtude mesmo com recursos moderados”, então, o conceito de solidariedade está, em geral, profundamente enraizado quando,

¹⁷ Nascido em Estagira, na Macedônia, em 384, faleceu em 322 a.C. Foi um dos mais importantes filósofos gregos da Antiguidade. A pólis-grega, portanto, é vista por Aristóteles como um fenômeno natural. Por isso, o homem verdadeiramente digno desse nome é um animal político, isto é, envolvido na vida da pólis. Assim, Aristóteles toma um fenômeno social característico da Grécia como modelo natural de todo o gênero humano. A metodologia de Aristóteles merece um destaque. Deve-se a Aristóteles a organização rigorosa do *Organon*, ou instrumento de pensar, que mais tarde recebe a denominação de lógica formal (ABBAGNANO, 1981).

conforme Barrantes et al (1992, p. 19), “expressa através de uma política interna de assistência e cooperação”.

É esta solidariedade que percebemos quando se “pode responder e acompanhar o pensamento de Edwards Deming, mas o funcionamento real da produção enfrenta, a cada passo, entraves criados por velhos vícios e emergentes deficiências. São eles: a busca do lucro em curto prazo, a burocratização e a alienação do trabalho, a falta de adequação tecnológica dos meios de produção, a inapropriada capacitação da força de trabalho etc.. Esses e outros vícios e deficiências (a que Deming in Nogueira denomina “doenças”) afastam e bloqueiam o ajuste da produção ao mundo do consumo” (NOGUEIRA, 1994, p. 3).

Quando tratamos de solidariedade, verificamos que duas questões importantes estão interligadas: a liberdade e a responsabilidade.

Tanto a liberdade como a responsabilidade nos dão a idéia de universalidade que, para Kant¹⁸, é o enfoque moral, conforme ele diz: “Eu nunca deveria agir se não de tal sorte que a minha máxima, o princípio pelo qual estou agindo, se torne uma máxima universal” (CHÂTELET, 1994, p. 100).

A universalidade pode trazer grandes conseqüências como o reconhecimento intersubjetivo de normas que passam a existir com eficácia social, influenciando um poder autorizado normativamente, havendo a possibilidade de delegação de autoridade, posto que, impessoal, permitindo a organização burocrática da dominação (direito como meio de organização), a qual, Kant denomina de imperativo categórico, que, significa, que apenas segundo uma máxima tal, possas, ao mesmo tempo, querer que ela se torne Lei Universal. Na prática, na qual deve prevalecer a autonomia, Kant propõe o imperativo prático como: age de tal modo que possas usar a humanidade, tanto em tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre como um fim ao mesmo tempo e nunca apenas como um meio. É com esta visão de dever que o imperativo criado por Kant pode ser entendido, conforme alguns autores, como uma analogia ao termo bíblico Mandamento (ABBAGNANO, 1998).

¹⁸ Nascido em Königsberg, em 1724, pequena cidade da Alemanha, Kant teve uma vida longa e tranqüila, dedicada ao ensino e à investigação filosófica. Homem metódico e de hábitos arraigados, lecionou durante quarenta anos na Universidade de Königsberg, somente deixando o magistério por problemas de saúde. Morreu em 1804 aos 80 anos, sem nunca ter se afastado das imediações de sua pequena cidade.

Partindo-se da concepção kantiana do dever, baseada na capacidade de seres racionais para compreender a lei moral, poderíamos seguramente dizer que a ética continua a ser um fenômeno puramente humano.

Para Andrade (1993, p. 52), é sob a forma de imperativo categórico que existe a norma moral. A conduta moral é vinculada a uma norma universal, na qual o ser humano procura fazer a distinção entre um mundo sensível, que é a satisfação, e um mundo inteligível, que, de acordo com Kant (1994, p. 158), “do qual nada mais sabe senão que nesse mundo só dá a lei da razão, e a razão pura, independente da sensibilidade”.

A asserção kantiana, de que a lei moral nada mais era do que uma lei da razão, baseava-se na sua metafísica particular, em que ele via a natureza humana como eternamente dividida, o bem supremo é a boa vontade, da qual a liberdade é propriedade. O pensador alemão define vontade (que não é outra coisa senão a razão prática) como “a faculdade de escolher só aquilo que a razão, independentemente da inclinação, reconhece como praticamente necessário” (ANDRADE, 1993, p. 123).

É no domínio da razão prática, na razão de Kant, que somos livres, isto é, que se põe a questão da liberdade e da moralidade, enquanto no domínio da razão teórica, do conhecimento, somos limitados por nossa própria estrutura cognitiva.

Segundo essa concepção, os princípios éticos são derivados da racionalidade humana. A moralidade trata assim do uso prático e livre da razão. Os princípios morais resultam da razão prática e se aplicam a todos os indivíduos em qualquer circunstância (MARCONDES, 1998, p. 213).

Desta forma, a ética kantiana pode ser considerada a ética do dever, ou seja, uma ética prescritiva.

No mundo dos fenômenos da realidade natural, tudo depende de uma determinação causal, ou seja, o ser humano é parte da natureza e suas ações seguem uma determinação causal e não está, no campo do agir moral, submetido às leis causais, mas sim, aos princípios morais derivados de sua razão, ao dever. É este o sentido da liberdade humana no plano moral. A moral é, deste modo, independente do mundo da natureza. No campo do conhecimento, Kant parte da

existência da ciência para investigar suas condições de possibilidade; no campo da ética, parte da existência da consciência moral para estabelecer seus princípios (MARCONDES, 1998, p. 213).

Essa lei moral nos dá a conotação de que a liberdade perpassa por um processo de transformação da base racional humana. Neste contexto, atualmente, fala-se em liberdade econômica como sendo o princípio da vida social, porém, esquece-se da liberdade per se, isto é, a essência da liberdade - a liberdade primeira. Assim sendo, corrige-se um caminho produzindo mais erros, enganos e desvios.

Então, a idéia moral de liberdade é a sua forma exterior que “traduz” a maneira do indivíduo perceber o mundo e as conseqüências dos princípios éticos na sua relação com a pessoa em si mesma.

A moral, para Kant, diz respeito às leis que regulam a conduta do ser racional, enquanto este é livre. O ser racional distingue-se dos demais por não ter sua conduta necessariamente regulada pelas leis da natureza. Como ser livre, sua conduta é regulada por outro tipo de lei: as leis da liberdade, que compõem a moral (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1995, p. 51).

De acordo com Kant in Santos (1965), a ética é autônoma e não heterônoma, ou seja, a lei é ditada pela própria consciência moral e não por qualquer instância alheia ao Eu. Como vemos, Kant dá prosseguimento à construção da própria moral. Não espera algo de fora.

Assim, a liberdade é algo absolutamente constitutivo da vida humana, e isso tem uma conseqüência religiosa evidente: que o homem é, ao mesmo tempo, responsável. Porque sou livre, sou responsável.

A liberdade, antes de tudo, deve ser vista com responsabilidade. A responsabilidade de nossos atos é fator sumamente importante para que possamos fazer jus a “essa tal liberdade”.

O homem se sente responsável, sujeito a deveres e, por conseguinte, precisa ser livre. Se não fosse livre, não teria sentido ser responsável. Mas, mesmo com a liberdade de pensamentos, muitas vezes não pode colocá-los em prática, visto que seria um atentado contra as regras do direito. Pode-se até falar, entretanto, não se

pode fazer o que se fala. Dessa forma, as ações individuais, no cumprimento dos deveres, devem salvaguardar a liberdade própria e a do outro. Por isso, Voltaire in Nogueira (1989), afirma com veemência: "Não concordo com o que você diz, mas defenderei o direito de você dizê-lo até o fim".

Nesse caso, o homem possui somente a liberdade de opinião, mas nunca a liberdade de ação. Ao se investigar as implicações dessa identidade orientada pela liberdade de realização "transcendental da felicidade", isto é, do mundo utilitário, pode ser definida como sendo bem supremo, união completa do homem com Deus. É um estado que o homem alcança quando, através de rígidos exercícios espirituais, se liberta de qualquer desejo, estar em paz e usufruir.

Para os autores que utilizam a palavra "felicidade" neste sentido, reservar-se-á denominação de utilitaristas.

Segundo Kant, "a noção de busca da felicidade é insuficiente como fundamento da moral, porque o conceito de felicidade é variável, dependendo de fatores subjetivos, psicológicos, ao passo que a lei moral é invariante, universal; por isso seu fundamento é o dever" (MARCONDES, 1998, p. 213).

Na terceira crítica, a Crítica do Juízo (ou da faculdade de julgar, 1790), Kant pretende analisar os juízos de gosto, fundamento da estética (no sentido de arte), e os juízos teleológicos (de finalidade). Porém, na realidade, seu objetivo principal é superar a dicotomia anterior entre razão teórica (ou cognitiva) e prática (ou moral), considerando a faculdade do juízo como uma faculdade intermediária. Kant examina nessa obra a idéia da natureza como dotada de um propósito ou finalidade (MARCONDES, 1998, p. 214).

Como outros valores, a felicidade também faz parte da formação da unidade ética da pessoa. O comportamento, segundo uma cultura específica, e o modo particular de viver de um indivíduo ou sociedade é que vão determinar a idéia moral de felicidade.

Para Kant, o absoluto não é da ordem do saber, mas de conduta, daquilo que ele chama de "prática". É nesse campo moral que a razão pode encontrar o seu pleno uso. De maneira muito normal, a Crítica da Razão Prática vem articular-se com a Crítica da Razão Pura e, de certo modo, dar-lhe razão. A ambição da Crítica

da razão prática é considerável, embora o seu ponto de partida seja modesto (CHÂTELET, 1994, p. 99).

Para as pessoas, mesmo com as melhores intenções, a felicidade não passaria de um simples procurar o prazer e evitar a dor.

Assim, uma “boa organização para o Estado” pode ser obtida se for acordada de tal modo que as energias egoístas dos homens se oponham umas as outras, cada uma neutralizando ou eliminando assim os efeitos destrutivos do resto (KANT, 1982, p. 54).

1.1 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Sendo a pesquisa um processo orientado pela necessidade de desvendar uma dúvida ou esclarecimento de fatos ou princípios relativos a um determinado problema, no centro cirúrgico, também se detectam situações em que só a pesquisa nos induzirá à orientação e situações concretas, em busca da melhoria da assistência à saúde.

Um dos objetivos básicos de um centro cirúrgico deve ser o de garantir a qualidade¹⁹ das funções assistenciais, direcionando para a racionalização de atividades e custos, nas rotinas e melhorias praticadas, através de um sistema rastreável sistemático, com controle efetivo, a fim de se obter a melhoria contínua da qualidade que constitui-se na eliminação das causas e no aprimoramento contínuo dos produtos e serviços oferecidos, sob o ponto de vista da satisfação dos clientes.

Quando falamos em sistema de qualidade²⁰, devemos trabalhar com entidades reais, sejam técnicas, políticas e culturais.

¹⁹ O verdadeiro critério para boa qualidade é a preferência do consumidor em relação ao concorrente, uma vez que isto garantirá a sobrevivência da empresa. A preferência se dá através da adequação do produto ou serviço às necessidades, expectativas e ambições do consumidor como uma forma de agregar valor ao que será produzido com menor custo. Diante dessa diversidade e complexidade de conceitos, pode-se considerar: qualidade consiste nas características que o produto deve ter para satisfazer as necessidades do consumidor; qualidade consiste na inexistência de não-conformidade; qualidade é adequação ao uso; e qualidade está relacionada à capacidade da organização de satisfazer a requisitos pré-determinados e pressupostos (FALCONI, 1992).

²⁰ Um sistema de qualidade deve atuar de forma a prevenir defeitos. Sua definição é de que qualidade é fazer bem desde a primeira vez, isto significa manter um compromisso real com aquilo que está sendo realizado (CROSBY, 1990).

Um sistema eficaz e eficiente deve ter seus processos bem definidos. A sua gestão também deve ser feita de forma a observá-los, corrigi-los e aprimorá-los constantemente. Deve, ainda, manter uma relação do sistema com o todo, pois caso contrário, a eficácia estará comprometida e, neste sentido, pode-se dizer que: o sistema promove a satisfação do cliente, dentro dos serviços prestados no centro cirúrgico; o sistema promove a redução de custo, por prevenção de defeitos nos produtos e processo; o sistema promove a eliminação de pontos fracos no centro cirúrgico; o sistema promove a manutenção dos padrões de qualidade estabelecidos para processos e produtos; o sistema promove a idoneidade documentada dos serviços prestados; o sistema de garantia²¹ da qualidade do centro cirúrgico está inserido no programa de qualidade total do hospital.

A infecção é uma complicação inerente ao ato cirúrgico. Apesar de todo o progresso ocorrido nas últimas décadas, não foi possível controlar a infecção, que persiste como a principal causa da mortalidade pós-operatória e como flagelo apontado por Halsted²² que, ao contrário do que ocorreu com a hemorragia e a dor, não foi subjugada pelo avanço tecnológico. (BRASIL, 1985).

De acordo com definição preconizada pelo Centers of Disease Control (CDC, 1986) e referenciada pela Portaria nº 2616, de 13/05/1998, do Ministério da Saúde, qualquer ferida cirúrgica que elimine secreção purulenta, com ou sem cultura positiva, deve ser considerada como infecção hospitalar.

Garner et al (1988, p. 127) dizem que esta definição clínica tem vantagens quando comparada com aquelas baseadas em resultados de cultura, porque uma cultura positiva não indica necessariamente infecção, por dois motivos: muitas feridas, infectadas ou não, são colonizadas por bactérias, e feridas infectadas podem não revelar patógenos pela cultura, uma vez que alguns patógenos não se desenvolvem bem em determinados meios de culturas, as técnicas de culturas são inadequadas ou o cliente recebeu ou está recebendo terapia antimicrobiana.

²¹ Corresponde à qualidade dos processos organizacionais, otimização dos recursos aplicados às atividades dos certem de produtos e serviços. Em serviços de saúde, o conceito de garantia de qualidade tem conotações um pouco diferentes daquelas associadas às atividades industriais; refere-se à elaboração de estratégias tanto para avaliação de qualidade quanto para implementação de normas e padrões de conduta clínica através de programas locais ou nacionais. Duas diferenças marcantes existem nessa conceituação em cotejo com a área industrial: de um lado, está isento do sentido de direcionalidade departamental; de outro, o objeto de controle da qualidade é essencialmente o conjunto das atividades clínicas em seu alcance ou eficácia (NOGUEIRA, 1994).

²² Nasceu em Nova Iorque em 1852 e morreu em Baltimore em 1922, fez inúmeras contribuições importantes à técnica e ao ensino da cirurgia (SABISTON et al 1999, p.6).

Algumas vezes, a única indicação de infecção da ferida é que a incisão não está cicatrizando tão rapidamente quanto deveria (TROXLER; NICHOLS, 1987, p. 17; GARNER et al 1988, p. 127; LACERDA et al 1992, p. 16).

Infecções da ferida cirúrgica acontecem com mais frequência no local da incisão e, com tratamento apropriado, normalmente não apresentam complicações. Assim, complicações locais incluem destruição de tecido, deiscência, hérnias incisionais e profundas, tromboflebite séptica, dor recorrente, cicatrização não-uniforme afetando a função e a estética. As complicações sistêmicas incluem febre, aumento do metabolismo que algumas vezes resulta na desnutrição, toxemia, bacteremia, choque, infecção metastática, falência de órgãos vitais distante da infecção e morte. A severidade de cada complicação depende, em grande parte, do tipo de patógeno e do local da infecção (Troxler; Nichols, 1987, p. 17; Garner et al 1988, p. 131) e, principalmente, das condições gerais do cliente. Em ortopedia, essas complicações trazem prejuízos que podem comprometer todo o processo de reparo do osso, e o material de síntese que foi utilizado como facilitador no processo de cicatrização torna-se um complicador, quando houve quebra da técnica asséptica ou outros fatores que, mais tarde, trazem como resultado a infecção cirúrgica.

A classificação das cirurgias por potencial de contaminação²³ e o reconhecimento das taxas de infecção hospitalar em cada uma delas contribuem para uma análise comparativa dos dados e a tomada de medidas de controle e prevenção, assim como a visão da incidência de infecção hospitalar de uma maneira geral.

²³ "Limpas: São aquelas realizadas em tecido estéril ou passível de descontaminação, sem abertura dos tratos respiratório, digestivo e genit urinário. A infecção, quando ocorre nesta categoria, geralmente é devido a microrganismos exógenos, tais como o staphylococcus aureus. Aceita-se um percentual de infecção variando de 1 a 5%. Potencialmente Contaminadas: São aquelas realizadas em tecido de difícil descontaminação, com flora bacteriana pouco numerosa. Nesta categoria, estão incluídas as cirurgias onde se procede a abertura dos tratos respiratório, digestivo e genit urinário, porém sem a presença de processo infeccioso, além das cirurgias em feridas traumáticas com ação cirúrgica até 10 horas após o trauma. Os microrganismos causadores de infecção, nesta categoria, são polimicrobianos, aeróbios e anaeróbios da flora endógena; aceita-se um percentual de infecção variando de 3 a 11%. Contaminadas: São aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seria difícil ou impossível, porém na ausência de secreção purulenta. Os microrganismos causadores de infecção, nesta categoria, são polimicrobianos, aeróbios e anaeróbios da flora endógena; aceita-se um percentual de infecção variando de 10 a 17%. Infectadas: São aquelas realizadas em quaisquer tecidos na presença de supuração local; o percentual de infecção é maior que 27%" COUTO et al (1997, p. 311); RODRIGUES et al (1997, p. 154) e OLIVEIRA(1998, p.327).

Além da classificação, existe também um percentual que é considerado, para cada categoria dentro da classificação das cirurgias, como tolerável. Mas não é por isso que vamos deixar de trabalhar com índice de defeito zero²⁴, que deve ser sempre o objetivo da equipe, já que qualquer descuido implicará o desenvolvimento de uma infecção.

As infecções pós-operatórias devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendida como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado. A classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico.

Esta classificação, entretanto, já não está sendo considerada suficiente para a avaliação dos riscos da ferida cirúrgica. Na Conferência Nacional em Controle de Infecção realizada em 1991, em São Paulo, o norte americano Willian Jarvis apresentou critérios para se estabelecer os riscos da infecção cirúrgica, denominados de Análise Multivariada de Determinantes da Infecção Cirúrgica.

A análise multivariada inclui, além da classificação cirúrgica por potencial de contaminação: idade do cliente, quantidade e qualidade de procedimentos, duração da cirurgia, número de diagnósticos, doenças subjacentes, tipo de procedimentos, uso prévio de antimicrobianos, instrumentação etc.. Assim, mesmo em uma cirurgia limpa, o risco de infecção dependerá da análise desses diversos elementos.

Hoje, alguns pontos são tomados como referência nos critérios para se estabelecer esse risco, tais como: o tempo de cirurgia, a classificação das condições físicas (f) e o potencial de contaminação in The American Society of Anesthesiologists (1993, p. 2-11).

A maioria das infecções da ferida cirúrgica são de origem bacteriana. Cerca de 40% dos patógenos isolados são bactérias aeróbicas gram negativas. Entretanto, o *staphylococcus aureus* é a espécie mais freqüentemente isolada COUTO et al (1997, p.311).

Os trabalhadores da saúde têm possibilidade de se transformar em um veículo importante na transmissão ou em um agente na prevenção de doenças graves. A execução de cuidados elementares, tais como lavar as mãos ao término dos

²⁴ É a atitude relativa à prevenção de defeitos. Significa "fazer o trabalho direito logo da primeira vez" (CROSBY, 1994, p. 179).

cuidados de um cliente, utilizar corretamente as técnicas assépticas e equipamentos de proteção individual podem reduzir o risco de infecção.

Todo profissional²⁵ de saúde, assim como a sociedade²⁶, deveria conhecer as implicações éticas²⁷ das bases legais no controle de infecção hospitalar. Deveria ser dever de todos que atuam na assistência hospitalar e direito daqueles que usufruem desses serviços. Assim, sempre que falássemos em aspectos legais do controle de infecção hospitalar, deixariam de existir indagações e questionamentos acerca da legislação que regulamenta o assunto.

Para Antônio (1990, p. 6), “o problema da ocorrência de infecção hospitalar implica apuração de responsabilidade”. Esta responsabilidade²⁸ envolve o aspecto do dano ou do prejuízo produzido por alguém que violou direito de terceiros. Sempre que ocorrem tais danos ou prejuízos, cabe reparação, restauração ou indenização do mal causado. Não haverá responsabilidade jurídica se a violação de um dever não produzir dano, seja pessoal, material ou moral²⁹.

E, se não nos dermos conta de nós mesmos, como poderemos agir em relação aos outros? Como poderemos mudar, transformar o nosso estilo, o padrão rotinizado³⁰ do nosso comportamento?

²⁵ “(...) a formação profissional, a especificidade do trabalho e suas conseqüentes cargas emocional e física, a representação social das diferentes categorias profissionais refletidas em uma nítida divisão técnica e social do trabalho e que se desencadeiam na diferenciação salarial, no acúmulo de vínculos empregatícios, na alta rotatividade, no absenteísmo e na motivação, entre outros, constituem dimensões complexas que se inter-relacionam e determinam uma realidade concreta de capacitação técnico-política do trabalhador dessa área” (LACERDA et al 1996, p. 148).

²⁶ “A busca da construção de uma sociedade mais justa e melhor tem levado o homem a fazer sua própria história. Praticamente todas as teorias econômicas incluem entre seus objetivos finais a justiça social e uma distribuição equitativa da riqueza. Quando observamos o processo de desenvolvimento da humanidade, constatamos, lamentavelmente, que são raras as sociedades que lograram alcançar esses objetivos. Para muitos setores políticos e sociais de diversos países, a experiência de desenvolvimento da sociedade sueca tem sido e continua sendo um importante ponto de referência em seus debates e reflexões” (BARRANTES et al 1992, p. 11).

²⁷ Ética é a investigação geral sobre aquilo que é bom (MOORE, 1975, p. 4). A ética pode ser um conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar que guiam, ou chamam a si a autoridade de guiar, as ações de um grupo em particular (moralidade), ou é o estudo sistemático da argumentação sobre como nós devemos agir (filosofia moral) (SINGER, 1994, p. 4).

²⁸ “A responsabilidade é utilizada como o mecanismo primário de controle dentro da organização e a ênfase no programa (nas finalidades e não nos meios) é a maior arma para combater o desvio do plano” (MEZONO, 1995, p. 12).

²⁹ “A Moral consiste em fazer prevalecer os instintos simpáticos sobre os impulsos egoístas”. Entende-se por instintos simpáticos aqueles que aproximam o indivíduo dos outros (ROUX, 1920, p. 254). Toda moral é um sistema de regras e a essência de toda a moralidade consiste no respeito que o indivíduo sente por tais regras (PIAGET, 1935, p. 9).

³⁰ Medida a ser adotada com um grande grau de uniformidade, diante do reconhecimento de uma condição bem definida. Com efeito, o processo de padronização do cuidado de saúde costuma seguir um caminho de combinação dessas formas normativas (MEZONO, 1995, p. 132).

A enfermagem, assim como qualquer outra profissão, está inserida dentro da ética do mundo, que o ser humano já nasce com ela. São suas crenças e valores, a maneira de ver o mundo, os costumes que estão inseridos dentro da cultura de cada povo.

As infecções hospitalares vêm se constituindo em grande preocupação para os profissionais de enfermagem e da sociedade e, apesar disso, esta problemática vem sendo pouco trabalhada no que se refere aos aspectos éticos.

O controle das infecções do sítio cirúrgico, atualmente, pode ser tomado como parâmetro para uma efetiva avaliação da qualidade³¹ dos serviços cirúrgicos de uma instituição.

Então, além da atualização permanente dos conhecimentos técnicos e científicos, também há a necessidade de que o profissional de saúde entenda os aspectos legais do seu próprio exercício profissional.

Os elementos anteriores nos permitem formular a seguinte questão: O envolvimento da equipe multiprofissional deve relegar a segundo plano qualquer tipo de irresponsabilidade que coloque em risco a integridade de terceiros? Parece-nos que não. Deveremos sim, juntos, buscar alternativas para diminuir e/ou minimizar os riscos que não sejam inerentes ao ato operatório. Para que o ato anestésico/operar se desenvolva em um ambiente seguro, precisamos pautar alguns questionamentos: Como a equipe cirúrgica compreende os padrões de qualidade que permeiam as cirurgias ortopédicas? Como a filosofia da qualidade irá permear os padrões de qualidade em cirurgias ortopédicas?

Estes padrões de qualidade, com certeza, serão o foco central deste estudo.

Essas infecções do sítio cirúrgico causam prejuízos muitas vezes irreparáveis. Quando se trata de clientes que sofreram uma cirurgia ortopédica, isto vai muito mais além do que o tempo preconizado para se caracterizar uma infecção hospitalar.

³¹ “Esta idéia é geralmente equivalente à de excelência e expressa quer uma presunção de qualidade intrínseca, quer um reconhecimento do mérito pela comunidade de produtores envolvidos em atividades similares. Portanto, trata-se do resultado de uma avaliação mais ou menos informal entre pares ou membros de uma corporação. Os manuais de gerência da qualidade omitem, em geral, esse estágio, mas não há dúvidas de que esta é a forma corrente de avaliação da qualidade em numerosas áreas de produção de serviços, inclusive entre escolas, unidades de produção científico-tecnológica e hospitais. Por exemplo, em um hospital, a formação diferenciada dos médicos e de outros recursos humanos, paralelamente com a atualidade da infra-estrutura tecnológica, é o que corresponde freqüentemente ao juízo dominante de qualidade. A qualidade, neste caso, é pressuposta como atributo dos agentes e dos meios com que trabalham” (MEZONO, 1995, p. 6).

Para Moscovici (1993, p. 37), o homem tem-se defrontado com dilemas durante toda a sua vida. Desde simples dúvidas, perplexidades, inquietações, até profundas questões vitais têm marcado a existência humana. A escolha entre isto ou aquilo suscita certo receio, medo de errar, de não fazer a escolha melhor, mais adequada, de sofrer conseqüências desagradáveis, de arrependê-lo.

A idéia de identificar e controlar os fatores de risco³² que estão associados às infecções são estratégias que nos levam a desenvolver métodos³³ para detectar se as condições do cliente estão ou não propensas para essas complicações.

Os fatores de risco para a infecção podem ser intrínsecos ou extrínsecos. Os intrínsecos são os relacionados à própria condição do cliente como: idade, doença pré-existente, obesidade ou desnutrição, suscetibilidade à infecção devido à imunossupressão e presença de infecção local ou a distância. Os fatores de risco extrínsecos são aqueles relacionados à situação dos profissionais de saúde ou à da própria instituição como: habilidade e experiência do cirurgião, a duração e o tipo de cirurgia, a escolha do antibioticoprofilático, as medidas pré-operatórias como tricotomia, limpeza e anti-sepsia da pele do cliente e as rotinas de assepsia.

É necessário investigar a percepção dos clientes sobre o conviver com infecção da ferida cirúrgica, para que através da sua própria percepção, ele possa formular idéias e adquirir conhecimento para distinguir, conhecer e notar os fatores de risco, nos quais ele se envolve durante a sua hospitalização, para se submeter ao ato anestésico/operar e às complicações adversas.

Na área da saúde, a Vigilância Epidemiológica é a observação sistemática, através de um sistema de informação adequado e da análise rotineira da ocorrência e da distribuição das infecções e dos fatores pertinentes ao seu controle, com vistas à execução oportuna de ações de controle.

³² A compreensão da prevalência das infecções hospitalares e dos fatores que predispõem a sua ocorrência auxilia na prevenção, no diagnóstico e no tratamento. Desde 1970, o Sistema Nacional de Vigilância das Infecções Hospitalares (National Nosocomial Infection Surveillance System – NNIS) estabeleceu os seguintes fatores: o índice global de ISC; as condições clínicas do paciente; o índice da sociedade americana de anesthesiologia (ASA); o potencial de contaminação; a duração da cirurgia National Nosocomial Infection Surveillance System (1994).

³³ “A reorganização do trabalho resgata o sentido de participação e de liberdade, que a estrutura tradicional havia sepultado, e devolve às pessoas a vontade de se superar, porque ela, esquecendo a ilusão da “motivação externa”, via benefícios, instala no próprio interior do trabalhador a razão de sua dedicação integral, de sua lealdade e de sua participação responsável” (MEZONO, 1995, p. 56).

Dando ênfase ao que já foi dito, entendemos por infecção do sítio cirúrgico o resultado da invasão e do crescimento de microrganismos nos tecidos de um cliente, devidos ou relacionados diretamente a um ato cirúrgico e acarretando uma série de efeitos locais, a distância e sistêmicos. Assim entendida, a infecção cirúrgica ocorre no pós-operatório, costuma ser polimicrobiana, acomete com frequência elevada à cicatriz cirúrgica ou a área operada, e não raramente exige medidas agressivas para sua resolução.

A infecção cirúrgica depende, em primeiro lugar, da localização da cirurgia, e em segundo, da presença de microrganismos no campo operatório. E ainda os riscos inerentes ao cliente, pessoal, material e ambiente.

De modo mais abrangente, entretanto, pode-se incluir sob a denominação genérica de infecção cirúrgica todas aquelas que ocorrem na história natural de doenças de tratamento cirúrgico.

No momento em que o cirurgião confirma seu diagnóstico e a cirurgia é marcada, surgem então os fatores estressores do cliente quanto à hospitalização.

Essa transformação no cotidiano do cliente lhe traz muitos inconvenientes, como a própria internação, o afastamento do seu meio e a incapacidade que terá para o trabalho entre outros. Envolvido neste contexto, ele ainda tem o hospital como lugar desconhecido, com toda a sua tecnologia, como também a anestesia, a cirurgia em si e uma equipe de pessoas que não tinha visto anteriormente. Tudo isto vai gerar medo, ansiedade, angústia e desconforto. Neste momento de tensão, é que a intervenção do enfermeiro vai influenciar positiva ou negativamente. No cuidado ao cliente, é fundamental que o enfermeiro oriente e ajude o mesmo e a família no contexto dentro desta situação.

Quando o cliente está satisfeito³⁴ com aquilo que damos como ajuda em seu favor, é porque estamos aplicando a qualidade. Para tanto, o enfermeiro deve estar preparado para esta situação, principalmente porque cada cliente é um cliente com capacidades e possibilidades diferentes de enfrentar riscos e conflitos à saúde.

³⁴ Constitui-se em identificar clientes, suas exigências e necessidades, desenvolver produtos e serviços que possam satisfazê-los; e otimizar processos nos quais esses produtos e serviços são gerados – o que inclui certificar-se de que estão disponíveis todas as condições e recursos para a fabricação do produto, ou prestação do serviço (BITTAR, 1996).

Dentro do processo de vivenciar um período de transformação, enquanto procura solucionar um problema de saúde, o profissional de saúde deve ter iniciativas, habilidades e conhecimentos para que, dentro de uma interação, possa atuar, opinando e ajudando na busca de caminhos que possam levar o ser humano/família/sociedade a um verdadeiro estado de saúde.

Ressaltamos que o conhecimento, as tentativas de controle e o combate às infecções hospitalares datam, no mundo, desde os idos de 1847. No Brasil, os trabalhos iniciam-se na década de 1960. De início, eram poucos os centros saúde envolvidos nessa luta, pouco tempo depois, o assunto foi se estendendo, até que, após algumas atitudes legislativas e normativas governamentais, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria 196, de 1983, que, de forma didática, estabelece critérios para a classificação das infecções hospitalares.

Vimos que os patógenos que infectam feridas cirúrgicas originam-se dos próprios clientes, sendo estes, a primeira causa de infecção; do pessoal e do ambiente hospitalar. A flora normal do cliente parece ser responsável pela maioria das infecções cirúrgicas, exceto nas cirurgias limpas.

As fontes de contaminação incluem os tratos gastrintestinal, respiratório, genital e urinário, a pele e narinas; a contaminação exógena pode ocorrer através do ambiente e do pessoal, embora o contato direto com a ferida pela equipe cirúrgica seja provavelmente a principal maneira de transmissão de infecção; a maioria das infecções endógenas ou exógenas aparecem como resultado da contaminação na sala de operações.

Enfatizamos que poucas infecções são adquiridas após a operação, se as feridas forem fechadas na própria sala de operação (Garner et al 1988, p. 135). A equipe cirúrgica e, principalmente, o ambiente cirúrgico estão relegados em segundo plano (RODRIGUES et al 1997, p. 257).

Para a determinação da incidência de infecção da ferida cirúrgica, as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) se deparam com um grau de dificuldade para acompanhar o cliente, no pós-alta, em seu domicílio.

1.2 O SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL EM ESTUDO E SUA ESTRUTURA NO CONTROLE DAS INFECÇÕES

No Hospital Governador Celso Ramos, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) possui um programa de acompanhamento de todos os clientes que se submetem à cirurgia. Devido as dificuldades de se comunicar com os clientes após a sua alta hospitalar, por não constar o número de telefone correto em seu prontuário ou por não dispor de telefone, alguns deixam de ser contactados.

Este procedimento é realizado com todos os clientes possíveis fazendo-se alguns questionamentos, como: se teve febre, dor ou rubor no local da incisão, eliminação de secreção, se não houve abertura da incisão e possíveis queixas quanto ao atendimento.

Quando o cliente relata algum desses problemas é solicitado que ele procure o seu médico ou retorne ao hospital para uma avaliação.

Nesta instituição o corpo de médicos cirurgiões é de 93, sendo que, destes, 19 são ortopedistas, e o número médio de cirurgias ortopédicas é de 4 a 6 cirurgias/dia conforme tabela 1, perfazendo uma média mensal de 160.5 cirurgias e totalizando de 1976 cirurgias anuais (dados estatísticos de setembro de 2001 a setembro de 2002), sendo que 603 foram de grande porte, 1225 de médio porte e 148 de pequeno porte.

TABELA 1 - Cirurgias ortopédicas/dia realizadas no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001 a set/2002.

	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
CIRURGIAS ORTOPÉDICAS/DIA	4.36	5.58	4.53	4.00	4.09	5.03	5.09	5.63	6.70	5.16	5.03	4.90	5.03

FONTE: Dados do Serviço de Estatística do Hospital. Florianópolis, novembro de 2002.

A tabela e os gráficos abaixo demonstram a situação referente às cirurgias ortopédicas, acompanhamento dos clientes cirúrgicos ortopédicos pelo Serviço de

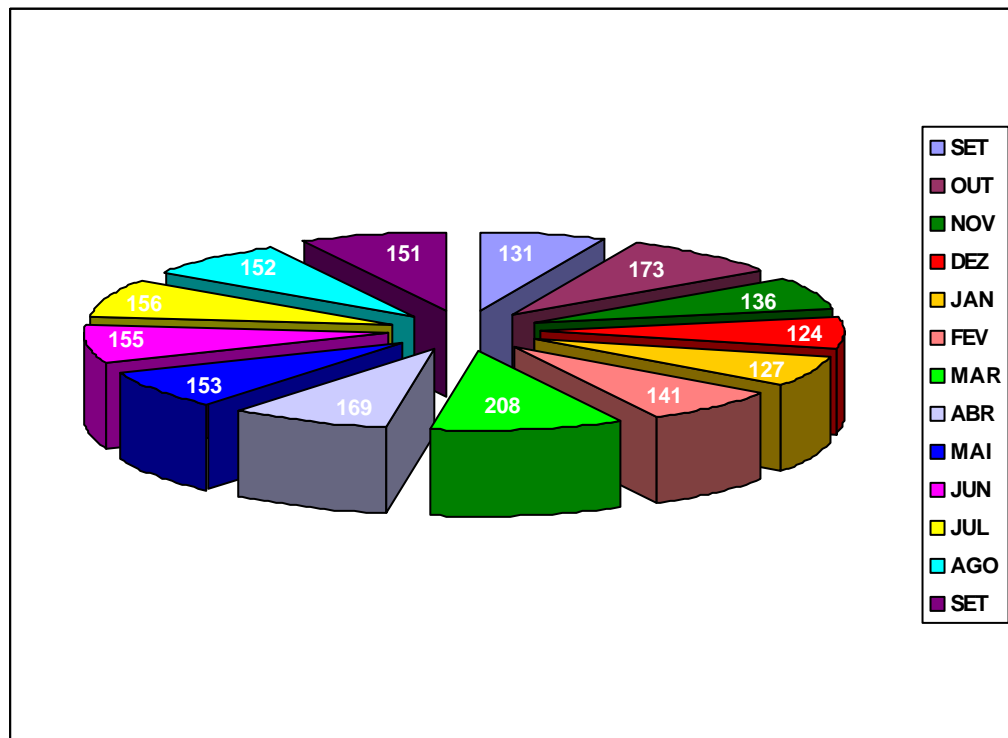
Controle de Infecção Hospitalar, cirurgias com infecção e suas respectivas taxas de infecção no período de set/2001/set/2002.

TABELA 2 - Cirurgias ortopédicas, acompanhadas, com infecção e taxa de infecção mês no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001 a set/2002.

	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
CIRURGIAS ORTOPÉDICAS	131	173	136	124	127	141	208	169	153	155	156	152	151
CIRURGIAS ACOMPANHADAS	66	91	77	68	64	73	62	85	70	68	92	90	76
CIRURGIAS COM INFECÇÃO	3	5	5	5	1	4	1	3	1	2	2	2	3
TAXA DE INFECÇÃO %	4.55	5.49	6.49	7.35	1.56	5.48	1.61	3.53	1.43	2.94	2.17	2.22	3.95

FONTE: Dados do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e do Serviço de Estatística do Hospital. Florianópolis, novembro de 2002.

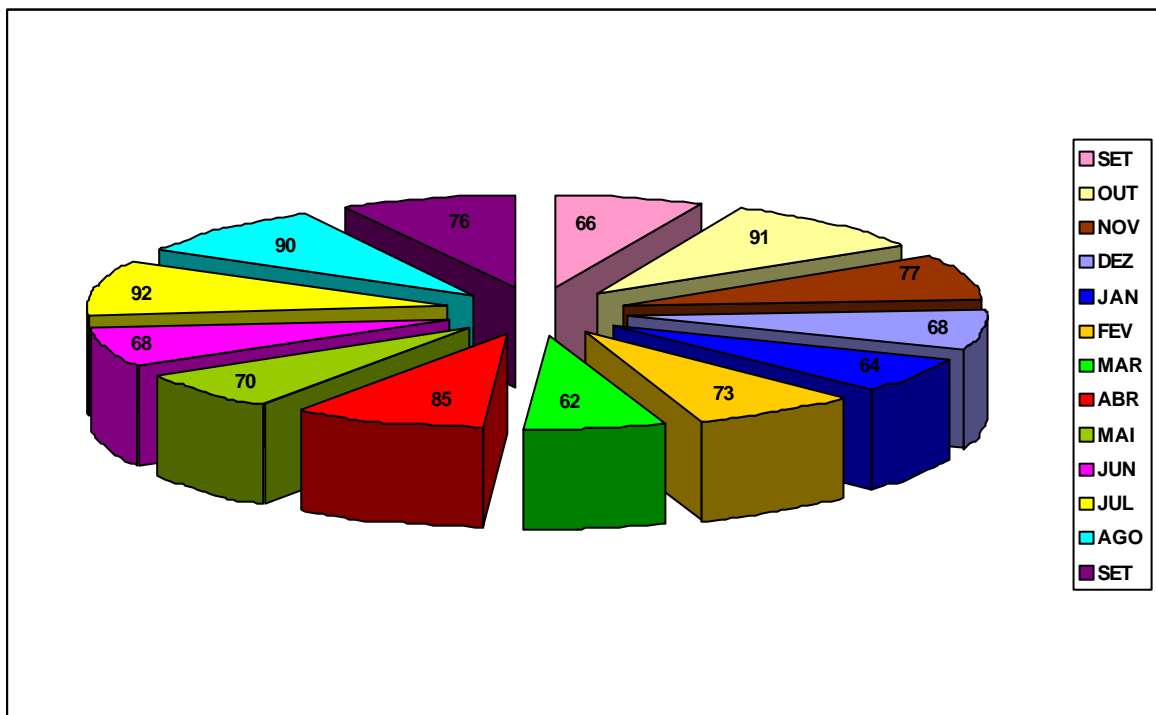
GRÁFICO 1 - Cirurgias ortopédicas realizadas no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001/set/2002.



FONTE: Dados do Serviço de Estatística do Hospital Florianópolis, novembro de 2002.

Observando o gráfico 1 verifica-se que o maior número de cirurgias ortopédicas realizadas ocorreram nos meses de março com 208, em outubro com 173 e abril com 169; já nos meses de dezembro com 124, em janeiro com 127 e setembro com 131 foram os meses com os menores números.

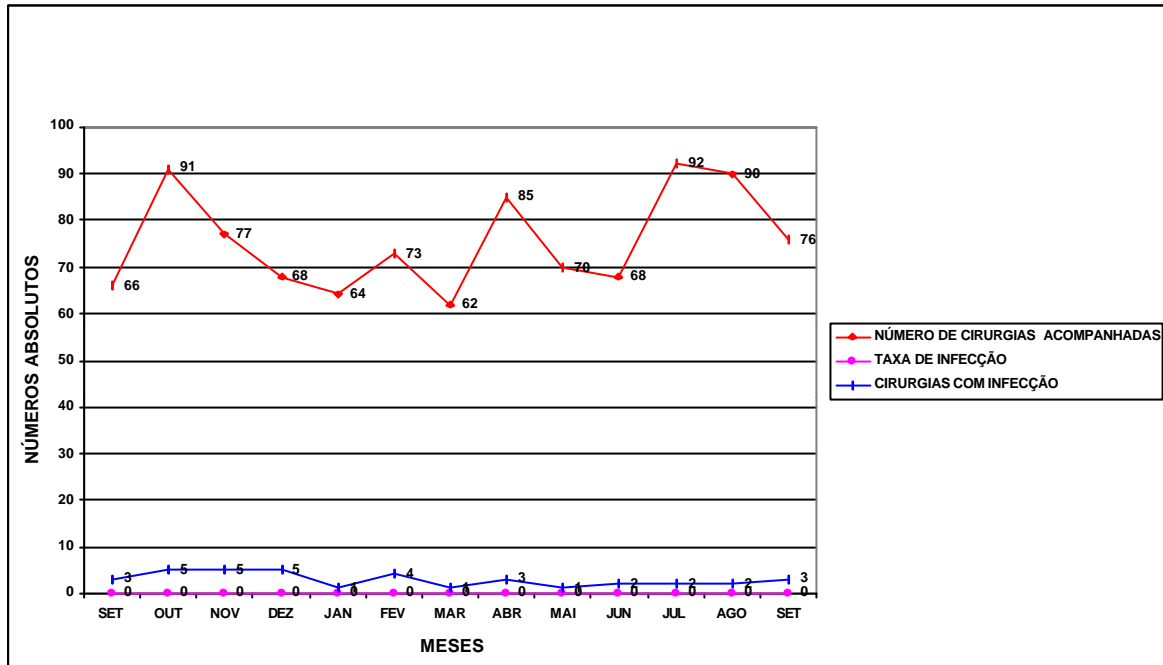
GRÁFICO 2 - Cirurgias ortopédicas acompanhadas no Hospital Governador Celso Ramos pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar no período de set/2001/ set/2002.



FONTE: Dados do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital, Florianópolis, novembro de 2002.

Analisando o gráfico 2 observa-se que o mês de julho teve o maior número de cirurgias acompanhadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar com 92, seguido pelos meses de outubro com 91 e agosto com 90. Já nos meses de março foi o com menor número de acompanhamento 62, seguidos por janeiro com 64 e setembro com 66 cirurgias.

GRÁFICO 3 – Cirurgias ortopédicas acompanhadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Taxa de Infecção e Cirurgias com Infecção no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001/set/2002.



FONTE: Dados do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e do Serviço de Estatística do Hospital, Florianópolis, novembro de 2002.

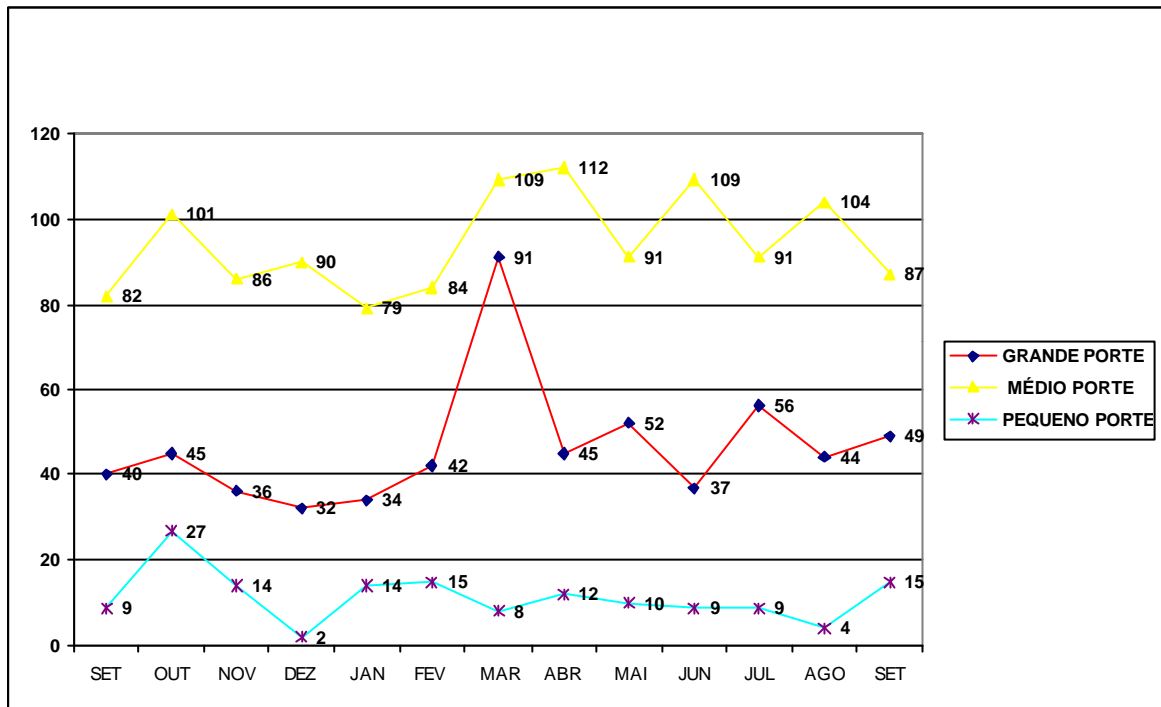
Ao comparar o gráfico 3 com os gráficos 1 e 2 observa-se que a ocorrência de infecção não se relaciona com o maior número de cirurgias realizadas no mês de março. O mês de dezembro teve a maior taxa de infecção de 7.35%, seguindo-se novembro com 6.49% e outubro com 5.49%. Os meses que apresentaram menores taxas foram: maio com 1.43%, janeiro com 1.56% e março com 1.61%.

TABELA 3 - Cirurgias ortopédicas por porte de setembro de 2001 a setembro de 2002.

	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
GRANDE PORTE	40	45	36	32	34	42	91	45	52	37	56	44	49
MÉDIO PORTE	82	101	86	90	79	84	109	112	91	109	91	104	87
PEQUENO PORTE	9	27	14	2	14	15	8	12	10	9	9	4	15

FONTE: Dados do Serviço de Estatística do Hospital Governador Celso Ramos. Florianópolis, novembro de 2002.

GRÁFICO 4 – Cirurgias ortopédicas por porte realizadas no Hospital Governador Celso Ramos acompanhadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar no período de set/2001/set/2002



FONTE: Dados do Serviço de Estatística do Hospital, Florianópolis, novembro de 2002.

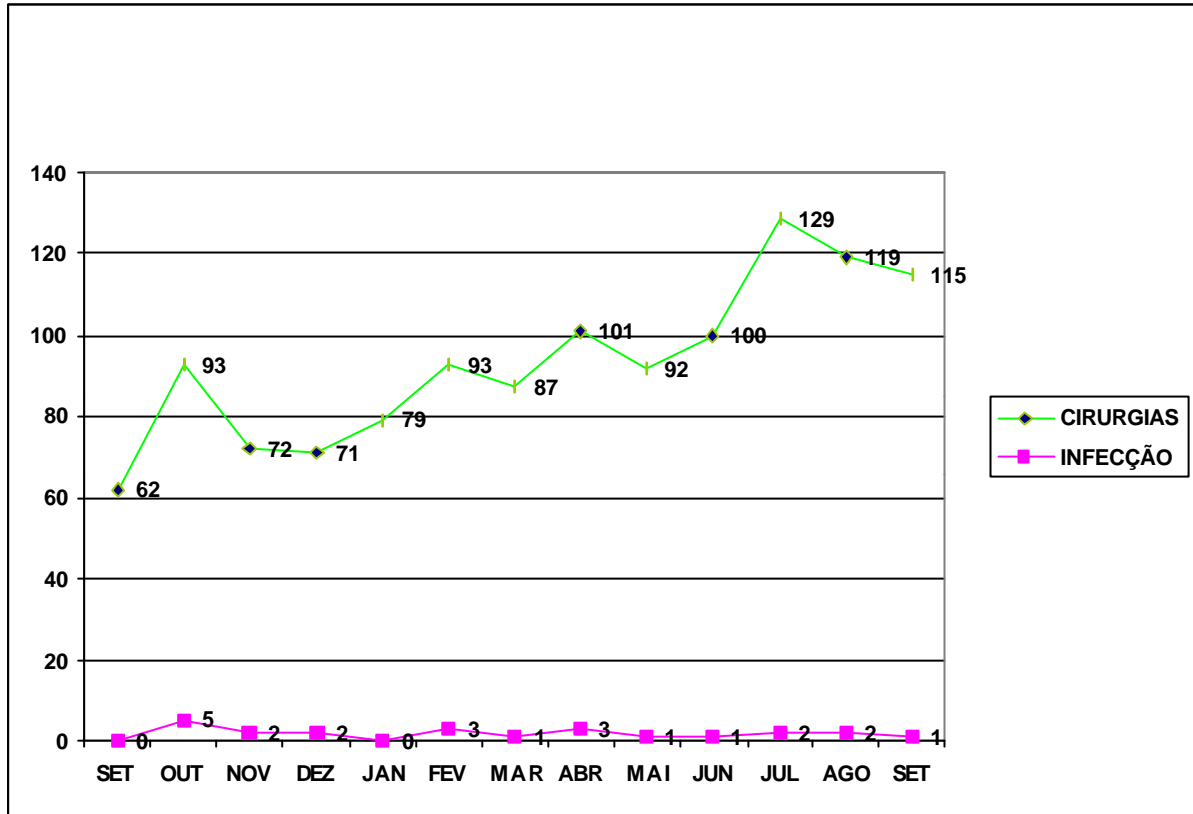
Como podemos observar no gráfico 4 as cirurgias ortopédicas de médio porte foram as que ocorreram em maior número durante no período de setembro de 2001 a setembro de 2002.

TABELA 4 - Cirurgias ortopédicas limpas e taxas de infecção acompanhadas no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001 a set/2002.

	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
CIRURGIAS	62	93	72	71	79	93	87	101	92	100	129	119	115
INFECÇÃO	0	5	2	2	0	3	1	3	1	1	2	2	1

FONTE: Dados do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital. Florianópolis, novembro de 2002.

GRÁFICO 5 – Cirurgias ortopédicas limpas e taxas de infecção acompanhadas no Hospital Governador Celso Ramos no período de set/2001/set/2002.



FONTE: Dados do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital, Florianópolis, novembro de 2002.

Analisando o gráfico 5 observa-se que a maior taxa de infecção da ferida cirúrgica foi no mês de outubro com 5 infecções, seguido de fevereiro e março com 3 infecções. Quanto ao acompanhamento o maior número de cirurgias acompanhadas foi em julho com 129, seguido de agosto com 119 e setembro com 115.

Partimos do pressuposto que o controle de infecção hospitalar, mais especificamente a infecção do sítio cirúrgico, é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde e dever do Estado, aliados a interferências de quem foi acometido e os condicionantes que envolvem o ato operatório.

A problemática deste estudo está permeada nas seguintes perguntas de pesquisa: **Como os profissionais de enfermagem podem prevenir e controlar a incidência de infecção em cirurgias ortopédicas? Como promover um cuidado de enfermagem o mais livre de riscos nas cirurgias ortopédicas?**

O pressuposto deste estudo é que: **A adoção de padrões de qualidade para o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem em cirurgias ortopédicas em um hospital geral pode prevenir e controlar as infecções e promover um cuidado o mais livre de riscos.**

Assim, tem-se a seguinte tese: **É possível construir através de grupos focais uma proposta de Padrões de Qualidade para os Cuidados de Enfermagem em Cirurgias Ortopédicas para prevenir e controlar a incidência de infecção promovendo um cuidado de enfermagem o mais livre de riscos.**

Diante deste aspecto buscamos dados que nos orientassem e aprofundassem as questões norteadoras.

Neste sentido, os objetivos desta tese estão envoltos nos seguintes aspectos:

1.3 OBJETIVO GERAL

Construir padrões de qualidade para o cuidado de enfermagem que possam contribuir para a prevenção e controle da infecção em cirurgias ortopédicas e promover um cuidado o mais livre de riscos.

1.3.1 Objetivos Específicos

1. Caracterizar os componentes dos padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem em cirurgias ortopédicas que possam contribuir para a prevenção e controle da infecção em cirurgias ortopédicas e promover um cuidado o mais livre de riscos.
2. Validar os padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem em cirurgias ortopédicas juntamente com enfermeiros atuantes em centro cirúrgico, centro de material e esterilização e os sujeitos/atores da pesquisa.
3. Apresentar os padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem em cirurgias ortopédicas ao coordenador do centro cirúrgico e sugerir sua implementação para a melhoria contínua nos procedimentos ortopédicos a serem realizados nesta Unidade.

CAPÍTULO II REFERENCIAL TEÓRICO

*O importante é sacrificar aquilo que somos para ser aquilo que podemos vir a ser.
(Charles Dobais)*

2.1 PADRÕES DE QUALIDADE COMO INDICADORES NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Retomando o começo da civilização, desde que conhecemos o mundo como mundo, sempre estivemos diante de padrões que dependemos para a nossa sobrevivência, mesmo que disto não tenha consciência o ser humano. Se tomarmos como referência uma tribo ou aldeia no passado: o cuidado à saúde era feito através das rezas e benzeduras, até que alguém testou o uso de ervas, plantas, raízes e outros tipos de hábitos que, com certeza, diminuíram ainda mais o sofrimento dos habitantes e menos mortes ocorriam. Evidentemente que outros habitantes, observando esses resultados, passaram a utilizar essas ervas e/ou tipos de tratamento criando formas alternativas para a cura. E outros ainda, começaram a adotar esta idéia (padronização).

Existe grande diferença entre o que os antigos chamavam de “artes” com o que hoje conhecemos como processos de produção (de bens e serviços), portanto, a importância do padrão e a necessidade de entender seu significado encontram ecos

muito similares na doutrina corrente da gestão da qualidade e especialmente na sua aplicabilidade no campo da saúde.

A palavra excelência era a maneira usada por Platão³⁵. Sua freqüência foi revestida de propositais conotações aristocráticas, sendo mais tarde substituída por qualidade, um termo de sentido impreciso, porém mais neutro ou “democrático” e, por conseguinte, mais familiarizado aos costumes modernos (NOGUEIRA, 1994, p. 122).

A partir do pensamento da filosofia clássica grega, na polis, os filósofos clássicos faziam freqüentes menções ao uso de padrões de conhecimento na arte. Assim como esse tema, numerosas outras questões e seus conceitos revestem-se de grande clareza e oportunidade e, ademais, há a vantagem situada com certo destaque entre os múltiplos ofícios que perfaziam a divisão de trabalho (NOGUEIRA, 1994, p. 115).

Para os filósofos clássicos, foi através das artes que a produção humana teve uma intencionalidade normativa, onde o resultado constantemente se adaptava a circunstâncias concretas, sobretudo às exigências e expectativas daqueles a quem serviam (NOGUEIRA, 1994, p. 115).

Segundo Nogueira (1994, p. 115), Platão, em seu diálogo o Político, assinala que o fundamento da excelência em qualquer arte está na existência de medidas e proporções corretas. Mas foi através de seu personagem o Estrangeiro, que ele retomou um dos seus temas prediletos, fazendo comparações entre os méritos e os métodos das diversas artes ou ofícios como a do tecelão, a do navegador, a do médico e, com destaque, a do político, salientando que todas elas buscavam pautar-se pela observância das medidas e das proporções em cada uma, “porque todas essas artes mantêm-se em vigilância contra excessos e defeitos, não de forma abstrata, mas como verdadeiros males, que ocasionam dificuldades na ação prática; e a excelência da beleza em cada produto da arte é devida a esta observação das medidas”.

³⁵ Nascido em Atenas, Platão (427-347 a.C.) pertencia a uma das mais nobres famílias atenienses. Seu nome verdadeiro era Arístocles, mas, devido a sua constituição física, recebeu o apelido de Platão, termo grego que significa “de ombros largos” (ABBAGNANO, 1981).

Platão destaca que as propriedades concretas dos produtos não podem ser avaliadas através de comparação direta entre si, mas se referir ao padrão (...) “a possibilidade de medir mais ou menos, não apenas um em relação a outro, mas também com vista a alcançar a média, parece proporcionar uma forte evidência e uma prova satisfatória da doutrina que mantemos; porque, se existem artes, há um padrão de medida, e se há um padrão de medida, as artes existem; mas, se falta um dos dois, nenhum deles existe” (NOGUEIRA, 1994, p. 116).

As normas nada mais são que referências gerais, e disto Platão estava consciente, porque é diante delas que o produtor buscava adequação à natureza do material e aos objetivos concretos que ele tinha em mente. Portanto, Platão admite que não há regras universais ou permanentes.

“As diferenças entre os homens, as ações e o perpétuo movimento irregular das coisas não permitem qualquer regra universal ou simples. E nenhuma arte jamais poderá ditar uma regra que dure para sempre” (NOGUEIRA, 1994, p. 116).

Está presente em Aristóteles o conceito de média ou meio-termo³⁶ como referência para a produção humana.

“Na *Ética a Nicômaco*, a discussão surge em vista da necessidade de qualificar um padrão de disposições pessoais e de virtudes que deveriam marcar a vida de cada cidadão na polis. Tendo provavelmente adquirido alguma formação específica em medicina – era filho de médico e a confraria dos asclepiades exigia o repasse da arte entre gerações – Aristóteles preocupa-se sobretudo em analisar o modelo técnico da medicina e de outras artes similares e mostra-se atento à particularidade de que a média é antes de tudo um ponto ao qual se tenderia em meio ao movimento de discriminação e juízo efetuado pelo intelecto no exercício da arte” (NOGUEIRA, 1994, p. 116).

Para nós, meio-termo é distinto da média ideal, a que ele chama de meio-termo no objeto. Para as pessoas, esta média é abstrata concretamente em função das necessidades de cada um.

³⁶ “Por meio-termo no objeto entendo aquilo que é equidistante de ambos os extremos, e que é um só e o mesmo para todos os homens; e por meio-termo relativamente nós, o que não é nem demasiado nem demasiadamente pouco – e este não é um só e o mesmo para todos. Por exemplo, se 10 é demais e dois é pouco, seis é o meio-termo, considerado em função do objeto, porque excede e é excedido por uma proporção aritmética. Mas o meio-termo relativamente a nós não deve ser considerado assim: se 10 libras é demais para uma determinada pessoa comer e duas libras é demasiadamente pouco, não se segue daí que o treinador prescreverá seis libras; porque isso também é, talvez, demasiado para a pessoa que deve comê-lo, ou demasiadamente pouco – demasiadamente pouco para Milo e demasiado para o atleta principiante. O mesmo se aplica à corrida e à luta. Assim, um mestre, em qualquer arte, evita o excesso e a falta, buscando o meio-termo e escolhendo-o – o meio-termo não no objeto, mas relativamente a nós” (NOGUEIRA, 1994, p. 17).

Concordamos com Nogueira (1994) que, “paradoxalmente, é por recurso a um outro racionalismo, o dos clássicos, que procuramos abrir espaços maiores, mais saudáveis – saudáveis como a própria vida, para essa temática. São dignas de contemplação as colunas sobre as quais se ergue o classicismo atemporal que vem de Aristóteles (dialogando com Platão) e Marx (dialogando com Hegel). É impossível falar de qualidade, com qualquer transcendência filosófica, é impossível realizar uma análise social dessa temática, sem recolocar em cena esses protagonistas da antigüidade e da modernidade do pensamento, sem refletir-nos de corpo inteiro no espelho desses clássicos”.

Devemos aproveitar a oportunidade para exercitar mais uma vez a missão pedagógica diante da meta da qualidade, onde “o ser (ou substância), a qualidade, a quantidade, a relação, consideradas juntas com o tempo e o espaço, são todas essas as categorias primárias do pensamento cujo sentido a metafísica vem buscando deslindar há mais de dois milênios” (NOGUEIRA, 1994, p. 28).

Na Metafísica, o processo inicia-se com os sentidos ou a sensação, e como evidência é o prazer que isto nos traz. Neste sentido, observamos que há uma valorização maior dos sentidos e sua contribuição para o desenvolvimento do conhecimento em Aristóteles, ao contrário de Platão. Para Platão, os sentidos eram pouco confiáveis, proporcionando apenas uma “visão de sombras”, Aristóteles os vê como pontos de partida do processo de conhecimento³⁷ (MARCONDES, 1998, p. 80).

Como categoria³⁸, podemos pontuar na qualidade como sendo apenas um atributo das coisas ou resultado de nossa própria forma de apreender mentalmente ou expressá-la por quantidades distintas.

³⁷ “A última etapa do processo de conhecimento, e a mais elevada, é a episteme, a ciência ou saber teórico. Trata-se do conhecimento do real em seu sentido mais abstrato e genérico, o conhecimento de conceitos e princípios (as leis da natureza ou do cosmo). Segundo Aristóteles, o saber teórico caracteriza-se por ser contemplativo, definindo-se pela visão da verdade e por não ter objetivos práticos ou fins imediatos” (MARCONDES, 1998, p. 81).

³⁸ A posição de Kant é bem conhecida: as categorias fundamentais do pensamento, especialmente as idéias de espaço e de tempo, constituem instituições a priori à experiência sensível. Para Aristóteles, ao contrário, as categorias são abstraídas da própria realidade do mundo. Os delineamentos que se seguem tomam em conta os elementos do realismo aristotélico (NOGUEIRA, 1994, p. 28).

Considerando os processos de gestão³⁹ da qualidade como uma práxis que admite variantes com distintos significados político-ideológicos, conforme os valores e interesses que essencialmente a motivem, o cidadão comum, pode-se dizer que a indiferença entre o valor de uso e os valores humanos que marcava o capitalismo tradicional, promovendo em larga escala a humanização do trabalho do ponto de vista da crítica social da qualidade, seria muito bom se pudessemos acreditar que o capitalismo dito pós-industrial, com origem na ciência e na experiência empírica socializada, permitiria orientar o cidadão comum, em suas decisões de consumo, necessidade de combater a própria indiferença histórica do capitalismo quanto ao valor de uso e encontrar, na própria sociedade e em seus grupos organizados, a elevação do lucro acima de qualquer outro valor humano.

Para Mezono (1995, p.53), “a nova filosofia⁴⁰ de administração centrada na busca da melhoria continuada privilegia o trabalho em equipe, a confiança nas pessoas e em sua capacidade produtiva, a relação de parceria e de coresponsabilidade, a diversidade e a mudança de pensamento, a manutenção das pessoas na empresa, o respeito e o valor de quem produz, o atendimento das necessidades humanas fundamentais, o pensamento horizontalizado e a maximização dos objetivos e metas”.

Estas novas técnicas gerenciais buscam manter as organizações em um cenário de constante mudança, desenvolvendo sistemas administrativos eficientemente ágeis e suficientemente fortes para os padrões estabelecidos pela nova formação econômica da sociedade através de novos conhecimentos⁴¹, tornando-se mais críticos quanto aos novos modelos gerenciais. A gestão pela qualidade se destaca em função da necessidade de buscar uma boa formação e

³⁹ “O grande e irrefutável mérito desse enfoque de gestão é a necessidade de transparência na conduta dos atores envolvidos (gerentes, trabalhadores, consultores, clientela etc.) e muitas vezes isto propicia o enfrentamento de opiniões e visões antagônicas sobre o Controle de Qualidade Total. Uma clivagem importante é dada pelos próprios mentores do movimento, com a dupla Ishikawa e Deming, que realça o papel da cultura no transcurso das ações pró-qualidade, e, de outro lado, Juran e Feigenbaum, que acentuam os aspectos cognitivos e a contribuição dos especialistas ou consultores de qualidade” (NOGUEIRA, 1994, p. 48).

⁴⁰ “A filosofia corresponderia a um método para se atingir o ideal em todas as áreas pela superação do senso comum, estabelecendo o que deve ser aceito por todos, independente de origem, classe ou função. É isso que significa a universalidade da razão. A prática filosófica envolve assim, em certo sentido, o abandono do mundo sensível e a busca do mundo das idéias” (MARCONDES, 1998, p. 51).

⁴¹ “Trata-se, portanto, da formulação de um modelo do uso da razão no conhecimento que procura dar conta de como se constitui este conhecimento de forma legítima, buscando assim evitar e superar as dificuldades e os impasses que o empirismo e o racionalismo, o materialismo e o idealismo enfrentam em sua época” (MARCONDES, 1998, p. 209).

gestão dos recursos humanos, racionalizar os métodos de produção e se desenvolver tecnologicamente.

A produção de bens e serviços de qualidade é a nova regra do mercado nacional e internacional que, com a formação de blocos econômicos, o fim das reservas de mercado e das situações oligopolísticas, a globalização da economia e o surgimento rápido e contínuo de novas tecnologias, se impõe como forma de mobilizar as organizações para a obtenção do grau máximo de competitividade, modernidade e de qualidade de modo a assegurarem sua sobrevivência e o seu crescimento.

A evolução histórica dá-se no sentido de uma substituição do padrão endógeno, dos comportamentos espontâneos culturalmente aceitos pelos grupos sociais, pelo padrão exógeno. Visto pelo lado crítico, é este um dos objetos da denúncia sobre a “medicalização da vida”, que há vários anos vem agitando os meios acadêmicos, conforme observa (NOGUEIRA, 1994, p. 109), ao citar a versão de Illich: “A saúde deixou de ser um dote ingênito que cada ser humano deve possuir até se mostrar enfermo, para se tornar um objetivo cada vez mais distante a que se tem direito em virtude da justiça social”.

Juran (1990), ao introduzir regras e metodologias para o estabelecimento pela qualidade e o envolvimento da alta gerência, determina que qualidade é adequação do produto ou serviço ao uso, ou seja, à necessidade do consumidor.

Para Falconi (1992), o verdadeiro critério para a qualidade é a preferência do consumidor em relação ao concorrente, uma vez que isto garantirá a sobrevivência da empresa. A preferência se dá através da adequação do produto ou serviço às necessidades, expectativas e ambições do consumidor como uma forma de agregar valor ao que será produzido com menor custo.

Para que possamos ter uma definição de padrão de qualidade, precisamos primeiramente ter um entendimento do que é qualidade que, segundo autores como CAMPOS (1992); GIL (1992); AGUAYO (1993); CERQUEIRA NETO (1993); CORRÊA (1993); CAMPOS (1994) E TACHIZAWA; SCAICO (1997): ..

.. “Conformidade à exigência, especificações ou padrões caracterizam a qualidade” .

... “Qualidade indica também o valor relativo de produtos, e a eficiência e efetividade de processos para gerar produtos e suprir serviços”....

“Do ponto de vista prático, qualidade é uma arma estratégica e competitiva. Quando o conceito global de qualidade é incorporado às empresas de produtos e prestação de serviço, é mais fácil atrair e manter novos negócios ou aumentar as vendas em mercados existentes”

....“qualidade também é uma questão de estilo. Olhar para o resultado sem perder de vista o processo”.

Portanto, podemos dizer que a qualidade é padrão de referência para clientes e fornecedores, onde o entendimento é cliente = adequação ao uso e o fornecedor = satisfação do cliente.

O estabelecimento destes métodos que abrangem tanto as atividades técnicas como administrativas constitui o que se denomina de padronização⁴². A padronização deve ser vista dentro de qualquer instituição, desta forma, como algo que trará melhorias em qualidade, custo, cumprimento de prazo, segurança e outros. Consiste no estabelecimento de um sistema formal de procedimentos e padrões consensuais, simples e claros. A padronização pressupõe o treinamento das pessoas a fim de que todas façam o autocontrole, que é o primeiro passo para a delegação.

Na tentativa de buscarmos uma definição para os padrões de qualidade, alguns requisitos básicos do controle de qualidade devem ser observados, entre eles podemos destacar a política da empresa, metodologia de ação e atividades de apoio. Assim, temos como padrões de qualidade: nível médio de defeitos, desempenho médio esperado, valores externos à organização, resposta básica dos recursos, eficiência – otimização de recursos e eficácia – direcionamento para os clientes.

Dentro deste modelo, podemos compreender a definição de padrão⁴³ como sendo: algo que é desenvolvido para ser usado como regra ou base de comparação no julgamento da qualidade, da quantidade, do valor, do conteúdo ou da extensão.

...“refere-se a alguma medida, princípio, modelo etc., com que coisas da mesma classe são comparadas a fim de determinar sua quantidade, valor, qualidade etc.”.

...“algo usado por consenso geral para determinar se uma coisa é ou não como deveria ser”... conforme Campos (1992); Gil (1992); Cerqueira Neto (1993); Corrêa (1993) e Campos (1994).

⁴² Atividade sistemática de estabelecer e utilizar padrões (CAMPOS, 1992).

⁴³ Documento consensado estabelecido para um objeto, desempenho, capacidade, ordenamento, estado, movimento, seqüência, método, procedimento, responsabilidade, dever autoridade, maneira de pensar, conceito etc., com o objetivo de unificar e simplificar de tal maneira que, de forma honesta, seja conveniente e lucrativo para as pessoas envolvidas (CAMPOS, 1992).

Ao estabelecermos um padrão de sistema⁴⁴, o objetivo deve ser unificado para assegurar que o sistema será conduzido sempre do mesmo jeito (mesma maneira de trabalho) para conseguir atingir sempre os mesmos resultados (dentro de faixas aceitáveis).

Após ser estabelecido, o padrão de sistema deve ser mantido e continuamente aperfeiçoado, introduzindo-se melhorias de tal maneira que o objetivo seja cada vez mais eficazmente alcançado.

Os padrões técnicos⁴⁵ devem ser compilados em padrões separados pelos respectivos assuntos (materiais, produtos). O objetivo destes padrões deve ser simplificação e apresentar clareza, pelo fato de que estes padrões são meio de comunicação da empresa para a transferência de tecnologia (informação) das áreas técnicas até o operador. Todo o esforço deve ser feito no sentido de que estas informações fluam de forma mais simples e clara possível para que todos possam entender sem dúvidas.

“As lições de Deming e Canguilhem, combinadas, apontam no sentido de que a normatividade da produção, como em uma espécie de organismo coletivo de trabalho e de funções especializadas de seus órgãos ou partes, pode e deve desenvolver-se por etapas de reequilibrações permanentes. O importante é adotar um padrão inicial, aproximativo, talvez de grande amplitude de variação, e ir obtendo comportamentos cada vez mais adequados até que se possa substituí-lo por um padrão mais rigoroso” (NOGUEIRA, 1994, p. 112).

Atualmente, podemos conceber que os padrões da qualidade sejam traduzidos, sempre diante de uma definição operacional denominada por Nogueira (1994, p. 123), como sendo “especificação técnica”.

Dentro desta especificação técnica, cada produto ou serviço deve se comportar em concordância mínima e procurar de todas as formas diminuir as proporções dos itens que fogem à especificação.

⁴⁴ Documentos consensados estabelecidos principalmente para assuntos que dizem respeito a organização e conteúdo do sistemas seqüências, procedimentos e métodos.

⁴⁵ Documentos consensados estabelecidos principalmente para assuntos técnicos relacionados direta ou indiretamente a um produto ou serviço.

A especificação nos dá margem para se distinguir dois tipos de normatividade⁴⁶ dos processos de produção de bens e serviços indistintamente, que são: o padrão endógeno ou espontâneo; e o padrão exógeno ou explícito, que é sempre de natureza técnico-administrativa.

Nos dois tipos de sistemas de padrão, é importante entender a atuação das causas de variação⁴⁷ e como elas podem ser tratadas estatisticamente. Já o processo de Certificação Hospitalar deve pautar-se pelos padrões “máximos” de desempenho da organização, ressalvadas as condições locais, a missão institucional e a especificidade dos serviços. Somente nestas condições é que a Certificação poderá ser entendida como um “prêmio” pelo elevado padrão dos serviços prestados“ (MEZONO, 1995, p. 23).

É através dos padrões de acreditação que os médicos vêm se alinhando, conforme apresenta Nogueira (1994, p. 85), com as instituições na busca da qualidade do “corpo clínico organizado”. Com responsabilidades⁴⁸ legais de supervisão, sua mentalidade continua a ser de autonomia individual e coletiva. Não somente trabalham para si mais do que para a instituição, como têm tipicamente uma suspeição diante de qualquer interferência institucional ou administrativa que percebem em seu campo de autonomia clínica, organizacional ou política (i.e., a habilidade de exercer o poder dentro da instituição)".

“A criação de indicadores para a Certificação (acreditação) deve ser levada a sério e deve ser feita por profissionais que conheçam a filosofia da melhoria da qualidade, que entendam os processos e que saibam quais são os melhores resultados que a instituição pode e deve produzir. E neste programa deve ser dada

⁴⁶ A normatividade espontânea da produção decorre dos ritmos do trabalho humano, mediados por algum tipo de método. O padrão endógeno é assegurado pelo autocontrole do trabalhador, individual ou coletivamente. “A segunda forma prende-se à tentativa de fazer com que o processo ou o produto siga um padrão definido por agentes externos: a administração da empresa, a legislação governamental etc. Trata-se de uma normatividade de tipo sistêmico, pois se impõe como forma de organização administrativa ou técnica da produção ao conjunto dos trabalhadores. Assim, pode-se avaliar se os produtos cumprem ou não com as especificações da norma” (NOGUEIRA, 1994, p. 123).

⁴⁷ “As variações podem ser de dois tipos, a comum e a especial. As mais freqüentes são as do tipo comum, que emergem das flutuações aleatórias do processo de produção ou de diferenças de precisão no ato de medir as características do produto. As causas comuns são determinadas pelas características do sistema adotado, sendo mais que nada de responsabilidade da gerência a função de corrigi-las. Para tanto, faz-se necessário algum investimento adicional no sentido de mudar ou aperfeiçoar os métodos de produção. A outra forma de variação é a de tipo especial, que introduz uma perturbação relevante no processo, e suas causas podem ser detectadas e evitadas pelos agentes diretamente envolvidos na produção. Alguns autores usam o qualificativo atribuíveis para caracterizar tais causas” (NOGUEIRA, 1994, p. 123- 124).

⁴⁸ “É utilizada como o mecanismo primário de controle dentro da organização e a ênfase no programa (nas finalidades e não nos meios) é a maior arma para combater o desvio do plano” (MEZONO, 1995, p. 12).

particular ênfase à função gerencial, que depende basicamente da alta administração a formulação de uma política centrada na melhoria da qualidade dos serviços” (MEZONO, 1995, p. 25).

Um dos instrumentos mais importantes para a obtenção de qualidade no trabalho, com eficiência, eficácia e efetividade, é a busca da melhoria contínua através da assistência à saúde da população, parte dos geradores e os receptores dessa ação.

As ações fundamentais do esforço pela qualidade são definidas com a utilização de conceitos extraídos da teoria dos sistemas.

O Programa Brasileiro de Acreditação⁴⁹ Hospitalar foi idealizado para avaliar e verificar se existem conformidades nos serviços de um hospital geral. Como referencial, foram utilizados alguns critérios pelo Ministério da Saúde para a elaboração dos padrões de acreditação que irão nortear as ações da instituição.

Com este referencial, percebemos que os critérios estão de acordo com a lógica do processo de acreditação hospitalar, que é “uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital, com base em duas importantes variáveis: avaliação dos padrões de referencias e os indicadores” (BRASIL, 1999, p. 7).

A utilização de programas de acreditação, como enfoque inicial para implementar e garantir a qualidade nos hospitais brasileiros, contribui para que,

⁴⁹ Para o processo de Acreditação Hospitalar, os padrões foram “organizados por graus de satisfação ou complexidade crescente e correlacionados, de maneira que, para alcançar um nível de qualidade superior, os níveis anteriores obrigatoriamente devem ter sido satisfeitos. Para estabelecer o nível determinado por cada item, deve-se iniciar a avaliação pelos níveis inferiores, até encontrar o nível cujas exigências não estão totalmente satisfeitas. As exigências são indivisíveis quando se referem a mais de um padrão de qualidade e, se uma dessas exigências não estiver satisfeita, considerar-se-á apenas o nível imediatamente anterior como atendido”. Para se atingir o Nível 1, as exigências têm que contemplar o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e serviços do hospital, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional. Quando atingimos este estágio, então podemos iniciar no Nível 2, onde as evidências devem contemplar uma adoção do planejamento na organização da assistência hospitalar, referente à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e prática de auditoria interna. Alcançando este estágio, entraremos então no Nível 3, onde as evidências estão voltadas para as políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários. Evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. Ao atingirmos este nível, com certeza podemos caracterizar que a instituição realmente está pronta para o processo de acreditação (BRASIL, 1999, p. 7-15).

dentro dos recursos disponíveis, ocorra uma progressiva mudança planejada de hábitos, de maneira a provocar nos profissionais de todos os níveis e serviços um novo estímulo para avaliar as debilidades e forças da instituição, com o estabelecimento de metas claras e mobilização constante do pessoal, voltadas para a garantia na qualidade da atenção médica prestada aos clientes.

2.2 O AMBIENTE COMO FATOR IDEALIZADOR DAS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS FRENTE À SEGURANÇA E RISCOS PROFISSIONAIS

O ambiente como fator idealizador teve seu início em 1860, com Florence Nightingale, quando transformou, de uma prática e arte comuns, em uma profissão. “Com Florence Nightingale, nasce a enfermagem moderna, que demanda a sistematização de um novo saber em saúde. O ensino da enfermagem permitiu o cuidado orientado a docentes nos hospitais, a prestação de cuidados voltados aos ambientes de vida, os cuidados com o parto e o planejamento da assistência de enfermagem como liderança e administração dos cuidados de saúde, vindo a constituir um saber próprio de enfermagem” CECIM in MEYER et al (1998, p.91.)

Os profissionais de enfermagem necessitam de conhecimento, pois, muitas vezes, se deparam com tarefas difíceis que envolvem um pensar, elevando, assim, a qualidade na assistência. Por outro lado, o ambiente do centro cirúrgico é considerado agressivo, frio e aterrorizante devido à sua alta complexidade. É encarado como altamente estressante, na qual as atividades dos profissionais são as mais variadas, estando susceptíveis a problemas em relação à inadequação de equipamentos. O enfermeiro, mesmo assistindo o cliente direta ou indiretamente, delega muitas funções aos circulantes, instrumentadores, auxiliares de anestesia, técnicos e auxiliares de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica, em razão da alta movimentação de pessoas. O enfermeiro fica responsável pela coordenação das atividades, muitas vezes não tendo o domínio de todo o ambiente, como, por exemplo, não fazendo a avaliação e a prevenção de intercorrências com os clientes quando da realização dos cuidados e ainda com o emergir de novas tecnologias não acompanhadas de treinamento adequado.

Por ser o centro cirúrgico um ambiente estressante, os profissionais também estão susceptíveis a ele por realizar tarefas complexas, envolvendo elevada carga de trabalho, tanto física como mental, que, muitas vezes, causam medo e angústia, comprometendo, assim, a jornada de trabalho do pessoal de enfermagem, que está ligada à qualidade da assistência e ao bem-estar dos clientes, bem como às exigências cognitivas que sofrem os trabalhadores ao desenvolver suas atividades.

O enfermeiro deve ter bem claro o quanto necessita de recrutamento para o seu ambiente. Para tanto, o pessoal deve ser calculado com base em algumas condições, tais como: características do hospital; quantidade e qualidade do equipamento; capacidade do pessoal; planta física e número de leitos. Só assim é possível assistir o cliente em condições adequadas e com uma harmonia dinâmica em grupo.

Uma participação mais efetiva na estrutura do centro cirúrgico pelos profissionais os levaria a uma satisfação, e, com isso, não haveria distanciamento no relacionamento entre os que integram a equipe.

Outro ponto importante a ser ressaltado são as mudanças que vem sofrendo a classe no que concerne ao desenvolvimento profissional, como, por exemplo, baixa remuneração e acentuada desvalorização que têm descaracterizado a profissão, causando certa insegurança à categoria, mas, por gostarem do que fazem, aceitam situações desfavoráveis nas instituições para a sua valorização.

Atualmente, os profissionais estão à procura de conhecimento científico em relação à sua formação e atitudes, necessitando de reestruturação para resgatar sua autonomia e sua valorização.

Se considerarmos a enfermagem como sendo uma unidade de práticas produtivas, isto é, um processo de trabalho inserido nas relações de produção e, mantendo uma visão social e técnica, possuindo objeto e finalidade definidos, instrumentos de transformação e autotransformação. É considerada social por estar inserida em uma sociedade, participando das lutas de classes ideológicas e de poder; e científica, porque, no seu desenvolvimento, reforça ou reforma a teoria que sustenta suas concepções norteadoras das práticas.

Com o avanço tecnológico, os profissionais de enfermagem, no seu cotidiano de prestação de serviços, vêm tendo maiores responsabilidades de indicar, implantar e acompanhar seu desempenho, além de desenvolver e assimilar conhecimentos cada vez mais especializados. Estas tecnologias levam os profissionais a requererem acompanhamento e estarem atualizados nesta área de conhecimento na qual o foco na interação com o cliente passa a ser ponto central do acompanhamento.

O profissional, além de ter consciência do seu papel social, deve desenvolver suas atividades com segurança e o mais livre de riscos ao atuar na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas, sendo que suas responsabilidades, como profissionais, não se restringem apenas ao respeito aos preceitos éticos e legais, mas ao planejamento de enfermagem.

O principal argumento do enfermeiro pode ser considerado o planejamento da assistência, que, para Christensen e Kenney (1990), é a “determinação de como assistir o cliente na resolução dos problemas de saúde relatados; é uma decisão deliberada de solução de problemas de cada cliente, sendo esta etapa dividida em diversas fases: julgamento de prioridades, estabelecimento de metas, desenvolvimento de objetivos, estratégias e prescrição, bem como documentação destas fases. Para prestar uma assistência o mais livre de riscos, o enfermeiro precisa estar com uma equipe que possua qualidade, que muitas vezes não é uma realidade vivenciada, e, sem dúvida, acarreta ao enfermeiro maiores desgastes”.

De acordo com Mendes (1985), Trevisan (1988) e Guimarães (1995), existem vários fatores que contribuem para uma má assistência, a saber: o número reduzido de profissionais, pessoal auxiliar não-treinado, registros de enfermagem falhos, despreparo técnico-científico do enfermeiro, alta rotatividade do pessoal de enfermagem, aliados à desmotivação, que levam os profissionais a não prestarem uma assistência sem riscos e de boa qualidade.

A prestação da assistência com má qualidade muitas vezes ocorre devido ao número reduzido de profissionais, que são contratados só para “administrar”, cumprindo apenas as exigências da instituição. É esta situação que, eventualmente, vem interferir na falta de treinamento do profissional que já está reduzido, não podendo deixar de realizar outras tarefas para se dedicar à educação continuada.

Isto ocorre pela falta de uma política de recursos e a não-valorização do desenvolvimento e aperfeiçoamento dos profissionais nas instituições.

No momento em que o profissional começa a aperfeiçoar o seu conhecimento, as características das suas atividades tomam outra perspectiva, aumentando o seu poder na tomada de decisões, na segurança pela conquista de seu espaço e no reconhecimento profissional, tendo então a sua satisfação pessoal, conseqüentemente, diminuindo sua ansiedade.

Quanto à ação gerencial, Alves (1998), descreve que a “responsabilidade da enfermeira tem por objetivo o planejamento do cuidado, através do provimento de recursos necessários para que os trabalhadores de enfermagem atendam às diversas necessidades de saúde dos usuários”. Esta responsabilidade de cada profissional vai além da manutenção e promoção do bem-estar destes usuários, porque sua obrigação é tornar disponível aos clientes o cuidado, que, para Waldow (1998), envolve, “em sentido pleno, responsabilidade, interesse e desvelo, é algo mais amplo, que não se reduz a realizar uma ação de forma impessoal e mecânica”.

O profissional enfermeiro, por ocupar posição de destaque dentro da estrutura organizacional, é o elemento-chave para a equipe e instituição, porque, além de coordenar e organizar a maior parte do trabalho da assistência, assume uma grande responsabilidade. Portanto, é imprescindível que ele esteja satisfeito, motivado e capacitado, com isso haverá uma melhora no seu desenvolvimento profissional.

Ele, por ser responsável pela equipe de enfermagem, precisa promover um processo ativo, focalizando o potencial da equipe, requerendo um esforço muito grande para garantir uma assistência ininterrupta, que é importante no aspecto do seu gerenciamento através dos princípios de auto-responsabilidade.

Muitas vezes, a responsabilidade passa a ser um fator de stress para o enfermeiro na tomada de decisão, visto que esta responsabilidade tem conotação de obrigação. Como apresentam Oguisso e Schmidt (1985, p. 185), “responsabilidade tem o significado de obrigação, encargo, compromisso ou dever de satisfazer ou executar alguma coisa que se convencionou deva ser feita ou executada, ou ainda, suportar as sanções ou penalidades decorrentes dessa obrigação”. Isto deixa o profissional com dúvida e medo, especialmente quando não está preparado para assumir esta responsabilidade.

Esta responsabilidade constitui uma preocupação intensa do profissional que tem a qualidade da assistência prestada como influência direta sobre a sua carga de trabalho, gerando fonte de stress.

A Lei de Exercício Profissional de Enfermagem, em seu art. 11, apresenta as seguintes atribuições privativas do enfermeiro: planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a clientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; e o capítulo III, das Responsabilidades, art. 16, assegura ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (LEI nº 7.498, 1996).

O enfermeiro assume algumas funções e delegam outras, porém, todo o contexto da enfermagem está sob sua responsabilidade, como, por exemplo, ao distribuir tarefas que são assumidas pela equipe, como: aplicação de injeções, banho no leito, curativo e outras funções menos complexas. Entre as funções de destaque do enfermeiro, a função educativa está relacionada com a capacitação da equipe de enfermagem, a qual identifica as necessidades dos profissionais, planeja, executa e avalia. As ações educativas estão também associadas à prevenção, promoção e reabilitação da saúde, deixando a equipe mais fortalecida. A função técnico-administrativa, na qual o enfermeiro faz o gerenciamento de serviços, em que desenvolve ações de programação e avaliação das suas atividades, delega e distribui tarefas para os profissionais, supervisiona a equipe e as atividades realizadas. É ele o responsável pela previsão e provisão de material e equipamentos, além de elaborar e atualizar os procedimentos, rotinas e normas, assim como analisa e avalia a assistência prestada, visando à melhoria de qualidade nos atendimentos à clientela (PERES, 1996).

O profissional deve estar atento às normas e às regras de segurança, já que, no centro cirúrgico, está sujeito a uma variedade de riscos, podendo-se destacar as radiações ionizantes, o exemplo mais comum é o RX, que é muito utilizado em cirurgias ortopédicas, sendo que os efeitos destas radiações podem causar abortamentos, natimortalidade, anomalias congênitas, neoplasias e leucemias,

dentre outras (BULHÕES, 1994). Além dos riscos com radiações ionizantes, há os agentes biológicos que podem causar doenças transmissíveis agudas e crônicas, parasitoses, reações tóxicas e alérgicas.

Quando não devidamente controlados, esses agentes podem causar inúmeros acidentes e doenças profissionais.

Para os profissionais de enfermagem, estes riscos representam causa de infecções transmitidas, especialmente, por microrganismos como: bactérias, vírus, fungos, porque a manipulação de líquidos corporais, os materiais pérfuro-cortantes contaminados e o contato direto com clientes são freqüentes.

A estes contatos estão expostos todos os membros da equipe, sobretudo aqueles que estão atuando diretamente junto ao cliente, enquanto que o enfermeiro está menos susceptível a este risco, dependendo, principalmente, das suas funções na instituição. É o enfermeiro o profissional que apresenta, às vezes, maior conhecimento científico e deve ter como atribuição a orientação da equipe, no que concerne aos riscos de acidentes.

A grande problemática, atualmente, está ligada à exposição do profissional a agentes biológicos, como, por exemplo, sangue contaminado, vírus hepatite B e vírus HIV, que requerem um maior cuidado em relação ao manuseio dos líquidos corporais. Diante desta situação, o medo é muito grande e faz com que a equipe se previna mais intensamente, sendo fácil explicar o porquê da inclusão destes riscos como agente estressor para os profissionais de enfermagem, que, conforme Smeltzer, Bare (1994), são “os agressores como alterações no meio ambiente que são percebidas como desafiadoras, ameaçadoras ou lesivas para o equilíbrio dinâmico da pessoa, podendo ser neutras para algumas pessoas ou provocar “stress” em outras. As pessoas controlam essas situações por meio da capacidade individual de adaptação, com componentes fisiológicos e psicológicos. A adaptação positiva a esses agressores representa a saúde e, conseqüentemente, a adaptação negativa representa a doença”.

As doenças profissionais ou do trabalho, tidas como provenientes de certas condições especiais de determinado tipo de trabalho, podem ser classificadas como “indiretamente profissionais”. Embora de caráter insidioso, algumas delas, pela forma brusca de instalação, podem ser caracterizadas como acidentes de trabalho.

Para Gomes (2002), a biossegurança no Brasil está direcionada legalmente para os processos envolvendo organismos geneticamente modificados, de acordo com a Lei de Biossegurança - n. 8974⁵⁰, que estabelece no seu art. 1º: normas de segurança e mecanismos de fiscalização no uso das técnicas de engenharia genética na construção, cultivo, manipulação, transporte, comercialização, consumo, liberação e descarte de organismo geneticamente modificado (OGM), visando proteger a vida e a saúde do homem, dos animais e das plantas, bem como o meio ambiente”.

A palavra biossegurança é uma designação genérica da segurança das atividades que envolvem organismos vivos (bio (= vida) + segurança). É uma junção da expressão "segurança biológica", voltada para o controle e a minimização de riscos advindos da exposição, manipulação e uso de organismos vivos que podem causar efeitos adversos ao homem, animais e meio ambiente (GOMES, 2002).

Valle (1998), ao citar a Portaria n. 228, diz que “biossegurança é o conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos”. Embora esta definição não contemple, categoricamente, os organismos geneticamente modificados, as referências citadas são exatamente a Lei de Biossegurança e o Decreto 1752.

O mesmo autor coloca a biossegurança em uma dimensão superior, definindo como sendo “o estado, qualidade ou condição de segurança biológica da vida e da saúde dos homens, dos animais e das plantas, bem como do meio ambiente, não hierarquizando essa proteção, dos riscos associados aos organismos geneticamente modificados, segundo a Lei n. 8974/ 9”.

Esta confusão é, na verdade, uma vertente da biossegurança, a qual se confunde com a engenharia de segurança, a medicina do trabalho, a saúde do trabalhador, a higiene industrial, a engenharia clínica e a infecção hospitalar, conforme COSTA E COSTA (2002) E COSTA (1999 e 1998).

⁵⁰ Essa legislação criou a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) com o objetivo de propor e estabelecer toda a política nacional de biossegurança para o país, publicando normas e instruções normativas que devem ser acatadas em todos os níveis.

Foi com a preocupação preventiva e efetiva no controle de infecções dentro do ambiente cirúrgico que se deu este processo de conscientização das normas e medidas de biossegurança.

Mesmo com a implantação das normas e medidas de biossegurança, os profissionais de saúde estão expostos aos vários riscos profissionais existentes no ambiente cirúrgico, levando-se em conta a multiplicidade de ações que estes profissionais exercem.

Se levarmos em consideração o ambiente insalubre que é o centro cirúrgico, pode-se dizer que muitos profissionais estão trabalhando em condições perigosas à sua integridade e nem sabem. Todo o profissional deveria ter esclarecimento sobre o Programa de Prevenção a Riscos Ambientais (PPRA), é um programa estabelecido pela Norma Regulamentadora NR-9, da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho, do Ministério do Trabalho, que ressalta os riscos do ambiente (riscos físicos – ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas externas, radiações ionizantes e não-ionizantes, calor e frio, eletricidade; riscos químicos - desinfetantes e esterilizantes químicos, anestésicos voláteis, poeira, fumo, névoas, neblinas, gases e vapores agentes antineoplásicos; e os riscos biológicos - vírus, bactérias, fungos, parasitas e cuidados com materiais pérfuro-cortantes) (CAVALCANTI, 2001).

Para que haja um desenvolvimento satisfatório do trabalho, conscientização e motivação das pessoas para as práticas preventivas, é indispensável a eliminação dos atos e das condições inseguras do ambiente de trabalho.

Portanto, não que não exista o ato inseguro e a condição insegura. Na concepção de Reis (1998), o que precisamos é compreendê-los melhor.

Através de um mergulho no funcionamento humano, é possível entrever alguns mecanismos que podem levar o indivíduo (sempre visto como sócio-historicamente constituído, mas também dotado de uma subjetividade e unicidade características) ao acidente, principalmente em condições "sub-standart" de trabalho.

O ato inseguro pode realmente acontecer, mas ele tem uma origem inconsciente, inerente à condição humana, e não é simplesmente bobeira ou desleixo (esta é uma visão reducionista). A idealização funciona, nas situações de trabalho, não apenas como defesa contra o sentimento de coerção (pressão por

produção), mas também como expressão dos desejos de autovalorização (REIS, 1998).

Essas medidas de segurança são necessárias para a eliminação e a minimização dos riscos ocupacionais e contribuem para a segurança da vida no dia-a-dia das pessoas, baseadas em normas de biossegurança que englobam fatores físicos, ergonômicos, químicos, biológicos e psicológicos.

São medidas de segurança a utilização de equipamento de proteção coletiva (EPC) e individual (EPI), que consiste em um conjunto básico do uniforme do profissional em qualquer tipo de procedimento, seja ele crítico ou não.

Os riscos profissionais dividem-se em riscos de acidentes, riscos ambientais e riscos ergonômicos. Os riscos de acidentes são quaisquer circunstâncias ou comportamentos que provoquem alteração da rotina normal de trabalho; os riscos ambientais são aqueles inerentes ao ambiente de trabalho que poderão, em condições especiais, ocasionar as doenças profissionais do trabalho, ou ocupacionais; e os riscos ergonômicos, que são aqueles relacionados com fatores fisiológicos e psicológicos inerentes à execução das atividades profissionais. São os que decorrem das condições precárias ligadas ao ambiente ou ao próprio processo operacional das diversas atividades profissionais, e portanto, provenientes das condições ambientais de insegurança do trabalho, capazes de afetar a saúde, a segurança e o bem-estar do trabalhador (BASTOS, 2002).

Os riscos ambientais, podem ser classificados segundo a sua natureza e forma com que atuam no organismo humano. Para facilitar o estudo dos riscos ambientais, podemos classificá-los em três grupos: riscos físicos, riscos químicos e riscos biológicos (CAVALCANTI, 2001).

Os riscos físicos, são aqueles decorrentes de processos e equipamentos produtivos como: ruído, vibrações, temperaturas extremas, pressões anormais, radiações ionizantes, radiações não-ionizantes, umidade e nível de iluminação relacionado à luz CAVALCANTI (2001). Ordinariamente, os riscos físicos representam um intercâmbio brusco de energia entre o organismo e o ambiente, em quantidade superior àquela que o organismo é capaz de suportar, podendo acarretar uma doença profissional.

Os riscos químicos, são os agentes ambientais causadores em potencial de doenças profissionais devido à sua ação química sobre o organismo dos trabalhadores. Podem ser encontrados tanto na forma sólida, como líquida ou gasosa. São aqueles decorrentes da manipulação e processamento de matérias-primas (CAVALCANTI, 2001).

Além do grande número de materiais e substâncias tradicionalmente utilizadas ou manufaturadas no meio industrial, uma variedade enorme de novos agentes químicos em potencial vai sendo encontrada, devido à quantidade sempre crescente de novos processos e novos compostos. Os agentes químicos - de acordo com a definição dada pela Portaria n.º 25, que alterou a redação da NR-09, são as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeira, fumo, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão (BORGES, 2000).

Os agentes químicos, quando se encontram em suspensão ou dispersão no ar atmosférico, são chamados de contaminantes atmosféricos. As substâncias ou produtos químicos que podem contaminar um ambiente de trabalho classificam-se, segundo as suas características físico-químicas, em:

1 - Aerodispersóides - são dispersões de partículas sólidas ou líquidas de tamanho bastante reduzido (abaixo de 100 µm), que podem se manter por longo tempo em suspensão no ar como: poeira, fumo, fumaça, névoas e neblinas (BASTOS, 2002).

2 - Gases - são dispersões de moléculas no ar, misturadas completamente com este (o próprio ar é uma mistura de gases).

3 - Vapores - são também dispersões de moléculas no ar, que, ao contrário dos gases, podem condensar-se para formar líquidos ou sólidos em condições normais de temperatura e pressão (BASTOS, 2002).

Ambos comportam-se de maneira diferente, tanto no que diz respeito ao período de permanência no ar, quanto às possibilidades de ingresso no organismo, cujas principais vias de penetração são: o aparelho respiratório, a pele e o aparelho digestivo.

Os riscos biológicos, são os riscos existentes durante procedimentos cirúrgicos que já foram motivo de diferentes estudos. Apesar da esperança da redução do risco associado a exposições percutâneas nos centros cirúrgicos com o progresso dos procedimentos endoscópicos, os riscos de exposição continuam a requerer vigilância. São aqueles oriundos da manipulação, transformação e modificação de seres vivos microscópicos (CAVALCANTI, 2001).

O risco de exposições percutâneas está ligado especialmente ao tipo de procedimento, à duração do procedimento e ao uso dos dedos, em vez de instrumentos, para segurar o tecido que está sendo suturado.

Outros estudos também evidenciaram que os riscos de exposição são mais encontrados em cirurgias de longa duração, cirurgias com grandes sangramentos e situações de emergência.

As exposições que ocorrem entre os cirurgiões e a equipe de enfermagem usualmente envolvem agulhas de sutura. Outros instrumentos também envolvidos são bisturi, eletrocautério, fios metálicos e aqueles relacionados às diferentes especialidades cirúrgicas, como fragmentos ósseos, a montagem e o descarte de fios, agulhas de sutura e lâminas de bisturi.

São todos microrganismos causadores de doenças com os quais pode o trabalhador entrar em contato no exercício de diversas atividades profissionais. Estão classificados neste grupo riscos que representam os organismos vivos, conforme a Portaria nº. 25 do Ministério do Trabalho: vírus; bactérias; fungos; parasitas e bacilos (CAVALCANTI, 2001).

A presença de agentes etiológicos agressivos nos locais de trabalho representa um risco, mas isto não quer dizer que os trabalhadores expostos venham a contrair alguma doença.

Para que isto aconteça, devem concorrer fatores, como: quanto maior o tempo de exposição, maiores serão as possibilidades de se produzir uma doença do trabalho, e quanto maior a concentração ou intensidade dos agentes etiológicos agressivos presentes no ambiente de trabalho, tanto maior a possibilidade de danos à saúde dos trabalhadores expostos.

Características dos agentes microbianos ambientais também contribuem para a definição de seu potencial de agressividade. O estudo do ambiente de trabalho, visando estabelecer relação entre esse ambiente e possíveis danos à saúde dos trabalhadores que devem efetuar seus serviços normais nesses locais, constitui o que chamamos de um levantamento de condições ambientais de trabalho (FLORA, 1998).

Em relação à prevenção a riscos biológicos, preconiza-se hoje, de acordo com orientações do CDC, que sejam elaborados rotinas e procedimentos específicos por escrito, revistos periodicamente e avaliados de maneira dinâmica dentro da prática diária.

Os riscos ergonômicos, são aqueles associados com fatores fisiológicos e psicológicos quando da à execução das atividades profissionais. Estes fatores podem produzir alterações no organismo e no estado emocional dos trabalhadores, comprometendo a sua saúde, segurança e produtividade (BASTOS, 2002). Os agentes ergonômicos, por definição dos radicais, temos *Ergon*, que significa trabalho, e *Nomos*, que significa leis. A palavra origina-se do latim e significa leis que regem o trabalho. Do ponto de vista técnico, com base no que determina a Portaria nº 3.751 , de 23 de novembro de 1990, que alterou a NR-17, entende-se por ergonomia o conjunto de parâmetros que devam ser estudados e implantados de forma a permitir a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (BORGES, 2000).

Os riscos ergonômicos são riscos introduzidos no processo de trabalho por agentes (máquinas, métodos etc) inadequados às limitações dos seus usuários (BORGES, 2000).

Os riscos ergonômicos se caracterizam por terem uma ação em pontos específicos do ambiente, e por atuarem apenas sobre as pessoas que se encontram utilizando o agente gerador do risco (isto é, exercendo sua atividade). Em geral, os riscos ergonômicos provocam lesões crônicas, que podem ser de natureza psicofisiológica (BORGES, 2000).

Consideramos como fatores de risco, fenômenos ou alterações físicas ou eventos psicossociais que podem contribuir para o desenvolvimento de D.O.R.T..

Existem 4 grupos de fatores de risco: 1 - pessoais físicos são aqueles que a pessoa carrega consigo, seja em função de sua herança genética, seja devido aos seus hábitos de vida, ou ainda, em função de doenças pré-existentes como: herança, laxidão ligamentar, sedentarismo, lesões preexistentes e doenças gerais; 2 - pessoais emocionais estes interferem na produção de dor musculoesquelética e Lesões por Esforços Repetitivos (LER). Vamos examinar, agora, somente duas dentre as situações mais comuns, nas quais as pessoas desenvolvem dores múltiplas: Mania de trabalho ("workaholismo"), Eventos de vida diária e "stress"; 3 - ambientais físicos são situações nas quais a tarefa obriga a execução de um mesmo padrão de movimento, realizado prolongadamente, sem a existência de sistema de recuperação funcional como: excessivo número de horas-extras, mobiliário inadequado, equipamentos dos postos de trabalho, condições acústicas desfavoráveis e condições de iluminação inadequadas e 4 - ambientais emocionais contribuem para o aparecimento de sobrecarga e dor, relacionados com a organização do trabalho, estão a instituição do trabalho fragmentado, feito em esteira ou linhas de montagens ou em postos informatizados onde as pessoas realizam gestos padronizados, cujo ritmo é determinado pela própria máquina ou por prazos estabelecidos, nem sempre de forma realista. O ambiente entre os colegas de trabalho também é um fator importante. Pessoas que trabalham em grupos cujos componentes se suportam e auxiliam mutuamente tendem a adoecer menos. Competição acirrada e medo de demissão, quando potencializados pela ação de um chefe de setor não-treinado na arte de conduzir pessoas e de influenciá-las, de maneira positiva, tendem a ser fontes potenciais de "epidemias" de L.E.R. (GOMES, 2002).

2.3 A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM COMO PROCESSO DE TRABALHO

Para a enfermagem, desde os tempos de Florence Nightingale, o cuidar/cuidado inclui o apoio nas condições previstas e nas adversas do atendimento das necessidades dos clientes, como indicativo para o processo de assistir em enfermagem (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 1999, p. 36).

Desde então, mudanças vêm ocorrendo e hoje os cuidados estão baseados em princípios científicos e no afã da pesquisa, mas o elemento básico continua o mesmo, que é o de servir ao cliente.

O enfermeiro deve estar preparado para desenvolver habilidades como perspectiva interdisciplinar para conhecer e gerenciar ações com base em princípios, buscar e produzir conhecimentos para o desenvolvimento do processo de cuidar.

Ao realizar o processo de trabalho, ele deve ser capaz de cuidar/assistir o cliente dentro de um contexto mais específico, fazendo transformações, valorizando e desenvolvendo o processo de cuidar como capacidade prática do profissional da equipe de enfermagem através da ação cuidadora.

Foi através da ação cuidadora centrada em procedimentos e na utilização de instrumentos, que esta ação emergiu, sendo uma subcategoria do cuidado, que é foco central do trabalho da enfermagem.

Patrício (1993) e Alves (1998), consideram que a ação cuidadora está presente no processo de trabalho de enfermagem na medida que se realiza de forma indireta ou direta, quando o enfermeiro realiza ações de coordenação da equipe de enfermagem e educativas individualizadas, respectivamente.

O profissional de enfermagem, para desenvolver uma ação cuidadora, passa por diversos desafios, entre eles, por exemplo, a própria produção do cuidado centrado no sujeito (cliente), utilizando não só os processos de produção como também as tecnologias nos procedimentos. Esta ação cuidadora tem procedimentos baseados em instrumentos que expressam um determinado momento da realidade, presente no processo de trabalho, principalmente em suas ações tanto direta como indiretamente.

Este processo se baseia em atividades técnico-assistenciais nas quais o enfermeiro planeja e executa cuidados de enfermagem de maior complexidade, e os de menor complexidade são delegados a outros profissionais.

A descrição de como se faz, e de como se pensa os diferentes momentos, que constitui um paradigma em que seus membros vivenciam o cuidar/cuidado, determina o aspecto essencial do cuidar e dos cuidados. Com movimentos periódicos de idas e vindas dos profissionais de enfermagem em um eterno

recomeçar, o cuidado é revestido de expectativas, como ressalta Waldow (1998, p.73), “na enfermagem, o cuidar assume características profissionais obtidas de uma educação formal... Com a modernidade, os avanços científicos e tecnológicos e o crescente poder da ideologia médica, o cuidar adquire uma forma que se assemelha mais àquela que obtenha o reconhecimento do poder dominante, ou seja, percebida como de maior *status*. Com isso, perde muito de sua arte, do aspecto humano, e o seu conhecimento específico, paradoxalmente, não é buscado, ao contrário, utiliza-se de outros aspectos (em geral, da medicina) e dá a falsa idéia de autonomia”, possibilitando, assim, sua identidade profissional, assumindo seu papel a cada relação estabelecida.

Cuidar é o processo de expressão, de reflexão, de elaboração do pensamento, de imaginação, de meditação e de aplicação intelectual, desenvolvido pelos profissionais de enfermagem, em relação às ações mais simples até às mais complexas. Requer um mínimo de condições estruturais, ambientais e de recursos humanos que sejam razoáveis para assegurar a confiabilidade, a credibilidade dos atos/ações direcionados ao atendimento dos clientes nos níveis imediato, mediato e tardio.

O profissional de enfermagem, ao compreender o cuidado dentro do seu processo de trabalho define, conforme Almeida e Rocha (1997, p. 23), como sendo “o modo que o homem produz e reproduz sua existência. Ao fazê-lo, estabelece relações e objetiva sua subjetividade. A concepção histórica, materialista e dialética procura demonstrar que cada geração transmite uma massa de forças produtivas, de capitais e de circunstâncias que é, por um lado, muito modificada pela nova geração, mas, por outro, dita-lhe suas condições de existência e lhe imprime um desenvolvimento determinado, um caráter específico. Conseqüentemente, as circunstâncias fazem os homens, da mesma forma que os homens fazem as circunstâncias”, nas quais a estrutura e o funcionamento da organização também devem estar inseridos dentro deste processo de trabalho.

Cuidado é a ação imediata prestada pelo enfermeiro ou algum elemento de sua equipe, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, em curto espaço de tempo, desenvolvido em vários momentos, envolvendo segurança e competência, aliadas à

tecnologia específica que a situação exige (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 1999, p. 15).

A renovação de concepções, atitudes e condutas, no conceito de cuidar no cotidiano de qualquer pessoa, exige uma constante mudança, principalmente na era da globalidade, integralidade, flexibilidade e continuidade. Com a preocupação em aprofundar os estudos acerca de cuidar, é que fomos buscar nos escritos de Ferreira (1996), o seu significado, que diz que cuidado é atenção, precaução, cautela, diligência, desvelo, zelo, encargo, responsabilidade, conta, inquietação de espírito, pessoa ou coisa que é objeto de desvelos, pensado, imaginado, meditado, previsto, calculado, suposto, atenção.

E o mesmo autor descreve que cuidar é imaginar, pensar, meditar, cogitar, excogitar; julgar, supor; aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação, atentar, pensar, refletir; ter cuidado, tratar. Neste sentido, o cuidar pode ser percebido como atividade desenvolvida por alguém, na qual se aplica atenção, pensamento, imaginação, reflexão e o fazer para uma melhor compreensão prática no que diz respeito ao cuidar/assistir.

Silva (2000) ao citar Gomes, refere que o plano de cuidado é um instrumento utilizado para auxiliar na individualização do cuidado do cliente; descrever qual cuidado o cliente deverá receber e como esses cuidados poderão ser melhor executados. Constitui um “roteiro” das ordens ou prescrições de enfermagem e, como tal, só será utilizado mediante planejamento.

O enfermeiro deve pensar o cuidado mais amplamente, estabelecendo a relação entre o homem e o meio; o equilíbrio e o desequilíbrio biológico e suas manifestações naturais e/ou provocadas; os comportamentos socioculturais das pessoas e dos profissionais, que são expressos neste espaço (microsocial), os procedimentos e técnicas de cuidar adotados com base em conhecimento específico denominado ciência da enfermagem (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 1999, p. 33).

Há diferenças importantes a serem apontadas no processo do cuidar e nos cuidados que compõem o primeiro momento de atendimento, assinalados por Certeau (1996, p. 146-153), quando afirma que as práticas se reproduzem ora em um campo verbal, ora em um campo gestual, em uma situação de alternâncias e

cumplicidades, de homologias de procedimentos e imbricações sociais que ligam a arte de dizer à arte de fazer. Arte definida pelo autor como inventividade incessante na experiência prática.

O trabalho de enfermagem está voltado para o cuidado que, para Waldow; Lopes; Meyer (1995, p.58), nada mais é do que “os comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer”. Este conjunto de ações envolve o pensar e o fazer de diferentes sujeitos/atores, que é a equipe de enfermagem.

Toda pessoa, ao cuidar, deve ser capaz de considerar o outro, de pensar antes de agir, ponderando os efeitos de suas ações. Então, ao emergir a real denotação de cuidado, isto, de maneira nenhuma, implicará a rejeição dos aspectos científicos e técnicos que o permeiam.

De acordo com Almeida (1986), o cuidado de enfermagem contém em sua estrutura relações sociais específicas e o conhecimento (saber de enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas), visando ao atendimento de necessidades humanas que podem ser definidas do ponto de vista biológico, psicológico e social.

Desta maneira, a prática, como cuidado de enfermagem, deve ser o fio condutor para que o enfermeiro dirija suas ações diferenciadas, isto é, individualizada, participativa, documentada e avaliada no sentido de que todos os envolvidos nestes cuidados tenham em mãos os resultados obtidos no cuidar/assistir como produto final à satisfação na realização desta troca de experiência.

Nas diferenças é que estão as contradições da profissão, o prestar cuidados aos doentes passou a ser trocado por salários e a ser mediado por técnicas específicas.

O processo de cuidar, embora considerado por muitos como objeto, foco central, essência ou imperativo moral de enfermagem, é, para outros, tema que apresenta inúmeras controvérsias, porque não podemos transformar sentimentos em parcela de mercadoria impunemente.

Os reflexos do cuidado traduzem no profissional de enfermagem o manejo da personalização/não personalização, quando cada cliente deve ser único.

Mesmo com o planejamento dos cuidados de enfermagem, em termos de participação do cliente e família, o enfermeiro não pode deixar de dar por escrito todas as informações proferidas para, através do feedback, ter certeza de que o que foi feito está sendo assimilado.

O planejamento da assistência pode ser visto de duas maneiras: ora de forma global, ora de forma restrita. Estas duas formas são etapas do processo de enfermagem, que tem o significado de um conjunto de meios dispostos para se alcançar um fim pré-estabelecido, através de formulação sistemática de um conjunto de decisões que, conforme alguns autores como Chiavenato (1985); Kwasnicka (1986); Christensen e Kenney (1990)); Melo (1991) e Antunes (1993), destacam o planejamento como a função administrativa, processo contínuo de funções, direção, controle, julgamento de prioridades e definição de metas para identificar ou avaliar as condições, necessidades ou problemas de uma ação futura.

Então, o cuidar não pode refletir ou ser conciliado de forma estática, passiva, mas como reflexo ativo.

O cuidar/cuidado em enfermagem pauta-se no encontro da regularização biopsicossócioespiritual do indivíduo, promovendo o equilíbrio. Requer o saber-fazer e a devida compreensão quanto ao julgamento e às medidas de vigilância, em um entrosamento com pensar, imaginar, meditar, julgar, tratar, velar, intuir, vigiar, além de intervenções compatíveis com a complexidade assistencial (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 1999, p. 36).

A construção do fazer na enfermagem abrange elementos ideológicos, fundamentos de uma filosofia assistencial, que para Xavier et al (1987, p.177), é “como um conjunto de ações diversas que se articulam e se complementam entre si na consecução da finalidade do trabalho em saúde. A garantia do cumprimento dessa finalidade requer a continuidade e a oportunidade dessa assistência”, como conceitos e técnicas que interessam diretamente às tomadas de decisão sobre as formas de atendimento. A lógica do atendimento envolve raciocínio, intuição, sensibilidade, conhecimento e experiência profissional, além do bom senso.

Este fazer além de uma distinção conceitual, que se evidencia pela singularidade das condutas e procedimentos adotados, exige a observância de detalhes que se mostram diferentes do que se faz em outras áreas da enfermagem. Compreende uma construção diária das maneiras de cuidar em enfermagem, constituindo a busca de uma descrição daquilo que se faz ou ocorre todos os dias, isto é, das atividades corriqueiras dos enfermeiros e suas equipes, que cotidianamente se vêem envolvidos em uma expectativa prática, nas relações que surgem e se reproduzem, em que este cuidar se mostra e os cuidados emergem.

A enfermagem utiliza, em sua prática cotidiana de cuidar/cuidado, um conhecimento próprio, mesclado com outros provenientes das ciências humanas, sociais e biológicas. Com esse conhecimento, ela tenta desenvolver uma visão holística do cliente, explorando, interpretando e discutindo os fenômenos que envolvem a sua prática (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 1999, p. 19).

2.4 ASPECTOS ÉTICOS E EDUCATIVOS DO AGIR HUMANO MAIS LIVRE DE RISCOS

Os antigos afirmavam que a ética, como modo, era a virtude, e como fim, a felicidade, promovida pelo comportamento virtuoso que era visto como a ação quando em conformidade com a natureza do agente e dos fins que ele buscava (BIGNOTTO et al 1994, p. 8).

Alegavam também que o homem, por natureza, é um ser racional, em que a virtude ou o comportamento ético é aquele no qual a razão comanda as paixões, dando normas e regras, que possam ser deliberadamente corretas (BIGNOTTO et al 1994, p. 8).

Apesar de haver algumas divergências entre Platão, Aristóteles, os estóicos ou os epicuristas quanto a algumas definições, como, por exemplo, das virtudes, da razão, da vontade, das paixões e da natureza, havia entre eles uma concordância com os princípios acima citados (BIGNOTTO et al 1994, p. 347).

A ética⁵¹ é uma palavra de origem grega, com dois possíveis significados. Quando éthos, com o 'e' curto, ela pode ser traduzida por costume. Quando éthos, com o 'e' longo, como propriedade do caráter. A ética com o 'e' curto serviu de base para a tradução latina de moral, enquanto que a com o 'e' longo orienta a utilização atual que damos à palavra ética (GOLDIM, 2000).

Segundo Aristóteles, a felicidade era considerada a finalidade da vida tendo como resultado o único atributo humano, a razão. Como meios destinados a sua consecução, tínhamos então as virtudes intelectuais e morais.

A ética, para Aristóteles, era um compromisso do homem com o bem supremo, que, para os gregos, seria a felicidade, isto é, no sentido de uma vida feliz (BIGNOTTO et al 1994, p. 261).

A concepção de sujeito (feliz), para os gregos, não poderia ser indissociável da idéia do ser político, o cidadão da pólis. O bem da pólis é mais perfeito do que o do indivíduo e não é na tirania nem no isolamento que se encontra o "bem supremo". A ética seria, então, um conjunto mínimo de preceitos para conciliar o bem individual com o coletivo (BIGNOTTO et al 1994, p. 262).

Na *Ética para Nicômaco*⁵², Aristóteles deu destaque, na definição da ética e de seus fins, às noções de ciência política, de bem, de belo, de justo, assim como à de ser humano. Aristóteles procurou várias formas para encontrar a felicidade. Como ressalta Bignotto et al (1994, p. 262), "o percurso de Aristóteles para a busca da felicidade passa pela questão dos prazeres. Ele privilegia os prazeres do espírito aos do corpo, em função da maior limitação dos prazeres corporais e de seu parentesco com os prazeres animais". Aristóteles não prega (como mais tarde os cristãos) a

⁵¹ "Aristóteles tinha designado suas investigações teórico-morais - então denominadas como "éticas" - como investigações "sobre o éthos", "sobre as propriedades do caráter", porque a apresentação das propriedades do caráter, boas e más (das assim chamadas virtudes e vícios) era uma parte integrante essencial destas investigações. A procedência do termo "ética", portanto, nada tem a ver com aquilo que entendemos por "ética". No latim, o termo grego éthicos foi então traduzido por moralis. Mores significa: usos e costumes. Isto novamente não corresponde, nem à nossa compreensão de ética, nem de moral. Além disso, ocorre aqui um erro de tradução. Pois na ética aristotélica, não apenas ocorre o termo éthos (com 'e' longo), que significa propriedade de caráter, mas também o termo éthos (com 'e' curto), que significa costume, e é para este segundo termo que serve a tradução latina" (TUGENDHAT, 1997).

⁵² "De fato, embora no pensamento dos economistas devam constar as obviamente importantes questões de vista aristotélicas já mencionadas, não podemos perder de vista que a questão concernente ao papel da economia foi levantada por Aristóteles, sobretudo no contexto de proporcionar uma visão suficientemente ampla da ética e da política (*Ética a Nicômaco*, livro I). As questões econômicas podem ser de extrema importância para as questões éticas, inclusive a indagação socrática "Como devemos viver?" (SEN, 1999, p. 25).

abolição dos prazeres corporais ou sua condenação como um mal em si, mas a sua superação pelas atividades do espírito, até a “afirmação do divino no homem”.

O profissional de enfermagem, ao agir no sentido de beneficiar a sociedade em que vive, está utilizando os princípios da Ética de Aristóteles (DURANT, 1996), que privilegia as virtudes (justiça, caridade e generosidade), que são tidas como propensas a provocar um sentimento de realização pessoal. Para o ideal de Aristóteles, o homem (profissional) deve ser virtuoso, tendo a virtude o significado de uma força, um vigor, uma excelência relacionada aos valores práticos e intelectuais da existência humana, sendo o mais virtuoso aquele capaz de realizar-se como homem no papel de profissional, atingindo assim a felicidade, que era a meta procurada por todos (sociedade).

Kant foi o que deu uma das maiores contribuições à ética. Conforme ele, a moralidade de um ato não deve ser julgada por suas conseqüências, mas apenas por sua motivação ética. Kant demonstrou, de um modo mais sistemático e profundo, que o conceito de “dever” é o ponto central da moralidade (chamada “deontologia”). Nesta perspectiva, o profissional se põe livremente de acordo com o dever, isto é, a “boa vontade” ou boa intenção (MARCONDES, 1998, p. 213).

O conhecimento do dever pelo profissional nada mais é do que conseqüência da percepção, pelo sujeito, que ele tem como obrigação de obedecer e respeitar a todos como “fins em si mesmos”, a esta situação Kant chamou “imperativo categórico”.

O homem, na qualidade de profissional, tem que compreender o conhecimento e o alcance da melhor vida. No caso da ética kantiana, a finalidade da vida é o cumprimento do dever, da regra moral por si mesma. Ele deve entender a profunda diferença entre o ser e o dever-ser. Através do conhecimento do dever e da lei moral sobre os quais postula valores, o profissional tem que decidir sobre os seus atos.

O profissional, ao entender a ética como a ciência da moral, consegue assumir, através do conhecimento, seus objetivos específicos, suas responsabilidades e identificar, através da reunião dos valores, quais são as transformações que estes poderão trazer nas relações sociais quanto aos princípios de autonomia e consentimento, transformando, assim, a ciência em verdade absoluta e especificamente ter como finalidade os valores morais. Para Chauí in Bignotto et al

(1994, p. 351), existem dois caminhos e apenas dois para a ética moderna: o caminho clássico, que é ilustrado e liberal, trata de verificar a utilidade de cada interesse, fazê-lo com o critério de manutenção ou exclusão das paixões e erigir em valores morais aquelas paixões que são úteis para os novos interesses econômicos, sociais e políticos; o segundo caminho, também ilustrado, é aberto por Kant: trata-se de separar o reino empírico das necessidades e dos interesses e o reino transcendental da liberdade e da finalidade. O empírico segue causalidades particulares e somente o transcendental põe a universalidade ética como conjunto de máximas derivadas de um imperativo categórico da razão e não hipotético (“age tendo a humanidade como fim e jamais como meio” – não tratar os sujeitos/atores como coisas – e “age como se a máxima de tua ação pudesse ser realizada por todos os homens e por qualquer homem⁵³” – a universalidade da razão garante a universalidade do sentido da ação”).

Buscando justificativas para as regras de conduta que orientam a vida, diferentes dos sistemas ou doutrinas morais, que têm por objetivo propostas que vão distinguir a ética prática ou aplicada, que analisam os argumentos empregados para embasar determinadas premissas ou conclusões morais, demonstra-se, assim, que uma ação moral é racional.

Neste contexto, podemos afirmar que existem três modelos principais de conduta na história da ética como: “a felicidade ou prazer; o dever, virtude ou obrigação; e a perfeição, que é o completo desenvolvimento das potencialidades humanas.

Dependendo do que estabelece a sociedade, a autoridade invocada para uma boa conduta pode ser a vontade de uma divindade, o modelo da natureza ou o domínio da razão”, que, conforme a Folha (1997, p. 324), existe dentro da ética uma corrente que é o utilitarismo, segundo o qual o objetivo da moral é o de proporcionar “o máximo de felicidade ao maior número de pessoas”.

As teorias relativas à ética também podem ser divididas de acordo com afirmação ou negação da existência de uma verdade moral objetiva. Hume, por

⁵³ “Mas a ética do lado dos prestadores de serviço deve ir além desse patamar mínimo – deve perguntar-se sempre o que vale mais para o bem deste indivíduo, neste momento. Este “valer” não sai imediatamente do que dizem os compêndios da medicina clínica e da farmacologia, pois envolve também a adequação “justa e sábia” (como se dizia antigamente) aos ritmos e modos de vida preexistentes em cada indivíduo e em seu grupo social” (NOGUEIRA, 1994, p. 111).

exemplo, como subjetivista, sustentava que a moralidade está profundamente enraizada nos sentimentos humanos, e não em um princípio objetivo.

A ética, no último século, tem lidado principalmente com a análise do significado da linguagem moral, abordando, por exemplo, as relações entre as afirmações morais e a expressão de atitudes emocionais.

A reflexão sobre o sentido da ação de uma ética de deveres corresponde à ética de convicção que tem como linha de conduta o fazer o que se deve, obtendo o que se pode, de acordo com os princípios apresentados por Sen (2000, p. 326): “Dado o papel que as discussões e os debates públicos precisam ter na formação e utilização de nossos valores sociais (lidar com reivindicações concorrentes de diferentes princípios e critérios), as liberdades políticas e os direitos civis básicos são indispensáveis para a emergência de valores sociais. A liberdade para participar da avaliação crítica e do processo de formação de valores é, com efeito, uma das liberdades mais cruciais da existência social”. É que a defesa dos critérios das exceções à regra, avaliação dos resultados destas exceções, provoca uma interpenetração entre a ética de princípios e a ética de resultados⁵⁴. Sendo que a ética de resultados corresponde à ética de responsabilidade, dentro do princípio da racionalidade segundo o fim – o que quer dizer, da adequação dos meios aos fins perseguidos.

Portanto, após termos mencionado alguns fatos, precisamos de uma reflexão e de alguns princípios ou argumentos. É esse conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar que chamam a si a autoridade de guiar, as ações de um grupo em particular (moralidade), ou estudo sistemático da argumentação sobre como devemos agir (filosofia moral) Sen (1999, p. 9). Por isso, quando a pessoa age eticamente no seu mundo pessoal, o seu poder afeta moralmente o mundo social.

Quando a pessoa age e vive harmoniosamente com outros indivíduos, ela está no mundo pessoal, que tem por objetivo facilitar a realização das pessoas, realizando-se a si mesmo como pessoa.

⁵⁴ Esse é o caminho da renovação ética da administração empresarial e é também o caminho dos resultados econômicos e financeiros: redução do custo e aumento da produtividade, da competitividade e da demanda” (MEZONO, 1995, p. 33).

Partindo dessa visão, podemos então dizer que a ética do mundo do trabalho é o espaço no qual o ser (indivíduo/pessoa) age política e socialmente, apoiando-se em um conjunto de regras, normas, diretrizes e valores sociais e pessoais. Este mundo é onde o indivíduo age e vive conectado, harmoniosamente ou não, à sua própria pessoa ou a outras pessoas.

No mundo pessoal, a ética relaciona-se com os princípios respeitantes à maneira como os seres humanos deveriam lidar uns com os outros. Todos os princípios éticos são, por conseguinte, normas, mas nem todas as normas são princípios éticos.

Na relação (indivíduo/pessoa) de domínio do ser, quando o poder de ação ética da pessoa diminui, automaticamente o poder de ação moral do indivíduo cresce, conseqüentemente, o indivíduo sofre uma desarmonia consigo e com o mundo social ao qual pertence.

Dentro do mundo pessoal, o homem supõe que por detrás da diversidade das éticas manifestam-se bases comuns que se podem qualificar como naturais (ética evolucionista). É a superação de si mesmo que permite ao homem um comportamento ético pela sua própria existência, possibilitando sua representação através de uma atitude ética.

A ética baseada na sociedade, na qual predomina o ser social, tem como sua expressão maior a existência de uma dimensão de liberdade que caracteriza os seres humanos quanto à sua evolução. “Esse comportamento pode conflitar com a estratégia aparentemente dominante de cada pessoa, mas condições de racionalidade de grupo de um tipo específico muitas vezes influenciam o comportamento real sem implicar uma deficiência no conhecimento das pessoas” SEN (1999, p. 10). A influência entre aquilo que é prescrito com o comportamento real mostra um grande abismo e é aqui que podemos constatar as enormes diferenças e distorções.

Estas diferentes distorções são referidas por Bignotto et al (1994, p. 35) como “a ética está subordinada à política, ciência prática arquitetônica que tem por fim (télou) o bem propriamente humano (tò agathòn Anthropinon). Se este último depende da política, é porque a humanidade do homem prende a sua vinculação a uma comunidade (koinanía), e a cidade (pólis) constitui o fim de toda comunidade.

Segue-se que o ser incapaz de fazer parte de uma *koinanía* e, com mais forte razão, de uma cidade, ou o ser que não tem nenhuma necessidade de tal inserção, porque se basta a si mesmo, é classificado seja entre os deuses, seja entre os animais. A ética, entretanto, não dá mais que um conhecimento aproximado do belo (*tà kalá*) e do justo (*tà díkaia*), os quais a política toma sob sua responsabilidade visando ao bem e se afasta da ciência de que depende, em particular porque examina indivíduos imersos em comunidades que não são exclusivamente cívicas, como, por exemplo, o povo (*éthnos*)”.

Tanto para o profissional como para a organização, a ética é um elemento essencial para o seu sucesso, portanto, a ética é o pilar de sustentação do tipo de profissional que somos e da organização que representamos.

Para o profissional, bem como para a organização, a ética faz parte das regras da vida social. Como fenômeno natural, é concebida como um fato da evolução e é indissociável da socialidade. No entanto, se reunirmos a nossa conduta, as sociedades, a cultura e a ética, estaremos elaborando a resposta com os meios específicos para às exigências da sobrevivência.

Estas respostas serão sempre utilitárias, caracterizando-se pelos direitos e liberdades do profissional em construir, possuir e comercializar livremente o produto do seu trabalho ou do seu ganho utilitário na relação moral com outro indivíduo.

No momento em que comprometermos nossa ética no exercício da liberdade pessoal que nossa sociedade tanto valoriza, esta sociedade será prejudicada e acabaremos por limitar nossa liberdade individual e o gozo da liberdade por outras pessoas. Nesta institucionalização dos padrões éticos, estão sustentados alguns mecanismos como a estrutura, crenças, códigos, programas de treinamento, comissões e auditorias sociais da corporação. Além disso, temos outros valores como felicidade, justiça, beleza, verdade e tantos outros (na sua forma positiva), ou o mal, injustiça, falsidade etc.), (na sua forma negativa) são considerados não apenas realidades lógicas, mas ontológicas. Neste sentido, podemos nos deparar com uma série de palavras, por exemplo: leis, regras, regulamentações, costumes, hábitos, usos, tradição, modelos, padrões, cada uma sugerindo graus diferentes de restrição, conformidade e sanção, dando o sentido de obrigação.

Os profissionais, por estarem diretamente envolvidos com os magníficos avanços da ciência e da tecnologia, tem grandes desafios a enfrentar, principalmente aqueles que possuem reflexo imediato, a médio ou longo prazo, sobre a vida da humanidade.

Neste caso, tanto a liberdade como as responsabilidades éticas são garantidas pelos valores universais, mas pagando o preço de não corresponder às exigências cotidianas⁵⁵ da prática. Assim sendo, o relativismo assim como o universalismo nos dá a conotação de uma dupla moralidade quando afirmam que os fins justificam os meios e a adequação racional ou a proporção entre meios e fins.

Estes desafios do relativismo e universalismo não admitem avaliação unilateral como, por exemplo, unicamente técnica, ao contrário, a simples consideração econômica a respeito da utilização das novas conquistas tecno-científicas ressalta também o caráter político.

Devemos agregar alguma sistematização às inquietações éticas, indispensável à organização social, que exerce significativo poder sobre os consumidores, felizmente a crescer, ou não fossem as suas escolhas (que pressupõem responsabilidade individual e uma dinâmica interativa de mais liberdade e dignidade) a causa humana do desenvolvimento econômico⁵⁶.

Sen (1999, p. 11), diz que toda esta questão “não é meramente incorporar as lições da literatura ética à economia. De fato, ele sugere que algumas das considerações éticas podem ser proveitosamente analisadas mais a fundo usando várias abordagens e procedimentos hoje empregados em economia”.

Temos como quadro de referência a ética nos negócios, que passou a ser uma emergência da economia empresarial (valores e responsabilidades sociais) e da

⁵⁵ “Contudo, os argumentos de Sen fundamentam-se na concepção de que a economia, do modo como emergiu, pode tornar-se mais produtiva se der uma atenção maior e mais explícita às considerações éticas que moldam o comportamento e o juízo humano. Com esclarecedora brevidade, Sen analisa certos afastamentos das suposições de comportamento tradicionais da teoria econômica que podem proceder de considerações éticas distintas. Esses fundamentos podem originar-se de avaliações intrínsecas e de avaliações instrumentais do indivíduo ou do grupo” (SEN, 1999, p. 10).

⁵⁶ “Em uma de suas argumentações mais originais, Sen indica que, embora a riqueza da atual literatura ética seja muito maior do que a parte que foi incorporada à economia, a suposição extremamente restrita do comportamento auto-interessado que impera na economia tem impedido a análise de relações muito significativas. A teoria econômica dominante, porém, identifica racionalidade do comportamento humano com consistência interna de escolha e, adicionalmente, com maximização do auto-interesse. Porém, como Sen observa, não há provas que corroborem a afirmação de que a maximização do auto-interesse é o que melhor reflete o comportamento humano real nem de que ela conduz necessariamente a condições econômicas ótimas” (SEN, 1999, p. 11).

sociedade moderna em geral (valores que envolvem os negócios), que são, para Sen (2000, p. 317), papel de valores “quer estejamos lidando com “ética do trabalho”, “moralidade nos negócios”, “corrupção”, “responsabilidade pública”, “valores ambientais”, “igualdade entre os sexos” ou idéias sobre o “tamanho correto da família”, tendo que atentar para as variações – e a mutabilidade - das prioridades e normas. Na análise de questões de eficiência e equidade ou de erradicação da pobreza e submissão, não há como o papel dos valores não ser crucial.

O agir o mais livre de risco implica uma ética que pode ser definida de várias maneiras. A ética da justiça inclui vários princípios que qualquer sociedade escolheria para reger o comportamento social, sabendo que estes princípios tanto podem ser aplicados individual como coletivamente, pois as pessoas entendem e são dirigidas pelo que for moralmente certo ou errado (BIGNOTTO et al., 1994). Mas mesmo assim, ainda existem muitas controvérsias, pois aquilo que é eticamente correto para uma pessoa pode ser errado para outra.

2.5 NECESSIDADE DE REGRAS/NORMAS E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Partindo-se do pressuposto de que a sociedade é um “todo”, e como um todo está em um fluxo movida por uma lei de desenvolvimento histórico, vem ao encontro do que considera Platão: “a lei histórica parte fundamentalmente de uma lei cósmica, que vigora para todas as coisas criadas ou geradas”.

Dentro da organização, as coisas em fluxo ou geradas tendem à decadência, que, para Platão, são as forças que trabalham na história, são forças cósmicas. Ele acreditava que a lei da degeneração⁵⁷ não encerrava tudo.

Platão acreditava ainda que as leis só poderiam ser quebradas pela vontade moral do homem, sustentada pela força da razão humana.

Popper (1987, p. 95), ao citar Platão, menciona que “a lei – escreve ele na República – tem por objetivo produzir o bem-estar do estado como um todo,

⁵⁷ Platão acreditava que a lei da degeneração envolvia a degeneração moral. A degeneração política, de qualquer modo, depende, a seu ver, principalmente da degeneração moral (e de falta de conhecimento); e a degeneração moral, por seu turno, deve-se principalmente à degeneração racial. Este é o modo por que a geral lei cósmica da decadência se manifesta no campo dos negócios humanos.” (POPPER, 1987, p. 34).

enquadrando os cidadãos em uma unidade, tanto pela persuasão quanto pela força. Faz com que todos compartilhem de qualquer benefício com que cada um deles possa contribuir para a comunidade. E é efetivamente a lei que cria para o estado, homens de mentalidade apropriada; não com o propósito de deixá-los a seu lazer, de modo a fazer cada qual o que lhe aprouver, mas a fim de utilizá-los a todos para unir intimamente o conjunto da cidade”.

Segundo Platão, uma coisa em fluxo é chamada “de sua Forma”, ou “seu Modelo”, ou “sua Idéia”. Essa maneira de ver de Platão não é uma fantasia, um sonho, e nem tampouco uma “idéia de nossa mente”, mas uma coisa real. A forma ou idéia é uma coisa perfeita e não perece, é mais real do que todas as coisas ordinárias, que estão em fluxo, e apesar da solidez, podem decair (POPPER, 1987, p. 39).

As formas ou idéias não devem ser vistas como coisas perecíveis, que estão apenas a ocupar espaço e tempo, elas estão além desta perspectiva, porque são eternas. Podem ser consideradas como tendo pelo menos três funções diferentes: um importantíssimo instrumento metodológico dando base para um conhecimento que pode ser aplicado ao mundo de coisas mutáveis pelas quais apenas podemos obter opinião; fornece elementos que nos dão suporte básico requerido da teoria da mudança e da decadência, da geração e da degeneração; e dá opções ou caminhos como mecânica social, forjando-se, assim, instrumentos para deter a mudança social (POPPER, 1987, p. 45).

Conforme Platão, as normas nada mais são do que referências gerais, movendo-se em busca de adequação à natureza do material e aos objetivos concretos, portanto, não existem regras universais ou permanentes.

De acordo com Kant, as regras do entendimento são chamadas de “categorias”. Todavia, este material nada mais é do que as normas que estão em conformidade com a própria razão, pois a moralidade tem seu fundamento na própria razão.

A moralidade supõe a existência da liberdade que se funda em um procedimento interno à própria razão.

Esta moralidade consiste no respeito que o profissional adquire por determinadas situações, nas quais a essência é um sistema de regras.

Muitas regras assumidas pela pessoa são estabelecidas pela moral, que é uma forma de garantir o seu bem-viver. Em Nogueira (1994, p. 116), “as diferenças entre os homens e as ações, e o perpétuo movimento irregular das coisas, não permitem qualquer regra universal ou simples. E nenhuma arte jamais poderá ditar uma regra que dure para sempre”.

As regras muitas vezes se derivam da ética nos negócios, principalmente em se tratando das relações dominantes⁵⁸ e do privilégio dos empresários ou ainda estabelecidas entre si pelo grau de influência econômica, política ou social, como, por exemplo: a instituição de saúde elabora a lei e exerce a coação, subordinando-se, em geral, aos interesses econômicos e financeiros influenciados pelo poder político.

Sen (1999, p. 13),

“afirma que o que uma pessoa ou grupo maximiza pode ser considerado uma questão relativa, dependente de quais parecem ser as variáveis de controle conveniente ou correto exercido pelo agente ou grupo. Pode emergir uma genuína ambigüidade quando o valor instrumental de certas regras sociais é aceito para a busca geral de objetivos individuais”.

Logo, as regras são de natureza intrínseca a cada caso, e do conhecimento restrito de quem as adota e faz cumprir. Quando as regras não são bem definidas por várias razões, elas serão favoráveis apenas para alguns, como quando existem profissionais muito influentes na organização que poderão distorcer as normas⁵⁹, tirando, assim, partido de forma abusiva da situação.

⁵⁸ “As realizações da democracia dependem não só das regras e procedimentos que são adotados e salvaguardados, como também do modo como as oportunidades são usadas pelos cidadãos” (SEN, 2000, p. 183).

⁵⁹ “Esta é uma característica muito interessante da regra moral. Vamos supor que se esteja armando um time de futebol entre garotos que não conheçam as habilidades respectivas. Para que cada um seja aceito, é necessário que se suponha cada indivíduo sendo capaz de ter um desempenho razoável. Suponhamos ainda que, durante o jogo, alguém diga a seu companheiro: “Você está jogando mal, cara”, e obtenha a seguinte resposta: “Estou jogando assim porque quero”. É evidente que este último garoto não está jogando com a intenção normal de quem joga futebol, mais ainda, que está frustrando uma expectativa comum a todos os parceiros. Isto quer dizer que, mesmo no imperativo hipotético, pede-se a cada agente a intenção e o preparo para que a regra seja seguida convenientemente. Se um menino se apresentar todo formoso, com a melhor chuteira, todo uniformizado e não for capaz de ter controle mínimo da bola, será considerado um farsante, um simulador de uma competência que não possui” (BIGNOTTO et al 1994, p. 240).

Neste sentido, o que o profissional faz segundo as regras do justo, ou por obrigação externa, é julgado pela justiça e, ao contrário, o que ele faz por obrigação interna e em conformidade com as regras do honesto e do decoroso é julgado pela virtude em geral, então ele pode ser chamado de virtuoso e não justo.

A justiça como norma, como problema a ser discutido para diminuir certa distância entre o universal e o indivíduo, pressupõe que o que é de interesse público deve ser do conhecimento coletivo que vai além das regras. “Regras de comportamento estabelecidas”, são, para Sen (1999, p. 73), “a aceitação moral dos direitos (especialmente os que são valorizados e apoiados, e não apenas respeitados na forma de restrições), podendo requerer afastamentos sistemáticos do comportamento auto-interessado”, para que haja transparência do poder, especialmente na definição das normas de conduta, em particular na conduta das pessoas em posições de poder e autoridade dentro da organização.

Segundo Nogueira (1994, p. 98),

“é que a introdução da filosofia da gestão da qualidade, com os seus tão aguardados efeitos de diminuição de custos e aumento da produtividade, pressuporia a existência de formas de subordinação a controles e normas de conduta instituídos fora da profissão, coisa que não existia até duas décadas atrás”.

Concordamos com Sen (2000, p. 96), quando diz que “em cada caso há tipos diferentes de informações – no primeiro, sobre as coisas que uma pessoa faz, e, no segundo, sobre as coisas que a pessoa é substancialmente livre para fazer. Ambas as versões da abordagem da capacidade têm sido usadas na literatura, e às vezes têm sido combinadas”.

Muitas vezes as normas eram definidas de forma explícita e muitas vezes assumidas pela classe dirigente e empresarial de forma implícita. Neste contexto, em alguns setores dentro da organização, as normas de conduta e de comportamento não são escritas e todos devem subentendê-las, caso contrário, quem não a seguir, sujeitar-se-á a “penalizações” mais ou menos graves.

“Seja como for, a contraposição entre sujeito e norma está no ponto de partida iniludível de nosso tema. Realmente, estabelecidos os dois termos, delineia-se o contraste entre o universal e o singular, pois toda norma pretende instituir-se como exigência universal – a universalidade pertence ao próprio estatuto originário da

norma; sem a possibilidade de definir-se como universal, desvanece o próprio projeto da normatividade. Daí conseguir a norma fixar-se com certa estabilidade, como se o seu reino transcendesse as limitações históricas do espaço e do tempo” Bignotto et al (1994 p. 247).

Dentro do espaço e do tempo, os profissionais estão sempre participando de vários sistemas de normas, aceitando uns e rejeitando outros, neste sentido, Marcondes (1998, p. 209), ao se referir à Crítica da Razão Pura, diz que esta, visa assim, “investigar as condições de possibilidade do conhecimento, ou seja, o modo pelo qual, na experiência de conhecimento, sujeito e objeto se relacionam e em que condições esta relação pode ser considerada legítima. “Sujeito” e “objeto” são, portanto, para Kant, “termos relacionais, que só podem ser considerados como parte da relação de conhecimento, e não autonomamente. Só há objeto para o sujeito, só há sujeito se este se dirige ao objeto, visa apreendê-lo”. É nessa universalidade, independente de qualquer fato, que sua individualidade muitas vezes não é considerada. Não se conclua, porém, que o agente esteja preparado para agir de tal modo que a norma seja cumprida. Se ele é responsável pelo cumprimento da regra, não está agindo automaticamente, preparou-se para tanto.

De acordo com Popper (1987, p. 72), as normas, sejam ou não uma disposição legal ou um mandamento moral, uma lei normativa, podem ser reforçadas pelos homens. São também, alteráveis. Podem, às vezes, ser descritas como boas ou más, certas ou erradas, aceitáveis ou inaceitáveis; mas só em sentido metafórico poderão ser chamadas “verdadeiras” ou “falsas”, pois não descrevem um fato; mas estabelecem diretivas para nossos comportamentos”.

Quando estamos diante da moralidade, tem-se a idéia do dever, derivada da lei, e ao mesmo tempo móvel da ação e, quando há pura concordância e discordância de uma ação com a lei móvel da própria ação, estamos diante da legalidade.

A relação decorrente do corpo de leis instituído pela organização, juntamente com a legitimidade derivada do direito natural à vida, é que vão assegurar a subsistência dos profissionais menos dotados dentro da organização.

Conforme Barrantes et al (1992, p. 37), “as leis, o sistema tributário e outras regras do jogo devem estar bem estabelecidos e ser amplamente conhecidos, para

que as inversões e outras ações econômicas possam ser planejadas com um adequado grau de segurança e de antecipação”, principalmente dentro da legalidade e da legitimidade, que vão assegurar a aplicabilidade das normatividades⁶⁰ pelos profissionais na organização.

Certamente a reivindicação de legalidade se dá pela importância que o profissional deva ter em reconhecer que certos direitos constituem pretensões próprias de todos os seres humanos.

O efetivo relacionamento entre os profissionais e a alta cúpula da organização tem como componentes da competência profissional a educação, experiência, envolvimento e habilidade, que são fatores de melhoria dos processos produtivos e que têm por objetivo medir e melhorar a administração através do desenvolvimento de indicadores, que são medidas fiscalizadoras na maximização dos resultados.

Atualmente, existe uma grande preocupação quanto aos efeitos que as novas tecnologias causam na vida do trabalhador. Essa tecnologia traz muita sofisticação, mas, simultaneamente, causa uma simplificação de algumas funções, tornando-as mais rotineiras e freqüentes em todo o processo, no campo dos valores morais da sociedade, devido à manipulação genérica que essas tecnologias possibilitam.

Em muitas organizações, os respectivos enquadramentos (ordens) trouxeram com a tecnologia uma nova abordagem nas perspectivas da auto-regulação da profissão, da regulação econômica do profissional e do dilema da concorrência entre os profissionais e a máquina. Com isso, a responsabilidade é utilizada como o mecanismo primário de controle dentro da organização, e a ênfase no programa é a maior arma para combater a distorção.

Para Mezonzo (1995, p. 34),

“este é o grande desafio. Construir (reconstruir) as organizações em novas bases: as bases da ética, da responsabilidade social, do respeito dos valores humanos e da valorização da mente e do coração e não apenas das mãos de quem produz”.

⁶⁰ “As lições de Deming e Canguilhem, combinadas, apontam no sentido de que a normatividade da produção, como em uma espécie de organismo coletivo de trabalho e de funções especializadas de seus órgãos ou partes, pode e deve desenvolver-se por etapas de reequilibrações permanentes. O importante é adotar um padrão inicial, aproximativo, talvez de grande amplitude de variação, e ir obtendo comportamentos cada vez mais adequados até que se possa substituí-los por um padrão mais rigoroso” (NOGUEIRA, 1994, p. 112).

Os profissionais, no exercício da sua profissão, deverão respeitar os princípios da ética nos negócios. Sempre haverá propostas para a elaboração de uma política mais abrangente, conforme salienta Sen (2000, p. 187), “a realização da justiça social depende não só de formas institucionais (incluindo regras e regulamentações democráticas), mas também da prática efetiva”.

2.6 DIREITO DE AGIR E REAGIR COM RESPONSABILIDADE

A articulação da cultura da organização é talvez a parte ou tarefa mais difícil que muitos profissionais têm a cumprir. Diante desta situação, eles se transformam e se comportam muitas vezes de maneira robotizada ou como se fossem simples burocratas ou operadores de equipamentos, ficando além do sentimento, da emoção, da dor e da dúvida que traumatiza o corpo e a mente.

Para entender esta articulação ou mesmo a ciência da administração, principalmente no que diz respeito à prestação de serviços em qualquer instituição que tem sua legitimidade nos princípios de equidade, qualidade, eficiência, efetividade e aceitabilidade, supõe-se uma liderança administrativa a partir da compreensão da própria ciência da saúde.

Com inspiração nas teorias biológicas e pela sua extensão, Platão ofereceu ao universo sua teoria da justiça, não se limitando de fato ao ensinamento de que cada classe de cidadãos ocupasse um lugar natural diferente na sociedade. Usou princípios similares para tentar interpretar o mundo dos corpos físicos e segundo suas diferentes classes ou espécies.

No entanto, a ocupação de um lugar natural e de destaque é que torna o cidadão diferente e importante na sociedade. É a consciência, respeito recíproco, enfoque no cliente (primazia) e disposição para aprender. São os valores que criam e identificam as organizações. Elas devem começar com um grupo central de valores, tornando-se, assim, o fundamento, o compromisso e a identificação e, sem clareza desses valores, não é possível criar uma organização forte.

É com República⁶¹ que Platão de fato escreve a respeito da justiça e o faz de modo que nos leva a crer não haver omitido qualquer teoria que conhecia.

Mas é nas leis que Platão, segundo Popper (1987, p. 111),

“sintetiza sua réplica ao igualitarismo na fórmula: ‘O tratamento dos desiguais engendra a iniquidade’, isto foi desenvolvido por Aristóteles na fórmula: ‘Igualdade para os iguais; desigualdade para os desiguais’. Esta fórmula mostra o que pode ser chamado a objeção-padrão ao igualitarismo; a objeção de que a igualdade seria excelente, se acaso os homens fossem iguais, mas é manifestamente impossível, visto como eles não são iguais nem podem ser tornados iguais”.

Essa igualdade faz os profissionais serem portadores de um quadro de valores da sociedade na qual estão inseridos. Este quadro de valores repercute nos negócios, principalmente em seus deveres pessoais e profissionais, formando uma relação direta entre o exercício da profissão (deontologia) com os negócios (ética).

É com a autodeterminação que se procura estabelecer os direitos dos profissionais e, através do consentimento, eliminar desrespeitos tanto com outros profissionais como também sobre a integridade do cliente, mediante intervenções ocultas.

Com o estabelecimento dos direitos e deveres do profissional, concordamos com Sen (1999, p. 72), quando diz que

“o indivíduo é livre para empenhar-se por seus interesses (sujeito a essas restrições), sem nenhum impedimento. Contudo, é preciso reconhecer que a existência desses direitos não indica que seria eticamente apropriado exercê-los por meio do comportamento auto-interessado. A existência de um direito como esse serve de restrição para que outras pessoas não impeçam esse indivíduo caso ele decida buscar a maximização de seu auto-interesse, mas isso não é razão para que ele realmente se empenhe por esse interesse”.

Conforme Châtelet (1994, p. 100), Kant vai direto ao ponto. Talvez, diz ele, não haja moral possível, mas, se existe uma, ela deve ser fundada sobre esta prescrição fundamental: “Age sempre de tal maneira que possas exigir a máxima da tua ação em lei universal”.

⁶¹ “Lendo isto, não podemos duvidar de que Platão conhecesse a força da fé e, acima de tudo, da fé na justiça. Nem podemos duvidar de que a *República* devesse visar à perversão dessa fé, substituindo-a por uma fé diretamente oposta. À luz das provas disponíveis, parece-me probabilíssimo que Platão soubesse muito bem o que estava fazendo. O igualitarismo era seu arquiinimigo e ele se dispusera a destruí-lo, sem dúvida acreditando sinceramente ser ele um grande mal e um grande perigo. Mas seu ataque ao igualitarismo não foi um ataque honesto. Platão não ousou enfrentar abertamente o inimigo. Passo a apresentar a prova que apóia esta afirmação” (POPPER, 1987, p. 107).

Muitas vezes essas ações estão fundamentadas em direitos que, com frequência, têm sido vistos como forma de restrições a que os outros simplesmente têm de obedecer. Então moralidade implica que se seja justo e que ser justo implica que se seja eqüitativo, tendo na eqüidade a maneira de se fazer o que é melhor para cada um, tomando cada indivíduo em consideração ao bem-estar de todos.

A eqüidade, como maneira de se fazer o melhor, é o reconhecimento dos direitos fundamentais das pessoas sem distinção de classe, sexo e idade, repercutindo na organização que não ficará alheia à linguagem reivindicatória dos direitos como consentimento.

A questão da moralidade e da eqüidade das empresas das mais diversas proveniências e origens que atuam na sociedade (mercado), é portadora de valores próprios, buscando uma melhor otimização dos recursos e da maximização dos resultados econômicos e financeiros.

A ordem dos valores deve ser considerada como algo a ser (re)descoberto, através do juízo prévio, tradição e autoridade; para ser entendida como liberdade de criação, resulta da crítica sistemática das distorções.

Mesmo considerando como um princípio de ordem, os valores se contrapõem às coisas, isto é evidente se levarmos em conta os valores como expressão da autonomia (no sentido kantiano) e da liberdade como um poder de renovação e inovação, uma criatividade espontânea.

Para Châtelet (1994, p. 101), “a moral de Kant⁶² desemboca em uma filosofia da história que radicaliza os ensinamentos da Idade das Luzes e já ultrapassa para indicar outros horizontes”. No campo da moral⁶³, podemos considerar a análise kantiana como sendo a fundadora de uma vontade de liberdade que não se poderia ignorar.

Como crença absoluta, temos na moral um reflexo da realidade que só funciona se as pessoas acreditarem que ela tem um fundamento objetivo.

⁶² “O essencial da moral de Kant reside em nos recordar que a liberdade é o que há de mais precioso. É o que ele nos quer dizer quando afirma que é somente no ato que o homem atinge o absoluto” (CHÂTELET, 1994, p. 101).

⁶³ “A aceitação moral dos direitos (especialmente os que são valorizados e apoiados, e não apenas respeitados na forma de restrições) pode requerer afastamentos sistemáticos do comportamento auto-interessado” (SEN, 1999, p. 73).

Os fundamentos objetivos são valores éticos que derivam de uma base biológica, da influência do meio cultural e de um grau de liberdade individual.

Segundo Roux (1920) ao citar Augusto Comte (1798-1857), “a moral consiste em fazer prevalecer os instintos simpáticos sobre os impulsos egoístas”. Entende-se por instintos simpáticos aqueles que aproximam o indivíduo dos outros.

A moral, como conjunto das normas para o agir específico ou concreto, está contida nos códigos, que tendem a regulamentar o agir das pessoas. A moral como o direito baseia-se em regras que visam estabelecer uma certa previsibilidade para as ações humanas.

Alguns autores afirmam que o direito é um sub-conjunto da moral. Esta perspectiva pode gerar a conclusão de que toda a lei é moralmente aceitável. Existem muitos conflitos entre a moral e o direito, como, por exemplo, a desobediência civil que ocorre quando argumentos morais impedem que uma pessoa acate uma determinada lei.

O direito busca estabelecer o regramento de uma sociedade delimitada pelas fronteiras do Estado. As leis têm uma base territorial, elas valem apenas para aquela área geográfica onde uma determinada população ou seus delegados vivem (GOLDIM, 2000).

Para Sen (2000, p. 264),

“o direito de uma pessoa a alguma coisa deve corresponder ao dever de outro agente de dar à primeira pessoa essa coisa. Os que insistem nesse encadeamento binário tendem a criticar severamente, em geral, a invocação dos ‘direitos’ retóricos nos ‘direitos humanos’ sem uma especificação exata dos agentes responsáveis e de seus deveres de levar a efeito a fruição desses direitos. Assim, as reivindicações de direitos humanos são vistas simplesmente como conversa mole”.

A propriedade iniciou-se com um conteúdo absoluto: direito de vida ou morte sobre pessoas e direito total sobre a coisa própria. Pouco a pouco seu conteúdo foi sendo adaptado ao bem comum. Quando falamos em direitos humanos, tem-se a conotação como sendo aqueles direitos que são comuns a todos, independentemente da cidadania. Mesmo que não seja dever específico de nenhum indivíduo assegurar que a pessoa usufrua seus direitos, mas de um modo geral as pretensões podem ser dirigidas a todos os que estiverem em condições de ajudar.

Precisamos de um código civil que atente aos anseios da maioria, para os direitos chamados emergentes, mas que são os direitos de sempre: o de morar, em especial, e o direito à qualidade de vida. Entretanto, todos os direitos civis se resumem à proteção do patrimônio, às sucessões, às obrigações, à família. Estes direitos se restringem a uma minoria porque os pobres não têm patrimônio e não garantem obrigações, muito menos constituem patrimônio familiar.

Concordamos com Sen (2000, p. 261), quando ele diz que

“a idéia dos direitos humanos tem avançado muito em anos recentes, adquirindo uma espécie de *status* oficial no discurso internacional. Comitês influentes reúnem-se regularmente para debater a fruição e a violação dos direitos humanos em diversos países do mundo. Certamente, a retórica dos direitos humanos, hoje em dia, é muito mais aceita – na verdade, invocada com muito maior freqüência – do que já foi no passado. Pelo menos a linguagem da comunicação nacional e internacional parece refletir uma mudança de prioridades e ênfase em comparação com o estilo dialético prevalecente mesmo algumas décadas atrás”.

Atualmente, nos debates políticos, freqüentemente existe ambigüidade com relação ao sentido em que se invocam os “direitos”, se estão sendo discutidos direitos institucionalmente sancionados que têm força jurídica ou se a referência é sobre a força prescritiva de direitos normativos que podem preceder o ganho de poder. Neste sentido a distinção não é inteiramente clara, mas existe uma questão que deve ser ressaltada quanto ao direito de poder ou não ter uma importância normativa intrínseca e não apenas uma relevância instrumental em um contexto legal.

Segundo Foucault (1977, p. 8), as dúvidas são tanto mais legítimas quando reconhecemos que o esgotamento do modelo do Estado Social se ficou em larga medida a dever à utilização indiscriminada do médium poder. Utilização perniciosa que, à custa da administração e burocratização generalizadas, procurou dar uma resposta unilateral às necessidades sociais de regulação, com o sacrifício da solidariedade e a repressão dos contextos comunicacionais de vida. Trata-se de um poder arrogante e expansivo, que assume a forma de controle administrativo da vida social nas suas múltiplas dimensões e dá lugar a uma nova ‘economia’ de poder, isto é, procedimentos que permitem fazer circular os efeitos de poder de forma ao mesmo tempo contínua, ininterrupta, adaptada e ‘individualizada’ em todo o corpo social.

Entendemos que o surpreendente avanço tecnológico, as transformações aliadas aos progressos, vêm transformando o mundo principalmente na maneira do homem se comportar, trazendo grandes mudanças nas relações sociais e, conseqüentemente, nas relações entre usuários e profissionais da saúde.

As mudanças foram de tal ordem, que os profissionais muitas vezes não conseguem compreender e acompanhar as transformações, tanto no plano material como no plano da técnica, que ocorrem nas relações sociais e, portanto, nos direitos que possuem como cidadãos, que Salm (1992), apresenta como um composto de atributos para os trabalhadores deste momento do qual vivemos: "... raciocínio lógico, autonomia, articulação verbal, capacidade de iniciativa, de comunicação, de cooperação e de tomada de decisões".

Baseada na "legalidade" temos uma legitimidade, sobretudo nas crenças, na validade de preceitos legais e na "competência" objetiva, que está fundamentada sobre normas racionalmente criadas, na orientação para uma obediência às obrigações legalmente estabelecidas, que, para Sen (1999, p. 27), nada mais é do que "em defesa da hipótese de que o comportamento real é igual ao comportamento racional. Poder-se-ia dizer que, embora isso tenda a conduzir a erros, a alternativa de supor qualquer tipo específico de irracionalidade muito provavelmente conduziria a erros bem mais numerosos".

Esta segurança protetora poderá estar limitada⁶⁴ a um apoio exclusivo na responsabilidade pessoal e seu papel essencial, que são extremamente dependentes das circunstâncias pessoais, sociais e ambientais.

É uma responsabilidade do indivíduo decidir que uso fazer das oportunidades de emprego que opções de trabalho escolher para mudar o mundo em que vive e apreciar a força da idéia que as próprias pessoas devem ter.

Esta responsabilidade é também muitas vezes um fator que dificulta a mudança, na qual a falta de rotinas e procedimentos de trabalho torna mais difícil caracterizar a transformação, necessária formalização do processo de trabalho.

⁶⁴ "Como seres humanos competentes, não podemos nos furtar à tarefa de julgar o modo como as coisas são e o que precisa ser feito. Como criaturas reflexivas, temos a capacidade de observar a vida de outras pessoas. Nosso senso de responsabilidade não precisa relacionar-se apenas às aflições que nosso próprio comportamento eventualmente tenha causado (embora isso também possa ser importantíssimo), mas também pode relacionar-se de um modo mais geral às desgraças que vemos ao nosso redor e que temos condições de ajudar a remediar" (SEN, 2000, p. 321).

2.7 LIBERDADE CONSCIENTE

A liberdade será sempre uma luta de todo ser humano e é tão antiga quanto a sua própria existência.

Para os antigos, a liberdade era um conceito essencialmente político, só na pólis alguém poderia ser livre, então liberdade é a definição de cidadania.

O próprio costume poderia ser considerado criador de normas, quando assim admitido por uma Constituição de determinada comunidade. De qualquer forma, a norma e sua vigência não se resumiriam a uma vontade individual, a um ato de vontade psicológica, à vontade do legislador ou do Estado, pois a norma vale para todos, independentemente dos atos, apesar de um mínimo de eficácia ser necessário para sua vigência. Há, segundo Kelsen, um domínio espacial e temporal da norma – o que novamente nos remete a Kant e à importância decisiva do tempo e do espaço como categorias a priori da sensibilidade. A norma pode valer por um tempo determinado, em um local determinado – espaço e tempo fazem parte de seu escopo, de sua vigência. A norma também possui um domínio pessoal, isto é, uma norma pode valer para todos os homens, para os habitantes de determinado país ou estado. Além de também possuir um domínio material, ou seja, poder disciplinar diferentes aspectos como econômicos, religiosos, políticos, dentre outros NETO (1997, 186-187).

A liberdade, além de luta interior, é também luta pela ou contra a transcendência.

Já em Montesquieu havia a preocupação em definir a liberdade em função das leis. Esta posição pode ser exemplificada com duas passagens citadas por Neto (1997, p. 179) como:

“A liberdade é o direito de fazer tudo o que as leis permitem; se um cidadão pudesse fazer tudo o que elas proíbem, não teria mais liberdade, porque os outros também teriam tal poder”.

“A liberdade filosófica consiste no exercício de sua vontade ou, pelo menos (se é preciso falar em todos os sistemas), na opinião que se tem do exercício da vontade. A liberdade política consiste na segurança ou, pelo menos, na opinião que se tem de sua segurança”.

A liberdade começa como movimento de emancipação na busca da autonomia, que é visto como um processo de expansão com visões mais restritas de desenvolvimento. O enfoque nas liberdades é a pura forma dos atos que, se livres, tornam-se atos morais e ações virtuosas segundo o dever.

Para Kelsen, citado por Neto (1997, p. 186), utiliza o conceito de dever, retomando Kant, com o sentido não apenas de ordenar, mas também de permitir ou mesmo de conferir competência e poder de agir de determinada maneira. A norma estaria, portanto, associada a este dever, não ao ato propriamente dito.

A norma representaria um dever-ser⁶⁵, enquanto o ato representaria o próprio ser. Assim, como vontade individual, um dever-ser teria apenas sentido subjetivo. Assumiria seu caráter objetivo apenas quando convertido em norma, ou seja, quando representativo de uma vontade comum, universal.

Enquanto houver pobreza e injustiça, haverá contestação e opressão. O poder e a riqueza de alguns são, freqüentemente, a escravidão e a miséria de outros.

Rousseau declarou que todos os homens se despojam de sua liberdade, mas confiam essa liberdade a si mesmos, pois se constituem como corpo social.

Nesse caso, temos liberdade de opinião e não-liberdade de ação que, para reverter essa situação, necessitamos de outros determinantes, como ressalta Sen (2000, p. 17), “mas as liberdades dependem também de outros determinantes, como as disposições sociais e econômicas (por exemplo, os serviços de educação e saúde) e os direitos civis (por exemplo, a liberdade de participar de discussões e averiguações públicas)”.

Alguns pontos da filosofia grega podem servir como alicerce à liberdade que tanto discutimos e queremos no nosso dia. Neto (1997, p. 172), diz que, desde as obras de Hesíodo e Homero até as tragédias gregas, encontramos importantes

⁶⁵ “A circunstância de o ‘dever-ser’ constitui também o sentido objetivo do ato exprime que a conduta a que o ato intencionalmente se dirige é considerada como obrigatória (devida), não apenas do ponto de vista do indivíduo que põe o ato, mas também do ponto de vista de um terceiro desinteressado – e isso muito embora o querer, cujo sentido subjetivo é o dever-ser, tenha deixado faticamente de existir, uma vez que, com a vontade, não desaparece também o sentido, o dever-ser; uma vez que o dever-ser ‘vale’ mesmo depois de a vontade ter cessado, sim, uma vez que ele vale ainda que o indivíduo cuja conduta, de acordo como sentido subjetivo do ato de vontade, é obrigatória (devida) nada saiba desse ato e do seu sentido, desde que tal indivíduo é considerado como tendo o dever ou o direito de se conduzir de conformidade com aquele dever-ser. Então, e só então, o dever-ser, como dever-ser, ‘objetivo’, é uma ‘norma válida’ (‘vigente’), vinculando os destinatários” (NETO, 1997, p. 186).

discussões sobre a justiça, a ética e a política. Em Platão, temos A República como sendo o documento mais importante do ocidente em se tratando de filosofia política. Em seus diálogos, Platão já ressaltava alguns temas éticos que envolviam a justiça, a virtude, a amizade e outros. Neste contexto, pode-se também destacar a *Ética a Nicômaco*, de Aristóteles, como uma imensa obra onde há diversos temas tratando de ética e política. É no Livro V da *Ética a Nicômaco*, que, segundo Miguel Reale, citado por Neto (1997, p. 184), estabelece-se pela primeira vez a noção de direito natural como, por exemplo, ele procura diferenciar a justiça natural da justiça legal, como segue em algumas passagens⁶⁶ do texto do filósofo.

Para os antigos, ética e política eram inseparáveis e, para o mesmo autor, a ética era vista no sentido de estudo dos problemas individuais e a política, no sentido de estudo dos problemas sociais.

Cabe aqui ressaltar parte da conclusão de Bignotto et al in Novaes (1992, p. 125) em seu livro “As fronteiras da ética: Maquiavel”:

“O que Maquiavel descobre... não é a independência da ética e da política... O que ele mostra é que nas fronteiras do político, lá onde a ética e a religião fracassam, continua a existir uma forma de governo que conserva elementos fundamentais de todas as outras... lá onde os valores não contam mais, continua a existir uma sociedade política (...) Maquiavel nos leva a pensar que o que é terrível na tirania é que ela não cria um novo território para a existência humana, na qual o homem comum de uma república não mais reconhece os traços de sua cidade, mas que ela existe como uma prolongação da vida política normal, em que a grande maioria dos homens continua a conviver e a agir normalmente, demonstrando pelo silêncio, pelo medo ou pelo cinismo a incapacidade da ética em evitar a irrupção da barbárie (...). A tirania aponta para as fronteiras da ética, mas nos confronta com a impossibilidade de olharmos com um olhar estrangeiro

⁶⁶ “A justiça política é em parte natural e em parte legal; são naturais as coisas que em todos os lugares têm a mesma força e não dependem de as aceitarmos ou não, e é legal aquilo que a princípio pode ser determinado indiferentemente de uma maneira ou de outra, mas depois de determinado já não é indiferente – por exemplo, que o resgate de um prisioneiro será uma mina, ou que deve ser sacrificado um bode, e não duas ovelhas -, além de todos os dispositivos legais promulgados com vistas a casos particulares – por exemplo, que devem ser feitos sacrifícios em honra de Brasidas -, e dispositivos legais constantes de decretos. Algumas pessoas pensam que toda justiça é deste tipo, porque aquilo que existe por natureza é imutável e tem a mesma forma em todos os lugares (como o fogo queima aqui e na Pérsia), ao passo que tais pessoas vêem mudanças no que é tido como justo. Isto porém, não é verdadeiro de maneira irrestrita, mas apenas em certo sentido; com os deuses, realmente, isto não é verdadeiro de modo algum, enquanto conosco, embora exista algo verdadeiro até por natureza, todos os dispositivos legais são mutáveis. Seja como for, existem uma justiça natural e uma justiça que não é natural. É possível ver claramente quais as coisas entre as que podem ser de outra maneira que são como são por natureza, e quais as que não são naturais, e sim legais e convencionais, embora ambas as formas sejam igualmente mutáveis. Em relação a todas as outras coisas que se pode fazer a mesma distinção; com efeito, a mão direita é mais forte por natureza, mas é possível que qualquer pessoa se torne ambidestra. As coisas que são justas apenas por convenção e conveniência são como se fossem instrumentos para medição; de fato, as medidas para vinho e trigo não são iguais em toda parte, sendo maiores nos mercados atacadistas e menores nos varejistas. De maneira idêntica, as coisas que são justas não por natureza, mas por decisões humanas não são as mesmas em todos os lugares, já que as constituições não são também as mesmas, embora haja apenas uma que em todos os lugares é a melhor por natureza.” (NETO, 1997).

para seus horrores. Seus limites não são os de um corpo estranho, que se desfigurou inteiramente com a ação do tempo, mas o horizonte de todas as formas políticas, de todas as ações humanas, de toda vontade criadora”.

Hegel, citado por Popper (1987, p. 51), “quanto à liberdade nos tempos primitivos, os direitos legalmente definidos, os direitos privados assim como os públicos de uma cidade etc., eram chamados suas “liberdades”. Realmente, toda lei genuína é uma liberdade, pois contém um princípio razoável...; o que significa, em outras palavras, que ela incorpora uma liberdade...” Ora, este argumento, que tenta mostrar que “liberdade” é a mesma coisa que “uma liberdade”, e portanto o mesmo que “lei”, do que se segue que quanto mais leis houver mais liberdade haverá, nada mais é do que tosca afirmação (tosca, porque se baseia em uma espécie de trocadilho) do paradoxo da liberdade, descoberto primeiramente por Platão e já antes discutido em resumo, paradoxo que pode ser expresso dizendo-se que a liberdade ilimitada conduz a seu contrário, desde que, sem ser protegida e restringida pela lei, a liberdade deve levar a uma tirania dos mais fortes sobre os mais fracos.

Esse paradoxo, vagamente reproduzido por Rousseau, foi resolvido por Kant, que exigiu que “a liberdade de cada homem fosse restringida, mas não além do necessário para salvaguardar um grau igual de liberdade para todos”.

Foi representado pela obra de Maquiável que o grande evento na história do pensamento torna a política⁶⁷ independente da religião e da moral.

Marshall McLuhan in Neto (1997, p. 175), relaciona a invenção da imprensa ao surgimento do espírito comercial e moral modernos, ambos associados a um movimento de fragmentação. O conhecimento e a liberdade, em suas novas acepções, emprestam à autonomia como que a sua transparência.

Estas transparências, no fundo, dão autonomia à liberdade, isto é, o direito de “errar”, acertar e pensar sozinho. Mas, mesmo com o direito de pensamentos, nem sempre temos a liberdade para poder colocá-los em prática esses pensamentos.

Devemos, antes de tudo, ver a liberdade com responsabilidade. A responsabilidade de nossos atos é fator sumamente importante para que possamos

⁶⁷ Fazer política, para Maquiavel, não é mais sinônimo de uma atividade que tem suas regras determinadas pela igreja ou pela ética (NETO, 1997, p. 175).

fazer jus a “essa tal liberdade”. Portanto, liberdade e responsabilidade são duas questões de extrema importância que estão interligadas.

Só podemos realizar a liberdade⁶⁸, viver em um mundo de homens livres, se todos aplicarem os preceitos da razão prática que o desenvolvimento⁶⁹ promove.

“Em outros casos, a violação da liberdade resulta diretamente de uma negação de liberdades políticas e civis por regimes autoritários e de restrições impostas à liberdade de participar da vida social, política e econômica da comunidade” (SEN, 2000, p. 18).

A capacidade geral de um profissional pode ser promovida por cinco tipos distintos de direitos vistos de uma forma “instrumental”: liberdades políticas, facilidades econômicas, oportunidades sociais, garantias de transparência e segurança protetora. Liberdades de diferentes tipos podem fortalecer umas as outras, a privação de uma liberdade e de outra pode gerar privação de liberdade e vice-versa.

De acordo com Neto (1997, p. 178), é dessa forma que podem ser construídas as noções de justiça e moralidade civil. “A liberdade natural é substituída pela liberdade civil e pela propriedade, legitimada agora pelo direito, que não se baseia na força, mas sim, na representação da vontade geral”. Assim, no Contrato Social, Rousseau aborda a passagem do estado de natureza para o estado social de uma forma mais otimista que no Discurso, tentando justificá-la de direito: “o pacto fundamental, em lugar de destruir a igualdade natural, pelo contrário, substitui por uma igualdade moral e legítima aquilo que a natureza poderia trazer de desigualdade física entre os homens, que, podendo ser desiguais na força ou no gênio, todos se tornam iguais por convenção e direito”.

As liberdades são os fins primordiais e os meios principais do desenvolvimento. Além de reconhecer a importância avaliatória da liberdade, precisamos entender a relação que vincula, umas as outras, liberdades diferentes.

⁶⁸ “A liberdade é o que há de mais precioso; a paixão deve, pois, “querer-se” vontade. É através da ação que o homem pode esperar constituir-se no absoluto. Esse quadro moral, a rigor, torna a própria moral inacessível. (CHÂTELET, 1994, p. 105).

⁶⁹ “O desenvolvimento requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos. A despeito de aumento sem precedentes na opulência global, o mundo atual nega liberdades elementares a um grande número de pessoas – talvez até mesmo à maioria.” (SEN, 2000, p. 18).

Para uma compreensão mais plena do processo de desenvolvimento, precisamos fazer uma análise minuciosa dos fins e dos meios. As liberdades que desfrutamos devem estar relacionadas, sobretudo com a melhora da vida que levamos através do desenvolvimento. De acordo com Sen (2000, p. 29), “um número imenso de pessoas em todo o mundo é vítima de várias formas de privação de liberdade”.

Quando se tem liberdade para fazer as coisas que são justamente valorizadas, estas favorecem ao profissional a oportunidade de obter resultados. Esta avaliação é relevante para os membros da organização e, portanto, cruciais para a avaliação da organização.

“O processo de desenvolvimento, quando julgado pela ampliação da liberdade humana, precisa incluir a eliminação da privação dessa pessoa. Mesmo se ela não tivesse interesse imediato em exercer a liberdade de expressão ou de participação, ainda assim seria uma privação de suas liberdades se ela não pudesse ter escolha nessas questões. O desenvolvimento como liberdade não pode deixar de levar em conta essas privações. A relevância da privação de liberdades políticas ou direitos civis básicos para uma compreensão adequada do desenvolvimento não tem de ser estabelecida por meio de sua contribuição indireta a outras características do desenvolvimento (como a promoção da industrialização). Essas liberdades são parte integrante do enriquecimento do processo de desenvolvimento” (SEN, 2000, p. 53).

A idéia de “desenvolvimento como liberdade” dá a livre condição de agente, não só em si, mas como uma parte “constitutiva⁷⁰” do desenvolvimento que contribui para fortalecer outros tipos de condições de agentes livres.

A diferença entre “desenvolvimento como liberdade” e as perspectivas mais convencionais sobre desenvolvimento relaciona-se dentro do próprio aspecto da oportunidade associada ao aspecto do processo. Essa concepção do desenvolvimento como liberdade precisa ser examinada, conforme observa Sen (2000, p. 330), “em adição às liberdades envolvidas nos processos políticos, sociais

⁷⁰ A ligação entre liberdade individual e realização de desenvolvimento social vai muito além da relação constitutiva – por mais importante que ela seja. O que as pessoas conseguem positivamente realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habilitadoras como boa saúde, educação básica e incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas. As disposições institucionais que proporcionam essas oportunidades são ainda influenciadas pelo exercício das liberdades das pessoas, mediante a liberdade para participar da escolha social e da tomada de decisões públicas que impelem o progresso dessas oportunidades. Essas inter-relações também são investigadas neste livro” (SEN, 2000, p. 19).

e econômicos – em que grau as pessoas têm a oportunidade de obter resultados que elas valorizam e que têm razão para valorizar. Os níveis de renda real desfrutados pelas pessoas são importantes porque lhes dão oportunidades correspondentes de adquirir bens e serviços e de usufruir padrões de vida proporcionados por essas aquisições”.

Existe diferença fundamental quando se valoriza tanto o aspecto do processo como o das oportunidades da liberdade, uma vez que estas diferenças dão a tradicional visão do desenvolvimento como liberdade⁷¹ em termos do “crescimento do produto per capita”.

Para avaliar a mudança econômica e social, temos como fator motivador a crença essencialmente importante no aumento da liberdade, que é considerada valiosa em adição àquilo que o profissional acaba realizando ou assegurando, julgada através de avaliação normativa em razão de sua própria importância, extrapolando o valor do resultado realmente alcançado.

Em relação à avaliação normativa, as características da norma, na instituição, são a permissão, ordenação ou conferência de poder para determinado ato, para que o profissional proceda de determinada maneira, respaldado na lei. Quando o profissional procede de forma inadequada em relação à norma, ele a está violando e, conseqüentemente, terá que responder por este ato. Para Kelsen, citado por Neto (1997, p. 187), as condutas que correspondem à norma, para ter valor positivo, e aquelas que contrariam a norma possuem valor negativo. A norma funciona, portanto, como medida de valor para a conduta real: “O valor, como dever-ser, coloca-se em face da realidade, como ser; valor e realidade – tal como o dever-ser e o ser – pertencem a duas esferas diferentes”.

A perspectiva da liberdade pode ser valorizada quanto ao “aspecto do bem-estar” e ao “aspecto da condição de agente”. Podemos obter informações relevantes sobre um profissional através de categorias que abrangem sua “realização de bem-estar” e “realização da condição de agente”, na qual a liberdade é considerada

⁷¹ “O conceito de “desenvolvimento como liberdade” é reforçado por essas relações empíricas, pois – como se revelou – a solução do problema do crescimento populacional (assim como de muitos outros, sociais e econômicos) pode estar na expansão das liberdades das pessoas cujos interesses são mais diretamente afetados pela gestação e criação demasiado freqüentes de filhos, ou seja, as mulheres jovens. A solução do problema da população requer *mais* liberdade, e não menos” (SEN, 2000, p. 260).

valiosa apenas instrumentalmente, e como condição de agente, orienta os profissionais exclusivamente para seus interesses individuais.

Sen (1999, p. 80), considera que existem nestas categorias diversidade interna que

“é levada também para a avaliação da ‘liberdade de bem-estar’, e existe nesta, adicionalmente, a diversidade oriunda dos diferentes modos como um conjunto poderia ser avaliado mesmo quando os elementos do conjunto possuem todos os valores claramente especificados – um problema que examinei em outro trabalho. Há diversidades correspondentes no âmbito da ‘realização da condição de agente’ e da ‘liberdade da condição de agente’”.

O homem, como ser mortal, constrói sua liberdade no tempo que deve ser transformado em felicidade nesta vida. É dela que tem de extrair as sensações prazerosas do presente e as imagens do tempo passado no futuro dentro do respeito às demais medidas que não dão grande valor ao gozo dos prazeres, acentuando privilegiadamente os deveres, porque considera que ser feliz, neste aspecto é um dever do homem.

É a partir da forma sensível que a liberdade dá à norma ética as suas condições concretas de definir as possibilidades e sua realização objetiva na escolha do “bom”, do “bem”, do “agir bem” ou do “bem comum”, na qual os profissionais buscam simplesmente o prazer, ou o poder, ou o proveito pessoal, ou as vantagens econômico-financeiras, em todas as ocasiões.

É através de formas de agir, de tratar os demais com respeito que o ético do dever, da liberdade e da universalização deve se fundamentar para privilegiar a intenção e os resultados.

No exercício da liberdade, em certo sentido, origem e fins coincidem, em que a liberdade é vista como condição de possibilidade, prática corrente e o fim último da ação humana.

A liberdade individual muitas vezes é usada como um raciocínio de idéias de justiça socialmente responsável, no qual os poderes são utilizados como forma de pensamento para decidir sobre o modo de exercer a liberdade com senso de justiça, o que muitas vezes pode motivar as pessoas. Os profissionais têm nos seus valores sociais, papel importante no êxito de várias formas de organização como processo social.

O senso de justiça está na diferença do valor subjetivo que mede a relação da vontade ou querer de um ou alguns, e determina a conduta e o valor objetivo que medem a relação entre uma norma ou vontade geral e um ato. Neste sentido, as normas, como fundamentos destes juízos de valor, são criadas pelos homens e, portanto, arbitrárias, assim como a relação entre significante e significado nas línguas, conforme estudamos, podendo ser modificadas. Por conseguinte, uma norma, segundo Neto (1997, p. 187), não exclui a possibilidade da existência de outra que implique seu oposto e mude radicalmente um juízo de valor, mas as duas não podem coexistir no mesmo lugar e ao mesmo tempo.

Para o homem, tornariam-se vazios e sem sentido todos os outros valores se não houvesse a liberdade.

Qualquer outro valor, como, por exemplo, a igualdade, a paz, a felicidade, por mais importante que seja, não poderá pôr em perigo a liberdade, mesmo se a ela se opõe.

O confronto que permanentemente mantemos com os valores nada mais é do que o exercício prático da liberdade que a cada momento tentamos ultrapassar.

Assim, pelo imperativo categórico e pelo princípio prático kantiano, eu sou ao mesmo tempo o legislador (universal) e aquele que age, por dever, em acordo com as leis. Como seres racionais, nossa vontade teria a capacidade de construir leis morais independentes de qualquer objeto exterior, de qualquer necessidade ou causalidade, fundamentada apenas nela mesma, em sua capacidade de legislar. A liberdade, para Kant, seria definida exatamente como a autonomia da vontade, ou seja, a propriedade que a vontade tem de ser lei para si própria. Liberdade seria, portanto, sinônimo de agirmos submetidos a leis morais. Caso contrário, a liberdade se tornaria uma noção vazia e egoísta, pois só incluiria a minha vontade individual, a minha felicidade, a minha liberdade individual como sujeito, mas não poderia ser estendida, como noção universal, a todos os outros sujeitos. Assim, o homem está, de acordo com a filosofia kantiana, obrigado a ser livre, obrigado a agir livremente (conforme as leis morais) (NETO, 1997, p. 184).

Todos os perigos que ameaçam a liberdade adquirem um sentido mais concreto em se tratando de um valor supremo, que é o mais fundamental de todos,

os valores da moral. Devemos ter uma preocupação especial com a liberdade, dando-lhe uma proteção específica através de garantias políticas.

No dualismo individual/coletivo da ação moral que encontramos com a vivência da problemática da liberdade menos explícita, mas não menos efetiva, estão os valores como inspiração profunda da ação individual e os valores que promovem a obediência e consolidam um sentimento coletivo.

Podemos considerar a liberdade como sendo uma nova possibilidade para a razão. Ela permite superar o antagonismo entre a razão e o sentimento, que são criados por determinadas condições do desenvolvimento social, dando, assim, uma nova oportunidade ao projeto de emancipação, que nada mais é do que a redenção da sociedade da atomização, não como a libertação dos indivíduos da sociedade.

A responsabilidade individual pode ter a seu favor argumento que pode lhe apoiar socialmente e, com isso, expandir a liberdade dos profissionais. A trajetória percorrida entre liberdade e responsabilidade pode ser comparada como mão dupla, em que a liberdade substantiva é a capacidade para realizar alguma coisa que não pode ser de responsabilidade só do profissional.

Temos que distinguir a importância constitutiva como sendo o papel instrumental da democracia e dos direitos humanos, como exemplo, a liberdade de agir como cidadão que tem sua importância reconhecida principalmente em se tratando de liberdades políticas e civis que são decisivas para o processo de desenvolvimento.

Então, esses direitos humanos, com a liberdade de agir como cidadão, estão inseridos no direito ou moralidade subjetiva⁷² que, segundo Neto (1997), ao citar Hegel, estuda a ação como expressão da moral ou vontade subjetiva. Neste sentido, o projeto e responsabilidade, intenção e bem-estar, bem e certeza moral devem fazer parte dessa liberdade de agir.

⁷² Quando aborda a moralidade objetiva, momento de síntese e superação da moralidade subjetiva, na qual estariam incluídas as obras de Kant e Rousseau, Hegel dividirá sua exposição em três partes: a família (espírito moral imediato); a sociedade civil; e o Estado como liberdade. Na família, Hegel estuda o casamento, a propriedade e os bens da família, a educação dos filhos, e sua dissolução. Na sociedade civil, Hegel discutirá os sistemas de carências (as modalidades das carências e suas satisfações, as modalidades de trabalho e a riqueza), a jurisdição (o direito como lei, a existência da lei e o tribunal) e a administração e corporação (NETO, 1997, p. 189).

Quanto à idéia de liberdade associada à de dever, conforme o mesmo autor, veremos a citação de Hegel num sentido moral: “O direito que os indivíduos têm de estarem subjetivamente destinados à liberdade, satisfaz-se quando eles pertencem a uma realidade moral objetiva. Com efeito, é em uma tal objetividade que reside a verdade da certeza da sua liberdade e, na realidade moral, possuem eles realmente a sua essência própria, a sua íntima universalidade”.

O comprometimento social com a liberdade individual envolve não só a organização como também outras instituições políticas e sociais, permitindo o funcionamento nos mercados e nas relações contratuais.

“A liberdade natural do homem consiste em estar livre de qualquer poder superior na Terra, e não sob a vontade ou a autoridade legislativa do homem, tendo somente a lei da natureza como regra. A liberdade do homem na sociedade não deve ficar sob qualquer outro poder legislativo senão o que se estabelece por consentimento na comunidade, nem sob o domínio de qualquer vontade ou restrição de qualquer lei senão o que esse poder legislativo promulgar de acordo com o critério que lhe concedem. A liberdade, portanto, não consiste no que nos diz Sir Robert Filmer, ‘uma liberdade para qualquer um fazer o que lhe apraz, viver como lhe convém, sem se ver refreado por leis quaisquer’; a liberdade dos homens sob governo importa em ter regra permanente pela qual viva, comum a todos os membros dessa sociedade e feita pelo poder legislativo nela erigido: liberdade de seguir a minha própria vontade em tudo quanto a regra não prescreve, não ficando sujeita à vontade inconstante, incerta e arbitrária de qualquer homem; como a liberdade de natureza consiste em não estar sob qualquer restrição que não a lei da natureza” (NETO, 1997, p. 181).

Os profissionais enfrentam muitas vezes dificuldades para obter seus direitos e liberdades de luta por não conseguirem desenvolver junto à organização possibilidade de influir sobre as condições de trabalho a ponto de terem adquirido o poder através de uma segurança protetora.

As liberdades individuais, dentro de uma organização, muitas vezes, são influenciadas pela garantia social de liberdade, tolerância e possibilidade de troca e transações. Diante desta situação, sofrem também influência do apoio público substancial no fornecimento das facilidades que muito podem ajudar ou ser cruciais para o aproveitamento das capacidades humanas.

De acordo com Sen (2000, p. 73), “os papéis instrumentais da liberdade incluem vários componentes distintos, porém inter-relacionados, como facilidades econômicas, liberdades políticas, oportunidades sociais, garantias de transparência e segurança protetora”.

Ainda hoje, a liberdade política teria um sentido diferente da liberdade natural, além de também não incluir a idéia de subordinação incondicional ao poder e à vontade de alguns, mas apenas ao bem comum da sociedade, como já diziam Rousseau e Montesquieu, citados por (NETO, 1997, p. 210).

2.8 ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO

O envolvimento do profissional com a organização deve começar justamente na tomada de decisões, dando-lhe a sensação de que realmente “participa” e está seguro dentro do contexto organizacional.

Como resultado deste envolvimento e participação, temos então a compreensão dos profissionais e uma maior possibilidade de uma relação recíproca; elevando o nível de comunicação em todos os sentidos; há um aumento do potencial de satisfação no trabalho tanto individual como coletivo; existem estímulos para a inovação, levando a organização a se preparar para um desenvolvimento próspero com mudanças rápidas, melhorando, assim, todo o processo de trabalho.

Os profissionais necessitam ser ouvidos, participar, sentir-se responsáveis e ter espaço dentro da organização para poder oferecer sugestões, a fim de tentar melhorar não só a estrutura como também o processo como um todo.

Essa interação entre profissionais e administração tem como propósito não a substituição ou negação, mas a intenção de apoiá-los na obtenção dos objetivos gerais da organização.

O estar seguro leva todos os atores envolvidos no processo a um desenvolvimento da consciência profissional e, conseqüentemente, a um repensar a verdadeira missão, visando adequá-la a essa nova forma de pensar os conceitos, as atitudes, as metodologias de trabalho e a própria estrutura e a prática da organização.

Para que haja uma administração capacitada, comprometida, ela deverá ser dotada de uma liderança, que dê condições de envolver todos os profissionais no processo de mudança, de melhoria contínua, que devem estar em torno dos objetivos, filosofia e missão da organização.

O sucesso passado causa maior resistência à mudança, porque os profissionais, tão agarrados aos padrões antigos, não conseguem visualizar as vantagens que a mudança pode trazer.

A mudança vista como problema ou obstáculo começa na formação do profissional, pois ele deveria entrar no mercado com o perfil necessário às suas novas responsabilidades, principalmente preocupado com o comportamento das pessoas e não apenas com seus conhecimentos.

Acompanhar as mudanças que ocorrem na sociedade, não deixando de ser um dinamismo, é uma característica da educação. Este fenômeno educativo está fundamentado em determinados valores, visando à transmissão, à reprodução e à criação de novos valores. Isto sempre se fará em uma determinada visão de homem, de mundo, em função de uma realidade social específica.

Então, a formação do indivíduo como cidadão é a base primeira para nos pautarmos na premissa de que o consentimento informado poderá ser efetivado em relação direta e com a autonomia.

A formação profissional é entendida como formação integral do ser humano, que nada mais é do que a alavanca e o suporte para concretizar efetivamente as relações dentro da organização.

Esta formação integral vai além do formal, do institucionalizado, é uma educação que objetiva o encaminhamento do profissional como ser humano integral, do cidadão com os seus direitos e deveres. Só assim, a educação dará ao profissional condições para a autonomia e, conseqüentemente, responsabilidade individual, coletiva e social.

A autonomia, dentro do contexto organizacional, sobrepõe-se ao da beneficência, porque esta autonomia privilegia o papel do profissional, tornando-se, assim, uma relação de sujeito-objeto entre este e organização. Esta relação prepara os profissionais para a vivência dos valores éticos e não só para a prática das técnicas terapêuticas.

Ao preparar o profissional, Sen (2000, p. 24), ressalta que, “é importante não só dar o devido valor aos mercados, mas também apreciar o papel de outras

liberdades⁷³ econômicas, sociais e políticas que melhoram e enriquecem a vida que as pessoas podem levar. Isso influencia até mesmo questões controvertidas como o chamado problema populacional”.

No campo da liberdade política, estão incluídos os direitos civis que dão as oportunidades para que os profissionais tenham o poder de decisão para determinar quem deve governar e com base em quais princípios, podendo neste sentido fiscalizar e criticar as autoridades, tendo liberdade de expressão sem censura, ser livre para poder escolher entre diferentes partidos políticos etc..

Com o decorrer do tempo, os profissionais estão progressivamente convencidos de que esse poder de decisão não é a única possibilidade que possa influenciar as condições de trabalho, sejam estas individuais ou uma ação coletiva e no desenvolvimento pela obtenção de seus direitos, liberdades de luta solidária na organização.

Dentro de uma organização, com a falta de formalização, fica difícil preservar a ordem em uma comunidade na qual a responsabilidade da justiça é determinada por uma ação em que o mais correto é a noção de que pessoas iguais devem ser tratadas de maneira igual, e pessoas desiguais devem ser tratadas de maneira desigual, dando-se ênfase à equidade.

A equidade traz consigo alguns interesses, entre eles, podemos salientar o que hoje é uma opção de oferecer o melhor, foi ontem uma opção de oferecer o que elimina ou diminui o risco de dano. Todas essas divergências entre valores prevalecentes⁷⁴ vão determinar o quanto é possível coadunar um elemento econômico e político, a liberdade de mercado, com um elemento moral e dos demais interesses do profissional.

Os profissionais, como atores sociais dentro da organização, devem indagar sobre as condições diferentes que parecem ter originado considerável elevação do

⁷³ “Considerarei em particular os seguintes tipos de liberdades instrumentais: (1) liberdades políticas, (2) facilidades econômicas, (3) oportunidades sociais, (4) garantia de transparência e (5) segurança protetora. Essas liberdades instrumentais tendem a contribuir para a capacidade geral de a pessoa viver mais livremente, mas também têm o efeito de complementar umas as outras” (SEN, 2000, p. 55).

⁷⁴ “Os valores prevalecentes e os costumes sociais também respondem pela presença ou ausência de corrupção e pelo papel da confiança nas relações econômicas, sociais ou políticas. O exercício da liberdade é mediado por valores que, porém, por sua vez, são influenciados por discussões públicas e interações sociais, que são, elas próprias, influenciadas pelas liberdades de participação. Cada uma dessas relações merece um exame minucioso” (SEN, 2000, p. 24).

nível educacional da população trabalhadora, que no ambiente de trabalho, constitui condições sociais novas que favorecem a participação destes profissionais nas decisões e rotinas de trabalho.

Esta elevação do nível educacional como crença dominante dentro do “desenvolvimento humano⁷⁵” deve ser um foco da organização como processo de expansão da educação.

O papel do profissional, dentro da organização, representa alguns valores e comportamentos que são socialmente reconhecidos como uma relação de exterioridade para recuperar um bem; preservando um conjunto de bens, que tem sentido de utilidade para os clientes como consumidores, sob a forma de serviços na esfera de um consumo privado, individual ou coletivo.

Quando os profissionais estão especialmente preparados para a prestação de serviços, eles controlam o processo de trabalho em particular com autoridade técnica e social. Essa categoria vai se diferenciar dos demais trabalhadores nos atos técnicos.

Os atos técnicos podem ser considerados como princípios, em termos de suas respectivas “bases informacionais”. As diferenças nos princípios envolvidos e as informações específicas são consideradas decisivas no diagnóstico que irá motivar uma discussão como alternativa na avaliação do profissional.

O profissional com autonomia em relação à organização tem capacidade de governar-se, decidir, avaliar e legislar sobre a sua vida, suas atitudes e profissão.

As normas ou princípios utilizados pela organização devem ser compreendidos como um processo de autoquestionamentos, que pretendem alcançar seus próprios objetivos como os valores que são ou não intrínsecos aos indivíduos.

⁷⁵ “Como as variações na expectativa de vida relacionam-se a diversas oportunidades sociais que são centrais para o desenvolvimento (como políticas epidemiológicas, serviços de saúde, facilidades educacionais etc.), uma visão centralizada na renda necessita de uma grande suplementação para que se tenha uma compreensão mais plena do processo de desenvolvimento. Esses contrastes têm uma relevância considerável para as políticas e revelam a importância do processo conduzido pelo custeio público” (SEN, 2000, p. 65).

2.9 A UTILIDADE COMO FORMA DO FAZER

O utilitarismo como doutrina surgiu em 1861, fundado por Jeremy Bentham e por John Stuart Mill, no qual o útil é o princípio de todos os valores, principalmente nos domínios do conhecimento e da ação; quanto ao conhecimento, o pragmatismo; e, como ação, o utilitarismo moral e econômico. O utilitarismo⁷⁶ fixa como fim último os prazeres maiores ou os prazeres mais elevados (NOGUEIRA, 1994 p. 58).

Para Bentham, o princípio da utilidade era ajuizar positivamente algo que partia da iniciativa do profissional ou da organização, contribuindo para aumentar a felicidade da comunidade, isto é, medida em que serve para diminuir a dor e, conseqüentemente, aumentar o prazer de todos (NOGUEIRA, 1994 p. 56).

Em se tratando de “felicidade⁷⁷”, a palavra pode ser definida de várias formas, sendo que alguns autores, ao afirmarem que a felicidade é o bem supremo, não entendem necessariamente o termo através desta afirmação. Em determinadas situações, muitos utilitaristas usam a palavra “prazer” no lugar de “felicidade” para designar seu bem supremo. A organização deve ver o bem “supremo” como a felicidade da coletividade, em que o bem “subordinado” é a liberdade.

Em sua obra, o próprio John Stuart Mill afirma que os fundamentos do utilitarismo aceitam a Utilidade ou Princípio da Maior Felicidade como fundamento da moral, sustentado nas ações que são justas na proporção em que promovem a felicidade, e o contrário, serão injustas.

Quando o profissional executa seu trabalho com prazer e sem dor, está diante, então, da felicidade, e um quadro inverso a este, a dor e ausência do prazer, está, então, diante da infelicidade. Neste sentido, teremos no prazer e na ausência de dor as únicas coisas desejáveis.

⁷⁶ “Porém, fazendo a comparação com o utilitarismo, é difícil acreditar que possa ser adequado explicar nossa defesa dos direitos de vários tipos (inclusive os relacionados à privacidade, autonomia e liberdade) apenas – e exclusivamente – em relação a suas utilidades conseqüentes. Os direitos das minorias, com freqüência, têm de ser preservados contra a intrusão da perseguição da maioria e de seus ganhos monumentais de utilidade” (SEN, 2000, p. 245).

⁷⁷ “Na ética utilitarista tradicional, define-se “utilidade” simplesmente como felicidade ou prazer e, às vezes, como satisfação de desejos. Esses modos de ver a felicidade a partir de uma medida mental (de felicidade ou desejo) têm sido adotados não só por filósofos pioneiros como Jeremy Bentham, como também por economistas utilitaristas como Francis Edgworth, Alfred Marschll, A. C. Pigou e Dennis Robertson” (SEN, 2000, p. 87).

Quando eticamente os profissionais levarem em consideração e aplicarem ao maior número de pessoas o maior benefício, eles estarão exercendo o conceito central do utilitarismo.

Muitas vezes, o egoísmo e a procura da própria felicidade para si, com certeza, trarão a maximização do prazer e a diminuição da dor, mas não vão ao encontro ao que postula o utilitarismo, cujo critério não consiste apenas na maior felicidade do próprio agente.

Ao corrigir uma ação, devemos julgar qual será a contribuição que ela trará para o aumento da felicidade e a diminuição da dor. Portanto, a maior felicidade é aquela produzida por uma ação ao maior número de pessoas⁷⁸.

Existe uma distinção entre o utilitarismo, que Bentham e Sidgwick pregavam (clássico), e o utilitarismo de John Stuart Mill (moderno). Normalmente se avalia o utilitarismo como teoria moral ou ética (SEN, 2000).

Há uma série de paradoxos na qual o utilitarismo se depara que pode ser ignorada como teoria moral. Porém, estes paradoxos só se enquadram, isto é, só têm a sua aplicabilidade numa versão clássica⁷⁹.

Já na versão moderna⁸⁰, do tipo Stuart Mill, o utilitarismo torna-se uma doutrina coerente e defensável, não em uma vertente moral, mas sim, como concepção política.

Como doutrina coerente, a concepção política permite-nos manter a idéia de que a função da política de qualquer organização é a promoção do bem-estar do ser humano.

Define-se a utilidade na forma clássica como prazer, felicidade ou satisfação, e tudo gira em torno dessas realizações mentais.

⁷⁸ “Julgar o bem-estar de uma pessoa exclusivamente pela métrica da felicidade ou satisfação de desejos tem algumas limitações óbvias. Essas limitações são particularmente prejudiciais no contexto das comparações interpessoais de bem-estar, pois o grau de felicidade reflete o que uma pessoa pode esperar e como o “trato” social se afigura em comparação com essa expectativa” (SEN, 1999, p. 61).

⁷⁹ “O utilitarismo clássico, por exemplo, tenta usar as informações sobre as felicidades ou prazeres (vistos em uma estrutura comparativa) de diferentes pessoas, enquanto o libertarismo requer obediência a certas regras de liberdade formal e conduta correta, avaliando a situação por meio de informações sobre essa obediência” (SEN, 2000, p. 76).

⁸⁰ Nas formas modernas do utilitarismo, a essência da “utilidade” freqüentemente é vista de outro modo: não como prazer, satisfação ou felicidade, mas como a satisfação de um desejo ou algum tipo de representação do comportamento de escolha de uma pessoa (SEN, 2000, p. 75).

Comumente, o utilitarismo clássico baseia-se num princípio do tipo "A melhor ação é a que produz a maior felicidade do maior número". Foi Francis Hutcheson que originalmente formulou este princípio que foi adotado por Jeremy Bentham e Henry Sidgwick mais tarde (SEN, 2000).

A valorização apenas do prazer, sem demonstrar interesse direto por liberdade, direitos, criatividade ou condições de vida reais, não é um mérito do utilitarismo clássico.

“A base informacional do utilitarismo tradicional é o somatório das utilidades dos estados de coisas. Na forma clássica do utilitarismo, a forma benthamista, a “utilidade” de uma pessoa é representada por alguma medida de seu prazer ou felicidade” (SEN, 2000, p. 77).

Para os profissionais, a utilidade como forma do fazer deverá ser traçada entre, principalmente, “utilitarismo das ações” e “utilitarismo das regras”.

O utilitarismo das ações preconiza uma forma que maximize a felicidade do maior número. Estas ações devem ser ponderadas por estarem aparentemente destinadas ao fracasso, sendo que, cada ação moral do indivíduo, excede em muito as suas capacidades para além de aconselhar, que nós consideramos intuitivamente como moralmente erradas e da concepção de felicidade ser bastante vaga.

O utilitarismo das regras sai da objeção da eficácia e propõe a ponderação na construção das regras dentro de uma organização, que tem como objetivo proporcionar a felicidade do maior número, mas sempre pensando cada ação. Este modelo também parece ser inconsistente. Nele, as regras são escolhidas, porque, de um modo geral, vão maximizar a felicidade da organização.

Como para cada regra existe uma exceção, aqui não poderia ser diferente, poderão existir situações em que as ações não maximizarão a felicidade se seguirem a regra geral.

O impasse insuperável encontrado pela organização é manter as regras (cuja única finalidade são as suas conseqüências benéficas), porque quando estas não são mantidas, reduzem o Utilitarismo das regras ao Utilitarismo dos atos.

O utilitarismo liberal é um utilitarismo das ações, enquanto o utilitarismo das regras reduz-se de fato ao utilitarismo das ações.

No entanto, não parece ser desejável descartar a idéia de que uma das funções da política é promover o bem-estar humano e o utilitarismo⁸¹ é o tipo de posição política que suporta este tipo de idéia.

Podemos considerar a parte liberal como base para a construção de regras, e a parte utilitária como base para a decisão.

A concepção de "felicidade", "prazer" é precisamente outro fator a favor do utilitarismo liberal, o qual, sendo um utilitarismo político, pode (deve) ser eficaz, mas os resultados podem ser bloqueados pela sua vertente liberal se forem contra-intuitivos.

Ele beneficia também ao se usar uma concepção vaga de felicidade, permitindo, assim, o pluralismo de fins na sociedade, deixando espaço à negociação dos conflitos e mantendo a estabilidade social.

Existem características essenciais da vida social, onde o utilitarismo dos atos é auto-refutante, como, por exemplo, a comunicação, que depende de expectativas, as quais não podem ser criadas pelo utilitarismo das ações.

Ele não garante, não incentiva estas características, mas na medida do possível, a verdade poderá sofrer restrições baseadas em considerações.

Podemos verificar que, pelo próprio conceito de "útil", como sendo "tudo aquilo que tem um fim noutro, e não em si mesmo" não pode ser considerado critério por excelência para o julgamento dos valores⁸².

Considerando então o "útil"⁸³ sempre como instrumento, é meio, é intermediário e vale por aquilo a que se dirige: não vale por si, mas só tem valor por aquilo a que serve.

⁸¹ "A concepção utilitarista oferece uma visão de bem-estar deficiente (e sistematicamente tendenciosa), e as limitações das diferentes interpretações de utilidade (por exemplo, felicidade, satisfação de desejos) foram analisadas nesse contexto. Embora, sentir-se feliz, seja uma realização de grande importância, não é a única realização que importa para o bem-estar de uma pessoa (sobre esse aspecto, ver Rawls, 1971)" (SEN, 1999, p. 76).

⁸² Aqui a idéia de valor de uso converte-se em forma quantitativa da utilidade e da Qualidade das coisas. O valor de uso passa a ser em si mesmo o juízo de valor sobre as propriedades das coisas, mas um juízo que estabelece relações de comparação, mede a extensão da utilidade do conjunto dessas propriedades (NOGUEIRA, 1994, p. 41).

⁸³ "É que se supõe que os bens e serviços devam já, na origem, ser concebidos para satisfazer necessidades humanas. Considerados em seu gênero, os produtos são "bons" ou "úteis" por essa própria intencionalidade básica. As palavras "bem" (algo que é bom para suprir uma necessidade) e "serviço" (algo que serve para algum fim) traduzem essa idéia de utilidade inerente. Há que notar, nesse sentido, que, ao deixarmos de falar de qualidade como categoria geral, oposta à quantidade, e ao passarmos a considerá-la como pertinente a um juízo valorativo e positivo, transitamos de um plano de neutralidade filosófico a outro, de positividade" (NOGUEIRA, 1994, p. 29).

O profissional dentro da organização pode praticar atos úteis e inúteis. Por exemplo, os atos úteis são aqueles que estão dirigidos a um fim externo ao que os pratica. Já os atos inúteis, no sentido de atos que têm um fim em si mesmo, definem a vida humana na ordem da perfeição e da liberdade.

“A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso”.

(...) “a utilidade não serve de medida de valor de troca⁸⁴, embora lhe seja absolutamente essencial”.

Considerando o valor (quantidade abstrata de trabalho materializada nas mercadorias) como o único quantificador legítimo, a verdadeira regra das trocas, além das aparências que estão presentes no valor de uso e no valor de troca, está a utilidade das coisas⁸⁵ como forma de valor de uso e valor de troca, a forma do valor.

Dentro da organização, quando o profissional começa a identificar materiais, equipamentos, ferramentas, utensílios, informações e dados necessários e desnecessários, ele está tendo o senso de utilização. Tudo que considera desnecessário ao exercício das atividades, descarta ou é dada a devida destinação. O ser humano tem como um instinto natural o que se constitui em “guardar”.

O profissional, ao usar o senso de utilização, pressupõe que, ao identificar os excessos e/ou desperdícios, tenha também a preocupação em identificar “o porquê do excesso”, para que as medidas preventivas possam ser adotadas, evitando-se, assim, o acúmulo e, também, que esses excessos não voltem a ocorrer.

O excesso e/ou desperdício é peculiar a qualquer atividade humana como instinto natural, conforme ressalta Sen (2000, p. 97), “Insistir no conforto mecânico de ter apenas uma “coisa boa” homogênea seria negar nossa humanidade como criaturas racionais”.

⁸⁴ “No emprego moderno de “utilidade” na teoria da escolha contemporânea, sua identificação com prazer ou satisfação de desejo tem sido em grande medida abandonada em favor de considerar a utilidade simplesmente a representação numérica da escolha de uma pessoa” (SEN, 2000, p. 87).

⁸⁵ “Se não correspondesse de forma alguma a uma necessidade humana, não seria um bem. É como se alguém dissesse: “a utilidade das coisas mede-se pelo quanto são úteis às pessoas”; ou ainda, “o valor de uso é a medida de todos os valores de uso” (NOGUEIRA, 1994, p. 41).

CAPÍTULO III

CONCEITOS NORTEADORES DESTE ESTUDO

"A dialética Ego/Eu acontece primeiro através do pensamento analítico (Reflexão). Quando este se esgota, a Energia Psíquica reflui do Eu para o Ego. Então nasce uma Intuição".
(C. G. Jung)

Os conceitos que nortearão este estudo foram idealizados através de um referencial teórico que pudesse orientar o cuidado de enfermagem, levando-nos a uma melhoria contínua.

Devido a essa transformação incessante do ser humano, ele é absorvido e influenciado pelas condições ambientais onde vive e, com isso, procura satisfação em tudo o que faz ou deixa de fazer.

Se levantássemos o inverso do que seja melhoria contínua, esbarraríamos na questão da insatisfação, na qual as respostas seriam: fome, violência, doença, desonestidade, guerra e ignorância, que são problemas sérios que a humanidade traz consigo desde o seu aparecimento na face da Terra.

Em função destes conflitos, o ser humano criou condições globais, das quais necessita para sua sobrevivência, como: alimentação, habitação, repouso, educação e outras condições que irão repercutir diretamente no seu crescimento, na resistência e duração da vida e participação com igualdade na produção social em uma melhoria contínua de vida. Esta maneira de viver, seus costumes e hábitos, é que lhe dão um estilo de vida.

Quando estamos diante de situações que nos incomodam, procuramos formular postulados, proposições e princípios, com a finalidade de formar um corpo de conhecimentos, referencial teórico ou conceitual, adequando-o à assistência Neves & Gonçalves, citado por Sasso (1994, p. 91). A forma ou a representação de idéias ou pensamentos expressos por palavras, vai dar as definições dos conceitos que irão determinar a extensão ou limites para a explicação, do significado ao pensamento, ou para a imaginação, de ver o mundo em uma construção mental do que é imaginário.

É nesta concepção de ver o mundo em uma construção mental do imaginário, que através de idéias, houve então a elaboração de pensamentos que servirão de suporte básico e fundamental no caminhar do processo “Construindo Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”.

Precisamos estar cientes que, ao cuidar de alguém, é preciso imaginar, meditar, julgar, prevenir e acautelar-se para poder aplicar a atenção, o pensamento ou a imaginação ao fazer os preparativos para a assistência, que nada mais é do que auxiliar. Estar presente no momento em que se precisa de conforto, de acompanhamento passo a passo, é que a enfermagem vai fazer a diferença, porque é aí que observamos quando o cliente está necessitando de ajuda, é a proteção e a segurança em um assistir/cuidar sem riscos durante o processo de hospitalização para o ato operatório.

No processo de hospitalização, o ato ou efeito de assistir o cliente terá seu papel significante se o enfermeiro, no momento de ajuda e proteção deste cliente, ver, observar, auxiliar e orientar com eficácia, tentando, desta forma, dar sua parcela de contribuição juntamente com os demais profissionais de enfermagem na “Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”.

A participação de toda a equipe de enfermagem dentro deste processo é fundamental, porque é nesta interação, enfermeiro/equipe, que conseguiremos união para a “Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”.

Apresentamos os conceitos que orientarão este processo: Sociedade e Ambiente, Padrões de Qualidade, Vida e Saúde, Enfermagem e Cuidado e Riscos e Segurança no Cuidado.

Tendo como parâmetro o princípio da maior felicidade como sendo o fim último de todas as outras coisas no maior grau possível, as quais são desejáveis. Os profissionais devem estar tanto quantitativa como qualitativamente de acordo com a existência isenta da dor e pródiga em gozos.

3.1 SOCIEDADE E AMBIENTE

A sociedade, para este estudo, é entendida como uma força dinâmica com características para moldar o desenvolvimento, a forma e a qualidade de vida do ser humano, por meio das relações sociais, econômicas, políticas, culturais e educacionais, de forma a organizar seu ambiente através da interação e integração com outros indivíduos, sujeitando-se ao avanço tecnológico, portanto, tornando-se dependente desta tecnologia. O ambiente, neste estudo, é considerado como sendo o espaço físico, social e cultural, ocupado pelo ser humano de maneira adequada, isto é, onde possa ter liberdade de se expressar dentro dos limites da sua utilização, em uma abordagem humana e cultural, em um determinado espaço virtual, abrangendo a natureza e a sociedade, com suas relações/inter-relações.

Ao mapearmos o ambiente como espaço físico dentro da instituição, percebemos, na sua individualidade, a maneira como é feito seu uso, respeitando seus limites e liberdades com outros indivíduos, porque aqui atuam equipes multiprofissionais que provavelmente tendem a compartilhar do mesmo espaço, sendo este diferente do seu modo de agir/reagir, mas com interesses, funções e atribuições na busca da mesma finalidade.

Os profissionais de enfermagem, ao mudarem-se do seu contexto habitual, onde não existem “rotinas e normas para tudo”, fazem com que o cliente se sinta preso a ritos. Estes, no entanto, podem ser modificados quando o enfermeiro interage, buscando na “Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas” a maneira mais simples para orientar o que se quer com essas normas e rotinas na forma de assistência.

O enfermeiro, ao orientar, deve conhecer sua equipe para poder planejar a assistência a ser prestada, fornecendo subsídios para a “Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas” e para que os profissionais se sintam satisfeitos, colaborem e participem deste processo.

A interação entre os profissionais irá colocá-los em sintonia, se tomarmos como base a sua cultura, e esta relação trará a visão de mundo de cada um.

Esta contribuição de mundo pelos profissionais nos proporcionará significados importantes, em que, em união, começaremos um processo de “Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”.

O enfermeiro, além de sua visão de mundo, juntamente com sua cultura e conhecimento científico da situação, contribuirá, em parceria com os profissionais de saúde, trazendo suporte para esta construção e seu prosseguimento, posteriormente, na sociedade/comunidade.

3.2 PADRÕES DE QUALIDADE

Dentro deste processo, os padrões são entendidos como uma declaração de expectativas, relacionadas ao grau ou ao nível de excelência das estruturas ou evidências de desempenho, em busca da melhoria contínua através da perfeita harmonia para alcançar e garantir a qualidade do desempenho no serviço.

Os padrões, ou grupo de padrões, no conjunto de atividades, devem justificar sua importância no desempenho e compreensão do serviço.

Evidenciamos a sua importância em enunciados que oferecem a intenção, explicando a justificativa, o significado da norma e suas expectativas a serem cumpridas.

Os padrões são organizados por graus de satisfação ou complexidade crescentes e correlacionados, para que possamos alcançar um nível de qualidade superior. São elaborados, visando estimular esforços para a melhoria contínua até encontrar o nível cujas exigências não estão totalmente satisfeitas.

Quando os padrões se referem a mais de uma qualidade dessas exigências e esta não estiver satisfeita, podemos considerar o nível imediatamente inferior porque as exigências são indivisíveis. Os padrões avaliam (dentro de um único serviço) aspectos de estrutura, processo e resultado, buscando seus indicadores dinâmicos, refletindo, assim, na qualidade das prestações deste serviço.

Todo padrão deve apresentar uma definição e uma lista de itens de verificação, possibilitando melhor identificação e precisão no que se pretende avaliar e, conseqüentemente, uma melhor concordância com o padrão estabelecido.

Os padrões só terão êxito na organização se houver uma maior participação de todos os profissionais, e estes, puderem liberar seu potencial, porém, vai depender das habilidades, da movimentação e da criatividade no desenvolvimento, na melhoria do desempenho para o alcance dos objetivos. O sucesso depende das oportunidades para aprender e experimentar novas habilidades.

Quando os profissionais estão satisfeitos com aquilo que realizam e, por outro lado, nossos clientes também estão satisfeitos, é porque estamos aplicando ou trabalhando os padrões de qualidade no nosso cotidiano. Desta forma, o enfermeiro deve estar preparado para este enfrentamento, principalmente porque cada um é um cliente, devendo respeitar sua cultura, crenças e valores.

Dentro deste processo, temos que respeitar seus princípios sem ferir os nossos e os da instituição, levando em conta que cada um é cada um, assim teremos satisfação naquilo que estamos fazendo, deixando também nossos profissionais/clientes satisfeitos.

O enfermeiro, como prestador de cuidados de enfermagem, deve manter-se atento para que, na sua intervenção, possa conseguir, de uma forma ou de outra, entender o que mais preocupa os profissionais/clientes. O enfermeiro deve procurar, através de observação, orientação, comunicação e achados junto aos profissionais, para que, nesta interação, surja a solução para a real situação na “Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”.

3.3 VIDA E SAÚDE

Vida e saúde são entendidas como a condição mais importante e desejada pelo ser humano. Esta condição que o ser humano tem de organizar⁸⁶ e realizar algumas funções básicas, como trocar matéria continuamente com as vizinhanças, mas sem alterar suas propriedades gerais, contém informação hereditária reproduzível e codificada que controla a velocidade de reações de metabolização e é um sistema capaz de evolução por seleção natural (MINATTI, 2002).

Dentro deste contexto podemos dizer que, para a ciência, um ser vivo tem que atender a este conjunto para que possamos então delimitar o que é vida, pois não existe uma definição definitiva para a mesma.

“Ocupar-se de si não é, portanto, uma simples preparação momentânea para a vida, é uma forma de vida” FOUCAULT (1977). Esta preocupação do ser humano com a vida é que se traduz, como observa Prigogine e Stengers (1984, p. 66),

“em uma admirável duração de vida do corpo vivo, dada a extrema corruptibilidade da matéria que o compõe, manifesta a ação de um “princípio natural, permanente e imanente”, em uma causa particular estranha às leis da matéria inanimada, e que luta sem cessar contra a corrupção sempre atuante, a qual, por sua vez, resulta dessas leis”.

Sen (2000, p. 314), ao citar Smith, ressalta que muitos homens que se comportam com grande integridade e, no decorrer de toda a sua vida, evitam toda e qualquer censura considerável, talvez jamais tenham tido o sentimento da decência que vemos na proibidade de sua conduta, agindo meramente em consideração ao que percebiam ser as regras de comportamento estabelecidas.

Nós, seres humanos, como objetivo finito, somos descendentes de uma única célula, na qual, a maioria das explicações, giram em torno de quatro hipóteses, conforme relata Minatti (2002): explicação: (1) a origem da vida é o resultado de um evento sobrenatural, isto é, além dos poderes descritivos da química e da física; (2) surge espontaneamente a partir da matéria não viva em curtos períodos de tempo, hoje e no passado; (3) é coexistente com a matéria e não tem começo; (4) chegou à

⁸⁶ “Na medida exata em que o homem passa a organizar a sua vida socialmente, desenvolve-se também a dicotomia das relações entre o sujeito e a norma. E, de saída, a dicotomia assume as feições de uma contraposição que, percebe-se logo, não deixa de ser a própria razão de ser” (BIGNOTTO et al 1994, p. 247).

Terra no mesmo tempo da origem do planeta, ou imediatamente depois, e se iniciou na Terra primitiva por uma série de reações químicas progressivas.

Para Minatti (2002), ao se definir vida, temos que levar em consideração alguns requisitos que irão justificar as bases nas quais ela está alicerçada: generalidade que, de um modo geral, deve abranger todas as formas possíveis de vida neste planeta; coerência e não-vitalismo, isto é, a vida não deve envolver noções que sejam contrárias ao que nós já sabemos das coisas vivas e de seus componentes inorgânicos; deve ter elegância na organização conceitual, ou seja, ela deve ser capaz de organizar uma grande parte do campo de conhecimento da biologia e cristalizar nossa experiência com os sistemas vivos em uma estrutura clara; e deve ser suficientemente específica para distinguir sistemas vivos de sistemas que obviamente não são vivos e, ao mesmo tempo, dar uma idéia de qualquer tipo de sistema que possa ter a capacidade de viver, metabolizar, auto-replicar-se, ou quaisquer outras propriedades dos sistemas vivos considerados relevantes.

A busca por uma compreensão universal da vida como um fenômeno emergente coerente explica os seres vivos como entidades materiais altamente organizadas, produzidas por um longo processo de evolução, que sem o qual não poderá desencadear a cadeia a qual chamamos de saúde, por conseguinte, só existirá saúde se existir vida, caso contrário, é impossível esse dualismo.

Diante desta situação, concordamos com Prigogine e Stengers (1984, p. 66) quando dizem que a “análise do problema da vida é-nos, simultaneamente, próxima e afastada; próxima, por sua consciência clara da precariedade da vida e de sua singularidade em relação às leis gerais da dissolução e da dispersão; afastada”, porque, tal como Aristóteles, Stahl definiu, antes de mais nada, o ser vivo em termos estáticos, em termos de conservação e não de transformação.

Assim, a vida é entendida como um conjunto de atividades formadas por conteúdos e estruturas diferentes, dando uma idéia conflitante com a noção intuitiva bastante razoável de que toda a vida (na Terra) de fato compartilha algumas propriedades fundamentais (MINATTI, 2002).

Quando procuramos uma definição para vida, precisamos levar em conta diferentes contextos, principalmente quando envolve o específico e o universal.

Deste modo, podemos requerer que uma definição de vida seja suficientemente geral e coerente com o conhecimento; não faça qualquer apelo a forças vitalistas; seja suficientemente específica, não precisando revelar a realidade última da vida.

Sen (2000, p. 265), ao citar Kant, já caracterizava essas reivindicações gerais como “obrigações imperfeitas”, discutindo a seguir sua relevância para a vida social. As pretensões são dirigidas de maneira geral a qualquer indivíduo que possa ajudar nestas obrigações, muito embora, nenhuma pessoa ou agente específico possa ser incumbido de levar a efeito a fruição dos direitos envolvidos.

A vida, de um modo geral, é uma forma organizada dos sistemas físicos diferentes da cultura, sociedade, mente ou matéria, tornando-se explícita e, uma vez que isto seja feito, pensar na vida não ao nível do organismo individual, mas o ser humano constituído de corpo, mente e espírito.

Os filósofos gregos sempre subordinaram a ética às idéias de felicidade da vida presente e de soberano bem: ainda que os comentadores tenham mostrado uma infinidade de distinções sutis na moral antiga, é certo que o que está sempre em jogo é o desejo do homem de realizar o soberano bem, ou seja, a vida feliz; ou melhor, o objetivo supremo da moral é “encontrar uma definição de soberano bem, de tal maneira que o sábio se baste a si mesmo, isto é, que dependa dele mesmo para ser feliz, ou que a felicidade esteja ao alcance de todo homem racional” (BIGNOTTO et al 1994, p. 8).

Quando corpo, mente e espírito estão em equilíbrio, temos a vida em verdadeira saúde.

Neste processo, saúde⁸⁷ é entendida como a globalidade de direitos voltados para a satisfação e bem viver em estado de melhor harmonia e dinamismo.

Estes são direitos fundamentais do cliente, família e comunidade, e são de natureza biopsicosocial, em caráter permanente de uma condição de equilíbrio biológico ao mais próximo da harmonia, e de melhoria contínua na qualidade de vida, com capacidades e possibilidades de enfrentar riscos e conflitos à saúde. É um

⁸⁷ “É um estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento(...), é integridade e equilíbrio entre mecanismos fisiológicos, psico-fisiológicos e estrutura material (vida biológica), interagindo com outros seres humanos (vida interpessoal) (OREM, 1980. p. 118-119).

processo interativo de capacitação e desenvolvimento que permite evoluir e se comprometer através de motivação, criatividade, produtividade e desenvolvimento integral, contribuindo para a satisfação das relações ser humano/ambiente à medida em que há crescimento/evolução/transformação.

Para Aristóteles, a ética é o compromisso do homem com o bem supremo, que para os gregos seria, sem sombra de dúvida, a felicidade. E mais: felicidade no sentido de uma vida feliz, o que não é dito de graça aqui – há uma valorização também do prolongamento da vida até sua potencialidade máxima, o que implica a busca de uma felicidade tal que não se realize contra o corpo (e que, por isso mesmo, não dependa só do corpo) (BIGNOTTO et al 1994, p. 261).

Neste sentido, diversos modos de vida podem ser mantidos se a sociedade assim o decidir, e isso é uma questão de ponderar os custos dessa preservação relativamente ao valor que a sociedade atribui aos objetos e estilos de vida preservados. É claro que não existe uma fórmula pronta para essa análise de custo-benefício, mas o crucial para uma avaliação racional dessas escolhas é o potencial das pessoas para participar de discussões públicas sobre o assunto (SEN, 2000, p. 277).

Concluimos, dizendo que, “a vida moral e a vida do poder dão a impressão de correrem paralelas, com raras convergências. Este desencontro entre a ética e a política incomoda e indigna a todos que querem ver e sentir a presença de virtudes (BIGNOTTO et al 1994, p. 225), condições ímpares e complexas da própria vida.

3.4 ENFERMAGEM E CUIDADO

Enfermagem e cuidado são entendidos como um processo interativo, abrangente, que engloba criatividade, tendências biopsicosociais, buscando a melhoria contínua para o ser humano, como cliente/família/comunidade/ sociedade.

Como profissão, a enfermagem, além do conhecimento científico, habilidades e responsabilidade para o desenvolvimento de suas ações, busca soluções para os seus problemas e os dos clientes, autodeterminando-se ao cuidar/orientar, tornando-se gente de mudança no comportamento do ser humano no momento em que interage através da comunicação buscando um aperfeiçoamento contínuo.

Waldow (1998), enfatiza que em uma integração de esforços, devemos considerar o cuidado, como sendo: “algo mais, que não apenas a realização de um procedimento, e sim, uma interação entre o cuidador e a pessoa a ser cuidada, com múltiplas trocas de saberes e de necessidades levando a um crescimento bilateral”.

Para favorecer o crescimento do outro, o cuidador deve conhecer-se a si mesmo, caracterizando uma condição de crescimento mútuo.

Esta interação, muitas vezes, se torna complexa, porque o ser humano é indivisível, necessita de um equilíbrio entre meio-corpo-mente, para poder conviver entre o ter saúde e o estar doente.

Concordamos com Dilthey in Brandão e Crema (1991, p. 86), quando salientam que, para

“haver uma continuidade entre natureza e história, homem e mundo, sendo nossa tarefa primordial a compreensão da vida através do relacionamento do todo com suas partes: o significado da parte encontra-se no todo e o todo se forma a partir da compreensão das partes”.

Ao nos transportarmos para a época de Nightingale, observamos que ela registrava a responsabilidade da enfermagem que transcende o corpo hospitalar e se consubstancia na luta pela transformação dos sistemas social, cultural, político, econômico e ecológico vigentes, em prol da melhor qualidade de vida humana e do planeta in Waldow; Lopes; Meyer (1995, p.58). Também considerou o meio ambiente como um agressor à saúde e pontuava a enfermagem como responsável pela intervenção sobre este e outros agressores.

Com o passar do tempo, o cuidar tornou-se mecanizado, fragmentado e tanto as pessoas que cuidam como as que recebem cuidado parecem ter se esquecido de que esta habilidade ou qualidade, além de construir uma ação, é um valor, um comportamento, uma filosofia, uma arte e ciência (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995, p.26).

Atualmente, a enfermagem está passando por um processo acelerado de transformações, que estão ligadas ao avanço tecnológico, político, econômico e social. Assim, podemos destacar a humanização como ponto fundamental no desenvolvimento de novos rumos no relacionamento entre enfermeiro/cliente/

família, conseguindo com isto resgatar, no cuidado de enfermagem, uma melhor qualidade de assistência.

Só assim o sistema e os serviços terão efetividade, ou seja, chegarão aos resultados desejados e eficiência, isto é, os resultados serão obtidos a custo mínimo. E somente assim, também, eles serão adequados, o que quer dizer que os cuidados serão os exigidos pelas necessidades dos clientes. Lamentavelmente, a área da saúde ainda não foi “contaminada” pelo “vírus” da qualidade, e o quadro que temos indica a necessidade de um urgente tratamento de choque (MEZONO, 1995, p. 7).

O enfermeiro, ao prestar cuidados aos clientes quando suas necessidades biopsicosociais estão afetadas, precisa ter um bom relacionamento para conseguir a confiança necessária e, ao trocar idéias e experiências, obter cooperação e colaboração, que, através de uma comunicação eficiente, possa estabelecer um equilíbrio com cliente/família/comunidade/ sociedade.

Angerami e Almeida (1993), situando o espaço do enfermeiro, fazem uma análise mostrando a enfermagem e o enfermeiro como fenômeno histórico socialmente situado e sujeito a transformações ocorridas na estrutura social.

O enfermeiro, ao intervir profissionalmente, procura meios eficientes para atuar. Neste sentido, Angerami e Almeida (1993), salientam que “os vários agentes atuantes na enfermagem ocupam lugar social, utilizam meios que a sociedade lhes confere e se relacionam com os outros agentes na consecução de sua finalidade: o cuidado do cliente.

Dentro desta estrutura social, a enfermagem caracteriza-se fundamentalmente pela interação com pessoas que no seu cotidiano necessitam estabelecer um equilíbrio interno, para que suas necessidades afetadas sejam restabelecidas. E para que esta interação seja eficaz, o enfermeiro necessita de suas habilidades e criatividade ao se comunicar com o cliente.

Entretanto, concordamos com Waldow (1998), quando diz que o cuidado deve ser considerado como “algo mais, que não apenas a realização de um procedimento, e sim uma interação entre o cuidador e a pessoa a ser cuidada, com múltiplas trocas de saberes e de necessidades levando a um crescimento bilateral. Para favorecer o

crescimento do outro, o cuidador deve conhecer-se a si mesmo, caracterizando uma condição de crescimento mútuo”.

No momento em que o enfermeiro começa o processo de interação com o cliente, existe a necessidade de ele buscar subsídios no seu referencial e no referencial do outro enfermeiro para, juntos, construírem uma assistência com qualidade, oferecendo, assim, cuidados mais eficazes. Isso o enfermeiro só consegue comunicando-se, pois é através da comunicação que ele orienta, educa e apresenta sugestões para o seu agir.

O enfermeiro, ao assistir o cliente, com seus conhecimentos, sejam eles empíricos, técnicos ou científicos, deve ter bem claro quais as necessidades que estão afetadas para poder nortear as ações de enfermagem. Para tanto, precisará de um relacionamento efetivo com o próprio cliente/família/comunidade/sociedade e, inserido neste contexto, o seu próprio ambiente, refletindo, desta forma, a individualidade de cada um, tentando adaptar essas necessidades a uma sociedade que está atuando constantemente sobre o desenvolvimento dos clientes, com a intenção de adequar os cuidados individualizados em relação ao que se pensa e se sente.

Assim, é preciso estar sempre atento às necessidades dos clientes, porque, muitas vezes, como “consumidores, não detêm o conhecimento técnico para poderem avaliar a propriedade e o valor do cuidado médico. Só o governo e sua legislação podem garantir tanto a segurança do cidadão como a efetiva utilidade da arte médica criando requisitos de competência e de legitimação” (NOGUEIRA, 1994, p. 59).

Neste sentido, o cuidado realizado pelo enfermeiro se constrói no cotidiano, porque a realidade do trabalho é dinâmica, está em constante movimento, e não é uma realidade isolada, neutra, desligada de um processo histórico e social. Esta realidade é a condição para que o cuidado seja construído, pois somente a partir do momento em que o enfermeiro exerce uma atividade material, ele interage com cliente, família, comunidade e demais trabalhadores.

Esta interação trará ao enfermeiro um leque de opções, como

“ampliação da divisão técnica do trabalho em saúde, que se dá naturalmente, em dois sentidos: em sentido vertical, aumentando o número de ocupações ou os tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia: em uma unidade de cuidado intenso, em vez de empregar constantemente enfermeiros de formação universitária, passa-se a adotar uma categoria especial de auxiliares, sob supervisão; e, em sentido horizontal, fazendo aumentar a diversidade de subunidades que participam do cuidado em saúde, em geral por uma imposição de ordem tecnológica: em um hospital, cria-se o setor de tomografia computadorizada que se agrega, sem deslocá-los tecnologicamente, aos recursos relativamente mais tradicionais de radioagnóstico: um outro setor apresenta suas próprias exigências de pessoal (NOGUEIRA, 1994, p. 79).

O enfermeiro, ao realizar e concretizar o ato do cuidar em suas diferentes dimensões, está interagindo com outros sujeitos que integram o processo de cuidar. Para Almeida (1986),

“o cuidado de enfermagem, contém, em sua estrutura, relações sociais específicas e o conhecimento (saber de enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas), visando ao atendimento de necessidades humanas que podem ser definidas do ponto de vista biológico, psicológico e social”.

Com a sistematização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro terá condições de priorizar as necessidades do cliente/família, trabalhando de tal forma que, a comunicação neste processo, seja o instrumento fortalecedor desta interação.

A sistematização da assistência de enfermagem é, sem dúvida, o prisma pelo qual se vê a enfermagem como ciência, visto que ela fundamenta, organiza, justifica e avalia este cuidado. Essa sistematização está fundamentada em uma ideologia que permite vivenciar o momento histórico.

Esta integração profissional/família na busca de significados para cada situação irá facilitar a compreensão do saber agir e reagir de forma integrada e inteligente, que, conforme Krishnamurti, citado por Brandão e Crema (1991, p.92), é “a capacidade de perceber o essencial, o que é; despertar essa capacidade em si próprio e nos outros, eis em que se resume a educação”.

Vale aqui lembrar a citação de Chauí in Bignotto et al (1994),

“ideologia é um conjunto sistemático e coerente de representações (idéias e valores) e de normas ou regras (de conduta) que indicam e prescrevem aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar, o que devem valorizar e como devem valorizar, o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer. Ela é, portanto, um corpo explicativo (representações) e prático (normas, regras, preceitos) de caráter prescritivo, normativo, regulador, cuja função é dar aos membros de uma

sociedade dividida em classes uma explicação racional para as diferenças sociais, políticas e culturais, sem jamais atribuir tais diferenças à divisão da sociedade em diferenças como de classes e de fornecer aos membros da sociedade o sentimento da identidade social, encontrando certos referenciais identificadores de todos para todos”.

Quando individualizamos os cuidados, e nesses houver a participação do cliente/família, fica mais fácil a sua cooperação/aceitação para o tratamento.

O processo de padronização do cuidado nos traçará caminhos de combinação construídos de forma normativa. Segundo Waldow (1998), este assunto “implica em uma relação interpessoal irrepetível, constituída de atitudes humanas, nem sempre previsíveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista a peculiaridade do ser humano de ser único e potencialmente criativo”.

De acordo com Rockenbach in Gomes (1992), o plano de cuidado constitui o quarto passo do processo de enfermagem e caracteriza-se por ser um roteiro que coordena a ação da equipe de enfermagem diariamente, possibilitando o adequado atendimento às necessidades básicas e específicas de cada ser humano.

Mesmo com o planejamento dos cuidados de enfermagem em termos de participação do cliente e família, o enfermeiro não poderá deixar de dar por escrito todas as informações proferidas para, através do feedback, ter certeza do que o que foi feito está sendo assimilado.

Conforme Sanchez in Gomes (1992), o plano de cuidado é um instrumento utilizado para auxiliar na individualização do cuidado do cliente; descrever qual cuidado o cliente deverá receber e como esses cuidados poderão melhor ser executados. Constitui um “roteiro” das ordens ou prescrições de enfermagem e, como tal, só será utilizado mediante planejamento.

Desta maneira, a prática do cuidado de enfermagem deve ser o fio condutor para que o enfermeiro dirija suas ações diferenciadas, isto é, individualizadas, participativas, documentadas e avaliadas no sentido de que todos os envolvidos nestes cuidados tenham em mãos os resultados obtidos no cuidar/assistir como produto final à satisfação na realização desta troca de experiência.

Nesta troca de experiência vivenciada durante todo o processo, o enfermeiro deve utilizar um fluxo por ele proposto para que seja comunicado a todas as pessoas envolvidas na assistência ao cliente, os dados resultantes da avaliação

pós-operatória (equipe de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica, do centro cirúrgico, da unidade de internação de origem do cliente).

Deste modo, todos saberão onde aprimorar-se, caso por algum motivo, houver falha na prestação desses cuidados, pois trabalhando com qualidade, o índice de defeito esperado é zero Crosby (1994), principalmente em se tratando do ser humano.

Com este processo preestabelecido, o enfermeiro tem condições de praticar a enfermagem de uma forma sistematizada e orientada individualmente para cada cliente.

Atualmente, acreditamos que uma divisão de tarefas é necessária, mas o enfermeiro já sabe, ou está aprendendo, que somente promoverá uma eficaz assistência de enfermagem quando puder colocar em prática a “Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”.

3.5 RISCOS E SEGURANÇA NO CUIDADO

Riscos e segurança no cuidado, neste estudo, são entendidos como uma forma de agregar conhecimento a determinadas situações nas atividades que possam apresentar alguns riscos⁸⁸.

Segundo Ferreira (1996), risco é um perigo mais possível do que provável, no entanto, a sua eliminação deve ser feita através de medidas que sejam adaptadas ao meio ambiente e venham ao encontro da proteção coletiva.

O cuidar da segurança e evitar os riscos é trabalhar com qualidade, isto é, ter paciência, dedicação nos cuidados diários.

Uma das tarefas imprescindíveis que os profissionais coordenadores da equipe de enfermagem devem realizar é preparar o ambiente do cuidado, de acordo com as necessidades dos procedimentos desenvolvidos em sua unidade de atuação,

⁸⁸ Risco é um vocábulo especialmente polissêmico e, portanto, dá margem a muitas ambigüidades. O referido termo possui conotações no chamado senso comum. Nesta perspectiva, há controvérsias quanto a suas origens: tanto pode provir do baixo-latim *risicu*, *riscu*, provavelmente do verbo *resicare*, como do espanhol *risco*, *penhasco escarpado* (CASTIEL, 1999, p. 40).

tomando as medidas necessárias para garantir a sua segurança. Riscos e segurança no cuidado são as primeiras causas a serem discutidas por todos, porque a maioria desses riscos ocorrem na própria unidade.

Todavia, a despreocupação com os riscos e segurança no cuidado estará sujeita a sofrer outros percalços com maior frequência, muito mais graves, como, por exemplo, eletrocussões, intoxicações etc..

Por mais precauções que se tomem, nunca se deve abrandar a vigilância, que, para Castiel (1999, p. 45), “traz importantes implicações como: substrato gerador de preceitos comportamentais voltados para a promoção e prevenção à saúde, no estabelecimento de laços com a produção tecnológica biomédica e na ampliação das tarefas da clínica médica”, ou seja, no aparecimento de uma vigilância médica.

Ao introduzimos mudanças, devemos estar preparados para os novos perigos e riscos. Levar a risca as normas e não subestimar a sua capacidade de antecipar-se aos acontecimentos. Estas normas devem servir como um guia básico para a segurança no cuidado.

De um modo geral, pode-se dizer que a segurança no cuidado vai depender diretamente da escolha de normas e rotinas, relativamente seguras, que devem ser tomadas para minimizar os riscos.

Como prevenção de riscos ambientais, o coordenador do centro cirúrgico deve ter como primeira preocupação, a segurança na elaboração de qualquer atividade nesta unidade. É neste clima que são avaliados antecipadamente os locais e situações que devem ser evitados.

O desenvolvimento técnico-científico requer aquisição de novos conhecimentos e perspectivas de sua aplicação prática. Existem, de acordo com Castiel (1999, p. 46), “correntes de investigação, que em vez de enfocarem atributos específicos dos riscos, procuram destacar o papel do ser humano como sede da conduta”.

É a essa mudança rápida que o ser humano deve ter a capacidade de adaptar-se, modificando seus costumes, e com essas novas situações, criar mecanismos que venham dar oportunidades de promover a segurança, privacidade e liberdade de expressão. Assim, os comportamentos das pessoas são vistos em relação ao

sistema de crenças e valores que influenciam as respectivas percepções de risco (CASTIEL, 1999, p. 46).

Se o enfermeiro não estiver preparado para uma transformação, então concordamos com Castro, citado por Magalhães (1997, p. 77), quando diz que “o desenvolvimento implica mudanças sociais sucessivas e profundas, que acompanham inevitavelmente as transformações tecnológicas do contorno natural. O conceito de desenvolvimento não é meramente quantitativo, mas compreende os aspectos qualitativos dos grupos a que está inserido. Crescer é uma coisa; desenvolver, outra. Crescer é, em linhas gerais, fácil. Desenvolver-se equilibradamente, difícil”.

É neste crescer/desenvolver que o enfermeiro vai buscar caminho para alicerçar suas responsabilidades e solucionar as dificuldades encontradas pelo grupo, através do aprendizado contínuo no trabalho, que é o processo mais sensato de capacitar a todos tecnicamente, além de desenvolver o senso crítico e a motivação para o profissional. Sob esta ótica, Castiel (1999, p. 48), descreve que há fatores que predizem comportamentos, que podem ser agrupados em quatro categorias como: suscetibilidade percebida (percepções de ameaças à saúde; severidade percebida (avaliações pessoais da gravidade de tais ameaças); benefícios percebidos (avaliações pessoais quanto à factibilidade e efetividade das recomendações para lidar com a ameaça); barreiras percebidas (avaliações pessoais dos obstáculos relativos às ações de saúde).

Este aprendizado desenvolverá habilidades na equipe para avaliar as condições ambientais e materiais no local de trabalho.

Devemos criar um clima de confiança mútua, proporcionando momentos de diálogo e discussão abertos, alertando para os múltiplos problemas e os perigos que envolvem todos os profissionais e da importância de se preocupar com sua própria segurança.

As condições inseguras de trabalho causam determinados riscos associados ao exercício da atividade profissional de forma inesperada e violenta, ligadas a eventos, como as epidemias como a AIDS, principalmente quando as idéias obsessivas estiverem relacionadas aos agravos deste risco. Portanto, tão importante quanto os controles realizados pelo ser humano no que se refere ao método e o que

deve ser feito com os equipamentos é buscar a garantia e segurança para que todos os trabalhos que impliquem maiores riscos sejam controlados. Esta situação evidencia muito bem quando Castiel (1999, p. 64), ressalta que “este quadro de fatos reflete a ampliação do conhecimento sobre os perigos da vida contemporânea (que também teriam, por sua vez, se ampliado)”.

Quando negligenciarmos medidas de proteção e efetuarmos manipulações incorretas durante os procedimentos, podemos ficar expostos a todo tipo de riscos para tanto, necessitamos da obtenção de um padrão de segurança para deixar claro os requisitos a serem seguidos na realização e verificação dos procedimentos.

As repercussões destes riscos para Castiel (1999, p. 66),

“são evidentes e acontecem com inúmeros detalhes no nosso dia-a-dia, a ponto de serem preocupações constantes. Diante disso é preciso ter em mente a dimensão múltipla da relatividade do risco: é um construto produzido em uma época particular, especificada como tardo-modernidade; a categoria está ligada à determinada visão do mundo e do que é a experiência humana, de modo a influenciar os correspondentes enfoques teóricos, conceituais e metodológicos adotados em sua produção, com ênfase em seu caráter probabilístico e suas respectivas conseqüências; as pessoas lidam e percebem seus riscos (e dos outros) de modos variados, pois estes envolvem aspectos que ultrapassam os saberes científicos e mesclam dimensões simultaneamente biológicas, psicológicas e socioculturais”.

Buscando respostas para esse emaranhado de problemas, é que as lideranças tendem a fazer um esforço contínuo, concentrado para um pensar no futuro e nas condições ambientais mobilizando os profissionais a refletirem sobre essa evolução, promovendo, assim, um clima que propicie a **“Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas” para uma assistência o mais livre de riscos.**

CAPÍTULO IV ARQUITETURA METODOLÓGICA DA PESQUISA

"Não ser ninguém a não ser você mesmo, num mundo que faz todo o possível, noite e dia, para transformá-lo em outra pessoa, significa travar a batalha mais dura que um ser humano pode enfrentar; e jamais parar de lutar"
(E.E. Cummings)

Após a exposição da sustentação teórica que norteia esta pesquisa, nos capítulos anteriores, como também, alguns aspectos relacionados à definição de padrões de cuidados de enfermagem em cirurgias ortopédicas para prevenir e controlar as infecções, promovendo um cuidado mais livre de risco, cujo referencial nos encaminhou em direção à metodologia que deveremos trilhar.

Assim, o desenho da pesquisa reúne uma seqüência lógica como, por exemplo, a planta de uma casa, na qual as informações sobre o método e o procedimento de coleta e análise de dados, bem como, os resultados e conclusões são dados referentes à questão de pesquisa.

Optamos, neste estudo, pela metodologia qualitativa por ser mais adequada para se construir padrões de qualidade para o cuidado de enfermagem que contribuam na prevenção e controle da infecção em cirurgias ortopédicas. Ainda, por ser um método que torna possível evidenciar as diversas interações a que estão submetidos os objetos, pode-se, desta maneira, identificar e aprofundar as categorias chegando-se à construção dos padrões.

Por se tratar de uma pesquisa de cunho qualitativo, utilizamos técnicas e instrumentos baseados em referenciais que buscava adequação e especificidades

do fenômeno estudado, exigindo uma dose de senso crítico e de criatividade no momento de selecioná-los e/ou compor combinações.

Neste capítulo, após o desenho dos procedimentos metodológicos, é apresentado o método de análise e informadas a unidade de pesquisa e a amostra populacional do estudo, bem como os instrumentos de pesquisa que foram utilizados.

Os sujeitos/atores do estudo são profissionais de enfermagem que atuam em um centro cirúrgico que, juntamente com o pesquisador, buscaram subsídios para Construir Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas. Ao se utilizar dos métodos qualitativos, muitas vezes nos envolvemos na vida dos sujeitos/atores, visto que, seus procedimentos de pesquisa, baseiam-se em conversar, ouvir, permitir a expressão livre dos interlocutores. Isto faz com que o pesquisador esteja se auto-examinando para não perder de vista o sentido inicial da pesquisa e para que consiga conduzir os encontros com os sujeitos/atores pesquisados na direção das respostas procuradas.

Este tipo de pesquisa exigiu habilidades necessárias para a sua condução, como: atenção ao fenômeno estudado; capacidade para ouvir; acuidade para efetuar as observações; disciplina para realizar os registros; organização para armazená-los e classificá-los; capacidade para realizar sínteses; habilidade para colocar-se na perspectiva do outro como forma de facilitar a comunicação e conseguir colaboração; paciência e perspicácia para captar nos acontecimentos da vida diária os aspectos que trarão a compreensão desejada daquilo que se está estudando.

Antes de iniciarmos o caminho metodológico norteador desta pesquisa, e para que pudéssemos atingir o objetivo proposto, que é “Construir Padrões de Qualidade para a Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”, é importante ressaltar algumas considerações que existem sobre as linhas de pensamento e diferentes olhares que permeiam as investigações sobre pesquisa qualitativa, segundo alguns autores.

Uma dada realidade pode ser abordada a partir de diferentes perspectivas, que poderá gerar diferentes possibilidades do uso de métodos e técnicas. Conforme Minayo (2000, p.10), “as metodologias de pesquisa qualitativas devem ser entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da

intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no advento quanto na sua transformação, como construições humanas significativas”.

Para a necessária compreensão dessas diferentes perspectivas metodológicas, cabe introduzir alguns eixos de reflexão em torno da questão que, para a mesma autora, é o caminho e o instrumental próprio de abordagem da realidade.

A visão social de mundo, veiculada na teoria, salienta o que nos referimos a uma ou outra abordagem da realidade, necessariamente, temos de falar dos paradigmas explicativos que estamos utilizando na metodologia que incluem as concepções quando nos aproximamos e descrevemos um certo fenômeno, ou seja, a concepção científica do universo da qual a investigação é pretendida através de um conjunto de técnicas que possibilitam o pesquisador testar seu potencial criativo.

A adoção da metodologia qualitativa de pesquisa está inserida no estudo das ciências sociais em saúde, onde as aspirações, crenças, valores e significados das ações e das relações humanas entre os seres humanos inseridos no contexto social de estudo constituem a vivência entre as relações objetivas pelos atores sociais.

Autores como Denzin e Lincoln (1998); Lobiondo e Harber (1998) e Goldenberg (2000), ao se pronunciarem quanto aos procedimentos metodológicos de uma pesquisa qualitativa, afirmam que “o método das ciências sociais visa à compreensão interpretativa das experiências dos seres humanos dentro do contexto em que foram vivenciadas”, mas se preocupam também quanto ao “aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização”, e que a pesquisa qualitativa é “como um conjunto de práticas interpretativas, não privilegia uma simples metodologia acima de qualquer outra” e, finalizando, dizem que a “pesquisa qualitativa estuda coisas no seu local natural, tentando fazer senso ou interpretar o fenômeno em termos do significado pessoal”.

Segundo Chiesa e Ciampone (1999, p. 307), a

“concepção crítica da realidade e da premissa que a realidade só pode ser compreendida através do resgate do vivido, que contempla sentimentos, emoções e representações, conscientes ou não, a vivência do cotidiano e o sentido a ele atribuído pelos sujeitos, passa a ser considerada como ponto importante para a captação e compreensão dos fenômenos ligados ao campo social”.

De acordo com Minayo (2000), o termo pesquisa social tem uma carga histórica, assim como as teorias sociais refletem posição frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e determinados grupos.

A pesquisa qualitativa abraça duas tensões ao mesmo tempo. Por um lado, é delineada por uma ampla sensibilidade crítica, interpretativa, pós-moderna e feminista. Por outro lado, ela é delineada e definida mais restritamente nas concepções da experiência humana e nas suas análises positivistas, pós-positivistas, humanistas e naturalistas”.

Neste sentido, concordamos com Chiesa e Ciampone (1999, p. 308), quando referem que a

“ênfase nos aspectos qualitativos, ou seja, em variáveis que incluem a possibilidade de diferenças de interpretação e de valorização da experiência, de modo singular, pelos sujeitos/atores envolvidos no processo, pode ser expressa por meio da linguagem (verbal e não-verbal) própria de cada sujeito num dado contexto; a identificação das múltiplas facetas de um objeto de investigação; as diferentes interpretações possíveis acerca de uma mesma situação; a não-generalização dos resultados; a admissão de que o investigador nunca é neutro na observação e descrição de um fenômeno e que este é sempre um investigador participante; a concepção de que não existe verdade absoluta, de que a verdade é sempre relativa ao contexto onde emerge o objeto do conhecimento e aos critérios utilizados para a sua investigação, são aspectos que diferenciam o modo positivista de abordagem da realidade das abordagens ditas qualitativas”.

A pesquisa qualitativa foca toda experiência e significado humano que permitem um amplo entendimento sobre a completa conduta humana, na qual o significado do método da pesquisa qualitativa deu ao problema deste estudo a direção principalmente para a “Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”.

Os fatores correspondentes às dimensões e abrangência do fenômeno nos levam a crer que este é constituído por múltiplos fatores, como também existem outras implicações não só sociais mas também, econômicas/políticas e, principalmente, éticas.

Ao fazer um paralelo entre os fatores que envolvem esta problemática, alicerçados aos objetivos propostos, pode-se ressaltar que as questões aqui envolvidas são de natureza social (relação existente no ato operatório). Observa-se,

principalmente, o cuidado de enfermagem em cirurgias ortopédicas, para as quais existe necessidade de regras/normas e organização do trabalho, pois tudo isto é responsabilidade do profissional de “saber” da gravidade e riscos que podem ocorrer. Temos, então, relações entre os profissionais e os clientes (que são importantes como o significado de estar seguros); entre ambiente, as ações e a própria estrutura como significados (direito de agir e reagir com responsabilidade); entre sujeito/objeto (a utilidade como forma do fazer); e entre fato, a cirurgia em si (**Liberdade consciente**).

Estes fatores levaram os profissionais a aplicar e agir corretamente com seus conhecimentos teóricos/práticos para, juntos, “Construir Padrões de Qualidade para a Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”.

4.1 A FORMAÇÃO E O CAMINHAR DO GRUPO FOCAL

A escolha pelo percurso metodológico recaiu sobre o grupo focal pelas possibilidades que esta técnica permite em gerar informações, levantar impressões, estimular novos conceitos, interpretar resultados obtidos e avaliá-los, enfim, de chegar aos padrões que é o objetivo deste estudo.

Conforme alguns autores como Westphal; Bógus e Faria, citados por Chiesa e Ciampone (1999, p. 309), “os grupos focais aparecem como técnica de pesquisa no campo das ciências sociais na época da II Guerra Mundial, ressurgindo mais recentemente, sobretudo no campo da psicologia social, nas pesquisas de mercado e no campo da saúde; sendo que neste último, vem se consolidando como uma opção metodológica ligada às pesquisas qualitativas”.

Quanto à abordagem grupal pautada na concepção linear-tradicional, Mucchielli (1980, p. 31-32), afirma que “muito do que acontece no interior das organizações, denominado como encontros de grupos, é do tipo ‘reuniões de trabalho’, nas quais predominam opiniões racionalizadas, impessoalidade nas interpretações e superficialidade na abordagem de temas e papéis”. A dinâmica, muitas vezes, é conduzida seguindo protocolos de formas desejáveis a cada participante, e por essa razão, há comportamentos ensaiados que surgem para

evitar ou abafar situações conflitantes e, conseqüentemente, os sentimentos são reprimidos.

Neste contexto, emergem vários mecanismos de defesa para enfrentar a angústia da opressão constante, desencadeando simulações e disputas desonestas de poder, em algumas circunstâncias, na formação de subgrupos e facções paralelas que surgem para derrotar o poder para a sua própria sobrevivência.

Lane (1994, p.79), denomina essa situação como sendo “grupo objeto, grupo tipo bando ou seita, onde os seres humanos, através da serialidade, são mantidos sob formas justapostas em uma capa de coerência”.

Para Ciampone (1998); Lapassade (1989) e Lane (1994), mesmo que haja um discurso participativo, nesta perspectiva, os papéis são estáticos e previamente definidos.

Quando partimos para uma perspectiva dialética de abordagem grupal, podemos então dizer, com a afirmação de Pinchon-Rivière (1991, p. 174), que o sujeito não é um sujeito relacionado, é um sujeito produzido em uma práxis, ilustrando a perspectiva dialética de compreensão e abordagem grupal.

Pinchon-Rivière (1991, p. 177), define grupo como um conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, que propõe explícita ou implicitamente⁸⁹ uma tarefa, o que constitui sua finalidade.

Segundo Gayotto & Domingues (1995, p. 30-31), a técnica de grupo operativo pode ser adequada a qualquer contexto, desde que se respeite o que lhe é essencial: procurar desvendar o fazer das pessoas nos aspectos explícitos e implícitos.

O grupo operativo, conforme a definição do iniciador do método, implica um conjunto de pessoas com um objetivo comum, que procuram abordá-lo, trabalhando como equipe. Para o autor, a estrutura da equipe só se consegue na medida em que

⁸⁹ O explícito corresponde ao que se propõe na tarefa, como motivo pelo qual as pessoas estão reunidas. O implícito é o pano de fundo da interação grupal, é a base que sustenta a persecução do motivo. Aí estão implicadas as ansiedades básicas, isto é, o medo da perda e do ataque. O medo da perda é com referência à perda do equilíbrio já alcançado em situações anteriores (PINCHON-RIVIÈRE, 1991, p. 178).

opera, isto é, na medida em que ocorra transformação qualitativa na aprendizagem de novas condutas.

Essas novas condutas geram mudanças e, com isso, aparece o medo do ataque que surge mediante o novo, o inusitado, a diversidade e, como consequência, apresentando como ameaça ao rompimento de noções e da maneira de perceber essa transformação.

De acordo com Westphal; Bógus e Faria (1996, p. 473), grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão, de características psicossociológicas e culturais... diz respeito a uma sessão grupal em que os sujeitos/atores do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico.

O grupo focal, como técnica, para Sena & Duarte (1999, p. 328), permite a obtenção de dados qualitativos, incluindo os relacionados às emoções e aos sentimentos dos atores envolvidos no processo, por isso concordamos com Morgan (1988), quando salienta que o grupo focal não deveria ser relegado a uma parte preliminar ou exploratória da pesquisa.

Desta forma, o grupo focal constitui-se em um espaço de formulação de alternativas para a definição de padrões para prevenir e controlar as infecções em cirurgias ortopédicas e promover um cuidado livre de risco. Morgan (1988), ainda afirma que “a finalidade mais direta dos grupos focais é se aproximar das compreensões que os participantes possuem do tópico de interesse do pesquisador”.

Segundo Pereira (1999), além de permitirem o pensar coletivo de uma temática, os grupos focais criam oportunidades aos participantes, através de um processo dinâmico, de conhecer e observar como as controvérsias se expressam e são resolvidas, por meio de um processo de interação que ocorre fora dos grupos, além disso, também favorece o expressar coletivo.

O grupo focal, para a mesma autora, além de constituir uma técnica especial, tem indicações para uma conversação planejada, na qual já existe uma área definida de interesse, com projeção a obter informação e perspectiva dentro de uma atmosfera permissiva e não-diretiva.

O grupo focal, como técnica de coleta de dados na abordagem qualitativa, tende a envolver a equipe em um processo de mudança, gerando inquietações e possibilidades nos protagonistas, que, para Pereira (1999), estimula a emancipação e a criatividade que são essenciais para o processo.

A interação, a observação, o custo e o tempo, de acordo com Sena & Duarte (1999), são as principais razões de utilizar grupos focais como técnica de análise qualitativa.

A grande vantagem dos grupos focais são as oportunidades que se tem de verificar uma interação sobre determinado tópico, em curto período de tempo, e são apropriados para temas referentes a atitudes e opiniões com possibilidade, que Sena & Duarte (1999, p. 328), ressaltam como maneira de identificar e analisar profundamente problemas a partir das percepções, sentimentos e emoções dos participantes e ainda “permitem, também, que sejam observadas as controvérsias a partir da interação entre comentários de uns e opiniões emergentes de outros”, dando, assim, oportunidades aos membros do grupo de participarem, além da avaliação, também do planejamento.

Conforme Debus (1997), a técnica de moderação pode ser de dois tipos, sendo a primeira, diretiva, que utiliza perguntas dirigidas e limita muito especificamente a gama de respostas que raramente é utilizada; e a segunda, não-diretiva, que apresenta perguntas abertas, o que permite aos participantes expressarem seus sentimentos verdadeiros e reduz ao mínimo a influência do moderador, é o melhor estilo para conduzir grupos focais.

Quanto ao estilo do grupo focal, Debus (1997), o classifica em três categorias: (1) Estruturado: o moderador trabalha a partir de um guia de temas preparados, incluindo as questões que deve abordar e as áreas específicas para indagação. O guia de temas assegura que constem todos os questionamentos e pontuações de forma bem estruturada e dirigida para os objetivos da investigação. Este tipo de grupo focal permite uma comparação fácil entre uma série de grupos. (2) Não-estruturado: recorre-se a um guia de temas bastante vagos. O foco e o estilo do debate ficam a cargo do próprio grupo. Às vezes, aplica-se na etapa inicial de definição do problema de um projeto, quando não se dispõe de uma investigação anterior e quando a coordenação do programa usufrui de pouca familiaridade com o

tema e não tem hipóteses quanto aos aspectos ou razões para o problema. (3) Semi-estruturado: geralmente é o mais eficaz, portanto, o mais difundido, que compreende um guia estruturado de temas e perguntas abertas, implicando que o moderador atente para todo conteúdo alocado no guia de temas, porém, de forma a proporcionar uma conversa flexível, isto é, um diálogo construído através de vários pontos de vista, de argumentos e contra-argumentos, de posições similares ou contrárias.

Em relação à explanação sobre os aspectos éticos, temos que estabelecer o *setting* (enquadre, juramentação ou contrato grupal), que se assenta no compromisso de todos os envolvidos, é a condição necessária para que o Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO⁹⁰) grupal se consolide. Deste modo, além do consentimento informado com cada sujeito, também se fará um contrato grupal (PICHON-RIVIÈRE, 1982).

As regras básicas de convivência, em consonância aos valores e expectativas das pessoas que compõem um grupo, são estabelecidas no *setting*. Essas regras não se consolidam apenas no comportamento, mas as atitudes são valorizadas, principalmente na predisposição dos integrantes para colaborarem mutuamente, de maneira que se efetue a dinâmica pretendida.

Portanto, o grupo focal, como técnica de pesquisa, além das regras de conveniência, exige ponderações, que venham privilegiar os aspectos éticos. Sendo assim, dois âmbitos merecem atenção, o compromisso ético unilateral, ou seja, dos pesquisadores com os pesquisados, e o compromisso ético bilateral, quer dizer, pesquisadores e pesquisados entre si, no que diz respeito ao acontecer grupal.

Sena & Duarte (1999, p. 329), ao citarem Stewart & Shandasani, destacam também como vantagem “a interação direta entre pesquisador e respondente, o que proporciona oportunidade para clarificação das respostas, continuação de questões, observação das respostas não-verbais pelo pesquisador, obtenção de rica e larga amostra de dados nas próprias palavras do respondente e em suas expressões não-verbais. O grupo focal permite, também, que os respondentes reajam e desenvolvam as respostas de outros membros do grupo. É muito flexível, podendo ser usado para

⁹⁰ Entende-se o conjunto organizado de noções e conceitos gerais, teóricos, referido a um setor do real, a um universo do discurso, que permite uma aproximação instrumental do objeto particular concreto PICHON-RIVIÈRE, 1991, p. 173).

examinar grande número de tópicos com uma grande variedade de indivíduos e de locais. Pode ser adotado como estratégia viável de pesquisa para a obtenção de dados em grupos heterogêneos, pois facilita o entendimento dos resultados, aliados à própria interação dos participantes entre si e com o moderador tornando o método dinâmico e descontraído”.

Como desvantagens, as mesma autoras dizem que “o uso de uma amostra pequena e intencional, o que obriga, em alguns casos, os grupos focais a serem complementos de estudos quantitativos. Outro elemento limitante refere-se à interação que ocorre entre os participantes, o que pode provocar alterações no curso da discussão, exigindo grande habilidade do moderador para manter focalizado o assunto em discussão. Aspecto que também merece atenção dos pesquisadores é a necessidade de se estabelecerem formas de garantir a presença dos participantes como: realização de reuniões em locais de fácil acesso, horários adequados etc.. É necessário ressaltar que a análise dos dados é difícil, já que os comentários devem ser interpretados no ambiente social em que se dá a interação do grupo. A interação dos respondentes entre si e com o pesquisador pode ter dois efeitos: as respostas de um membro do grupo não são independentes das respostas de um outro, o que prejudica a generalização dos resultados; os dados obtidos podem ser influenciados parcialmente por um membro mais dominante e opinador”.

4.2 O PERCURSO METODOLÓGICO

Delimitado o desenho metodológico traçado para “**Construir Padrões de Qualidade para a Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas**”, justifica-se a escolha desta estratégia metodológica por possibilitar a reunião de diferentes atores da prática quotidiana dos profissionais de enfermagem em um espaço de investigação que propicia a reflexão crítica sobre os afazeres no dia-a-dia destes profissionais.

Para que pudéssemos colocar o projeto de pesquisa em prática, o mesmo foi submetido a apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina que após ser analisado foi aprovado por unanimidade (ANEXO 1).

No segundo momento foi entregue ao Comitê de Ética do Hospital Governador Celso Ramos, sendo aprovado, e alguns itens foram solicitados, (ANEXO 2), em seguida, providenciados e atendida as solicitações.

Com os pareceres favoráveis pelos dois comitês, demos então, início à caminhada.

4.3 CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DA PESQUISA

Como o nosso trabalho de pesquisa é “Construir Padrões de Qualidade para a Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”, o cenário não poderia ser outro senão o centro cirúrgico, ou seja, o espaço onde os profissionais de enfermagem desenvolvem suas atividades, convivem com ações presentes em seu cotidiano e o local de eventos, que permeiam situações em sua vida diária.

Com relação à instituição de saúde em estudo, podemos dizer que hoje ela pode ser considerada de referência em ortopedia, apresentando a seguinte situação: 261 leitos, sendo que, destes, apenas 203 estão ativados. Para a ortopedia existe uma unidade com 25 leitos e ainda poderão ser utilizados apartamentos, quando disponíveis, além de contar com serviços de emergência e ambulatório. Quanto ao serviço de ambulatório, foram atendidos em média/dia 116,50 clientes. A média mensal é de 3.495,00 atendimento/mês, perfazendo um total anual de 41.940,00 atendimentos (dados estatísticos do período entre setembro de 2001 a setembro de 2002). Quanto ao atendimento de emergência e urgência, são atendidos em média/dia 162,17 clientes. A média mensal é de 4.865,10 atendimento/mês perfazendo um total anual de 58.381,20 atendimentos (dados estatísticos do período entre setembro de 2001 a setembro de 2002).

O centro cirúrgico em estudo está situado no terceiro andar de um hospital geral governamental, localizado na grande Florianópolis. O horário de funcionamento é de 24 horas. Das 8:00 às 16:00 horas, para cirurgias eletivas e das 16:00 às 08:00, em caráter de emergência e urgência. Esta rotina atualmente não é mais seguida devido ao grande volume de cirurgias e os encaixes, que são cirurgias que ficam na espera de uma oportunidade para serem realizadas, causando grandes

transtornos ao funcionamento do centro cirúrgico porque, com a demanda existente, não é mais possível seguir uma escala normal.

Atualmente, a equipe de enfermagem desta unidade é composta de 2 enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem, 25 auxiliares de enfermagem, 4 agentes de serviços gerais, perfazendo um total de 45 funcionários que, além da sua carga horária normal, ainda fazem 60 horas plantão/mês para manter um quadro de pessoal estável. Eles estão distribuídos da seguinte forma: dos 2 enfermeiros, um atua como coordenador da unidade e 1 na supervisão e assistência; 3 na secretaria 1 (auxiliar de enfermagem) atua como Office-boy e 2 (auxiliares de enfermagem) atuam na escrituração; 1 (agente de serviços gerais) maqueiro para encaminhar o cliente; 2 (1 técnico de enfermagem e 1 agente de serviços gerais) atuam no almoxarifado-satélite e têm como responsabilidade o controle de todo o material que entra e sai para as cirurgias; 2 (agentes de serviços gerais) atuam na higienização e limpeza, com responsabilidade da limpeza de todo o bloco cirúrgico; 4 (auxiliares de enfermagem) atuam na sala de recuperação pós-anestésica, com a responsabilidade de assistir o cliente até a sua alta; 1 (auxiliar de enfermagem) atua como auxiliar de anestesia, tendo como responsabilidade o preparo dos materiais, diluição das drogas anestésicas e manutenção/ organização do carro de anestesia; 21 (12 técnicos e 9 auxiliares de enfermagem) atuam como instrumentadores e têm sob sua responsabilidade todo o material e instrumental quanto a sua condição de uso; 6 (auxiliares de enfermagem) atuam como circulantes de sala, tendo a responsabilidade de prover e manter a sala na melhor harmonia; 6 (auxiliares de enfermagem) atuam como instrumentadores do noturno e têm o centro cirúrgico sob sua responsabilidade; e 3 (auxiliares de enfermagem) atuam como circulantes de sala do noturno, com as mesmas responsabilidades dos demais do diurno.

Para a operacionalização do grupo focal, o número de participantes foram: 8 ou 7 por grupo que é considerado ideal por Debus (1997), quando ressalta que a dimensão do grupo deve se situar em um intervalo entre 6 (seis) a 15 (quinze) participantes, que é geralmente recomendável. Tradicionalmente, 8 (oito) a 10 (dez) participantes constituem-se em um grupo ideal. Mas, há uma tendência em formar grupos menores, compostos de 5 (cinco) a 7 (sete) pessoas, denominados de minigrupos. Na realidade, destaca a autora, a dimensão de um grupo depende dos objetivos estabelecidos.

Alguns critérios se fizeram necessários na escolha dos participantes para compor os grupos focais, como: profissionais da unidade, que atuam como circulantes de sala e instrumentadores que têm a vivência/problemática comum, procurando abranger a diversidade das práticas.

Os participantes dos grupos focais foram previamente selecionados e todos que se enquadravam dentro dos critérios foram convidados.

Entretanto, quando se trata de temas socialmente delicados, como, construir padrões de qualidade para contribuir na prevenção e controle de infecção em cirurgias ortopédicas, o grupo foi dividido por área de atuação (circulante e instrumentador), que é uma variável que irá facilitar a liberdade de expressão.

No centro cirúrgico em questão, existem 7 salas cirúrgicas, mas apenas 6 estão ativadas, destas, 1 é reservada para a ortopedia, porém, quando as demais estão desocupadas, podem ser usadas.

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

O grupo focal conseguiu uma estrutura de equipe dedicando-se às tarefas propostas, trabalhando sobre um determinado tópico de discussão e funcionando como um grupo operativo.

Para Westphal; Bógus e Faria (1996, p. 73), quanto à composição do grupo, devemos levar em conta que os integrantes tenham, entre si, pelo menos traços comuns importantes para o estudo proposto. Para que fosse respeitada esta condição de que os participantes tivessem traços comuns, os grupos foram formados por técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam como instrumentadores e circulantes no centro cirúrgico em estudo.

Iniciamos o nosso trabalho, com um contato prévio com o Coordenador do Centro Cirúrgico, colocando-o a par do projeto que gostaríamos de desenvolver em sua unidade. Não havendo nenhum empecilho de sua parte, foi marcada uma reunião com todos os funcionários.

No dia da reunião, muitos não compareceram devido ao volume intenso de cirurgias, mesmo assim, foi realizada com os dez presentes. Fizemos uma

explicação sobre o projeto e qual era a nossa intenção. Todos que estavam presentes acharam ótimo e concordaram em participar. Pela dificuldade em reunir todo o grupo começamos então, a conversar individualmente, expondo todo o projeto. Assim, se concordavam e quisessem participar era-lhes entregue o consentimento (ANEXO 3).

Conforme Goldim (1997), o consentimento é um documento por escrito, atendendo às Normas de Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde. Neste documento, constava o objetivo e a importância da pesquisa, nome do pesquisador responsável, breve esclarecimento sobre a técnica de pesquisa adotada, garantia de sigilo e anonimato no tratamento das informações obtidas, devolução dos resultados do estudo, isenção de vínculo hierárquico e de coerção no vínculo empregatício do participante, autorização para gravação em áudio, vídeo etc., direito de desistir em participar da pesquisa a qualquer momento e sem justificativa, entre outros aspectos pertinentes à investigação.

Todos os documentos ficaram de posse do pesquisador, devidamente assinados por ambos e datados. O teor do Consentimento Livre e Informado é um respaldo legal tanto para o pesquisado quanto para o pesquisador.

Devido às dificuldades em reunir todos, elaboramos um instrumento (ANEXO 4) contendo alguns dados, como por exemplo: quais os dias da semana que poderíamos nos reunir, qual o local que gostariam que as reuniões fossem realizadas, melhor horário e de quantas horas preferiam que fossem os encontros. Esses dados nos auxiliaram e facilitaram a formação dos grupos. Com todos os instrumentos preenchidos, conseguimos montar 4 grupos: sendo 2 de 8 participantes e 2 com 7 participantes e realizamos os trabalhos conforme solicitação dos mesmos. Após contactar com todos, e ter o termo de consentimento assinado, ressalta-se que apenas 1 funcionário não aceitou em participar do estudo.

Para que o trabalho tivesse uma seqüência lógica, listamos 13 vertentes com 5 subvertentes, servindo de guia na condução das reuniões sem fugir do fio condutor e sem que houvesse divergência quanto à temática.

Assim, o papel do coordenador (moderador) foi significativo para o bom funcionamento dos grupos porque ele estava preparado e instrumentalizado em todas as fases do processo.

4.5 A COLETA DE DADOS

Para a condução das reuniões, o coordenador fazia o questionamento geral que era: “Construir Padrões de Qualidade para a Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas” e, assim, traçar os objetivos do encontro.

Neste momento, como coordenador, esboçávamos o propósito e o formato da reunião para que os participantes soubessem o que esperar das discussões e ficassem à vontade.

Orientávamos o grupo que as entrevistas ou discussões eram informais e que esperávamos a participação de todos com o máximo de espontaneidade possível.

Utilizávamos cuidadosamente o roteiro com perguntas abertas, porque estas promoviam debates mais livres.

O roteiro das entrevistas possibilitou um diálogo franco-aberto-participativo através das conversas obtendo-se as informações pré-estabelecidas.

O coordenador utilizou o gravador e o diário de campo nas entrevistas para melhor registrar os depoimentos dos sujeitos/atores.

Como a maioria dos participantes preferiu que as reuniões fossem realizadas no próprio centro cirúrgico, utilizamos a sala de estar, onde cada um se posicionava da maneira mais confortável possível, o que está em desacordo ao que preconiza Debus (1997), que deve haver a construção de algumas apropriações como ambiente que assegure privacidade em que os participantes possam falar sem serem observados por “espectadores indesejáveis”. É bastante recomendável que seja um local não inserido no contexto de trabalho, confortável e facilitador do debate, sem variações extremas de temperatura, ventilação e outros fatores como: iluminação e condições anatômicas dos assentos, que influem na qualidade dos grupos focais.

Reunidos os componentes do grupo, fazíamos um momento de descontração e em seguida iniciávamos os trabalhos, colocando em pauta o foco para discussão e os aspectos do “fazer” para esse encontro.

Em seguida, eram lançadas as perguntas e todos tinham a livre liberdade para colocar sua opinião e tudo o que desejassem sobre o tema e tinham a orientação

para que falassem um de cada vez e que não haveriam respostas certas ou erradas, mas que o importante era a sua contribuição para a construção dos padrões.

A duração das reuniões era em média de 1 a 2 horas. Dependendo da dinâmica do grupo, trabalhávamos dois ou mais tópicos, sempre em função da disponibilidade das pessoas, respeitando o contrato com o grupo.

4.6 OS GRUPOS FOCAIS E AS REUNIÕES

Após termos conhecimento de quem realmente participaria da pesquisa, iniciamos a formação dos grupos através de levantamento e análise comparativa dos dados extraídos dos instrumentos por eles preenchidos. Para facilitar os encontros, optamos por agrupá-los por período. Sendo assim, o grupo I foi formado por 8 profissionais que atuam no plantão noturno; o grupo II por 6 profissionais do período vespertino e 2 do período matutino; o grupo III por 6 profissionais do período matutino e 1 do período vespertino e o grupo IV por 6 profissionais do período matutino e 1 do noturno.

Sempre na primeira reunião com os grupos focais falávamos sobre a organização dos trabalhos, o número de encontros requeridos à composição, à duração e local das sessões e à dimensão do grupo. Era nesta reunião que se deixava bem clara a importância da reflexão sobre “o quê?”, “o como?”, “o por-quê?” e “o para quê?” para desencadear o processo que possibilitasse ao grupo aflorar seu potencial de transformação, procurando sempre encorajar os integrantes a expressarem livremente suas idéias e sentimentos, retomando o assunto sempre que identificava desvio do foco proposto.

Nas primeiras reuniões, percebemos que muitos estavam constrangidos e quase não contribuíram, mas com o decorrer das reuniões, as respostas fluíram normalmente.

Toda as reuniões tinham em média 1 hora e meia, porque quando se excede o tempo preconizado de duas horas, pode ocorrer fadiga, desgaste ou esvaziamento da mobilização. Além disso, alguns autores como Westphal; Bógus e Faria (1996); Carlini-Contrin (1996); Rosso (1997) e Minayo (2000), observam que a duração das reuniões dos grupos focais não deverão ultrapassar duas horas por sessão.

Com o roteiro pré-estabelecido dávamos por aberta a reunião iniciando-a com as boas-vindas, apresentação do pesquisador e informações acerca dos objetivos da pesquisa e da técnica de pesquisa e esclarecimento sobre a dinâmica de discussão (debate). E em todas as reuniões fazíamos o encerramento com acertos e combinações finais para o(s) próximo(s) encontro(s), agradecimentos.

As reuniões aconteceram no período de junho a setembro de 2002, sendo que foram realizadas de 5 a 8 reuniões com cada grupo como segue: Com o GRUPO I - Foram realizadas 5 reuniões, sempre iniciando com a escolha dos afazeres, encorajando-os a expressarem livremente suas idéias, sentimentos e contribuições à pesquisa. Nesta união e liberdade, o coordenador assumia seu papel, que, para Carlini-Contrin (1996), é uma posição de peça-chave para o desenvolvimento satisfatório do grupo, criando um ambiente favorável e agradável em todo o seu transcorrer.

O coordenador iniciava agradecendo a presença de todos, não necessitando de apresentações já que todos se conheciam. Na **Primeira reunião** - Foram colocados quais os afazeres que seriam discutidos tais como: esterilização; abertura de caixas e pacotes e degermação. O coordenador observava se tudo estava pronto, ligava o gravador e colocava a primeira pergunta. Os tópicos subseqüentes só se iniciavam quando o grupo e o coordenador reconheciam que já estava esgotada a discussão anterior. Ao final, o coordenador concedia espaço aos participantes para se manifestarem quanto aos afazeres discutidos, e, em seguida, promovia acertos e combinações para o(s) próximo(s) encontro(s). Fazia os agradecimentos pela participação de todos.

A dinâmica de todas as reuniões seguintes tiveram o mesmo enfoque para que pudéssemos uniformizar todo o processo, apenas mudando os tópicos de discussão. **Segunda reunião** - Limpeza da sala antes e após a cirurgia; comunicação com o cliente e troca de luvas; **Terceira reunião** - Preparo da sala e testes dos aparelhos; **Quarta reunião** - Uso dos anti-sépticos e circulação na sala; **Quinta reunião** - Esterilização química e uso de máscara. A dinâmica com o **GRUPO II** - Foi idêntica a do primeiro grupo, diferenciando apenas no número de reuniões que foi em um total de 6, sendo que na **Primeira reunião** - Esterilização e abertura de caixas e pacotes; **Segunda reunião** - Degermação e cuidados e manuseio dos equipamentos;

Terceira reunião - Limpeza da sala antes e após a cirurgia e comunicação com o cliente; **Quarta reunião** – Troca de luvas e preparo da sala; **Quinta reunião** - Testes dos aparelhos e uso dos anti-sépticos e **Sexta reunião** - Circulação na sala e uso de máscara. Com o **GRUPO III** - A dinâmica e a condução de todas as reuniões foram idênticas a do segundo grupo porque foram também de 6 reuniões. Com o **GRUPO IV** - Por ser um grupo formado com 6 profissionais que trabalhavam no período matutino e com 1 que trabalha no período noturno, ficava difícil encontrar um horário adequado para se reunir, então, de comum acordo, combinamos em nos reunirmos no primeiro horário da manhã e se trabalhava conforme as condições e movimento do centro cirúrgico e pelas condições no máximo só poderíamos trabalhar 2 tópicos por manhã. Portanto, foram realizadas um total de 8 reuniões, sendo que na **Primeira reunião** - Foi trabalhado a Esterilização e abertura de caixas e pacotes; na **Segunda reunião** – Degermação e cuidados e manuseio dos equipamentos; na **Terceira reunião** - Limpeza da sala antes e após a cirurgia; na **Quarta reunião** – Comunicação com o cliente; na **Quinta reunião** - Troca de luvas e preparo da sala; na **Sexta reunião** – Testes dos aparelhos e uso dos anti-sépticos; na **Sétima reunião** – Circulação na sala e uso de máscara e na **Oitava reunião** - Esterilização química.

Todas as “falas” que emergiram durante as reuniões, com os grupos focais, foram gravadas e depois submetidas à transcrição para posterior categorização, análise e interpretação dos dados.

CAPÍTULO V RESULTADOS

É triste falhar na vida, porém mais triste ainda é não tentar vencer.
(Franklin Delano Roosevelt)

5.1 CONSTRUÇÃO DOS PADRÕES

A construção dos padrões foi realizada seguindo as recomendações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1999) e da Association of Operating Room Nurses (AORN, 1995) para que pudéssemos ter um guia norteador nesta ação. As recomendações foram, na realidade, o suporte de discussão de cada padrão, que foi constituído da seguinte maneira: **Afirmção, Padrão e Requisitos Básicos**.

A afirmação é uma condição essencial para fundamentar o enunciado do padrão. Esta afirmação é, para Ferreira (1996), a ação ou o efeito de afirmar aquilo que se está propondo. É a condição que vai especificar, discriminar, fixar e assentar de antemão o alicerce para o padrão e seus requisitos básicos.

O padrão é um objeto que serve de modelo à leitura de outro que, inspirado em Ferreira (1996), tem a expectativa de disposição em ordem e perfeitas condições que venham garantir a qualidade no ato anestésiar/operar em procedimentos ortopédicos.

Os requisitos básicos são condições que necessitamos para completar ou atingir nossos objetivos, isto é, são condições adicionais na construção dos padrões e, conseqüentemente, no momento de sua implantação.

A assistência no centro cirúrgico é uma atividade complexa, muitas vezes afetada por uma série de fatores internos, como os ambientais, que podem comprometer os resultados pretendidos no ato operatório.

A construção dos padrões de qualidade para a prevenção e controle de infecção em cirurgias ortopédicas deve ter sua legitimidade no respeito à equidade, qualidade, eficiência, efetividade e aceitabilidade a partir dos seus principais aspectos que devem ser assumidos por todos os envolvidos na assistência direta ou indireta ao cliente.

Portanto, a responsabilidade é compreendida neste processo tendo como meta o mecanismo primário de controle dentro do centro cirúrgico, dando ênfase nas finalidades propostas e não nos meios, que são subsídios para combater o desvio do programa inicialmente traçado.

Para Mezono (1995, p. 7), “parece que muitos profissionais se transformam e se comportam como se fossem simples burocratas e operadores de equipamentos e absolutamente distantes do sentimento, da lágrima, da emoção, da dor e da dúvida que traumatiza a alma e a mente dos que já têm seus corpos golpeados”. Esta situação fica evidente nos profissionais que atuam no centro cirúrgico, porque eles não têm poder de decisão e, conseqüentemente, ficam submissos a todos os dilemas ali construídos.

Não podemos mais aceitar tais comportamentos e atitudes, devemos buscar soluções para os problemas que afetam a dinâmica de trabalho no centro cirúrgico. Como salienta Mezono (1995, p. 8), “é preciso deixar de avaliar os serviços de saúde apenas quantitativamente: equipamentos; clientes-dia; porcentagem de ocupação; consultas realizadas; quantidade de profissionais e coisas do gênero, e começar a avaliá-los qualitativamente: saúde “produzida”; educação dada; satisfação garantida; sofrimento evitado; erros prevenidos e decisões acertadas”.

Precisamos reorganizar nosso trabalho por meio da participação, que é, evidentemente, fundamental para a criação de uma adequada relação com os

clientes, dando dignidade aos profissionais, tornando-os mais responsáveis, fazendo com que haja mudanças de atitudes, conscientizando-os dos valores do processo de melhoria da qualidade. Esta mudança de pensamento, para assegurar efetividade ao processo, exige o envolvimento de todos. Concordamos com Mezone (1995, p. 94), quando ressalta que “um dos grandes obstáculos (e um grande desafio) na implantação de um processo de melhoria da qualidade nos serviços de saúde está no envolvimento dos médicos. Os médicos devem entender que a qualidade também os beneficia, dá mais efetividade ao seu trabalho, melhora sua imagem e cria um ambiente mais adequado para o exercício de suas atividades”.

Portanto, a qualidade está ligada diretamente a toda a equipe multiprofissional e não a uma determinada categoria profissional.

5.2 VISUALIZANDO AS VERTENTES E SUAS SUBVERTENTES NA CONSTRUÇÃO DOS PADRÕES

O refinamento e análise dos dados originários das vertentes deram origem às subvertentes, as quais foram agrupadas dando formas ou simbolizando a maneira pela qual iríamos construir os padrões de qualidade para a prevenção e controle de infecção em cirurgias ortopédicas.

Após cada reunião, víamos que as nossas crenças, valores, filosofia de vida, assim como as dos grupos focais, iam se moldando de tal modo que percebíamos a intensidade, a energia e a vontade de acertar de todos os envolvidos nesta construção.

Foi com base nas 13 vertentes iniciais que emergiram as 5 subvertentes, que, através das reuniões com os grupos focais, demos início à elaboração da construção dos padrões considerados por todos como os mais prioritários.

A análise dos dados está alicerçada a partir dos discursos que afloraram do conteúdo expresso em cada subvertente.

Nossa proposta era desenhar, de forma mais simplificada, a interpretação dos dados obtidos, para chegarmos aos padrões pretendidos pelo grupo, que, após a

sua validação, seriam incorporados por todos na sua essência, tanto na compreensão como na assimilação.

Neste sentido, a partir das falas dos grupos focais durante as reuniões, em cada vertente, e utilizando-se dos arranjos das subvertentes, desenhamos a representação gráfica como fonte de informações e idéias para atingir a construção dos padrões de qualidade para prevenção e controle de infecção em cirurgias ortopédicas.

A seguir, discutiremos e analisaremos cada vertente e suas subvertentes relacionando-as às diversas falas e visão dos grupos focais. Para que todos os depoimentos ficassem no anonimato, utilizamos nomes de instrumentais cirúrgicos para representar cada membro do grupo focal na construção dos padrões.

5.2.1 Vertente 1 - Preparo da sala cirúrgica

Esta vertente é formada pelas 5 subvertentes, conforme representação gráfica, que deram origem à construção dos padrões I, II e III.



DIAGRAMA 1 – vertente preparo da sala cirúrgica

A descrição e análise das subvertentes possibilitaram o formato final, que são os padrões construídos com base na vertente preparo da sala cirúrgica.

A - SUBVERTENTE 1 - Relação de material necessário para a cirurgia

Ao ser lançada esta questão ao grupo, tínhamos a certeza que, para cada cirurgia, deveria ter uma relação em consonância entre o centro cirúrgico e o centro de material e esterilização, porém, como o trabalho nesta unidade é muito automatizado, a maioria não se detém a este detalhe, conforme relato dos participantes:

FARABEUF - Não, é de cabeça, a não ser que o cirurgião queira algum material específico, a gente sempre pergunta, mas não tem um livro ou alguma coisa especificando isto e aquilo.

DOYEN, BACKHAUS e MIXTER - Eles têm relação no CME, que, na verdade, fomos nós quem fizemos, mas foi acrescentada muita coisa e não consta lá.

DUVAL - Relação por escrito não tem, a gente já sabe de cor. Tem o básico para cada cirurgia e o específico que cada cirurgião usa que a gente sabe, e o que não se sabe, se pergunta para os colegas, e o que falta, se busca durante a cirurgia.

Mesmo assim, alguns alegavam que:

BROWN, FOERSTER e GELPI - Não existe uma relação.

Em contrapartida, alguns participantes acham que existe, mas já está desatualizada.

FINOCHIETTO e MAYO - No Centro de Material e Esterilização existe um livro já todo amarelado com o material básico, só que nem sempre vem tudo.

Embora exista a negação de uma relação por escrito por parte de alguns, outros relatam que:

FAURE e KELLY - Antigamente tinha, mas alguém pegou para ler e deu fim.

Existindo ou não a relação de material, os participantes destacam que:

FAURE - Existe, foi feito isto, inclusive eu ajudei a fazer, só que sumiu, não se sabe onde está.

JONES - Existe para cada tipo de cirurgia tanto o básico como o específico.

SATINSKY - Não tem controle do material para cada cirurgia, porque se você pedir 10 cubas, eles te dão.

Concluindo esta subvertente, constata-se que, atualmente, cada componente abastece a sala conforme melhor lhe convier, sem fazer uso de uma relação de material necessário para cada cirurgia.

B - SUBVERTENTE 2 - Como abastecer a sala cirúrgica?

Por não haver um controle rigoroso, as salas de cirurgia são abastecidas segundo a necessidade de cada um.

FARABEUF - Se são pequenas, a gente leva o material básico para 2 ou 3 cirurgias, mas outras cirurgias não, cada cirurgia é um material.

POTTS - Colocando o material básico, vejo a quantidade que vai ser usada e às vezes coloco a mais para não precisar sair da sala e não ficar aquele corre-corre de última hora, que a gente nunca sabe.

FOERSTER - Quando você tem dúvida, pergunta para o colega, porque sempre tem alguém que sabe mais do que a gente.

Mesmo sem um controle rígido, alguns dos componentes enfatizam que utilizam critérios sempre pensando no volume de cirurgias escaladas para a sua sala naquele período.

MIXTER - Muitos levam para 2 ou 3 cirurgias.

JONES e DUVAL - Para uma, sempre deixando o básico para a outra.

Neste sentido, ainda existe preocupação do grupo quanto à falta de material na sala.

GELPI - Chego de manhã e olho na sala o que está faltando, como povidine, micropore, antibióticos, esparadrapo, meu material, os fios.

MAYO - Quando é uma cirurgia pequena, se deixa uma bandeja ou duas e o material básico.

Enfim, a montagem da sala depende de cada membro da equipe, seu entendimento sobre suprir a sala de material e preocupação para que o procedimento saia a contento.

FAURE - A minha eu abasteco com a experiência que eu tenho.

SATINSKY - Quando é uma cirurgia contaminada, coloca-se o mínimo de material.

FINOCHIETTO - Tem muita coisa que mudou e a gente não coloca porque realmente a gente não sabe.

C - SUBVERTENTE 3 - Costuma faltar muito material?

É pensando em cada cirurgia que o grupo monta a sala, mas, dependendo da mudança do procedimento proposto, sempre falta.

POTTS e KELLY - Normalmente não, só quando muda o plano cirúrgico.

CRILLE e GOSSET - Costuma faltar, porque tu preparas a sala para 1 tipo de cirurgia, e é principalmente na ortopedia.

Dependendo do volume de cirurgias e o tempo disponível de cada componente, todos os dias falta alguma coisa, porque existe muito pouco instrumental/material no hospital.

*GELPI e BACKHAUS - Depende do pessoal que está na sala e do tipo de cirurgia.
ADSON - Se a gente tem tempo de montar a sala, ela fica impecável, caso contrário, a gente não reclama e vai buscar.*

Assim, a falta de material durante o ato operatório está associada ao volume/tempo e exigências da equipe, mesmo assim, há a preocupação de montar a sala de acordo com cada procedimento.

*HEGAR - Tenta-se colocar o máximo possível para não ter aquela correria.
BROWN e FOERSTER - Sempre tento levar tudo, mas sempre falta alguma coisa.
RANDAL - À noite, a gente põe tudo no carrinho o que se poderá usar.
SATINSKY - Não, a não ser que precise durante a cirurgia.*

D - SUBVERTENTE 4 - Na montagem da sala, existe comunicação, ajuda e interesse?

A montagem da sala vai depender muito da composição circulante/instrumentador, suas ligações, interações, interesse e relacionamento.

*FARABEUF - Sim, para agilizar, um limpa a sala e o outro já vai lá pegar o material. Sempre a gente diz: falta isto, pega aquilo. Às vezes as duas pegam o material junto.
SINGLEY - Procura ver se não esqueceu de nada e aí um lembra o outro.*

Esta ajuda mútua, para muitos, facilita o trabalho em equipe. Portanto, quanto mais aproximação, melhor será o desempenho durante o período.

*DOYEN e CRILLE - Depende da equipe que tu pega, eu acho assim, têm pessoas que tu pegas e te adapta.
JONES - Existe, tem que existir, e aí tem um detalhe, o que é coisa rara de acontecer, mudar o procedimento cirúrgico, aí falta material, porque tu te preparas para uma coisa e de repente o cirurgião abre e é outra coisa diferente.*

Para alguns dos componentes, esta comunicação/interação já teve seus tempos áureos.

*FINOCHIETTO - Antigamente funcionava muito bem os dois na sala.
RANDAL - É muito importante a comunicação, porque aí se trabalha melhor.*

Hoje este conviver em grupo no centro cirúrgico está muito mudado.

GOSSET - Tem funcionário aqui dentro, não é um, é mais de um que termina a cirurgia, tu tiras a tua mesa, tu limpas a sala, tu repões a sala, tu bota o lençol, bota o saco de lixo, monta toda a sala, bota o cliente para dentro e ele lá, tomando café, contando piada e tu te danas e o enfermeiro não enxerga.

ADSON - À noite a comunicação é direta, porque quase sempre a gente troca de função, numa cirurgia, a gente instrumenta e, na outra, a gente circula.

E - SUBVERTENTE 5 - O kit pronto melhoraria o andamento do preparo da sala cirúrgica?

No momento em que haja uma uniformização no procedimento, a tendência é a melhoria e agilidade de modo geral, trazendo, consigo conseqüentemente, a motivação pelo trabalho.

BROWN e FOERSTER - Seria o ideal, porque aí se economizaria tempo, gastaria menos material e não iria muito material para a sala, iria somente o necessário.

FAURE - Porque o material estaria todo disponível aí, e não teria tanta caixinha, outra caixinha, se usaria menos pacotes.

Mesmo com o kit pronto, para alguns dos componentes, ainda assim, haveria problemas.

ADSON e RANDAL - Eu acho que não, porque o pessoal do Centro de Material e Esterilização não sabe montar direito as caixas, aí fica faltando material e a gente tem que abrir outra caixa e pegar.

CRILLE - Não funciona porque, se tu levas um fio 2.0, o doutor fulano de tal não gosta de 2.0, ele quer o 1.0, e aí o kit pronto vai ser um padrão. Este padrão nunca vai ser obedecido (as duas), sendo assim, vai ter que ter um kit para cada médico.

Para que a implantação de um kit surtisse efeito, o hospital teria que adquirir mais material/instrumental.

BROWN, FOERSTER, CRILLE e GOSSET - Tem que ter muito material para fazer isso, e o hospital não tem.

SINGLEY, COLLIN, RUSSA e FINOCHIETTO - Para o material especial de cada cirurgia, seria muito bom, porque o básico a gente sabe, mas o específico não.

Antes da montagem de um kit, para alguns dos componentes, o mais importante seria ter um profissional exclusivo só para o atendimento das solicitações da equipe, no corredor.

MAYO - O melhor seria um funcionário no corredor para resolver estas coisas.

SATINSKY - Esta pessoa já providenciaria o material para a próxima cirurgia, facilitaria bastante.

Foi a partir desta vertente e suas subvertentes, que se originou a construção dos seguintes padrões: I - Assistência Livre de Risco, II - Controle do Ambiente do Centro Cirúrgico e III - Sistema de Controle de Cuidados, descritos a seguir.

5.2.1.1 PADRÃO I - Assistência mais livre de risco

AFIRMAÇÃO - Todo cliente terá a sua assistência considerada sem risco, tendo em vista os seus efeitos no pós-operatório devido às medidas executadas no trans-operatório. Devemos considerar que, além das ações de enfermagem, existem outros fatores envolvidos no tratamento cirúrgico que podem interferir nas suas reações.

PADRÃO - O cliente cirúrgico deve receber assistência segura, o mais livre de riscos, relacionada aos procedimentos executados durante o ato operatório.

REQUISITOS BÁSICOS

1. *Quanto à prevenção de infecção:*
 - 1.1. Aplicar medidas de controle do ambiente, pessoal e material, e princípios de microbiologia e técnica asséptica no desenvolvimento das atividades.
 - 1.2. Avaliar as condições do cliente quanto a sua susceptibilidade a infecções.
 - 1.3. Controlar no pós-operatório, a ausência ou presença de infecção, verificando:
 - a) Elevação da temperatura;
 - b) Queixas de dor;
 - c) Presença de edema, eritema e calor no local da incisão;
 - d) Presença de secreção na incisão e drenagens.
2. *Quanto à prevenção do comprometimento, relacionado aos riscos devido à posição na cirurgia:*
 - 2.1. Adotar medidas de prevenção;
 - 2.2. Controlar os efeitos das medidas adotadas, observando no pós-operatório:
 - a) Presença ou não de dor nos locais possíveis de comprometimento, de acordo com a posição no trans-operatório;

- b) Ocorrência ou não de parestias, parestesias e/ou paralisias, em áreas sujeitas a compressões e hiperextensões, considerando-se a posição adotada;
 - c) Dificuldade de movimentação de segmentos, relacionados aos locais envolvidos no posicionamento;
 - d) Existência ou não de eritema em áreas sujeitas à compressão pelo posicionamento.
3. *Quanto à prevenção de possíveis comprometimentos associados à utilização de aparelhos, deve-se:*
- 3.1. Adotar medidas de controle no que diz respeito à execução, conhecimento dos equipamentos e sua utilização, bem como dos cuidados envolvidos;
 - 3.2. Observar, no pós-operatório, a presença ou não de dor ou lesões em locais passíveis de comprometimento.
4. *Quanto à prevenção de comprometimentos relativos ao uso de produtos químicos, deve-se:*
- 4.1. Avaliar as reações do cliente no pós-operatório quanto a algum problema.
5. *Quanto à prevenção de comprometimentos circulatórios e respiratórios, deve ser considerada por ocasião da movimentação e do transporte do cliente:*
- 5.1 Observar, no pós-operatório, o retorno do cliente a níveis pré-operatórios de respiração, pulso e pressão arterial e o aparecimento de queixas que envolvam dificuldade respiratória e dores por comprometimento venoso ou arterial.
6. *Considerar a prevenção das complicações psicobiológicas relacionadas à forma de prestar os cuidados:*
- 6.1 Verificar os efeitos psicobiológicos no pós-operatório através do comportamento do cliente (agitações, apatia etc.) e efeitos psicossomáticos (dor exagerada, insônia, náuseas, vômitos, diarreia etc.).

5.2.1.2 PADRÃO II - Controle do ambiente do centro cirúrgico

AFIRMAÇÃO – O ambiente deve ser seguro, existindo um controle sobre as situações, atividades e fatores potenciais de risco que possam produzir alterações leves, moderadas ou graves no cliente. As atividades básicas referentes ao ato operatório devem ser realizadas dentro de requisitos relativos à assepsia.

PADRÃO - O ambiente em um centro cirúrgico deve proporcionar segurança aos cliente e condições para o desenvolvimento das atividades básicas relacionadas aos procedimentos cirúrgicos.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Lembrar que o ambiente cirúrgico inadequado pode interferir negativamente nas condições pós-operatórias do cliente;
2. *Assegurar condições mínimas de assepsia do ambiente, observando adequação das instalações físicas e levantamento de problemas relativos às deficiências encontradas quanto:*
 - a) Ao sistema de ventilação, incluindo temperatura e umidade;
 - b) À área e tamanho da sala de cirurgia;
 - c) Aos materiais e tipos de acabamentos relacionados a piso, paredes, portas, forro e esquadrias;
 - d) Às instalações: elétricas, gases canalizados, sistema de vácuo e ar comprimido, água e esgoto;
 - e) À circulação interna envolvendo pessoal e material;
 - f) À distribuição da área e aos elementos básicos necessários ao centro cirúrgico;
3. *Manter uma equipe de controle e manutenção das instalações, de forma sistematizada, levando em conta os aspectos referentes às condições assépticas do ambiente, tais como:*
 - a) A limpeza e desinfecção ambiental, considerando a forma de realização, os locais específicos, a frequência e o tipo;
 - b) A análise das atividades, para manutenção das condições assépticas do ambiente, envolvendo: o controle do fluxo de material, de roupas limpas

e sujas, do lixo, do número de pessoas na sala e das ações de enfermagem, no que tange às atividades de: levantamento de materiais e equipamentos necessários ao cuidado do cliente e ao atendimento à equipe cirúrgica nas salas de operações.

4. *Identificar as possíveis fontes de riscos ambientais no centro cirúrgico, considerando os riscos físicos, quais sejam: ruídos, vibrações, calor, frio, pressão anormal, radiações ionizantes, radiações não-ionizantes, iluminação e umidade; os riscos químicos, como: névoas, neblina, poeira, gases, vapores e substâncias químicas; os biológicos, inerentes à terapêutica cirúrgica, às respostas do organismo ao medo, stress; e os riscos psicológicos, relacionados ao ambiente.*

5.2.1.3 PADRÃO III - Sistema de controle de cuidados

AFIRMAÇÃO - Deve existir um sistema de controle de cuidados, que a verificação sistemática de seus vários aspectos, para detectar suas interferências e adoção de medidas corretivas. Esses aspectos relacionados aos cuidados interferem positiva ou negativamente na execução.

PADRÃO – Os cuidados devem ser controlados durante todo o período trans-operatório, tendo em vista que, a inobservância dos cuidados executados podem ocasionar riscos ao cliente.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Controlar os cuidados executados, que permita a verificação sistemática para detectar suas interferências e adotar medidas corretivas.
2. Adotar um sistema de controle proporcionando condições de avaliar a assistência indireta ao cliente.
3. Colher os dados e informações registradas no prontuário, em sistema de controle próprio, observação direta e entrevista com o pessoal de enfermagem do centro cirúrgico.
4. Avaliar a assistência indireta utilizando critérios que derivam dos indicadores da própria assistência.

5.2.2 VERTENTE 2 - Comunicação com o cliente

Nesta etapa, apresentamos a vertente comunicação com o cliente por entendermos que este processo de interação em muito diminui o *stress*, o medo, as dúvidas e as angústias relacionados ao procedimento a ser realizado.

Desta vertente emergiram 5 subvertentes, conforme representação gráfica, e com o desenrolar dos trabalhos, deram origem à construção dos padrões IV e V. Esta composição dos padrões se moldou por entendermos que essas subvertentes englobam e expressam a importância deste conviver nas diferentes visões e níveis de estar próximo do outro.

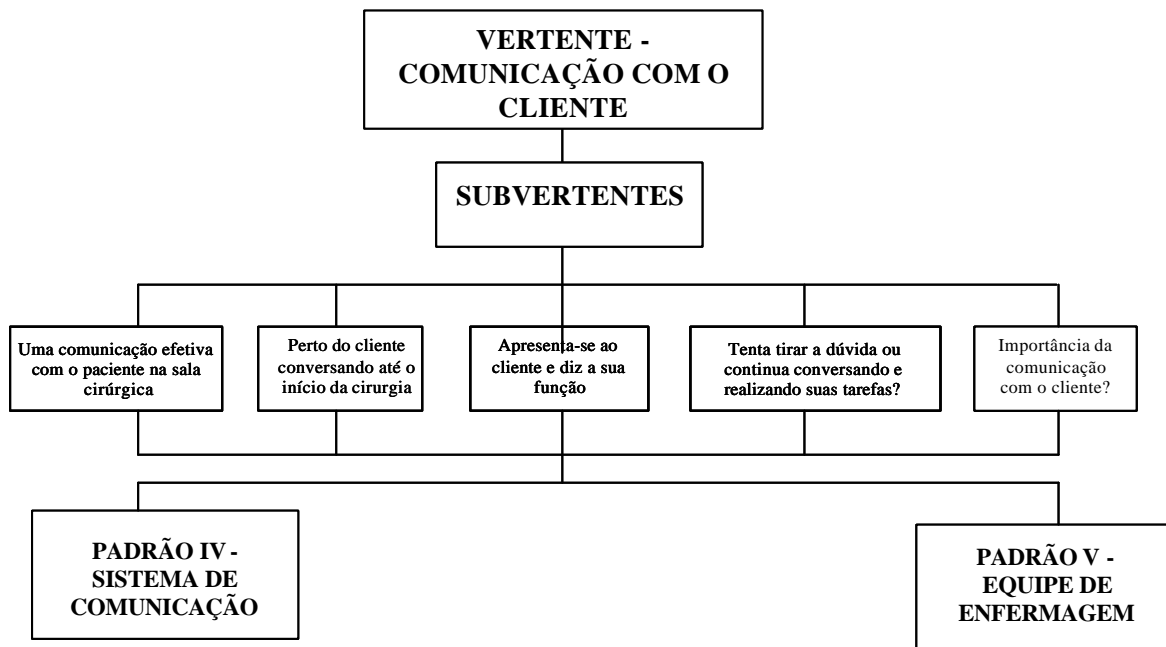


DIAGRAMA 2 – VERTENTE COMUNICAÇÃO COM O CLIENTE

Na seqüência, descreveremos as subvertentes da vertente a Comunicação com o cliente, que deram origem aos padrões IV e V.

A – SUBVERTENTE 1 – Uma comunicação efetiva com o cliente na sala cirúrgica

Esta vertente expõe a maneira cordial com que o grupo focal tenta se relacionar nos seus afazeres cotidianos do trabalho.

FARABEUF - Sim, a gente se apresenta, depois fala o procedimento que a gente faz, avisa-se o cliente, e assim sucessivamente.

CRILLE e POTTS- Com certeza sim, desde a hora que ele chega e depois que ele acorda.

FOERSTER - Procuro saber o nome dele, para não ficar chamando de fulano daqui, fulano dali.

NELSO - Eu costumo conversar o básico, por exemplo, se é à noite, dou "boa noite", às vezes pergunto se está tudo bem quando vejo que o cliente está nervoso, e uma comunicação mais efetiva só quando estou na recuperação.

Mas muitas vezes as tarefas diárias acontecem tão rapidamente que este detalhe passa despercebido.

KELLY - Às vezes eu percebo o cliente ali na frente, eu converso, e na sala, às vezes sim, às vezes não, depende do tempo.

BONNEY - Na primeira cirurgia da manhã, eu fico com o cliente, aí sempre se conversa, se dá uma atenção, e daí em diante é difícil.

BROWN e FOERSTER - Quando dá tempo, e isto acontece na primeira cirurgia da manhã quando a gente fica esperando o cirurgião.

FAURE - Muitas vezes o cliente passa despercebido.

SINGLEY - É muito rápido as coisas aqui que não dá tempo.

Para muitos, esta conversa só se concretiza quando observam que o cliente está necessitando de ajuda.

KOCHER - Tem muito cliente que chega com muita dor e a gente tenta acalmar.

FARABEUF - E se o cliente sente dor insuportável, a gente tem até que entender, então se espera um pouco para ver se eles se acalmam.

O desejo de estabelecer esta relação é manifestada no momento em que se efetua o transporte até a sala de cirurgia.

MIXTER - Eu faço isto, mas vou ser sincera, não digo nem oi para o cliente.

DUVAL - Quando o cliente entra na sala comigo, a gente tem mais contato com ele, a gente se apresenta e apresenta o anestesista, mas às vezes falta um pouco disso, mas não tem tanto o que conversar.

Para a descontração e segurança do cliente, quando se tem tempo, até existe uma relação mais confortadora entre a equipe e o cliente.

MAYO - Eu brinco, eu falo.

DOYEN - Eu estou sendo bem comunicativo.

HEGAR - Eu fico o máximo com ele.

B – SUBVERTENTE 2 – Perto do cliente conversando até o início da cirurgia

Esta subvertente é, para o grupo focal, uma forma de expressão que revela e demonstra como esta simples atitude é importante.

BULLDOGS - A gente não deve, a gente tem obrigação de ficar perto dele.

RANDAL - Eu fico perto porque o cliente está sempre medroso e tenso, então é bom a gente ficar perto, que ajuda.

FINOCHIETTO - Esta conversação com o cliente é só o básico que precisa, porque, se puxar muito, eles são tão amplos, naquela hora eles estão tão carentes.
DEBAKEY - A não ser que demore a equipe chegar, que aí o cliente está aí sozinho e então a gente conversa, puxa assunto, porque têm pessoas que chegam aqui e ficam apavoradas.

O fator responsabilidade fica evidente quando há a necessidade de se ausentar da sala, pois o ausentar-se só acontece quando se tem certeza que alguém vai ficar com o cliente.

FARABEUF - A gente fica na porta olhando, mas não junto ao cliente conversando.
BROWN, ALLIS e BACKHAUS - Sim, quando não tem ninguém, mas quando chega o anestesista, não dá mais. Às vezes eu consigo (FAURE), mas tem muitas vezes que tem que arrumar a sala e não dá.
FAURE - Quando o estado do cliente chama a atenção, eu converso com ele, tento tranquilizar, mas se ele está dormindo, não adianta ficar conversando.
CRILLE - Sempre fica alguém com o cliente, e se a gente tem que sair, a gente pede para o anestesista e ele fica substituindo a gente neste momento.

Quando existe disponibilidade e tempo, esta interação acontece espontaneamente, e quando se percebe, já se está envolvido nas angústias e traumas do cliente.

NELSO - Eu peguei um caso bem interessante de uma cliente que, passeando na Beira-Mar, fez uma luxação no braço e depois da cirurgia ela disse que percorreu todos os hospitais para atenderem ela e ninguém atendeu ela que estava morrendo de dor. Aí veio para o Celso Ramos e elogiou um monte, porque foi bem atendida, e depois ela falou da vida dela e eu falei da minha e ela falou uma coisa pra mim, que eu gravei, que é um direito da gente ser bem atendida, não tinha plano de saúde, não porque não podia, ela podia, mas porque é uma obrigação do Estado dar assistência à saúde a todo mundo, ela elogiou bastante o hospital, porque foi bem atendida.
NELSO - Às vezes a conversa é mais importante que uma medicação para ele, pode ser, né.
JONES - Não é que não se dá importância para o cliente, é que todo o trabalho que a gente tem que fazer para poder trabalhar com o cliente não permite que se fique conversando com ele o tempo inteiro, cada um tem uma função pré-determinada, é claro que a gente responde ao cliente tudo o que ele pergunta, mas sentar com ele para ficar conversando até que comece a cirurgia, não.

C – SUBVERTENTE 3 – Apresentar-se ao cliente e dizer a sua função

A vida cotidiana no ambiente do centro cirúrgico é tão intensa que muitas vezes o grupo não se preocupa com a formalidade em se apresentar ao cliente.

POTTS - Eu converso, mas não me apresento, digo que já está no Centro Cirúrgico.

Porém, quando é abordado pelo cliente quanto à sua identificação e função, esta formalidade é realizada sempre.

RANDAL - A gente escuta mais ele do que fala, ele faz uma pergunta e a gente responde, se está com medo, a gente acalma, se limita mais em ouvir o cliente do que falar.
KELLY - Eu só digo que sou da enfermagem.

Muitos se preocupam com essa situação não muito confortável para si e para o cliente, mas é o dia-a-dia agitado que os faz ser robotizados e os deixa, muitas vezes, passivos à situação.

BROWN - Meio difícil.

JONES - Eu faço isso, sempre quando posso.

D – SUBVERTENTE 4 – Tenta tirar a dúvida ou continua conversando e realizando suas tarefas?

Muitas vezes as dúvidas, medos e o *stress* do cliente podem ser motivos para alterações e, conseqüentemente, problemas, durante o procedimento. Então, sempre que o cliente colocar em pauta suas angústias, é preciso buscar alternativas para solucioná-las.

FARABEUF - Se tiver tempo, a gente até pára.

FOERSTER - Com certeza, deixa ele mais tranqüilo. O cliente chega nervoso porque, por menor que seja o ato cirúrgico, sempre é um risco que se corre.

RANDAL - Eu sempre tiro a máscara para conversar com o cliente e depois eu coloco e digo para ele que o Dr. vai começar a cirurgia e a gente vai arrumar as coisas..

FARABEUF - Paro, explico e tal, mas se não, a gente vai falando e vai montando a sala.

Os afazeres do dia-a-dia no centro cirúrgico são tão atropelados que fica difícil parar perto do cliente e dar as respostas que ele gostaria de ouvir.

FARABEUF - Depende do tempo, às vezes a sala está atarefada e a gente não pára não.

MIXTER - Eu vou ser sincera, às vezes continuo fazendo o que estou fazendo e respondo.

FINOCHIETTO - Às vezes paro, às vezes não paro, conforme a pergunta.

DEBAKEY - Na sala é difícil parar, só dá no início.

Para alguns, por não serem preparados para tirar as dúvidas do cliente, é complicado, enquanto que outros vão procurar a resposta a ser dada.

JONES - Sempre se procura responder de uma maneira ou de outra.

BROWN e FOERSTER - A gente não foi treinado para isto.

DUVAL - De acordo com o movimento, geralmente quem atende é o anestesista.

Pelo movimento, muitas vezes, não dá tempo para parar e nem tempo para olhar para o cliente.

CRILLE - A gente tem que estar fazendo tudo, e muito mais não dá, é humanamente impossível, nem que tu queiras.

JONES - Na maioria das vezes, se responde para ele trabalhando. Difícilmente se pára.

ADSON - Já estão mais acostumados hoje em dia, porque eles vêem na televisão.

NELSO - Respondo fazendo as tarefas, não paro. Não dá para parar, né.

E – SUBVERTENTE 5 - É importante a comunicação com o cliente?

A comunicação com os clientes, quando de forma eficiente, deixa-os confortados, satisfeitos e cientes do que provavelmente pode ocorrer.

FARABEUF – Ah, sim, claro, eles ficam bem mais aliviados quando conversam e tiram as suas dúvidas.

KOCHER - Provavelmente a gente pode até ajudar, tirar suas dúvidas e sentir as dificuldades deles.

POTTS - Muito, a sua tranquilidade e segurança dependem disto, e mesmo que a gente não se apresente, a circulante ou a instrumentadora sempre dão conforto ao cliente para que ele não se sinta sozinho.

BACKHAUS - O medo e a preocupação são constantes no cliente, ele precisa de confiança.

Quando o cliente é informado e tem noção do que possivelmente poderá ocorrer, a ajuda fica facilitada e cria um ambiente de confiança entre as partes.

BACKHAUS - Às vezes o próprio cliente deve ficar pensando: o que será que está acontecendo que ninguém conversa.

BULLDOGS - Se você chega e vai tirando a roupa do cliente, ele diz que só veio fazer tal coisa e não precisa, então é importante, antes da gente fazer, explicar para ele.

CRILLE - É importante para o cliente se sentir seguro, além de tu estares fazendo um papel de alavanca, exemplo, como hoje, o cliente estava muito nervoso, aí eu o trouxe e fiquei ali. A pessoa precisa se sentir segura, e tu ali é o cabo dela.

ADSON - Se a gente começar a destapar o cliente para colocar os monitores, eles já ficam todos encolhidinhos. Então a gente diz que isto é normal, que tanto faz ser homem como mulher que a gente trata assim, porque é o Centro Cirúrgico e a gente é obrigada a fazer, e aí eles vão ficando à vontade, também a gente não expõe muito o cliente.

CRILLE - Peguei uma cliente que estava muito preocupada com a dentadura, tive que tirar do saco, enrolei num papel e levei para a sala e guardei. Assim que terminou a cirurgia, fui lá e entreguei, ela me agradeceu. Tem estas preocupações, né.

Tudo o que o cliente assimila sobre o seu tratamento é revertido em ajuda no decorrer da realização do procedimento.

BACKHAUS - Deveria ser feita uma boa recepção do cliente no centro cirúrgico, Isso tudo devia ser colocado para ele lá, aí, quando chegasse na sala, seria mais fácil.

CRILLE - A pessoa precisa sentir apoio, não precisa nem falar, às vezes só ficar do lado já é suficiente.

RANDAL - Eu acho que eles se sentem à vontade se a gente conversar, porque às vezes vem alguém substituir a gente e eles dizem: Ah! Depois tu vem aqui, então eles sentem a falta da gente, quando a gente se comunica.

Quando as dúvidas, incertezas e medos não são esclarecidos ao cliente, estes podem apresentar alteração em seu estado geral.

FINOCHIETTO - Porque subiu a pressão, deu taquicardia, por causa do nervoso.

FINOCHIETTO e NELSO - Já, desistiram também, principalmente nas eletivas por opção do cliente ou familiar.

DUVAL - Em grande parte, é a primeira vez. Eles ficam pensando: o que vão fazer comigo, e também para deixar mais calmos, ficar uma coisa mais humanizada, não se sentir tão objeto.
CRILLE - Muito importante, ele se sente mais seguro, não fica com medo, como hoje tivemos o caso de um cliente que estava com medo da anestesia e aí foi tudo explicado, tudo mostrado.
MAYO - E a gente, conversando, já ameniza isto e ele se sente mais seguro, mesmo sendo um cego, sabendo que você está aí, ele já fica mais tranquilo.

A comunicação com o cliente deve ser um processo natural no qual todas as suas incertezas devem ser esclarecidas por alguém da equipe.

CRILLE - A pessoa fica preocupada com os seus pertences, quando é um cliente externo, deveria ter um armário para isso, aí a gente guardava e, quando a pessoa saía da sala de recuperação pós-anestésica, se entregava.
CRILLE - Tem que ver o lado do cliente, porque a gente coloca naquele saco preto e amassa tudo, é uma situação constrangedora e eles ficam preocupados com isso.
JONES - É transmitir segurança ao cliente, porque eles vêm para cá e não sabem o que vão fazer e nem como vão fazer e nem se vão voltar para casa...
FINOCHIETTO - É importantíssimo, por experiência própria, porque, quando a gente está na cama, é que se sente e o fulano... ficou ao meu lado me orientando, tirando dúvidas e confortando, gostei muito. Ele foi muito importante para mim.

Com o desenvolvimento desta vertente e suas subvertentes originaram-se os padrões: IV - Sistema de Comunicação e V - Equipe de Enfermagem.

5.2.2.1 PADRÃO IV - Sistema de comunicação

AFIRMAÇÃO - Devem existir registros de todas as ações diretas de enfermagem sobre o cliente, relacionadas à assistência.

PADRÃO - Deve haver um sistema de comunicação de todas as ações diretas de enfermagem no período perioperatório.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Manter uma que propicie reconhecer e registrar as necessidades de cuidado do cliente.
2. Atender a todas as solicitações do cliente e registrá-las.
3. Manter um formulário para anotações relativas às fases pré-trans e pós-operatórias, que contemplem suas necessidades afetadas.
4. Incluir nos registros, dados relativos aos procedimentos adotados com relação à terapêutica e ato anestésico/cirúrgico.
5. Relatar informações da assistência prestada ao cliente no período pós-anestésico.
6. Sistematizar o registro das informações considerando:
 - 6.1. A necessidade de especificação dos vários aspectos que

compreendem as fases acima descritas, de uma forma concisa, com a padronização dos dados a serem registrados durante as atividades.

5.2.2.2 PADRÃO V - Equipe de enfermagem

AFIRMAÇÃO - A equipe de enfermagem deve ser dirigida pelo enfermeiro, o qual será responsável pelo planejamento, organização, direção, controle e coordenação das atividades de enfermagem. O pessoal do centro cirúrgico deve pertencer à categoria profissional de enfermagem, receber treinamento específico antes de iniciar as atividades e atualização periódica.

PADRÃO - É necessária existir uma equipe de enfermagem qualificada, coordenada por um profissional enfermeiro, para assistir o cliente no período trans-operatório e atender à equipe cirúrgica, frente aos procedimentos que envolvem o ato operatório.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Considerar os vários aspectos envolvidos na seleção de pessoal de enfermagem:
 - 1.1. Quanto ao nível de escolaridade e relação com a categoria de enfermagem: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.
 - 1.2. Deve existir treinamento não apenas na admissão, envolvendo os aspectos relativos a princípios básicos de técnica asséptica e princípios referentes aos cuidados no período perioperatório.
 - 1.3. Deve existir a observação de aspectos relacionados à: destreza manual e facilidade de desenvolvê-la; agilidade e presteza no desenvolvimento de atividades; capacidade de observação; espírito crítico; bom senso; capacidade de comunicação verbal e escrita e bom relacionamento com as pessoas;
 - 1.4. Considerar as condições de saúde, os fatores de risco que envolvem o funcionário no período trans-operatório no que concerne a riscos biológicos, químicos e físicos.
2. *Treinar o pessoal e manter um processo de educação continuada;*

- 2.1 Manter um programa básico de treinamento, antes de iniciar as atividades, para os técnicos e auxiliares de enfermagem.
- 2.2. Manter um programa de educação continuada abrangendo atualização e reciclagem do pessoal.
- 2.3. Os enfermeiros devem participar de cursos para atualização e aperfeiçoamento.
3. *Avaliar a equipe de enfermagem, quanto:*
 - 3.1 A execução da tarefa, através de supervisão sistematizada, compreendendo:
 - a) Seguir os princípios recomendados para o uso dos materiais e equipamentos;
 - b) Observar as técnicas de manuseio de material esterilizado;
 - c) Utilizar adequadamente os materiais;
 - d) Prestar os cuidados (relacionamento interpessoal-terapêutico), englobando: o tratamento cordial, o fornecimento de informações e explicações e atenção;
 - e) Executar as tarefas nas unidades com segurança (habilidade e conhecimento).
4. *O desenvolvimento de funções administrativas pelo enfermeiro, deve-se levar em conta:*
 - 4.1. Planejar - o que, como, quando, onde e quem deve fazer;
 - 4.2. Organizar – congregando os diversos recursos e fatores necessários para a execução dos planos, estabelecendo uma estrutura de autoridade e responsabilidade;
 - 4.3. Dirigir – gerenciando as ações à medida que se executam os planos. Engloba a determinação de novos planos; a emissão de ordens específicas, instruções e comunicações; supervisionar, avaliar e motivar os profissionais;
 - 4.4. Controlar - envolvendo a avaliação e a regularização do desenvolvimento das atividades de forma a garantir o cumprimento do planejamento.

5.2.3 VERTENTE 3 - Uso de máscara no centro cirúrgico

Esta vertente mostrará a importância ou o significado do uso de máscara, especialmente em áreas restritas e no manuseio de material estéril. Suas 5 subvertentes trarão possibilidades e arranjos para a concretização e o uso de máscara adequado para cada situação, que é o padrão VI.

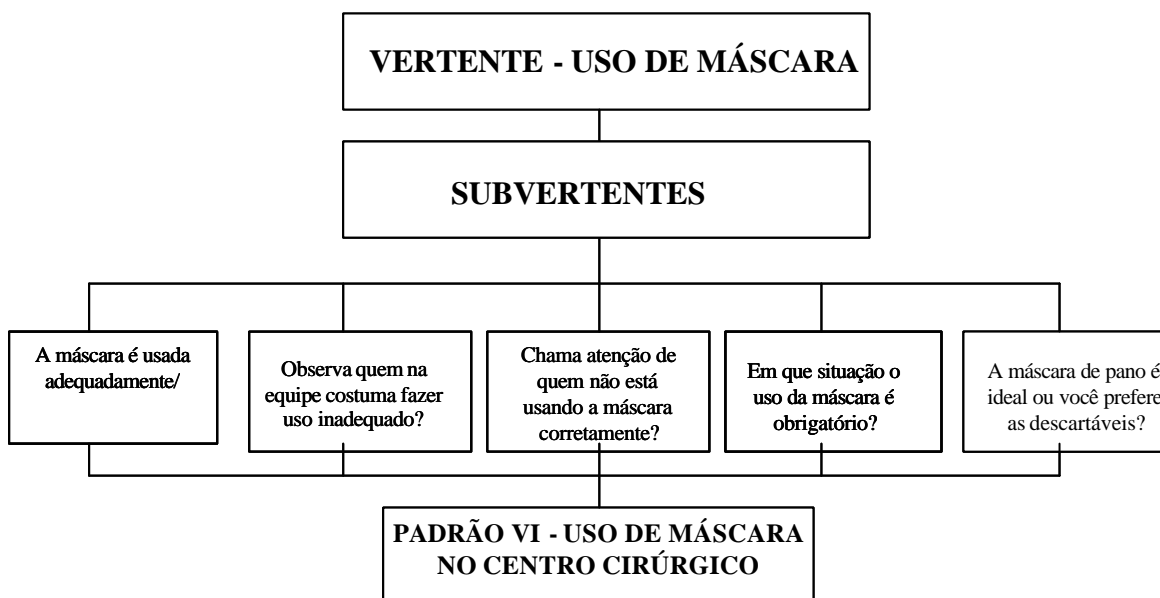


DIAGRAMA 3 – USO DE MÁSCARA

Com a análise e as descrições destas subvertentes, chegamos ao padrão uso de máscara no centro cirúrgico.

A – SUBVERTENTE 1 - A máscara é usada adequadamente?

A técnica correta do uso de máscara é cobrir a boca e o nariz, para que, durante o ato cirúrgico, não haja contaminação por microrganismos expelidos pela boca e nariz.

POTTS - Dificilmente a gente vê eles usando a máscara direito, ficam sempre de nariz de fora.

DUVAL - Por toda a equipe não, porque os médicos e anestesistas ficam mexendo no cliente sem máscara. Mas tem gente que não usa.

FINOCHIETTO - Não, de vez em quando um está com o nariz de fora.

Quando o grupo observa alguém usando a máscara incorretamente, este chama a atenção, porque tem consciência das conseqüências deste ato.

KELLY - Quando são pessoas novas chegando no centro cirúrgico, eu até digo, mas quando é pessoal antigo, tipo anestesista, eu acho que são bastante adultos para saber o correto. Têm pessoas que não respeitam.

FOERSTER - Quando a gente observa que não está usando corretamente, se dá uma chamadinha.
 RANDAL - Não, ontem mesmo tinha um doutor que, de vez em quando, tinha que pedir para ele colocar a máscara.
 MAYO - A gente só olha e eles arrumam.

B – SUBVERTENTE 2 - Observa quem na equipe costuma fazer uso inadequado?

Consciente ou não, a maioria da equipe não faz uso correto de máscara.

BULLDOGS - Durante o dia, é a toda hora, a todo instante tem que estar pedindo, sobretudo para o anestesista.
 MIXTER - Às vezes eles saem da sala e depois voltam sem máscara.
 RANDAL - À noite, às vezes, acontece de ter que pedir para arrumar a máscara.
 DEBAKEY - Dentro da sala sim, eu, quando vejo alguém de nariz, de fora já falo.

Quanto ao membro da equipe que faz uso incorreto, é relatado que é com frequência.

KELLY - Na enfermagem sempre está direito.
 SATINSKY - Têm alguns cirurgiões que não tapam o nariz.
 DEBAKEY - Eu já chego e arrumo eles.

Deveria ter orientação constante e máscaras adequadas para o uso.

FINOCHIETTO - Um cartaz na porta da sala “coloque máscara”.

C – SUBVERTENTE 3 – Chama a atenção de quem não está usando a máscara corretamente?

O chamar a atenção do outro, mesmo tendo conhecimento correto, é muitas vezes desagradável, mas faz parte do cotidiano de cada um.

KELLY - Eu chamo quando estou com a minha equipe, porque tenho mais liberdade.
 HEGAR - Colocam na hora, depois de ficarem chateados. Ficam com raiva, mas arrumam.
 CRILLE - Eu, depende, tem anestesista que tu chega, mas de uma forma sutil, outro acha que é estéril, se for cirurgião, ele te mete a boca.
 NELSO - Chamo atenção quando é alguém novo. Agora de cirurgiões e **staff** não.
 DEBAKEY - Em sala, eu exijo que estejam direitinho.

Mesmo sabendo que estão fazendo uso inadequado, quando chamados a atenção, sempre têm uma desculpa.

DEBAKEY - Às vezes eles dizem que caiu.

Muitas vezes há membros da equipe que não aceitam, mesmo sabendo que estão errados.

GOSSET - Eu não chamo a atenção de ninguém, porque eu não sou uma pessoa delicada, eu sou grosseira, e aí se eu for falar, eles vão brigar, então não falo nada.

BACKHAUS - Se a gente chama a atenção, eles acham que têm razão, porque são eles que mandam na cirurgia.

FAURE - Sim, às vezes eles colocam, outras vezes, só fazem cara feia.

CRILLE - Eu, geralmente, levo na brincadeira, doutor, seu nariz está estéril?

D – SUBVERTENTE 4 – Em que situação o uso de máscara é obrigatório?

Todos têm consciência de que a máscara deve ser utilizada em dois momentos distintos.

FOERSTER - Quando o material estéril está aberto.

DUVAL - Em qualquer ocasião em que seja usado material estéril.

JONES - A partir do momento em que tenha na sala material estéril.

Para outros, o uso da máscara deve ser obrigatório desde o momento em que se entra na sala.

BULLDOGS - Desde a hora em que o cliente entra na sala.

GELPI, FAURE, ADSON e BACKHAUS - Dentro da sala cirúrgica têm que usar máscara.

No momento em que se abra o material ou está em cirurgia, o uso da máscara é obrigatório e deve ser colocada de forma correta.

CRILLE - Eu acho que a partir do momento em que tem cirurgia.

RANDAL - A partir da hora em que o material estéril está aberto, todos devem estar de máscara dentro da sala.

E – SUBVERTENTE 5 – A máscara de pano é ideal ou você prefere as descartáveis?

Para cada ocasião existe uma máscara. No ambiente cirúrgico, a ideal é a descartável com 3 camadas, mas cada membro da equipe usa o que tem ou conforme a sua consciência sem se preocupar qual a ideal.

BULLDOGS e MIXTER - Alguns preferem a descartável, porque é mais confortável, fixa melhor, não deforma, se adapta melhor, consegue respirar mais tranquilamente, ela cobre bem até o pescoço.

KELLY e CRILLE - Eu prefiro a de pano, a outra me dá uma alergia, na semana passada eu tive, não sei se foi o lote da máscara, ainda comentei, quando eu vi, estava toda inchada.

DEBAKEY, POTTS, FARABEUF e FAURE - Eu prefiro a descartável porque eu acho mais higiênico e protege mais, ela tem filtro e a de pano não tem nada disso.

A adaptação das máscaras é outro motivo pela escolha.

COLLIN e SATINSKY - Eu prefiro a de pano, porque ela se adapta melhor.

*CRILLE e KELLY - A descartável me dá coceira no nariz.
GOSSET - Eu não gosto da máscara descartável, porque ela me tranca a respiração, com a de pano dá para respirar melhor.
BROWN - A de pano é muito grossa, abafa a gente.*

Não é pela sua funcionalidade que se escolhe a máscara, mas sim, pelo conforto.

NELSO - Alguns preferem a descartável porque é mais confortável, fixa melhor, não deforma, se adapta melhor, consegue respirar mais tranquilamente, ela cobre bem até o pescoço.

O uso, muitas vezes, é escolhido pela higiene.

*FARABEUF - A descartável, além da higiene, é individual.
KELLY e KOCHER - Esterilizam as máscaras em pacote, ficam ali, a primeira é estéril, e as outras?
DEBAKEY - O pano às vezes não é bem lavado.*

Ninguém tem segurança com as máscaras usadas.

*FOERSTER - A descartável é mais confortável.
BROWN - A de pano muitas vezes tem cheiro ruim.
BONNEY - Na verdade, esta máscara descartável não é ideal.
ADSON - Parece que ela vai rasgar, molha logo.
RANDAL - De pano parece que protege mais.*

Através desta vertente e suas subvertentes chegamos ao PADRÃO VI - Uso de Máscara no Centro Cirúrgico, conforme relataremos a seguir.

5.2.3.1 PADRÃO VI - Uso de máscara no centro cirúrgico

AFIRMAÇÃO - A máscara cirúrgica deve cobrir totalmente a boca e o nariz e deve ser utilizada ao entrar na sala cirúrgica se o instrumental estiver exposto ou a cirurgia estiver em andamento.

PADRÃO - Todas as pessoas que adentrem às áreas estritas do centro cirúrgico devem usar máscaras.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Remover ou descartar as máscaras após o uso e não devem permanecer no pescoço ou bolso para uso futuro;
2. Fixar as máscaras de maneira que cubram boca e nariz e previnam escape de ar;
3. Conversar o mínimo possível nos ambientes restritos, próximo ou no campo estéril;

4. Falar o menos possível na presença de um campo estéril para reduzir a dispersão de gotículas;
5. Considerar o uso de máscaras como forma de proteção da equipe cirúrgica bem como do cliente.

5.2.4 VERTENTE 4 - Troca de luvas

O uso da luva é um procedimento que exige muita atenção ao ser calçada. Deve-se sempre lavar as mãos antes e após o seu uso.

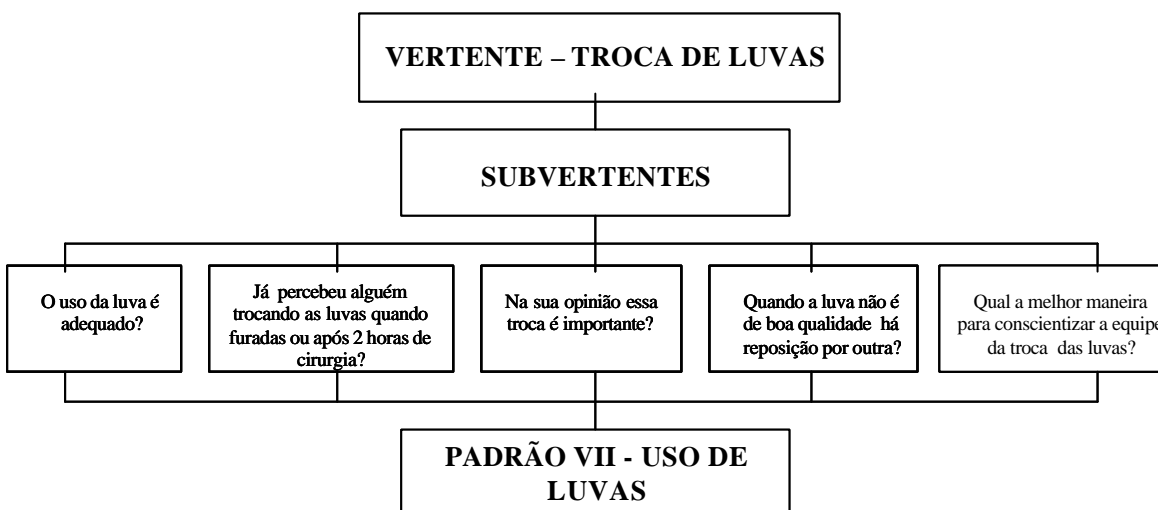


DIAGRAMA 4 – TROCA DE LUVAS

A – SUBVERTENTE 1 – O uso da luva é adequado?

A falta de material muitas vezes obriga o pessoal a fazer uso de luvas inadequadamente.

BULLDOGS e FARABEUF - Quando não tem luva de procedimento, a gente é obrigado a usar luva cirúrgica.

POTTS - Quando nós temos material adequado, é usado adequadamente.

NELSO, RANDAL, SATINSKY, MIXTER, BACKHAUS e ALLIS - Ficamos muito tempo sem luvas de procedimento.

A pressa também é um fator que leva o pessoal a fazer uso inadequado.

ADSON - Eu acho que sim, mas às vezes, por causa da pressa, a gente pega luva cirúrgica para fazer um procedimento.

Por faltar a luva adequada para determinado procedimento, existe um gasto desnecessário.

MIXTER - Há muito desperdício de material, por exemplo, quando falta luva de procedimento, usa-se luva estéril.

DUVAL - Em geral, quando falta luva de procedimento, se usa luva estéril, o que eu acho um absurdo, desperdício de material, porque quatro luvas estéreis já dá uma caixa de cinquenta pares da outra, mas, fora isto, o uso é adequado.

Todos sabem que a luva de borracha serve para a limpeza, a de procedimento é para procedimentos e a cirúrgica, para procedimentos invasivos, mesmo assim, não fazem uso correto.

FOERSTER - Às vezes a gente tem que usar luva estéril para fazer limpeza porque não tem a outra.

FAURE - Não, muitas vezes a gente faz limpeza com luva cirúrgica.

SINGLEY, COLLIN, RUSSA e FINOCHIETTO - Mesmo para limpeza se usa luva de procedimento.

B – SUBVERTENTE 2 – Já percebeu alguém trocando as luvas quando furadas ou após duas horas de cirurgia?

A troca de luvas durante o ato cirúrgico é preconizada a cada duas horas ou quando furadas.

GOSSET – Não, porque não existe a troca de luvas durante a cirurgia.

BULLDOGS - Dá para contar nos dedos quem faz isso.

MIXTER, ALLIS, NELSO e BACKHAUS - Quando furadas, sim, caso contrário, não, dizem que a comissão de controle de infecção hospitalar está errada neste ponto.

FOERSTER - Quando furadas, sim, e quando a cirurgia é grande, alguns cirurgiões trocam.

Quando é uma cirurgia de grande porte, é avisada a equipe quanto à troca a cada duas horas.

FARABEUF - Em relação às duas horas, nem sempre é trocada, a gente pode até alertar.

BULLDOGS - O que eu observo em cirurgias de grande porte é que eles calçam duas luvas e depois de mais ou menos duas horas eles tiram uma.

FAURE, FOERSTER e HEGAR - A gente avisa o cirurgião que já completou duas horas e, normalmente, eles não querem trocar e não trocam.

DUVAL - Ultimamente até se tem dado mais atenção na troca de duas em duas horas.

SINGLEY - Quando eu estou circulando, eu ofereço e eles às vezes trocam.

ADSON - Quando a gente usa a luva muito tempo, se fica com a mão molhada, imagina mais de duas horas com uma luva daquelas, além de fazer mal pra gente mesmo.

JONES - Já, já percebi, têm equipes que eu vejo trocando, a instrumentadora lembra, oferece e eles geralmente trocam, alguns trocam, né. Outros dizem que não tem necessidade. Tem quem coloca esse tipo de questão.

C - SUBVERTENTE 3 – Na sua opinião, essa troca é importante?

Alguns acham a troca da luva de suma importância.

*BROWN, ALLIS e BACKHAUS - A maioria usa, mas não pensando no cliente, mas neles.
 BROWN - Sinceramente, eu acho que não é importante, porque quando eles tiram contaminam mais ainda.
 JONES - O crescimento das bactérias é muito rápido. Ficam muito sujas de sangue.
 BONNEY - E também têm os microfuros que a gente não vê.*

Outros não sabem a razão científica da troca.

*JONES - Eu não sei responder, eu quero crer que seja importante para a segurança do cliente.
 FINOCHIETTO - Eu nunca tinha escutado a explicação o porquê trocar a luva, só sabia que tinha que trocar a cada duas horas.
 FINOCHIETTO - Eu sabia que era por causa da contaminação, mas como que era essa contaminação, não.
 FINOCHIETTO - Esses dias eu peguei uma luva para colocar embaixo do pé do cliente; gente, expirava água por todos os lados e depois deste dia eu só coloco 2 luvas.*

Essa atenção constante no uso da luva se faz necessário porque pode haver um rompimento e passar despercebido.

*POTTS - Porque a luva pode ter rompido e tu não enxerga pelo tempo de uso, o tempo de sangue exposto na tua mão tá em outro plano da cirurgia e não tem mais secreção, está mais limpa, é importante trocar.
 CRILLE - Eu acho importante, principalmente em cirurgias de ortopedia, porque eles mexem muito com broca, de repente furou tão mínimo que tu não sentiu, e é um cuidado.
 DUVAL - Devido à permeabilidade da luva, umidade, às vezes pode rasgar sem você perceber e pela proliferação das bactérias.*

Muitas vezes a luva não é trocada devido ao grande fluxo de cirurgias.

*GOSSET - Mas eles não querem parar a cirurgia, porque tem outro cliente esperando lá fora.
 CRILLE - A CCIH teria que ter uma maior marcação.*

D – SUBVERTENTE 4 – Quando a luva não é de boa qualidade, há reposição por outra?

Muitas vezes as luvas são de péssima qualidade.

JONES - A gente usa o que tem, se é boa ou não, aqui no hospital funciona desta maneira, se usa aquilo que tem, e infelizmente nesta hora, não se vê muito a qualidade, né.

Mesmo não sendo boas, temos que usá-las até acabar o estoque.

*Dificilmente FARABEUF e KOCHER - A reposição por outra só se dá quando termina o estoque.
 POTTS - Sempre tem que estar lavando, ficam impregnadas de sangue.
 GOSSET, GELPI, FOERSTER JONES, MAYO, FINOCHIETTO e NELSO - Primeiro termina o estoque, para depois vir outra luva.
 CRILLE - Muitas vezes têm pessoas com alergia na mão e têm que usar.*

Existe uma reposição por outra melhor.

*BULLDOGS - Por qualquer coisa já se rasga, é muito seca, foi avisado e foi trocada.
SINGLEY - Não sei porque não deixam direto aquela vermelhinha que é a melhor.
ADSON - Quando é de má qualidade, a gente bota na mão e logo rasga, é ruim pra gente calçar, então a gente fala que as luvas não são boas.*

E – SUBVERTENTE 5 – Qual a melhor maneira para conscientizar a equipe da troca das luvas?

Muitos acham que a orientação é a melhor maneira para conscientizar a equipe.

*FARABEUF e KOCHER - Às vezes o cirurgião está “tão ali” que não quer saber de nada e continua.
BULLDOGS - O pessoal de enfermagem é mais acessível, mas, quando passa para os famosos DRs. é complicado.
KELLY - Às vezes é passado isto só para o pessoal da enfermagem, deveria ser passado também aos médicos.
GELPI - O enfermeiro, ou o pessoal da CCIH, vir conversar mais com o pessoal, tem muita gente aqui que não está nem aí.
JONES - Não é simplesmente dizer: é determinação da CCIH e esta não vem aqui. Está faltando comunicação a respeito disso.
DEBAKEY - Todo mundo já está sabendo que tem que trocar a luva, aqui não tem nenhuma creche.*

Muitas vezes o pessoal não descalça as luvas para realizar outros procedimentos.

*BULLDOGS - Os residentes se espelham no **staff** e aí o que ele faz eles também fazem. Saem da sala cirúrgica, vêm para o corredor para atender telefone, é complicado chegar e dizer: olha, doutor, está na hora de trocar sua luva.*

Deveria ter treinamento quanto ao uso correto das luvas.

*BROWN e FOERSTER - Treinamento para a gente, funcionários, quanto para cirurgiões, residentes.
CRILLE - Treinamento, mas não só para os funcionários, tem que começar pelos tubarões, porque eu acho que, para mudar alguma coisa, tem que começar por cima.
DUVAL - Acho que primeiro deve ter uma imposição de regras, e no momento, regras não são bem aceitas, então as pessoas não vão nem pensar na hipótese de não fazer e não vão ficar enchendo o saco. Precisaria uma conscientização, uma reciclagem mais rotineira através de trabalhos e pesquisas, porque é e porque não é. Só palestra não adianta. Isto tem que ser com frequência.*

5.2.4.1 PADRÃO VII - Uso de luvas

AFIRMAÇÃO - O uso de luvas durante a cirurgia tem dois propósitos: 1. Proteger o cliente da transferência de microrganismos das mãos dos cirurgiões, auxiliares e instrumentadores; 2. Proteger o cirurgião e a equipe da contaminação pelo sangue e fluidos corpóreos do cliente.

PADRÃO - As luvas devem estabelecer barreira microbiana. Deve-se inspecionar a integridade das luvas após serem calçadas.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Calçar luvas estéreis sempre que for manusear material estéril ou realizar procedimentos invasivos;
2. Calçar luvas de procedimento quando da realização de qualquer tarefa que não necessite de luvas estéreis;
3. Calçar luvas de borracha para a realização de limpeza ou manipulação de produtos químicos;
4. Calçar dois pares de luvas (enluvamento duplo) pode ser indicado para alguns procedimentos;
5. Avaliar a qualidade das luvas utilizadas no centro cirúrgico;
6. Recomendar avaliação cuidadosa na escolha das luvas;
7. Trocar durante o ato operatório quando se suspeitar de perfurações e aderir as orientações quanto à escovação e lavagem das mãos, antes e após a cirurgia;
8. *Atentar para os cuidados que a equipe deve ter quando estiver usando luvas:*
 - 8.1. Respeitar as áreas assépticas usando sempre luvas estéreis;
 - 8.2. Não tocar em nada quando calçado com luvas contaminadas;
 - 8.3. Retirar as luvas logo após cada procedimento;
 - 8.4. Lavar as mãos após a retirada das luvas.

5.2.5 VERTENTE 5 - Limpeza da sala antes e após a cirurgia

É com a limpeza correta da sala que podemos reduzir ou diminuir o crescimento de microrganismos na superfície.

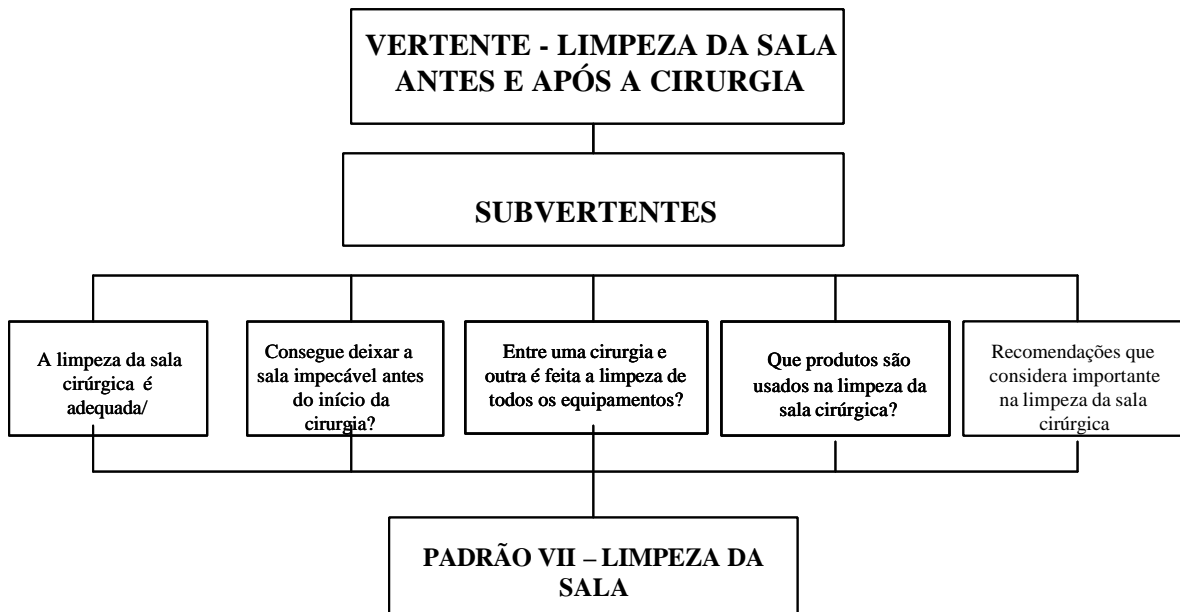


DIAGRAMA 5 – LIMPEZA DA SALA ANTES E APÓS A CIRURGIA

A – SUBVERTENTE 1 – A limpeza da sala cirúrgica é adequada?

Na maioria das vezes, o fator pressa é o que mais dificulta a limpeza.

DOYEN - É muito corrido, se passa uma mão de álcool e deu.

BROWN - Falta de tempo, é uma cirurgia atrás da outra, só dá para tirar o lixo, a roupa suja e já vão para outra.

BROWN - Dificilmente se limpa o chão, os focos e ali onde se coloca o material.

FOERSTER - Não é, mesmo para uma cirurgia mais limpa, só passar o álcool é suficiente, mas quando é uma cirurgia mais contaminada, eu acho que está errado, deveria ser uma limpeza mais adequada.

JONES - O número de cirurgias é muito grande, não é respeitado aqueles 20` (minutos) que foi determinado pelo CCIH entre uma cirurgia e outra para fazer a limpeza coerente da sala como ela deve ser feita.

BONNEY - Não dá para ser feito quando tem movimento, e poucos são os dias que não tem, e aí vai no ritmo.

Para muitos cirurgiões, a limpeza não é importante, e quando realizamos conforme as normas, muitas são as cobranças.

POTTS - Quando estamos fazendo uma boa limpeza, somos chamados de VADIOS e que estamos amarrando tempo, para passar o tempo rápido de uma cirurgia para outra, podendo se adiantar. Esta é a palavra CHAVE, não é fulano? Ao que ele concorda e acrescenta: o fulano de tal falou que nós temos que ir lá no Hospital de Caridade aprender porque lá é o exemplo, e que nós somos muito moles.

*BULLDOGS - Às vezes, a cirurgia termina e os residentes e até **staff** não saem da sala para a gente poder limpar.*

KELLY - À tarde mesmo, você nem tirou as coisas da outra cirurgia e o cliente já está entrando.

A maioria sabe que o ideal para uma limpeza é água e sabão.

GELPI e POTTS - O que aprendi é que se passa um pano com água e sabão em tudo e no chão e depois se passa álcool.

DUVAL - O chão da sala nem sempre se limpa porque não dá tempo, é sempre atropelado.

BONNEY - Às vezes, durante o dia, entre uma cirurgia e outra, só se tira o lençol da mesa e coloca-se outro, não dá tempo nem para passar o álcool.

O pessoal da limpeza deveria dar mais atenção aos equipamentos de limpeza.

KOCHER - A Xuxa⁹¹ é a mesma para todas as salas. Deveria ser uma para as salas e outra para os banheiros, ela fica preta.

FARABEUF - Antigamente era tudo limpo. Deveriam trocar a Xuxa diariamente, fica dois a três meses aquilo.

DUVAL e NELSO - Primeiro porque tem que ter uma pessoa do serviço de limpeza para fazer a limpeza da sala, e não a gente de enfermagem, e segundo, porque aquela água rola por todas as salas e a gente, vendo que aquilo é impróprio, quem troca mesmo é a menina da limpeza, mas a água já rolou em todas as salas.

A limpeza muitas vezes é inadequada, pela falta de conhecimento, cooperação, material e tempo, que dificulta o processo.

DUVAL - O álcool tem que ser passado três vezes para ter efeito, mas a gente só passa uma.

BONNEY - Não é adequada, porque na maioria das vezes é só passado um álcool mais ou menos, e eu acho que o ideal é água e sabão. Isso aí caiu muito.

POTTS - Fica todo mundo sentado no chão, nos bancos, ficam ali amontoados.

JONES - O pessoal está cansado demais, estressado com o movimento do dia, que nem se pensa em ir lá e limpar.

SINGLEY - Eu não fui preparado para fazer a limpeza assim, entendeu? Usar tudo aquilo que tem que usar (luvas) para ficar tudo limpo.

BULLDOGS - É péssima em todos os sentidos.

B – SUBVERTENTE 2 – Consegue deixar a sala impecável antes do início da cirurgia?

Dependendo da equipe que está atuando, não se consegue deixar a sala em ordem.

KOCHER, POTTS e BULLDOGS - Não dá tempo de uma para a outra.

KELLY - Dependendo do circulante, a sala, após a cirurgia, fica uma bagunça, aí não dá tempo.

BONNEY - Não, às vezes, quando você vai fazer, você vê que tem sangue seco de dois ou três dias grudado nos aparelhos, que ficou dos dias que não teve condições de ser feita.

A pressão de alguns membros da equipe, como médicos e enfermeiros, é um dos motivos para a sala não ficar limpa adequadamente.

FARABEUF - A gente não deixa por causa da pressão deles “médicos”, ficam aí dizendo: anda rápido.

⁹¹ É a denominação dada pelos profissionais da higienização e limpeza para a vassoura utilizada na limpeza.

FARABEUF - Até os próprios enfermeiros aqui dizem: anda rápido, rápido. Vamos lá, malandro, está fazendo corpo mole.

GOSSET - Às vezes você está montando o carrinho e o cliente já está na sala. Falta um pouco de respeito com os funcionários.

MIXTER - Na correria, só se passa um álcool quando é possível.

SINGLEY - Na primeira cirurgia, sim. A partir da segunda, não dá mais.

A falta de material também influencia muito no preparo da sala.

DOYEN - Não tem álcool, não tem roupa, é tudo improvisado.

SATINSKY - Tem dias que não tem nem álcool para passar na sala.

Deveria ser feito um mutirão pelo menos uma vez por mês para garantir a limpeza.

JONES - A gente tem que fazer uma faxina muito boa, e aquilo vai rolando, vai rolando. Antigamente, nós tínhamos um dia para desinfecção do Centro Cirúrgico e isto nos foi roubado, na verdade, isto era muito importante, porque neste dia era feito tudo, lavava paredes, equipamentos, aqueles suportes de soro.

C – SUBVERTENTE 3 – Entre uma cirurgia e outra é feita a limpeza de todos os equipamentos?

Tudo o que esteve em contato com o cliente deve sofrer o processo de limpeza e desinfecção entre uma cirurgia e outra.

POTTS - Quando a cirurgia é muito contaminada, a gente joga água sanitária para limpar o chão.

DOYEN - Entre uma cirurgia e outra, o que se limpa, se não estiver limpo, é a mesa.

Para a limpeza, água e sabão é o suficiente, e a desinfecção pode ser feita com álcool a 70%.

DUVAL - Se está muito sujo, é tirado com água e sabão e depois se passa o álcool (uma vez).

Já quando houver secreção, pus, sangue, vômitos e outras excreções, deve-se fazer uma descontaminação ou desinfecção com detergentes preconizados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

CRILLE - Não tens tempo, porque tu mal tira o cliente e o anestesista já está na porta com o outro cliente, já bloqueado.

NELSO - Muitas vezes o material da anestesia fica molhado porque com pressa a gente lava, lava tudinho e trás de volta.

Entre um procedimento e outro, deve-se ter tempo suficiente para manter o ambiente limpo.

FAURE e BROWN - Às vezes o cliente já está na porta e não dá tempo nem para passar um álcool e nada.

DEBAKEY e CRILLE - Deveria ser cumprido a ordem de esperar pelo menos quinze minutos, como o enfermeiro falou.

BONNEY - Estes dias eu peguei uma revisão de prótese sozinho e, mal terminou, a instrumentadora foi para outra cirurgia e eu fiquei com o cliente e já preparando a sala para outra prótese, sem instrumentadora de novo, e limpeza de sala para mim sozinho, então quer dizer que a coisa vai assim.

Todos concordam que o fator tempo e a pressa de muitos é que deixam a limpeza a desejar.

BONNEY - O que é feito é tirada a roupa rápido, lixo, passa um pouco de álcool no colchonete, e o mais esquece.

GELPI - Se limpa a mesa cirúrgica, a de instrumental, o material de anestesia, que o próprio anestesista limpa, e o chão, quando está contaminado, e o resto fica.

JONES - E eles, na porta, pressionando que querem entrar com o cliente.

D – SUBVERTENTE 4 – Que produtos são usados na limpeza da sala cirúrgica?

Para realizar a limpeza, basta água e sabão, mais fricção mecânica, e todos estão cientes deste procedimento .

MIXTER, SINGLEY, BONNEY e JONES - Sabão líquido e o álcool a 70%, mas não é sempre que tem o sabão e o álcool.

A falta de material é o que mais prejudica a limpeza.

CRILLE - Quando tem, porque tem semanas que não tem álcool, e aí é aquela briga.

FAURE e FOERSTER - A gente usa o que tem, às vezes usa o sabão líquido e, quando não tem, só água mesmo e depois o álcool.

Para locais contaminados, o procedimento requer, além da água e sabão, um desinfetante.

BROWN - Se for uma cirurgia muito contaminada, se passa água e sabão e depois álcool.

DUVAL - No chão, é o pessoal da limpeza, mas geralmente é kiboa e pinho, e na sala, água e sabão.

E – SUBVERTENTE 5 – Recomendações que considera importantes na limpeza ideal da sala cirúrgica

Como recomendação, o grupo acha que deveria ter tempo para a limpeza.

POTTS - Eles acham que a gente demora demais.

GOSSET - Se não limpa a sala, é porque está fazendo corpo mole, se diz que não tem material, é porque você está escondendo o material para não trabalhar.

BACKHAUS - Tempo suficiente, dependendo de cada tipo de cirurgia, por exemplo, se for

uma hérnia, cinco minutos, mas se tu pegar uma transtrocaneana que tem radioscopia, sangue no teto, tu não consegues limpar em meia hora.

GELPI e SINGLEY - Entre uma cirurgia e outra deve ter um tempo previsto, pelo menos uns quinze minutos.

As salas devem ser liberadas somente quando estiver tudo pronto e não através de solicitação médica ou do enfermeiro.

KOCHER - A instrumentadora fica tirando o material e o circulante fica fechando a nota, aí tu já perde uns cinco minutos.

GOSSET - A gente quer qualidade, mas não dá.

FAURE - É sempre suja a sala de manhã e nunca limpam antes da primeira cirurgia. Material e tempo disponível para a gente conseguir fazer.

Ter cobrança e supervisão do coordenador da unidade.

FARABEUF - Eu acho um desperdício colocar sacos de 60 litros para os baldes. Não dá tempo de passar nem um pano dentro dos baldes.

GOSSET - A gente não é máquina. Estamos trabalhando sob pressão. Estamos estressados.

JONES - Deveria ter uma pessoa o dia inteiro aqui dentro só observando para ver se não confirma o que a gente falou.

FAURE - Deveria ser cobrado esta rotina de limpeza. O CC é sujo.

KELLY - Às vezes tem coisas que só é correto quando alguém cobra.

As cirurgias devem ter início somente quando tudo estiver preparado. Todos devem ter consciência quanto à limpeza de toda a sala e não por partes.

FAURE - Primeiro, ter material para limpeza disponível sempre, e segundo, eu acho que, no começo da manhã, as salas deveriam ser limpas antes de começar as cirurgias, porque quando começa, já tem pó amontoado nos cantos.

GOSSET - Tem que estar limpo, não importa se é uma pessoa ou um bicho.

Todos devem ter consciência quanto à limpeza de todo o ambiente.

FAURE - A sala em si sempre é suja, fica poeira nos cantos e acumula. Eu fico irritada porque você limpa tudo em cima e embaixo está sujo..

MIXTER - Limpar primeiro com água e sabão, se tiver sangue encrostado, passar água oxigenada, depois passar hipoclorito de sódio e depois finaliza com álcool.

FOERSTER - Geralmente a sala já fica pré-montada de manhã e, se tem poeira no chão, já fica tudo aquilo ali.

CRILLE - Ter a consciência até de lavar o filtro do ar-condicionado.

Todo o pessoal de higienização e limpeza, para atuar no centro cirúrgico, deveria ser orientado quanto à limpeza nesta unidade.

NELSO - Alguém específico dos serviços gerais para limpeza da sala.

SINGLEY - Tem uns que varrem a sala que não pode.

FINOCHIETTO - No final do dia tinha que ter uma limpeza completa, caprichada.

Foi através desta vertente e suas subvertentes que construímos:

5.2.5.1 PADRÃO VIII - Limpeza da sala cirúrgica

AFIRMAÇÃO – A limpeza da sala cirúrgica é obrigatória antes, durante e depois de cada procedimento e no fim do dia. Prover um ambiente limpo e seguro para o cliente cirúrgico e profissionais, minimizando a exposição aos resíduos infecciosos.

PADRÃO – A sala cirúrgica deve estar em condições adequadas para uso antes do início do dia e entre uma cirurgia e outra. A preparação das salas cirúrgicas deve incluir a inspeção visual. Clientes devem sentir-se seguros em um ambiente limpo.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Ter empenho de todos os envolvidos;
2. Assegurar a limpeza da sala é responsabilidade final da enfermagem;
3. Determinar a escala de cirurgia como condição para que a limpeza seja recurso altamente necessário;
4. Usar a fricção mecânica durante a limpeza;
5. Obedecer o tempo necessário para uma perfeita limpeza como obrigação de toda a equipe cirúrgica;
6. Limpar prontamente as áreas fora do campo cirúrgico quando ocorrer derramamento acidental de contaminantes;
7. Reduzir o número de microrganismos, poeira e matéria orgânica presentes na sala cirúrgica através de limpeza terminal no ambiente cirúrgico;
8. Realizar entre uma cirurgia e outra, a limpeza em um perímetro circundante de um a dois metros do campo cirúrgico, quando a sujeira está visível;
9. Limpar com agentes apropriados todo mobiliário e equipamentos do centro cirúrgico;
10. Manter a sala limpa durante o procedimento, o que facilitará a limpeza entre as cirurgias e restringirá a área de contaminação;
11. Realizar a limpeza terminal ao final do programa cirúrgico.

5.2.6 VERTENTE 6 - Circulação na sala cirúrgica

A – SUBVERTENTE 1 – Existe algum controle quanto à circulação na sala de cirurgia?

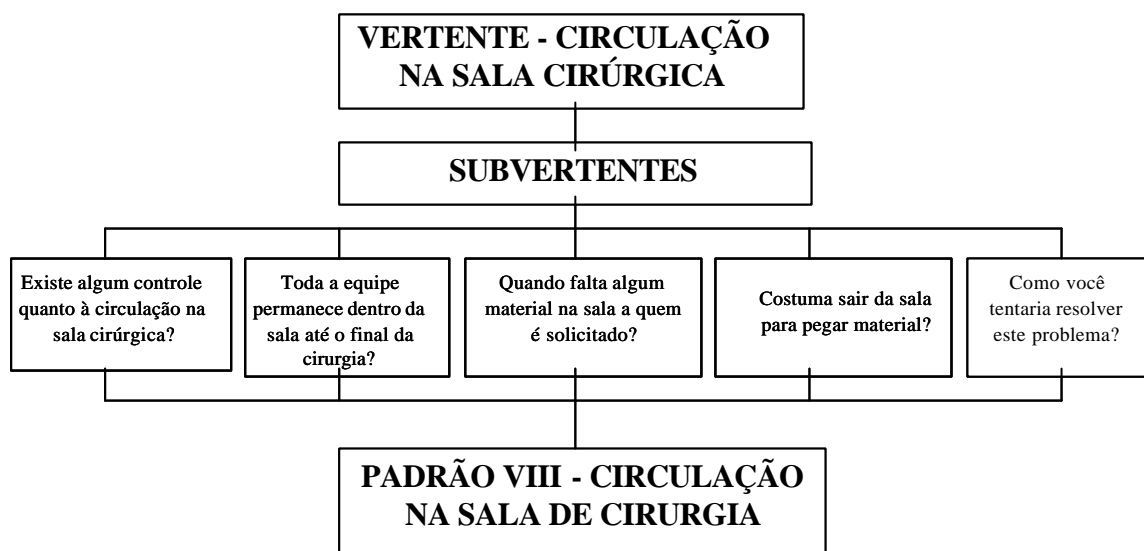


DIAGRAMA 6 – CIRCULAÇÃO NA SALA CIRURGIA

Alguns cirurgiões controlam a entrada e saída da sala.

BONNEY e FARABEUF - A não ser quando é prótese, o cirurgião proíbe a entrada e saída, inclusive do próprio circulante.

KELLY, GELPI, BROWN e POTTS - Alguns não gostam de muita gente na sala.

SATINSKY e BULLDOGS - Olha, são raros os médicos que cuidam desta parte, não deixam o circulante sair da sala e nem deixam muita gente na sala.

POTTS e BULLDOGS - Se o circulante sai da sala de cirurgia, é para pegar material. Só que a gente sabe que o correto do circulante é dentro da sala.

Outros não cuidam deste detalhe, portanto, não existe controle.

BULLDOGS - Para a maioria, tanto faz o entra e sai. O cirurgião sai da sala e entra em outra, entra funcionário de outra sala, e é assim.

SINGLEY - Têm pessoas que não estão atuando naquela cirurgia e entram e saem atrapalhando o circulante.

Para diminuir este fluxo de entrada e saída, deveria ter alguém para atender no corredor.

POTTS - Ninguém gosta de atender a campainha.

FARABEUF - Só que tem horas que, se tu tocar a campainha, tu vais esperar muito, porque não tem gente para atender, então é preferível o circulante sair da sala.

KELLY, POTTS e BULLDOGS - De dia, teria que ter um funcionário no corredor.

O ideal seria ter material em número suficiente para não ocorrer a falta durante o procedimento.

KELLY - A instrumentadora e circulante, ver bem o material antes da cirurgia para não precisar sair.

HEGAR - O ideal seria ter o material completo em cada sala.

B – SUBVERTENTE 2 – Toda a equipe permanece dentro da sala cirúrgica até o final da cirurgia?

É um entra e sai, principalmente pelos cirurgiões e residentes, comprometendo, assim, o andamento da cirurgia.

FARABEUF e POTTS- Este entra e sai pode, com certeza, ser causa de infecção.

GELPI - Geralmente de ortopedia, começam uma cirurgia e, quando esta está quase terminando, vão para outra sala começar outra, nem se trocam e vão para outra sala.

FAURE e JONES - Às vezes esse entra e sai é necessário, já que é um hospital-escola, entra muito residente, pessoal para ver a cirurgia.

SATINSKY - Não, geralmente o pessoal vai terminando e vai saindo, vai entrando outro para fechar.

Por não ter uma pessoa no corredor, o pessoal de enfermagem é obrigado a sair da sala para pegar material.

DOYEN - Deveria ficar alguém no corredor para evitar as saídas do circulante da sala. Às vezes você se pendura na campainha e não vem uma alma viva atender.

JONES - É um entra e sai, mesmo porque, a gente não tem circulante de corredor, aí a gente é obrigado a sair para pegar material e entrar.

Muitas vezes, pela falta de mais instrumentadoras, ela entra e sai durante o procedimento.

GOSSET - Até a própria enfermeira tirou a instrumentadora da minha sala para ir para outra, porque o cirurgião fulano de tal queria que ela instrumentasse, então lá foi a guria e veio outra.

Por ser um hospital-escola, esse entra e sai deveria ser controlado.

JONES - Há curiosidade. Eles querem tomar conhecimento de todas as cirurgias que estão acontecendo no centro cirúrgico, e aí entra numa e fica dez minutos, entra na outra, e assim vai.

C – SUBVERTENTE 3 – Quando falta algum material na sala cirúrgica, a quem é solicitado?

Na maioria das vezes, se toca a companhia e se espera alguém atender.

FARABEUF - Se o circulante não puder sair, ele aperta a campainha e pede para alguém que estiver liberado fora para ir buscar.

ALLIS e BACKHAUS - Toca a campainha, aí demora muito, o cirurgião fica revoltado e a gente entra em desespero na sala, porque o cirurgião não quer que a gente saia.

CRILLE - Quando é uma cirurgia muito corrida, eu toco a campainha e peço para quem está no corredor, se não, eu mesma vou buscar.

SATINSKY - Dependendo da situação, a gente toca a campainha e vem alguém atender.

Pela falta desta pessoa, muitas vezes é o próprio circulante que vai buscar, deixando a sala sozinha.

BULLDOGS - Durante o dia, normalmente, quem vai é o circulante.

FAURE e JONES - Quando só tem duas pessoas, a sala fica sozinha e a gente vai correndo buscar.

BACKHAUS - O circulante é obrigado a sair da sala porque não tem ninguém para atender fora.

D – SUBVERTENTE 4 – Costuma sair da sala para pegar material?

Muitas vezes somos obrigados a sair por não ter ninguém para atender.

DUVAL e BROWN - Sim, é o incorreto, mas é o que todos fazemos.

MAYO - A rotina é sair para pegar, mas quando a sala está muito tumultuada, a gente pede.

SINGLEY e COLLIN - Se tocar a campainha, ninguém atende, aí a gente sai correndo para pegar.

Todos deveriam ter consciência em ajudar, especialmente em se tratando de uma emergência.

KOCHER - Quando entra uma emergência e tem gente sobrando, eles vêm ajudar, aí o circulante fica na sala e, se não, o pessoal, óh, debanda, você tem que ajudar na anestesia e ajudar a instrumentadora.

GOSSET - Quando chega uma emergência, pode ter uns vinte ali na frente, somem todos, principalmente quando está perto das dezenove horas.

RANDAL - Às vezes é prevista uma cirurgia e vão fazer mais alguma coisa, aí tem que ir pegar mais material.

E – SUBVERTENTE 5 - Como você tentaria resolver este problema?

Quando o centro cirúrgico tiver um quadro de pessoal completo, este problema acabará.

FARABEUF - É a falta de pessoal, foram saindo e não foram substituídos.

BULLDOGS - Durante o dia, precisa de pelo menos duas pessoas só para isso.

FAURE e JONES - Melhorar não melhoraria, mas ajudaria bastante, não precisando sair da sala para pegar as coisas.

RUSSA - O funcionário é responsável por tudo aqui dentro (risadas).

Para o grupo, a organização, o empacotamento individualizado também amenizariam o problema.

DOYEN - Falta de organização do centro cirúrgico e centro de material e esterilização. Por exemplo, fazer pacotes de pinças para não precisar abrir e fechar caixas, aumentando a contaminação. Seria mais rápido do que o cirurgião ficar esperando a caixa que o CME colocou para esterilizar.

BACKHAUS - É difícil ter controle na ortopedia, porque, às vezes, tem dez cirurgias que vão usar o mesmo material das caixas.

BROWN - Às vezes, tem uma intercorrência na sala e tem que ficar lá esperando, gritando até atenderem o circulante.

Ter consciência no momento de pegar o material.

DOYEN - Outros materiais também poderiam ser em pacotes individuais como o eletrocautério.

BACKHAUS - Pegam uma pinça que está na mesa para tirar material da caixa, já cansei de dizer para não fazer isto, que está contaminando.

Agilizar a forma de aquecimento de soro.

SINGLEY - Esse negócio desse soro aquecido para levar é estressante quando tem muita cirurgia, e aí, se estiver quente demais, não serve para o anestesista, só para a vasilha, e aí você tem que segurar.

COLLIN - Colocar o soro aquecido em um isopor no corredor (dois seriam suficientes), um para a anestesia, que é mais morno, e outro, mais quente, para a cirurgia.

5.2.6.1 PADRÃO IX - Circulação na sala de cirurgia

AFIRMAÇÃO - A grande quantidade de pessoas na sala de operação, a abertura e o fechamento de portas contribuem para a liberação e a movimentação de microrganismos no ar ambiente. As bactérias se propagam bruscamente na sala de operação devido às correntes de ar que carregam partículas contaminantes liberadas pelos clientes, pela equipe e pelos campos durante as atividades.

PADRÃO – Controlar o número de pessoas e atividades na sala de operação, além de manter as portas fechadas. No centro cirúrgico, a quantidade de pessoas deve ser preocupação da instituição e da equipe cirúrgico.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Caminhar fora da periferia do campo estéril ou sair da sala de operação com paramentação cirúrgica aumenta o risco de contaminação;
2. Considerar que as salas de cirurgia são virtualmente livres de bactérias ou partículas maiores que 0,5 mm, quando não há pessoas no local;
3. Considerar que o nível de bactérias no ar ambiente próximo à ferida

- cirúrgica no trans-operatório encontra correlação direta entre o número de colônias e o de pessoas na sala de operação;
4. Manter a equipe paramentada próxima à área estéril e permitir que toque somente em áreas estéreis;
 5. Orientar a equipe para que mude de posição entre si, costa a costa ou face a face, até manter uma distância segura;
 6. Observar para que a equipe não paramentada aproxime-se de frente e evite passar entre dois campos estéreis;
 7. Realizar passos pequenos quando necessitar de movimento ao redor do campo estéril ajudando assim a prevenir contaminação;
 8. Limitar o número de pessoas nos procedimentos cirúrgicos, porque, quanto maior for a movimentação da equipe, maior será o número de bactérias;

5.2.7 VERTEENTE 7 - Uso dos anti-sépticos

O anti-séptico deve ter um amplo espectro, ação rápida e residual.

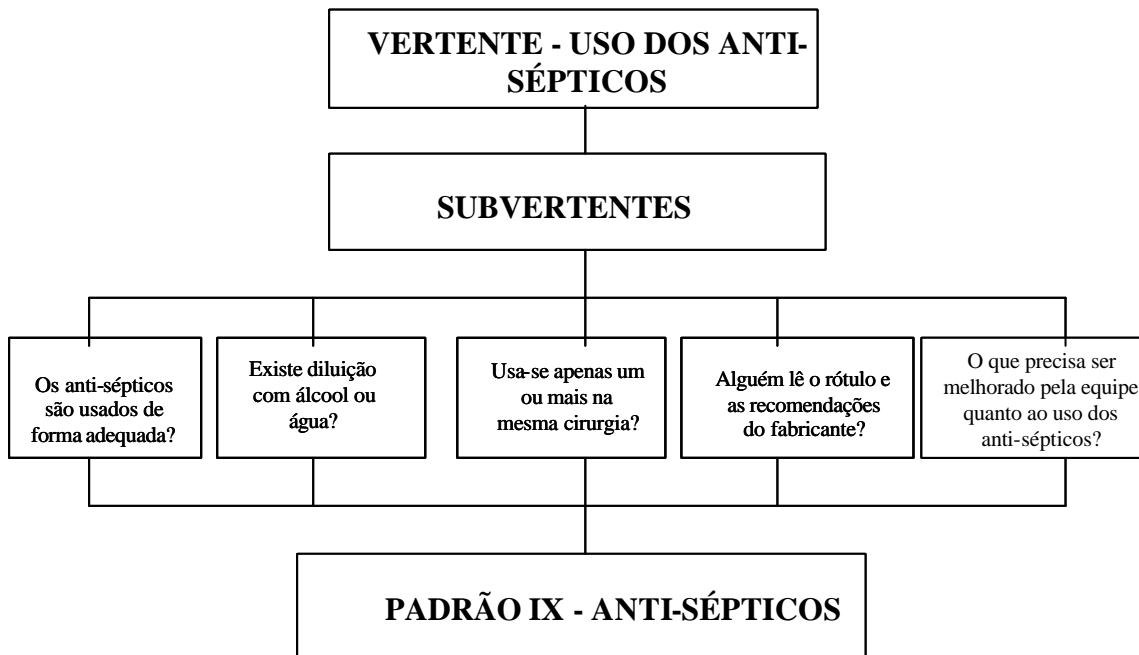


DIAGRAMA 7 – USO DOS ANTI-SÉPTICOS

A – SUBVERTENTE 1 – Os anti-sépticos são usados de forma adequada?

Para a maioria, o anti-séptico é usado de forma correta.

FARABEUF e POTTS - Eu acho que sim, pelo menos da parte da instrumentação cirúrgica. É feita a demarcação, depois o álcool, e quando seco, é passado só tintura ou tintura com álcool.

RANDAL e BACKHAUS - Algumas equipes fazem certo, outras não.

JONES - Eu acredito que sim. Agora tem o problema de clientes que se queimam, não sei se é o produto adequado para aquele cliente.

FAURE - Eu acho que o uso não é adequado, porque se falta um produto para fazer assepsia em mucosa, eles usam o que tem mesmo, então o uso não é adequado.

Quando estamos usando um anti-séptico, não podemos fazer uso de outro, porque um inibe a ação do outro.

DUVAL - Na ortopedia, misturam tintura com álcool, mas isto é engraçado.

FAURE - Usa-se o que tem e não o que é necessário.

B – SUBVERTENTE 2 – Existe diluição com álcool ou água?

A diluição irá alterar a formulação do produto diminuindo sua concentração.

Seguir sempre as recomendações do fabricante.

SINGLEY - Não pode ser diluído porque já vem pronto.

BACKHAUS - Às vezes, quando falta o tintura, é feita a mistura na sala, acrescentando álcool.

C – SUBVERTENTE 3 – Usa-se apenas um ou mais na mesma cirurgia?

Na maioria das cirurgias, é aplicado apenas um anti-séptico, porém, nas várias formulações.

DUVAL, BONNEY e BULLDOGS - Na ortopedia, usa primeiro o degermante, depois passa o álcool e, por último, o tintura.

ADSON - Nas outras cirurgias, usam só o tópico.

D – SUBVERTENTE 4 – Alguém lê o rótulo e as recomendações do fabricante?

A leitura do rótulo auxilia na eficácia e no uso adequado para cada procedimento.

POTTS - Não dá tempo.

GOSSET - Eu confio na revisão do enfermeiro, da pessoa responsável, vou tocando.

DUVAL - Eu acredito que há alguns anos, a título de curiosidade, eu tenha lido (risadas).

FAURE e JONES - Eu só me certifico se é alcoólico ou não.

O rótulo só é lido quando é um produto novo.

CRILLE - Eu acho que seria responsabilidade do pessoal do almoxarifado passar para o enfermeiro e este passaria para toda a equipe, porque, se tu for parar para ler tudo, não dá.

RANDAL - Não, ninguém lê, se tiver café, vai café.

A equipe médica não tem hábito de ler o rótulo.

KOCHER - Eles não estão nem aí.

BACKHAUS - Sempre se faz com ordem dos cirurgiões.

FINOCHIETTO - Eles não sabem essas coisas assim...

DEBAKEY - Eles mesmos nunca lêem, nem médicos, nem residentes.

DEBAKEY e NELSO - Às vezes chega outro produto com outra coloração, mas não se lê o rótulo.

E – SUBVERTENTE 5 – O que precisa ser melhorado pela equipe quanto ao uso dos anti-sépticos?

Todos devem ter consciência de que, em todo produto, para pronto uso, deve ser respeitada a sua concentração.

BULLDOGS - É meio complicado isso daí, porque eu acho que eles sabem, não fazem porque não querem.

GOSSET - Se a gente vai argumentar, são capazes de ficar debochando, chamando a gente de doutora (colega concorda), como já aconteceu.

DÜVAL - Ler algum documento quanto à mistura do álcool com tintura.

FARABEUF e BONNEY – Se está pronto para uso, tem que se usar como vem.

FINOCHIETTO - Eu acho até que eles cuidam bem desse “troço”. O erro está em diluir o PVPI com álcool, mas só em ortopedia.

Dar orientação e estimular a leitura do rótulo sempre que for usar um produto.

CRILLE, ALLIS e GOSSET - A CCIH deveria fazer uma reunião para todos os médicos, aproveitando as suas reuniões periódicas e colocar isso, porque para nós, não adianta falar.

BROWN - Eles diluem porque não têm conhecimento.

CRILLE - Eles mandam: bota tanto de povidine e completa com álcool.

DEBAKEY, FAURE e SATINSKY - Fazer uma rotina.

5.2.7.1 PADRÃO X - Anti-sépticos

AFIRMAÇÃO – Os anti-sépticos devem ser usados para o preparo da pele do cliente antes de procedimentos invasivos, nos quais ocorre o rompimento dos mecanismos normais de defesa.

PADRÃO – Os anti-sépticos devem ter capacidade de destruir as bactérias nas formas vegetativas e/ou inibir o crescimento de patógenos.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Usar os anti-sépticos antes de procedimentos invasivos nos quais ocorrem o rompimento dos mecanismos normais de defesa do

cliente;

2. Utilizar os anti-sépticos baseando-se no seu índice terapêutico, que é a relação entre a concentração eficaz contra microrganismos e os efeitos deletéricos sobre o tecido vivo;
3. Interferir nos processos de reparação, cicatrização e irritação local;
4. Observar para que o agente de escolha contenha um antimicrobiano que reduza o número de microrganismos na pele intacta, tenha amplo espectro e ação rápida, persistente e não-irritativa;
5. Usar os anti-sépticos de acordo com as orientações do fabricante, não sendo necessária, em hipótese alguma, a sua diluição com outros produtos.

5.2.8 VERTENTE 8 - Degermação

O degermante, para ser ideal, deve possuir uma composição que tenha ação residual rápida.

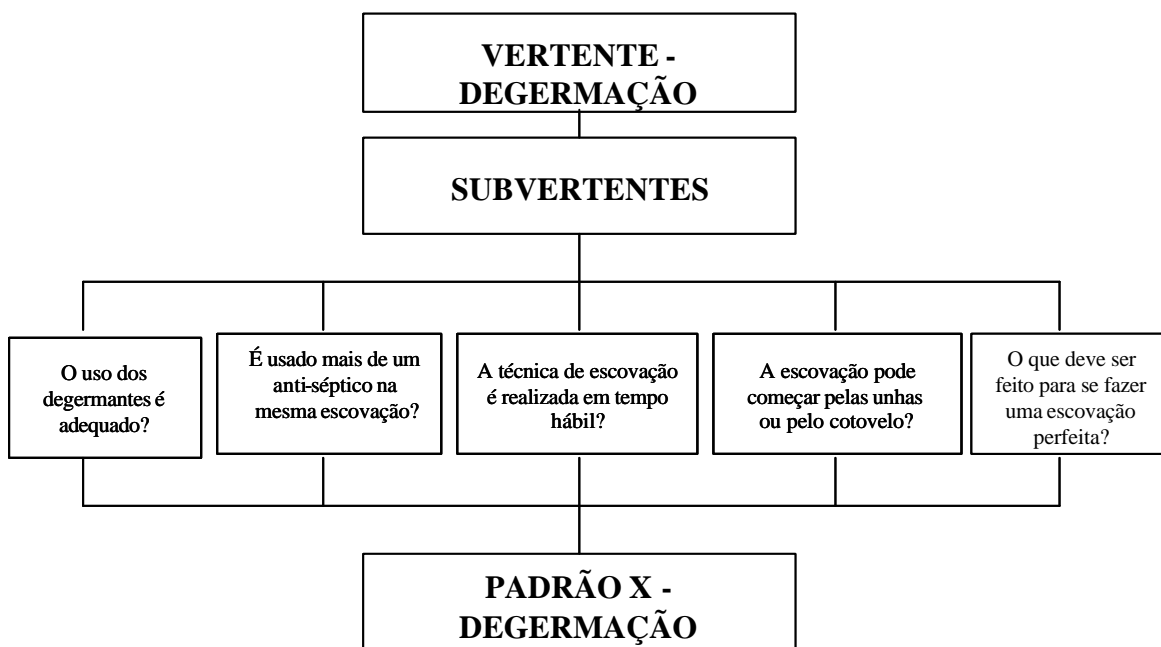


DIAGRAMA 8 – DEGERMAÇÃO

A – SUBVERTENTE 1 – O uso do degermante é adequado?

Atualmente, os degermantes mais utilizados são o PVPI e a clorhexidina, que, para o grupo, é de boa qualidade.

*CRILLE e FARABEUF - Acho que sim, pois são dois produtos de qualidade.
GELPI - Olha, até que provem o contrário, eu acho que está correto.
DUVAL - O produto sim, mas o que é questionável é a escovação que cada um faz.*

B – SUBVERTENTE 2 – É usado mais de um anti-séptico na mesma escovação?

Quando se usa mais de um anti-séptico degermante na escovação, a tendência é um inibir a ação do outro. Mesmo assim, é comum usarem um e depois o álcool a 70%.

*NELSO e DOYEN - Têm uns que se escovam com PVPI e depois, na sala, passam álcool.
NELSO - Quando têm as escovas com PVPI, uns usam esta e depois colocam a clorhexidina na mesma escova, e eu acho que está alterando a fórmula.
SINGLEY - Uns cirurgiões passam álcool na luva, porque dizem que tem talco.*

C – SUBVERTENTE 3 – A técnica de escovação é realizada em tempo hábil?

A técnica da escovação deve seguir passos seqüenciais para que se possa ter certeza da realização de uma boa escovação.

*POTTS - De uma cirurgia para outra, não.
FARABEUF - Eu sempre procuro fazer correto, em tempo hábil, mas vejo muita gente não fazendo, até os próprios cirurgiões.
FAURE, FOERSTER e HEGAR - Tempo para isto a gente tem, só não faz quem não quer, e vai da consciência de cada um.
CRILLE - Eu sou muito de observar, e acho que não.
GELPI - Todo mundo sabe que o correto é de cinco a dez minutos, eu não faço dez minutos, faço de cinco a sete.
FINOCHIETTO - Depende de cada pessoa, uma é mais consciente do que a outra, fica a desejar em relação ao tempo.*

Mesmo sabendo da importância, muitos não fazem a técnica correta.

*KELLY - Já vi gente se escovando com aliança.
DOYEN - Nunca na técnica, porque alguns acham que é besteira.
BROWN - Depende, se a cirurgia já está entrando, aí é rápido.
JONES - O problema é que, se é feito correto, a gente não sabe, porque não se fica cuidando de todos que se escovam.
NELSO - Eu aprendi no curso de instrumentação, mas eu vejo muita gente escovando diferente do jeito como eu escovo. Agora não sei se é o meu jeito que está errado ou o deles.*

D – SUBVERTENTE 4 - A escovação pode começar pelas unhas ou pelo cotovelo?

Muitos ainda não têm consciência, nem informações suficientes sobre a mudança na técnica e preferem a tradicional.

NELSO - Eu não concordo, porque a gente usa mais a mão, tem mais contato com a cavidade que o cotovelo.

GELPI - Eu sempre me preocupo com as unhas e mãos, o restante não.

BROWN, ALLIS, BACKHAUS e POTTS - Eu aprendi e sempre comecei pela ponta dos dedos, agora fica difícil mudar.

DOYEN - A tradicional é melhor, a gente tem mais segurança.

FOERSTER e CRILLE – Geralmente, os cirurgiões criam a sua técnica, o que eu aprendi no curso é diferente e eu procuro fazer como aprendi.

KELLY, GOSSET e GELPI - Eu acho que como se faz é o correto.

NELSO - Sempre do mais contaminado para o menos.

E – SUBVERTENTE 5 - O que deve ser feito para uma escovação perfeita?

A técnica e o tempo hábil são os fatores que mais interferem no procedimento.

BULLDOGS e POTTS - Eu procuro seguir a técnica corretamente na primeira cirurgia, quando dá tempo.

HEGAR - Todo mundo deveria saber se escovar bem.

POTTS e DUVAL - Eu acho que tem que ter cobrança, consciência, ter tempo hábil.

BROWN - Uns não lavam a mão, chegam aqui com a mão seca, não sei, aí não dá para entender.

Para a maioria, deveria ter reciclagem constante e uma maior cobrança.

BULLDOGS - Tem cirurgião que passa a mão pra lá e pra cá e não faz a escovação correta. Não só o cirurgião, é todo mundo, né.

BROWN - Se fosse padronizada a escovação, com certeza iria dar alguma diferença.

FINOCHIETTO - Eu acho que falta conscientização, informação, reuniões periódicas.

RUSSA, ADSON, DEBAKEY e RANDAL – Ter todos os cuidados e com responsabilidade.

KOCHER - Ficar alguém observando.

Alguns acham que só com treinamento, cartazes e chamando atenção poderá melhorar o procedimento.

GOSSET - Campanha educativa com cartazes.

BACKHAUS e ALLIS - Que seja cobrada a técnica de todo o mundo, médicos e residentes.

MAYO e FOERSTER - Faz dois anos que fiz o curso e aprendi a técnica correta, mas aqui nunca deram curso, nem nada.

GELPI - Eu acho que um professor deveria explicar para esse pessoal, por isso que o cliente está morrendo se a gente não se escovar corretamente, mas aí não é só para instrumentador, circulante cirurgião, residente, é para todo mundo em geral.

FAURE - Reciclar, cobrar, dar cursos, eu, por exemplo, me formei há quinze (15) anos e ninguém me cobra, a gente fica bitolada.

GELPI e JONES - A lavagem da mão é muito importante, se observa muito que tem gente que não lava nem a mão lá no banheiro.

FINOCHIETTO - Aqui no hospital tem muito pouca reciclagem para os funcionários, porque nós aprendemos mais como rotina, uma massificação do trabalho, pauleira, vamos correndo para a sala,

não se tem tempo para o lado humano, para reciclar o pessoal, para reforçar, porque a gente precisa deste reforço.

5.2.8.1 PADRÃO XI - Degermação

AFIRMAÇÃO - A escovação cirúrgica das mãos é um processo que visa remover ou destruir microrganismos transitórios e reduzir a microbiota residente.

PADRÃO – Todo membro da equipe cirúrgica que for entrar em campo deve fazer a remoção de detritos e impurezas que se encontram na superfície da pele, utilizando, para esse procedimento, sabões e detergentes sintéticos.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Escovar as mãos durante cinco minutos com um agente germicida contendo clorhexidina, iodóforos ou preparados alcoólicos;
2. Degermar as mãos antes da paramentação cirúrgica;
3. Adotar as medidas propostas para diminuir ou inibir o crescimento de microrganismos existentes nas camadas superficiais (microbiota transitória) ou nas camadas profundas (microbiota residente) da pele;
4. Manter os degermantes em recipientes âmbar para que não percam parcial ou totalmente sua atividade através de influências físicas como a luz, temperatura, o pH e o tempo (estabilidade da solução pronta para uso e o contato para agir);
5. *Observar as propriedades e requisitos dos anti-séptico considerados ideais para a degermação, tais como:*
 - 5.1. Possuir amplo espectro de atividade microbicida e/ou bacteriostática;
 - 5.2. Manter sua ação, mesmo na presença de matéria orgânica, tais como: exsudatos, sangue e outros;
 - 5.3. Ter baixa reação de hipersensibilidade e/ou toxicidade;
 - 5.4. Ser solúvel, estável, não-corrosivo, de odor agradável e de baixo custo.

5.2.9 VERTENTE 9 - Esterilização

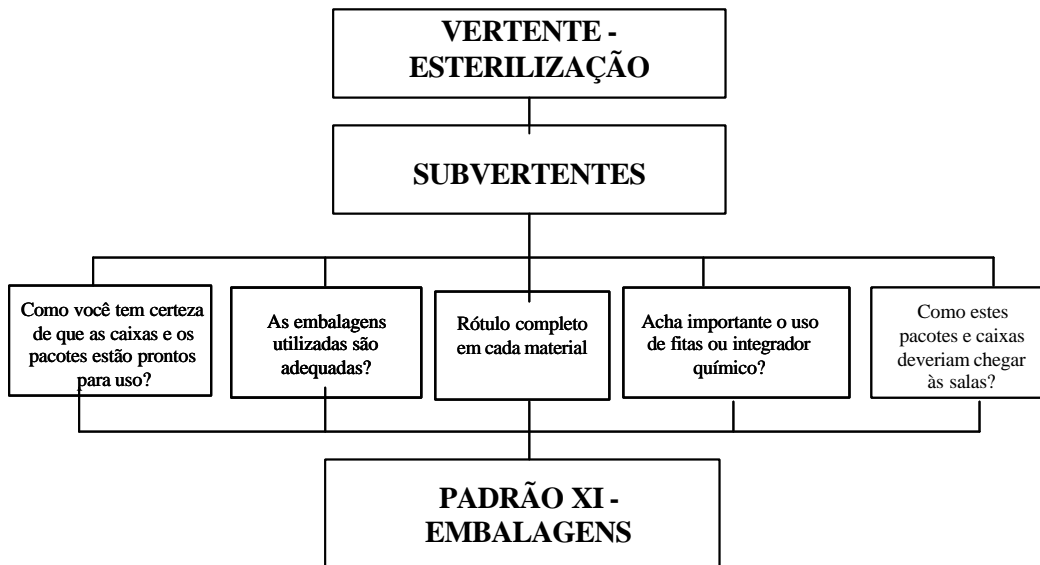


DIAGRAMA 9 – ESTERILIZAÇÃO

A – SUBVERTENTE 1 - Como você tem certeza de que as caixas e os pacotes estão prontos para uso?

Para ter certeza de que o material está pronto para uso, pode-se fazer vários testes, entre eles o químico e biológico, e nunca se guiar pela fita adesiva.

CRILLE, NELSO e BROWN - Pela fita externa nos pacotes e fita dentro da caixa. Através da fita, mas, mesmo assim, eu procuro ver se não está úmido e a caixa também, porque não adianta a fita dizer que está estéril se o pacote está molhado, tem que olhar.

ADSON e FAURE - Tenho confiança pela maneira como é empacotado, abertura e na fita de autoclave.

DEBAKEY - A gente usa e fica aquele marcadinho, bem marcadinho, e além disso, tudo em pacote, não é mais na caixa.

Alguns se sentem preocupados em ter que confiar apenas na fita adesiva.

BULLDOGS - O pessoal da neuro usa outra fita, aí eu disse que não tinha certeza de esterilização, porque a fita deles fica toda branca.

POTTS e RANDAL - A caixa, a gente tem certeza quando ela vem lacrada, do contrário, eu não acho garantido, e às vezes nem uso, e os pacotes, quando estão bem secos e a fita bem marcada, a gente pensa que nos garante a esterilização, está confiando no trabalho do pessoal.

KELLY - A fita está marcando certo, mas a caixa, por dentro, está molhada, e isto aconteceu várias vezes na sala, teve um dia que eu peguei três caixas molhadas.

A preocupação também é evidente quando a fita está descolada.

COLLIN e RUSSA - A gente comentou anteontem: as fitas descolam e abre o pacote com facilidade, mas isto é responsabilidade da kremer, não sei por que abre daquele jeito.

Quando o material está molhado, todos devem considerá-lo contaminado.

DEBAKEY - Não, só a marcação, e quando a gente abre e está molhado, a gente nem usa.
POTTS - Se a fita está na cor normal, está esterilizado, e que não tenha resíduo nenhum de água.
ADSON e SATINSKY - Pela fita, se está úmido o pacote ou dentro da caixa.

Outro fator importante é verificar se os materiais estão bem embalados.

BONNEY - Hoje em dia, as caixas são embrulhadas em campo de pano e papel muito pequeno, portanto, ao abrir, pode contaminar.
DOYEN - A gente confia na esterilização dos aparelhos, agora se está 100%, a gente não sabe.
ADSON - Caixa sim, o papel acho que tem facilidade de rasgar, porque quando a gente tira a fita, muitos rasgam, aí a gente contamina gaze, compressa, aí de papel não deveria ser.

B – SUBVERTENTE 2 - As embalagens utilizadas são adequadas?

A forma como é empacotado dificulta a abertura e contamina muito fácil.

GOSSET - Muitos materiais são embalados errados, como, por exemplo, a ponta de aspirador embalado no papel sem gaze na ponta, aí usam três a quatro papéis, aumentando o gasto para o hospital.
CRILLE - Se fosse para usar o papel, deveria ser na parte interna e na externa, pano.
SATINSKY - Dependendo do empacotamento, a gente não tem segurança, papel muito pequeno nas cubas e compressas.

As caixas, por estarem em uso há muito tempo, dificultam a abertura.

FARABEUF - As tampas das caixas não encaixam bem, aí, quando você vai abrir, ela cai dentro da caixa contaminando o material.
GOSSET - De vez em quando, deve-se reciclar as caixas. Vão colocando caixa sobre caixa e, com o tempo, vai amassando. 80% sim, mas muita coisa pode jogar fora, como algumas caixas de inox.

Muitos acham que o papel, por não ser de qualidade, rasga facilmente.

POTTS, BACKHAUS e BULLDOGS - O papel, ao abrir o pacote, se rasga, contamina muito fácil.
DOYEN - Agora está vindo aqui o papel grau cirúrgico, ele é adequado, mas o problema é como é embalado o material.
MIXTER - Particularmente, eu acho que aquele papel deveria ser abolido (crepado), acho que deveria ser tudo de pano, porque facilita o manuseio. Na hora da pressa, a gente vai abrir e acaba rasgando o papel. O pano se molda mais na tua mão.
JONES - Para falar bem a verdade, eu não me sinto segura com aqueles campos, aqueles papéis, porque se existe alguma segurança, isto é passado para o CME, nós não temos conhecimento se aqueles papéis e campos são os corretos, e se o processo de esterilização está feito corretamente, isto para a gente nunca é passado.

ADSON - A gaze, a borracha do aspirador embrulhada no papel (aquele grosso) gruda tudo e rasga e a gente contamina muito, eu, pelo menos, contamina quando abro, não sei se as meninas contaminam, mas eu, pelo menos, contamina.

O uso excessivo de fita-crepe também é um fator dificultador na abertura dos pacotes.

KELLY, FAURE, FOERSTER e BROWN - Passam muita fita nos pacotes e aí, ao tirar, rasga e a gente contamina.

GELPI - O problema é aquela montoeira de fita, que eu acho um abuso, dez metros de fita por pacote.

O campo de pano duplo, quando usado corretamente, pode ser considerado bom para embalar.

ADSON e BONNEY - Os campos de pano dão mais segurança do que os de papel quando vai abrir.

BROWN - O pano é melhor que o papel, mas tem tempo de validade da esterilização, que, com o papel, é de trinta dias.

FINOCHIETTO - Às vezes não – o tecido está rasgado.

A técnica de embalagem deve ser realizada na mesma seqüência pelo centro de material e esterilização.

FARABEUF - Na maioria do material que vem para o Centro Cirúrgico, sim.

FAURE, FOERSTER e HEGAR - Não, só tem data, e, às vezes, é identificado o que tem no pacote.

C – SUBVERTENTE 3 - Rótulo completo em cada material?

O rótulo completo auxiliaria na detecção de problemas durante todo o processo, facilitando o recolhimento de todo o lote deste ciclo.

DEBAKEY e BULLDOGS - Tem que ter todos os dados: nome, data, horário, para poder cobrar quando acontece alguma coisa.

Rótulo incompleto causa muito transtorno, sobretudo com a troca de material.

FARABEUF - A identificação do material às vezes é incorreta, com outro nome, aí ficam procurando, procurando e nunca acham.

GOSSET - Não sei se é estagiário ou falta de funcionário, ou falta de dedicação ou distração ou muito serviço, às vezes você abre o pacote e não é aquele material indicado no rótulo.

FARABEUF - Às vezes, ao montar a caixa para uma determinada cirurgia, não é colocado todo material necessário, mas a caixa está identificada dificultando o lado do instrumentador e do circulante.

DOYEN, BACKHAUS, SINGLEY, KOCHER e JONES - Às vezes tu vai lá, pede uma coisa e está no rótulo, e quando tu abre, é outra.

O nome legível, a data e o lote é o mínimo que deveria estar no rótulo de qualquer material.

BACKHAUS - Normalmente o pessoal não assina, de certo, com medo de represália.

BROWN - O nome nunca tem, aí complica quando tem algum problema.

CRILLE - Vem sempre com a data do vencimento.

MAYO - Não tem controle pelo rótulo.

D – SUBVERTENTE 4 - Acha importante o uso de fitas ou integrador químico?

Quanto maior o número de parâmetros para assegurar a esterilidade do material, mais segurança ter-se-á durante o procedimento.

FOERSTER - É a única forma de a gente saber que o material está estéril.

JONES, ROCHESTER, FINOCHIETTO, COLLIN e GELPI - É importante, porque está marcando se está esterilizado ou não.

DUVAL - Mas, como é muito caro, não colocam.

FAURE - A gente tem que ser treinado para olhar aquela fita, aí eu acho muito importante. Tem funcionário que nem sabe o que é aquela fita, não sabe mesmo, abre o pacote e joga fora. E tem gente que sabe e não tem hábito de olhar porque não é cobrado, não é ensinado, a gente não devolve para o Centro de Material e Esterilização, o que seria o ideal.

ADSON e RANDAL - No interior da caixa não, mas o interior do pacote sim, porque às vezes a autoclave está com defeito e não se vê se o pacote está estéril ou não.

FARABEUF - Seria o ideal para as caixas e pacotes, porque às vezes você abre e está tudo úmido por dentro.

GOSSET - O retorno do material para o centro cirúrgico é muito rápido.

NELSO - É importante, porque, a partir do momento em que tu abre o campo e tem uma fita em cima e outra no meio e nas caixas uma em cada canto e outra no meio para saber que todos os lugares foram esterilizados, e aqui isto não acontece.

E – SUBVERTENTE 5 - Como estes pacotes e caixas deveriam chegar às salas?

O material deveria chegar na sala de forma segura, sem risco de contaminação.

FARABEUF - As caixas e pacotes não, mas as bandejas sim, elas estão embaladas corretamente.

MIXTER - Também não acho correto usar as macas dos clientes para transportar o material para a sala.

MIXTER - concordo com a colega quanto às macas e carrinho.

BROWN - Ao manusear, empurra pra cá, empurra pra lá e aí rasga. O papel tem que ser maior.

BACKHAUS - É muita coisa em cima da outra e o papel fura, rasga.

Todos os pacotes devem ter um padrão de embalagem e separação de material em pacote individual.

BACKHAUS - Eu acho que deveria ter um padrão de embalagem, ter um local apropriado para guardar este material, não empilhar o material (cinco ou seis caixas uma em cima da outra), você vai puxar, uma contamina a de baixo, com certeza, porque, se a embalagem é papel, vai rasgar.

ALLIS - Se é pano, também rasga, dependendo da força que tu faz.

BACKHAUS - Ter material suficiente, porque o nosso está sempre reesterilizado, está sempre quente. Às vezes, começou a cirurgia e tem que dizer para esperar que está esterilizando, acontece muito isso.

A forma de transporte deveria ser através de um carro para melhor segurança.

CRILLE - O carrinho atravessa todas as áreas: sujas e limpas e depois vai para a sala. O carrinho também vai lá embaixo para buscar o café e pão, isto eu acho errado mesmo.

COLLIN - Com carrinho, mas tem que ter cuidado porque rasga o papel.

FAURE - Em cima de uma mesa e não naquele carrinho ali.

NELSO - Primeiro com carrinho adequado somente para material esterilizado e a caixa ideal para cada cirurgia, não ficar abrindo para cirurgias de uma sala para outra.

MIXTER - Deveria ser uma mesa e carrinho próprios. Já tivemos três carrinhos desses e agora só tem um que serve para tudo.

CRILLE - Também não acho correto usar as macas dos clientes para transportar o material para a sala.

O local de guarda deve ter alguns aspectos a serem considerados como: temperatura e umidade relativa do ar.

CRILLE - Tem muita coisa correta, mas também têm muitas coisas negativas.

DUVAL - O material que fica na salinha é adequado e o material que fica para cá não, que é o material de ortopedia.

RANDAL - Este material poderia ser guardado aqui dentro, porque lá é capaz de pegar chuva, não é o lugar ideal para guardar, é muito precário e é um material de risco. Às vezes, a gente pensa que é da autoclave que manchou, mas é da chuva que contaminou. Fica o material embaixo da janela e pinga do telhado.

ADSON - Vem para nós, papel com marca de chuva dentro do centro cirúrgico.

SINGLEY - Fica tudo amontoado, não dá para colocar mais nada.

KELLY - Local de armazenamento muito pequeno.

5.2.9.1 PADRÃO XII - Embalagens

AFIRMAÇÃO - Todos os materiais que entram em contato com o campo estéril devem ser previamente inspecionados quanto ao empacotamento, processamento, selagem, indicador de esterilização e data de validade.

PADRÃO - As embalagens devem preservar a esterilidade do conteúdo e facilitar a abertura do pacote sem contaminação.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Inspecionar as embalagens cuidadosamente para assegurar a esterilidade dos materiais;
2. Segurar pelas bordas das embalagens com firmeza e segurança todos os artigos que irão ser colocados no campo cirúrgico;
3. Evitar a contaminação no cruzamento de um braço sem paramentação sobre um artigo estéril;
4. *Respeitar alguns critérios nas embalagens de materiais considerados estéreis, tais como:*

- 4.1. Proteger o material durante o transporte e manuseio;
- 4.2. Possuir um rótulo com perfeita identificação;
- 4.3. Dar segurança e possibilitar abertura asséptica pelo usuário;
- 4.4. Ter barreira de proteção microbiológica;
- 4.5. Ser atóxica, flexível e resistente;
- 4.6. Possibilitar que o agente esterilizante penetre no seu interior e entre em contato com o material;
- 4.7. Garantir a esterilidade do material desde seu processamento até a data de validade.

5.2.10 VERTENTE 10 - Esterilização química

Todo material para sofrer esterilização química deve ficar submerso o tempo suficiente conforme orientação do fabricante.

Para o glutaraldeído, a recomendação é deixar de oito a dez horas.



DIAGRAMA 10 – ESTERILIZAÇÃO QUÍMICA

A – SUBVERTENTE 1 - Para fazer esterilização química, quanto tempo fica imerso este material?

Muitos sabem o tempo correto, mas, devido à pressa, não deixam o instrumental ficar o tempo suficiente.

GOSSET e CRILLE - Dá para ficar mais tempo, mas estão sempre com pressa, sempre tem que tocar rápido, porque tem outra cirurgia para entrar, é só quinze minutos.

Para alguns, vai depender do volume de cirurgia, do cirurgião e do circulante.

FARABEUF - Trinta minutos dependendo do cirurgião, mas quando tem outra cirurgia, eles nem deixam cinco minutos.

POTTS - Vai da instrumentadora dizer que ainda não deu o tempo.

KELLY - Na pressa, eles dizem: deixa dez ou quinze minutos e já querem o material, é muito relativo.

BROWN e FOERSTER - Eu deixo de vinte a trinta minutos, depende do cirurgião, que às vezes ele quer e nós não conseguimos deixar este tempo.

Outros referem saber que, com a redução de tempo, estão fazendo apenas desinfecção.

BACKHAUS - É feita a desinfecção e não a esterilização.

JONES - Uma média de dez a quinze minutos para fazer a desinfecção.

FINOCHIETTO - Então mais vale esterilizar em autoclave, que é mais rápido.

Por não se preocuparem ou não saberem o tempo exato, muitos deixam de dez a trinta minutos, que é o tempo suficiente apenas para fazer desinfecção.

RUSSA e BULLDOGS - A maioria é quinze minutos, ou quando dizem que é para tirar.

GELPI - Eu sei que o correto é trinta minutos, mas o que me passaram é trinta e um minutos, depende do cirurgião, se o cirurgião disser que é quinze minutos, o que a gente vai fazer.

JONES - Trinta minutos, mas só material de anestesia o tempo é menor, porque se deixa estes trinta minutos, ele colaba, ele estraga.

SATINSKY - Geralmente é trinta minutos, mas o material parece que é dez horas, coisa assim.

ADSON - Olha, é difícil a gente fazer isto, a não ser que tenha algum material que vai usar na outra cirurgia, aí a gente deixa uns vinte minutos.

.B – SUBVERTENTE 2 - Que tipo de luva você utiliza quando está manipulando a solução?

Para limpeza e desinfecção, é indicado luvas de borracha por serem resistentes e não terem microfuros.

SATINSKY, ADSON, RANDAL, CRILLE e BULLDOGS - Luva de procedimento para colocar e para retirar, todos usam luva estéril.

JONES - Eu não calço, mas é que eu faço as coisas com tanta rapidez que eu nem me dou conta que estou sem luvas, eu sei que é errado.

Em todo o processo de esterilização química, deve-se usar luvas estéreis, porém adequadas para manusear o produto.

BACKHAUS, BROWN, FOERSTER, DOYEN e MIXTER - Luva de procedimento para colocar e luva estéril para tirar o material.

GELPI - Eu coloco duas luvas quando vou colocar o material e depois tiro a de cima e fico com a de baixo para instrumentar a cirurgia.

FINOCHIETTO, BONNEY e DUVAL - Procedimentos, e para tirar, se usa uma pinça estéril.

KOCHER, ADSON, SATINSKY e DEBAKEY - Após, a circulante pega com uma pinça estéril.

C – SUBVERTENTE 3 - Costuma usar equipamentos de proteção quando manuseia produtos químicos?

Como a maioria dos produtos químicos são prejudiciais à pele e mucosa e por se tratar de um processo de esterilização, o equipamento de proteção individual deve ser recomendado com alguns acessórios estéreis como luvas e aventais.

CRILLE - Só máscara, porque geralmente a solução já vem pronta e a gente coloca o material e fecha a tampa e pronto.

FAURE - Uso avental, luva e pro-pé.

Alguns não usam os equipamentos de proteção individual necessários para o procedimento.

POTTS e FARABEUF - Óculos é difícil.

BACKHAUS, DUVAL, HEGAR e MIXTER - Para colocar em solução não, até sem máscara, e para retirar usa-se avental, luva e máscara.

D – SUBVERTENTE 4 - A forma como ocorre a esterilização química é correta?

A esterilização é o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive os esporulados, independente do processo.

BROWN - Não, se deveria respeitar o tempo correto, que é de doze horas.

BACKHAUS - É correto dentro daquilo que somos obrigados a fazer, obedecendo à ordem médica.

Para a esterilização química ocorrer de forma confiável, é necessário seguir as recomendações do fabricante.

DOYEN - Não é uma esterilização, é uma desinfecção.

BULLDOGS - Eu não confio nem nesta, nem naquela em formol.

BACKHAUS e KELLY - Há! Então a gente não está fazendo esterilização, e sim só desinfecção.

A maioria acha que, da forma como é feito, o tempo é insuficiente para o processo.

BACKHAUS e DOYEN – Não, porque o material não está estéril.

KELLY - É incorreta, porque não fica o tempo ideal.

CRILLE, GOSSET e KOCHER - Eu acho que precisa de mais tempo, quinze minutos é pouco.

Muitos, além de não respeitarem o tempo, também não se preocupam com o recipiente onde ocorre o processo.

KOCHER e GOSSET - A bandeja tem que ser esterilizada, porque ela fica lá no expurgo encima do balcão que vai pus, sangue, vômito, urina, vai tudo.

CRILLE - Eu também concordo que a cuba tem que ser estéril, porque tu coloca o esterilizante lá e a cuba está pra lá de contaminada, e muitas vezes está cheia de sujeira no fundo.

O mesmo ocorre com a solução, porque não há o controle de validade após ser ativada.

CRILLE, GOSSET e KOCHER - Faz tempo que está lá.

KOCHER - E outra, aquilo lá não perde a validade? Fica lá aberto.

São vários os fatores que deixam o grupo indeciso quanto ao uso do esterilizante químico.

GELPI - Eu não sei dizer corretamente, mas eu tenho medo tanto quanto o formol, duas coisas de que eu tenho medo em cirurgia; o formol eu olho bem a data. Tu pegas uma cuba de cautério e aí tem cinco ou seis dentro de uma caixinha.

FAURE - A gente reaproveita a solução usada, e isto eu acho absurdo.

JONES - Existe um tempo para esterilização química, eu não tenho certeza, mas acho que é de dez horas. Então como é que fica a situação desses clientes que têm “cirurgia segue”, tem material para as duas cirurgias?

DUVAL - Eu não acho correto, mas quem usa diz que não tem problema de infecção hospitalar.

SINGLEY - Quando o material é do cirurgião ele não quer que se deixe muito tempo porque estraga. Às vezes, são colocadas pinças “jacaré” ainda com sujeira, e após a cirurgia, eles “cirurgiões donos” lavam e guardam e pronto.

ADSON - É importante saber o tempo, porque a gente, discutindo na sala, eles ficam com medo, sabia?. Da ortopedia o cirurgião está ali e cuida, é bem lavado o material.

E – SUBVERTENTE 5 - Lê o rótulo e as orientações do fabricante?

Mesmo não tendo muita orientação sobre o produto, dificilmente se lê o rótulo.

BROWN - Não, só quando troca o produto, mas não é costume.

BROWN - Nem todos lêem, porque os que usam já têm conhecimento porque trabalham no dia-a-dia, então eles já devem ter sido orientados.

CRILLE - Eu leio, e depois tu não paras todo dia porque tu já sabes, eu sempre olho a data que está marcada.

GELPI - Eu não sei a quantidade correta de solução, não sei se realmente em 15' mata uma bactéria, o que deveria ser estipulado por vocês lá embaixo (referindo-se à CCIH).

SATINSKY - A gente lê a data de validade, se está de acordo para fazer efeito.

DUVAL - Eu vejo a data de validade e o tempo mínimo para desinfecção, porque a esterilização é mais tempo.

SINGLEY - Mesmo quando é um produto novo, um vai passando para o outro.

DEBAKEY - Se é um produto novo sim, mas os velhos não, porque a gente já conhece.

A pressão e falta de conhecimento são fatores que influem no processo de esterilização.

BULLDOGS - Para eles, não é a qualidade da cirurgia, mas a quantidade que eles querem fazer.

CRILLE, GOSSET e KOCHER - Todas dizem que o tempo não é adequado.

GOSSET - Quem manda é o doutor. Eles dizem que a gente está com preguiça.

CRILLE - Mas tu sofres tanta tensão ali, que, por mais que tu diga: "doutor, não deu tempo ainda, só deu quinze minutos, eles dizem: já deu, já deu, tá bom assim, e então a gente vai discutir?"

CRILLE - É verdade, a gente tenta pôr o horário, mas não adianta.

CRILLE - Outro dia aconteceu comigo, eu fui dizer que não tinha dado os trinta minutos, a pessoa chegou para mim e disse: ah! Queres ficar estarrada.

GELPI - Este produto já está em uma cuba fechada e já está diluído, tu vai ali, tu pega, leva para a sala e bota o material dentro.

JONES - A gente quer fazer a coisa correta, mas eles não dão este tempo para a gente, entendeu?

SINGLEY - À noite, o material poderia ser colocado para esterilizar, só que eles não confiam, porque pode sumir material.

5.2.10.1 PADRÃO XIII - Instrumentais cirúrgicos

AFIRMAÇÃO – Todo instrumental cirúrgico é considerado estéril quando passa por um processo de esterilização, seja ele físico ou químico, em que são destruídos todos os tipos de microrganismos, inclusive os esporulados. Portaria IN nº 4 – D.O.U. de 31/07/91.

PADRÃO – Todos os materiais que penetram em tecido subcutâneo ou em órgãos estéreis de cavidades corporais são considerados artigos críticos e devem passar por esterilização antes de sua aplicação, a fim de evitar a contaminação desses tecidos, que normalmente apresentam-se livres de quaisquer microrganismos.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Considerar estéril desde que preservada sua embalagem;
2. Observar que pode ser fonte de contaminação do material, quando, mesmo tendo sido esterilizado por método correto, a embalagem sofrer violação ou, durante sua manipulação no ato cirúrgico, for tocado por algum objeto contaminado;
3. *Manter controle de qualidade da esterilização pelo processo físico quanto a:*

- a) Realizar controle químico, que é determinado por meio de fitas indicadoras, etiquetas, tiras e indicador químico na própria embalagem, significando que o produto entrou em contato com o agente esterilizante, mas não indica esterilidade do produto;
 - b) Realizar controle residual mediante a análise do ambiente, que é determinada através do detector de gás ou por cromatográfico, pela análise do material que é determinada somente através de cromatografia gasosa;
 - c) Realizar controle microbiológico que é determinado por meio de cultura de indicadores biológicos e teste de esterilidade nos produtos;
4. Observar que o processo de esterilização químico líquido, são formulações destinadas à esterilização de artigos críticos que não podem ser esterilizados em autoclave ou estufa;
 5. Observar e respeitar o tempo de exposição indicado pelo fabricante, mantendo o recipiente tampado para realizar uma esterilização química ideal;
 6. Observar que o glutaraldeído é, atualmente, o mais usado e, conforme orientações, os materiais devem ficar submersos em um período de 8 a 10 horas;
 7. Atentar para a concentração recomendada de dialdeídos livres para que não haja redução da atividade esporicida do glutaraldeído;
 8. Observar alguns fatores que influenciam a atividade do glutaraldeído, como a concentração ideal da solução, que deve ser 2%; o pH em torno de 8 e à temperatura ambiente;
 9. Observar que quando a limpeza do material não for adequada, este fator irá afetar na ação do glutaraldeído devido à presença de matéria orgânica, que diminuirá a sua eficácia;
 10. Fazer a manipulação do glutaraldeído usando luvas de borracha . O uso de luvas de látex, para manipulação do glutaraldeído, é contraindicado em virtude da absorção do produto pelas mesmas e pela exposição do profissional ao produto absorvido;
 11. Observar que a esterilização com glutaraldeído só é recomendada quando não há possibilidade de se utilizar esterilização por vapor ou

por óxido de etileno;

12. Realizar a desinfecção de alto nível colocando o material em imersão em glutaraldeído a 2%, em um período de 20 a 30 minutos e após enxaguar com água estéril.

5.2.11 VERTENTE 11 - Abertura de caixas e pacotes

Ao abrir uma caixa ou pacote, deve-se ter consciência de que realmente se está utilizando a técnica correta para não contaminar a área estéril.

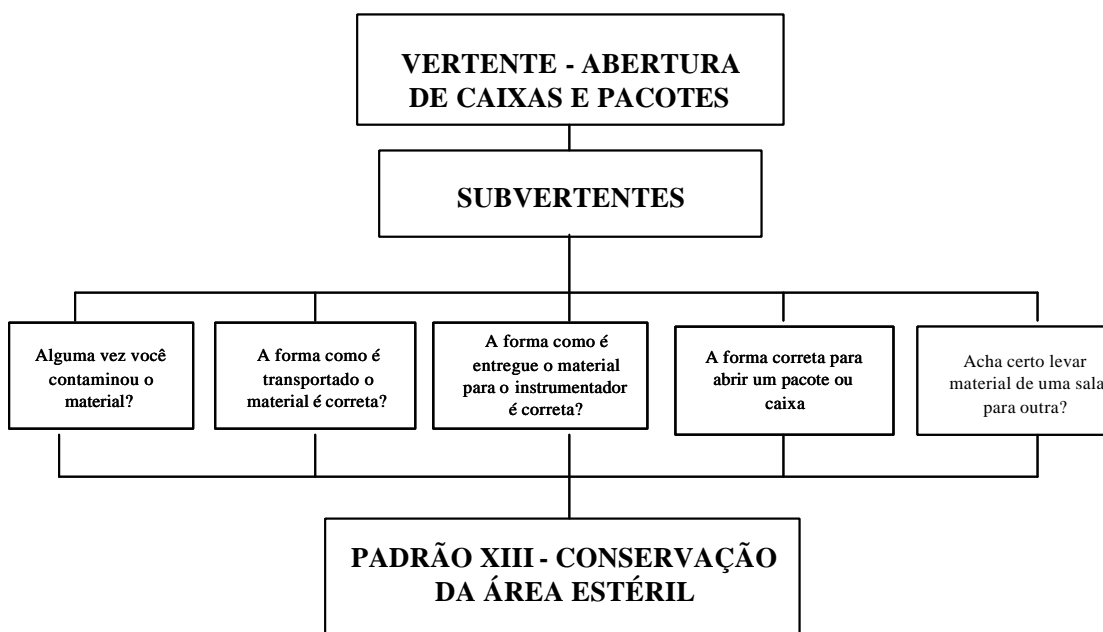


DIAGRAMA 11 – ABERTURA DE CAIXAS E PACOTES

A forma correta para abrir um pacote ou caixa.

A – SUBVERTENTE 1 - Alguma vez você contaminou o material?

Toda caixa e pacote devem ser abertos com técnica adequada, tendo a responsabilidade de desprezar quando contaminar.

BONNEY - Desprezei, mesmo não tendo outra.

*DUVAL - Numa situação X, avisei a instrumentadora, cirurgião, auxiliar e depois ao **Staff** e não tomaram nenhuma providência, então fiz uma anotação no relatório de cirurgia e a enfermeira assinou.*

O próprio empacotamento errado é motivo para se contaminar o material.

FAURE e MAYO - O problema está na embalagem mal feita, aí, quando você vai abrir, contamina tudo.

BONNEY - Quando eles usam a mesa ortopédica e intensificador de imagem, quase todas as cirurgias contaminam, eles vão mudando a posição do intensificador de imagem, vão metendo a mão no saco....

CRILLE - O problema está como colocam as tampas e depois fecham a caixa.

Muitos mencionam a causa da contaminação na embalagem de papel.

BULLDOGS - Contamina muito é com a embalagem de papel.

Quando da observação/revisão, têm muitos materiais que chegam contaminados.

GOSSET - O material que entra contaminado na sala é desprezado na hora.

GOSSET e FARABEU - Já peguei várias caixas com material ortopédico ainda com cimento, desprezei na hora.

B – SUBVERTENTE 2 - A forma como é transportado o material é correta?

A maneira de transportar o material, para todos, deveria ser em carrinho próprio.

MIXTER - Tem que ter um veículo próprio para o transporte de material.

BACKHAUS - Errado, não existe nada certo aqui.

Deveria existir vários carrinhos para facilitar o transporte e preparo da sala.

NELSO - Precisa ter uma melhora, porque às vezes pegam o carrinho para transportar outras coisas, como lixo, vai lá para baixo para pegar café, trazer almoço.

RUSSA - Às vezes tem que carregar na maca, porque só tem um carrinho.

RANDAL - Seria ideal usar o carrinho, só que não tem.

Por ter apenas um carrinho, se transporta de qualquer forma, até mesmo nos braços.

DOYEN - Nas primeiras cirurgias, sim, quando vem no carrinho, depois, as outras, às vezes é só um pacote ou dois, aí a gente leva nos braços.

BROWN - Às vezes a gente pega o cliente, bota na mesa e depois vai lá e pega o material.

BROWN - Leva material na mão e embaixo do braço.

BACKHAUS - O carrinho, que é para o transporte, pegam café, se bobear colocam até roupa suja.

NELSO - O carrinho corre o hospital praticamente.

RUSSA - Durante à noite, temos só um carrinho, a gente dá quinhentas voltas (risadas). É verdade, às vezes a gente deixa cair tudo.

Deveria existir outros meios de transporte.

FOERSTER - O carrinho é muito sujo, deveria ter outra forma ou outro tipo de carro ou alguma coisa que transportasse com mais segurança e fosse mais fácil de limpar, porque aquilo ali é horrível de limpar.

CRILLE - Tem que ter um veículo próprio para o transporte de material.

*DUVAL - Se a gente fala, ainda se passa por ruim e ninguém toma providência.
FAURE - Não, não acho, muitas vezes o carrinho está uma imundície, sujo. E o material vai ali, se bem que está envolvido no campo, mas é o material estéril e não pode ter contato com sujeira.*

C – SUBVERTENTE 3 - A forma como é entregue o material para o instrumentador é correta?

Muitos não têm a consciência dos movimentos realizados na abertura do pacote.

*MIXTER – Quando ele entrega incorretamente, eu não pego.
BROWN - Uns entregam certo, outros não.
BONNEY - Às vezes faz errado, passa por cima da mesa.
FINOCHIETTO - Depende onde ele está, eu acho que não está bem correto, porque às vezes, não tem onde colocar, abre e fica com ele na mão.*

O grupo não foi reciclado em relação a este procedimento.

*POTTS - A gente, na verdade, aprende na garra, né.
BACKHAUS - Tem que ter muita consciência e treinamento. Os funcionários novos têm que ter treinamento, ficar junto com outra pessoa para aprender, e hoje em dia, não está sendo assim.
MIXTER – Quando vejo que ele contaminou, eu falo, neste ponto sou bem responsável.
ALLIS - Tem muitos alunos e estagiários, o que contaminam de coisa, meu Deus, eles abrem as caixas e jogam tudo em cima da mesa, eu não gosto disto.
BROWN - O que eu acho errado é o instrumentador abrir um campo grande e colocar todo o material ali em cima e depois sai da sala para se escovar. Aí começa todo mundo a circular por ali.
BONNEY - Se joga o material direto em cima da mesa.*

Por não haver padronização nas embalagens, este é um fator que leva a contaminar os materiais com maior facilidade na abertura dos pacotes.

*FARABEUF - Na maioria sim, mas às vezes contamina por causa da má adequação da embalagem.
BACKHAUS – Aqui, hoje, é muita bagunça.*

Por não haver controle no processo, fazem de qualquer forma.

*BACKHAUS - Às vezes a caixa é pequena e colocam muito material por cima.
BONNEY - Não dá para fazer a coisa como manda o figurino, eles atropelam a gente.*

Muitas vezes a pressa faz com que o procedimento não seja realizado corretamente.

SINGLEY - Tu não termina de montar a mesa e os cirurgiões já estão tudo esperando para calçar a luva.

D – SUBVERTENTE 4 - A forma correta para abrir um pacote ou caixa

Abrir corretamente os pacotes e caixas é fundamental para não contaminar o material.

FARABEUF, DOYEN e MIXTER – Os pacotes se segue a técnica: abrir primeiro as laterais e depois o mais longe, por último, o lado mais próximo.

DEBAKEY - Abro os pacotes na mesa, primeiro um lado, depois outro, e assim por diante.

BULLDOGS, ROCHESTER e JONES - Tira as fitas corretas da caixa e do campo com cuidado para não contaminar e entrega para o instrumentador, se a caixa estiver fechada para ele abrir.

BACKHAUS - Em determinados momentos é certo e noutros não.

FAURE e FOERSTER - A caixa, tira o lacre, pega com as duas mãos a tampa e coloca em cima de uma mesa sem contaminar a borda da caixa e a parte interna da tampa, e o pacote, tira a fita e vai virando o papel sem contaminar o material que está dentro.

BONNEY - O que é possível fazer a gente faz conforme a técnica.

Alguns relacionam o procedimento com a embalagem no centro de material e esterilização.

DOYEN - Às vezes depende do modo como o CME prepara os pacotes, que está errado, aí você tem que fazer “malabarismo” com o material na mão para abrir o pacote. Tem que mudar as coisas no centro cirúrgico e no CME.

GOSSET - Se estiver embalada corretamente, na forma de envelope, não contamina, caso contrário, corre-se o risco.

DUVAL - O papel é mais seguro que o pano, mas para abrir é pior, porque ele vai e volta.

SATINSKY - Há também o exagero de fita nos pacotes.

Outro fator importante para não se realizar o procedimento correto é a pressa.

SINGLEY - Se quebra a regra, porque não dá, devido ao atropelamento. Às vezes, você está com a caixa na mão para entregar para o instrumentador e você tem que largar para montar o aspirador que o outro está pedindo.

BONNEY - Às vezes, estão abrindo o cliente e a gente não está com a mesa montada.

ALLIS - Isto aqui é uma loucura, do jeito que eles fazem.

Ter uma superfície plana para poder abrir as caixas e pacotes corretamente.

NELSO - Colocar o pacote em cima de uma mesa e abrir as quatro pontas.

Muitas vezes, com apenas um circulante em sala, se torna impossível realizar o procedimento correto.

ALLIS - Tem que ficar outra pessoa na sala ajudando.

BACKHAUS - Nós trabalhamos em dois, e a partir do momento que ela está paramentada, ela passa a receber este material, com isto está facilitando para os dois, e agora se tu estás sozinho, tu tens que tomar conta de toda a sala.

DUVAL - Em cirurgias pequenas, eles instrumentam e o instrumentador circula e depois mandam a gente para outra sala e o cliente já está lá e não tem nenhum material, mas isto não é o que ficou resolvido em reunião com o enfermeiro (ela é nova, não adianta, não adianta).

E – SUBVERTENTE 5 - Acha certo levar material de uma sala para outra?

Todo material é considerado estéril para a cirurgia na qual está sendo usado.

NELSO e FARABEUF - A partir do momento em que tu abre uma caixa para uma cirurgia, ela já é contaminada, então eu não acho certo levar para outra sala.

POTTS e DOYEN - Acho errado o instrumentador pegar material da caixa do outro. Tudo bem que a luva ainda está estéril, mas só o fato de abrir e fechar.

ALLIS - Já vi ortopedista sair da sua sala e ir em outra pegar material com a roupa toda suja de sangue.

BACKHAUS - Isto também acontece com outras cirurgias, porque o instrumentador pega uma pinça que já está na mesa e tira o material da caixa e depois a circulante fecha.

FAURE - As caixas já estão sendo chamadas de "caixas comunitárias", eu não acho certo isto, eu faço porque todo mundo faz, na verdade.

JONES - Depende, não é certo, mas nas nossas condições, que não tem material para tudo, e se tiver garantia de que realmente este material não está contaminado, não é correto, mas tem que levar.

CRILLE - Desde que esteja estéril, eu acho correto.

Todo instrumental deveria ser esterilizado em pacote individual.

KOCHER - Tem que separar em pacotes o material que é mais usado, isto facilitaria o trabalho.

ALLIS - Não poderia este material ser esterilizado em separado? Dividindo o material que tem, facilitaria o trabalho deles e o nosso e se ganharia tempo.

BROWN - Deixar os pacotes separados, e não precisaria abrir as caixas contaminando as mesmas e gastando com autoclave para reesterilizar.

ADSON e RANDAL - Então, em vez de colocar aquela "montoeira" em uma caixa, faça pacotes.

Além da falta de material, os que têm são processados todos juntos.

POTTS - Na ortopedia, são dois aparelhos só, mais rugina, aí ele está aberto na mesa e não foi usado. Eu cansei de ver cirurgião tirar daí e levar para a outra sala.

MIXTER - Os cirurgiões dizem: só sabem dizer que não tem.

CRILLE - Uma falha que eu vejo: um hospital deste tamanho ter tão pouco material. Muitas vezes tu estás em uma cirurgia e já estás pensando no material da outra.

MAYO - Mas não tem como ser diferente. A gente tem que se sujeitar a trabalhar com aquilo que tem.

Alguns sugerem a aquisição de um número maior de material ou fazer uma escala de cirurgia conforme o material existente.

DOYEN - A minha opinião é que o cautério deveria vir em pacotes, porque é um tal de abre e fecha, passa com a mão, o material fica muito exposto. Eu tiro o que preciso, depois a caixa vai para outra sala, e, lá, tiram mais alguma coisa e aí por diante. O ideal seria ter mais material.

Muitos não acham correto levar material de uma sala para a outra, mas têm que cumprir ordens.

MIXTER - Eu não acho correto, mas a gente é obrigada a fazer, porque não tem. Infelizmente, temos que cumprir regras.

Para o grupo, deveria ser o centro de material e esterilização o responsável pela organização e distribuição do material para cada cirurgia.

*BACKHAUS - O que acontece é assim: você vai no CME pedir um porta-agulha, aí é tirado de uma caixa e depois esta caixa vai para outra cirurgia já incompleta.
ALLIS e FOERSTER - O certo seria vir do CME material para cada sala.*

5.2.11.1 PADRÃO XIV - Conservação da área estéril

AFIRMAÇÃO - Os campos e aventais cirúrgicos têm a finalidade de proteger o cliente, proporcionando a redução dos índices de infecções cirúrgicas, e de proteger a equipe contra patógenos do sangue e fluídos corpóreos.

PADRÃO - Os campos e aventais cirúrgicos devem estabelecer uma barreira asséptica que minimiza a passagem de microrganismos para áreas estéreis.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Selecionar cuidadosamente os materiais para confecção de aventais e campos cirúrgicos;
2. Considerar, para aventais e campos cirúrgicos de pano, o seu devido tempo de repouso para que as tramas voltem ao normal após o processamento para poder estabelecer adequada barreira microbiana;
3. Manusear o mínimo possível os aventais e campos cirúrgicos;
4. Observar que o movimento rápido dos campos estéreis cria correntes de ar nas quais poeira, partículas e gotículas podem migrar;
5. Movimentar somente o necessário o campo estéril uma vez colocado, para evitar comprometimentos na sua esterilidade;
6. Observar para que a abertura dos campos estéreis ocorra próximo do início da cirurgia, pois sua exposição por muito tempo aumenta o risco de contaminação;
7. Manter toda a equipe cirúrgica vigilante para reduzir a probabilidade de contaminação;
8. Atentar para as fontes de contaminação da área estéril, tais como: pessoal, ar, líquidos e insetos;
9. Manter todos os membros da equipe conscientes da necessidade de

realizar observação direta para permitir e detectar a quebra da esterilidade, quando não observados os princípios da técnica asséptica;

10. *Observar que materiais que fornecem barreira para aventais e campos cirúrgicos devem:*
 - 10.1. Promover uma barreira apropriada contra microrganismos, particularmente no que diz respeito a fluídos corpóreos;
 - 10.2. Ser adequados a métodos de esterilização;
 - 10.3. Manter suas condições físicas;
 - 10.4. Ser resistentes a rasgos, furos e abrasões;
 - 10.5. Ser livres de componentes tóxicos;
 - 10.6. Apresentar relação de custo/benefício positivo;
 - 10.7. Ser utilizado e processado conforme as normas escritas pelo fabricante.

5.2.12 VERTENTE 12 E 13 - Testes dos aparelhos, cuidados e manuseio dos equipamentos

Estas duas vertentes irão dar uma representação gráfica diferente das demais, porque iremos utilizar 10 subvertentes, 5 de cada vertente, para dar origem ao padrão XIV - MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

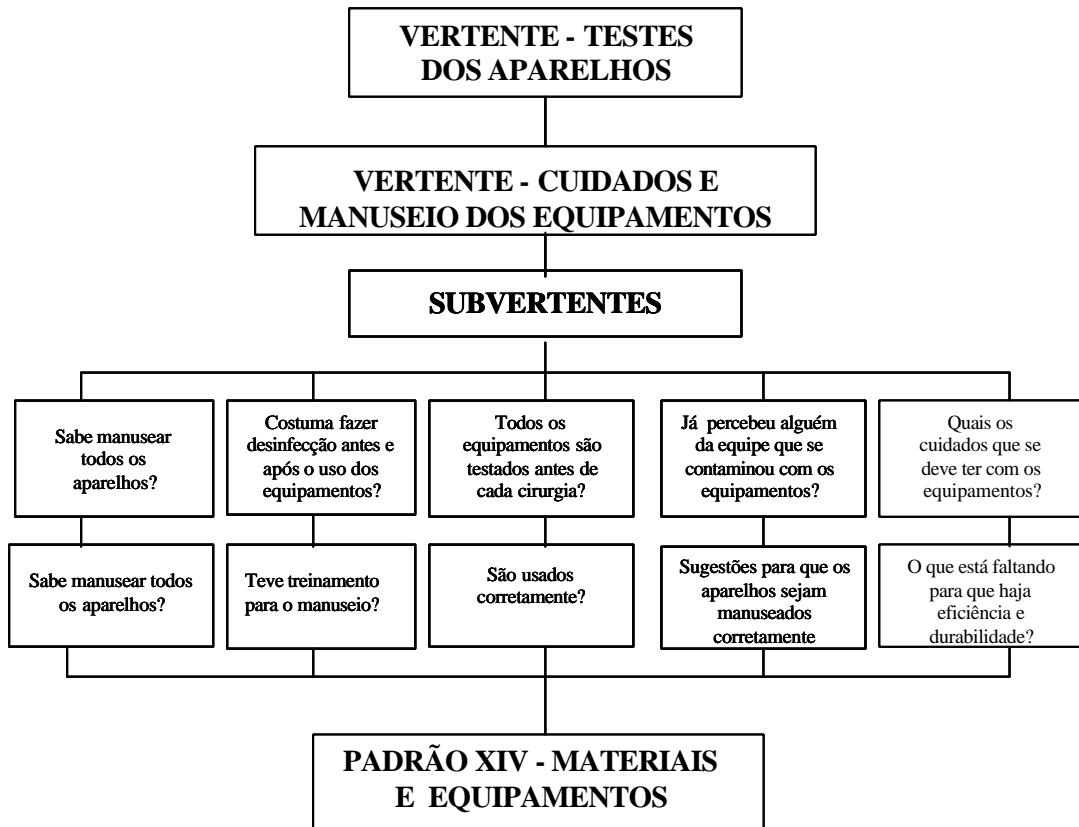


DIAGRAMA 12 – VERTENTES - TESTES DOS APARELHOS, CUIDADOS E MANUSEIO DOS EQUIPAMENTOS

A união destas duas vertentes se fez necessária por entendermos que a maioria do grupo, apesar de ter consciência de quanto é importante manusear corretamente os aparelhos, não dá a devida importância ao teste dos equipamentos antes e após seu uso.

A – SUBVERTENTES 1 e 6 – Sabe manusear todos os aparelhos?

Com o avanço tecnológico em ritmo acelerado no ambiente do centro cirúrgico, e o não-acompanhamento desse avanço pelo grupo, por falta de treinamento e/ou educação continuada, seu manuseio somente é assegurado pelo interesse e curiosidade do grupo.

NELSO – Quase todos sabem manusear os que existem no Centro Cirúrgico, menos o RX e os de anestesia.

FOERSTER - Não, principalmente o dinossauro, aquilo ali é terrível. Uma que eu acho que não

seria função dos funcionários manusear isto aí, deveria ter um técnico de RX responsável por este material, porque a gente não teve instrução para lidar com ele, a gente aprende conforme os médicos mandam. Outra, os raios que a gente fica tomando, mesmo que se coloque o colete de proteção, que só tem um, e a gente não é responsável por isto e que todos deveriam usar. Este é o pior de todos.

Muitas vezes, a falta de informação traduz-se em dificuldades e medo de manusear determinado aparelho.

BROWN e FOERSTER - Não, a gente tenta, quebra o galho.

RUSSA - Tem aparelhos que a gente quase nem usa.

RANDAL - Quando a gente não sabe, o ortopedista diz:, aperta aqui, aperta ali.

Alguns procuram aprender operacionalizar com o colega, assimilando suas funções.

JONES - Eu sei manusear o que diz respeito à anestesia, fora disso, são poucos os equipamentos que eu sei mexer.

BULLDOGS - Eu estou aqui no Centro Cirúrgico há cinco anos, nunca apareceu ninguém para ensinar a gente a mexer nos equipamentos. Às vezes ensinam os instrumentadores, mas quem tem que aprender é o circulante, porque a instrumentadora não vai sair da atividade dela para ligar (todos concordam).

GELPI - Eu até consigo, um diz: aperta aqui, aperta ali, e eu vou arrumando.

FINOCHIETTO - Eu, como instrumentadora, não sei manusear o material de ortopedia.

Conseqüentemente, a falta de orientação preocupa o grupo.

*POTTS - Isto tudo causa muito **stress** durante a cirurgia que tu nem imagina.*

KOCHER - Saber a gente sabe, o problema são as tomadas cheias de esparadrapo, só querem usar, é tudo corrido, não tem controle.

FINOCHIETTO - Desses novos não, a gente não tem acesso.

B – SUBVERTENTE 2 - Costuma fazer desinfecção antes e após o uso dos equipamentos?

Devido ao não-controle dos equipamentos, muitos não fazem a desinfecção necessária.

KOCHER - Não querem nem saber na hora, só querem usar.

FARABEUF - Dificilmente é feita a desinfecção, quando não vai mais ser usado, caso contrário, se passa um “paninho” quando está muito sujo de sangue e segue para outra sala.

BROWN - A gente vê poeira assim a olho nu.

HEGAR - Muitas vezes se pega sujo e não passam nem um álcool, porque não sabem.

89resíduos de dias anteriores que não são tirado.

Muitos têm consciência de que a limpeza é importante, mas, pela falta de tempo, só realizam após o término da cirurgia.

BULLDOGS - Só é feito quando sujo de sangue.

JONES, KELLY CRILLE, SINGLEY, NELSO e GELPI - Após a cirurgia, se faz, porque fica sujo de sangue, antes, não.

*FINOCHIETTO - Ninguém passa álcool no aparelho de RX.
DEBAKEY - Terminou de usar, passo álcool para usar de novo.*

Para outros, o atropelo da equipe é tão intenso que não têm tempo para revisar.

FARABEUF - Às vezes, fica dois dias sem ser usado, e a gente pega e leva para a sala sem ver se tem poeira.

SATINSKY - Eles colocam o cliente em cima de a mesa antes da gente limpar; sexta-feira, ainda aconteceu, e era uma cirurgia eletiva, o cliente podia esperar mais um pouco.

BONNEY - Em dez cirurgias que usa o aparelho, em cinco ou seis, quem leva o aparelho não somos nós, é o cirurgião ou os residentes.

FAURE - Não, porque quando pedem, a gente tem que ir buscar correndo e eles não têm paciência de esperar.

RANDAL - Às vezes passa álcool e logo em seguida já é usado de novo.

RUSSA - Às vezes o tempo não deixa, porque é tudo tão rápido, é uma correria tão grande que não dá.

ADSON - A calha está sempre limpinha, não está empoeirada, porque é muito usada.

C – SUBVERTENTE 3 – Todos os equipamentos são testados antes de cada cirurgia?

Os testes dos equipamentos são de suma importância para que não haja complicações durante o ato cirúrgico, porém, o tempo é o principal fator para não ocorrer esta revisão.

DOYEN - Porque não dá tempo. Não pedem antes da cirurgia, é só na hora, e aí é aquela correria.

MIXTER - Não tem como, a não ser quando tu levar para a sala, porque não tem um lugar destinado para isso.

HEGAR - Eu testo as plaquinhas, agora muitas vezes, na correria, não.

JONES - É feito na hora que liga, se deu pane, sai correndo atrás de outro.

FAURE - Quem prepara o material não testa, não é rotina, o ideal seria fazer o teste.

FOERSTER e FAURE - Quando quebra um material em sala, deveria ser rotina o funcionário entregar para o enfermeiro para mandar consertar, mas ele coloca lá no depósito e amanhã, quando o outro for pegar, estará quebrado. Não existe passagem de plantão.

A preocupação maior é que só os enfermeiros recebem as orientações dos fabricantes, porém, são os que menos manuseiam estes aparelhos, e pelo excesso de trabalho, muitas vezes, não passam as informações necessárias para a equipe.

BULLDOGS - Só ensinam ao enfermeiro e ao anestesista, e nós?

BULLDOGS - Eu fui mexer na mesa, de curioso.

POTTS - Ninguém parou para explicar como se mexe, como não mexe, não sei, nem vou mexer.

D - SUBVERTENTE 4 – Já percebeu alguém da equipe que se contaminou com os equipamentos?

A consciência crítica, o acreditar na esterilidade de todo material cirúrgico deve ser respeitado e acatado por todos.

FINOCHIETTO, CRILLE, DUVAL, BULLDOGS e POTTS - A gente fala na mesma hora e eles aceitam.

FARABEUF - Eu falo sempre. Eu faço o meu papel.

BROWN, ALLIS e BACKHAUS - Eu alerta, depende muito da consciência.

BONNEY e JONES - Isto é uma responsabilidade muito grande, e tudo o que é contaminado eu desprezo.

NELSO - Eu sempre aviso, às vezes se trocam, às vezes pede para colocar uma faixa de crepom ou compressa (risadas).

Muitas vezes é tão automático e o uso da consciência não funciona para todos.

KOCHER - A gente avisa, mas “ eles não dão bola”.

DOYEN - Outros fazem de conta que não ouviram.

CRILLE - Uns acham que não contaminaram porque não viram.

DUVAL - Algumas pessoas têm problema em admitir.

FINOCHIETTO - A consciência é deles.

E – SUBVERTENTE 5 – Quais os cuidados que se deve ter com os equipamentos?

A maneira de como usar os equipamentos é de suma importância para o grupo.

POTTS - Primeiro de tudo, deve ter ali como mexer, como limpar, como manusear e através disto você vai aprendendo.

DOYEN - Ter treinamento, porque tem duas mesas que chegaram e ninguém sabe manusear, explicar como funciona, porque isto, porque aquilo.

Ter alguém responsável para coordenar e orientar.

POTTS - O ideal é ter um técnico para cuidar, ou então vir aqui um técnico para ensinar a cuidar.

BULLDOGS - É a mesma coisa com os aparelhos de anestesia, eu não vou mexer, nunca me ensinaram.

KOCHER - Ter uma pessoa responsável para limpar e testar os aparelhos.

DEBAKEY e ADSON - Ligar o interruptor com cuidado, não molhar para não levar choque.

ADSON - Desligar da tomada para limpar.

DEBAKEY - Cuidar para não bater na parede.

Essas orientações devem ser constantes.

BULLDOGS - A gente sabe que fez errado só quando vem alguém de fora, como aconteceu outro dia quando um aparelho estragou e aí o técnico falou: sabem por que o aparelho estragou? Porque não se guarda assim, antes de guardar tem que colocar na posição tal...

KELLY - A maioria do pessoal que trabalha aqui não sabe mexer com o aparelho de radioscopia, porque já peguei de manhã o aparelho sujo de sangue, mal posicionado, por isso está sempre com problemas.

A manutenção periódica deve ter papel fundamental, porque se o aparelho não funcionar, o prejudicado será o cliente.

FAURE - O aparelho não quebra sozinho, a gente é que danifica, então a gente precisa se conscientizar a ter mais cuidado, porque é um patrimônio nosso.
NELSO - Manutenção periódica não deve ser esquecida.

Por falta de orientação e por não entenderem o mecanismo de ação, a revisão é deficitária.

GELPI, MAYO e KELLY - Depois de usar, tem que limpar todo ele adequadamente.
BACKHAUS - Evitar o uso freqüente (só tem um), e é muita cirurgia.
BACKHAUS e JONES - Manutenção, controle, limpeza e a conservação. Uma coisa importante também é saber usar o aparelho, é o fator mais importante, e daí vai embora.
FAURE - Alertar os funcionários que aquilo ali é importante, que ele também é importante, que aquilo ali também é meu e que amanhã, em uma emergência, nós também poderemos precisar.
GELPI - Costumam fazer a revisão só quando o enfermeiro manda, se não, todo mundo corre.
FINOCHIETTO - A pessoa tem que saber mexer com o aparelho para poder limpar.

F – SUBVERTENTE 7 – Teve treinamento para o manuseio?

Todo o equipamento, para ter maior durabilidade, deve ser manuseado por pessoas que realmente entendem o seu mecanismo.

FARABEUF e KOCHER - Muitas vezes se liga no lugar errado, dá muito erro.
COLLIN - Para aqueles de RX a gente teve, nós fomos lá embaixo aprender.
FINOCHIETTO e BACKHAUS - Aprendemos no dia-a-dia, na raça e na coragem, como todos os materiais que chegam.

A não-familiarização com os equipamentos diminui a vida útil dos mesmos.

FAURE - Vendo alguém fazer.
RANDAL - A gente aprendeu sozinho, agora a gente lida com tudo com facilidade, mas, no início, o ortopedista que tinha que ajudar a gente.

Quase tudo o que se sabe se aprendeu com os colegas.

GELPI, CRILLE, DUVAL e BONNEY – Não. Aprendi com os colegas.
DEBAKEY - Não, o dia-a-dia é que ensina.

A maioria dos equipamentos quem liga são os próprios médicos.

ADSON - Chegou mesa nova e ninguém ensinou nada para nós, eu fui lá e desliguei tudo, não sabia de nada e o Dr. ... me deu a maior bronca, porque ia descarregar a bateria.
GOSSET e CRILLE - E o médico só diz: pedal no meu pé, pedal no meu pé e dá-lhe os raios para tudo quanto é lado.
BROWN e FOERSTER - Através dos médicos cirurgiões que dizem: liga aqui, mexe ali, faz tal coisa, ninguém me orientou, nem me ensinou nada.
GOSSET - Aprendeu com o médico, ele diz: aperta naquele botão, aperta nesse e bota pra lá e bota pra cá.
KELLY - Os ortopedistas é que ligam para a gente.

G – SUBVERTENTE 8 – São usados corretamente?

Muitos dizem que não existe controle entre uma cirurgia e outra.

KOCHER - Só limpam quando estão sujos de sangue.

FARABEUF - Termina de usar em uma cirurgia, já vai para a outra que estão precisando.

POTTS - Eles não esperam a gente limpar.

KELLY - Quando era só pela ortopedia sim, mas agora tá todo mundo usando, e de vez em quando está dando problema no aparelho. Pode ser porque fica muito tempo ligado, né.

CRILLE - Usam de uma forma até correta, porque querem ter certeza do que fizeram, porque eles usam após a colocação de placa ou fio.

DUVAL - Como a gente não teve treinamento, não se sabe se o uso de cada um é satisfatório ou não, se isso vai danificar o material a curto ou longo prazo. Exemplo: os aventais de chumbo, se forem dobrados, não vai adiantar para quem for usar depois, e às vezes ficam dobrados.

JONES - Não, tem muita gente que nem sabe desligar os aparelhos, deixam os cabos, que são caríssimos, soltos, não têm cuidado com este material.

DUVAL e BONNEY - O pessoal não é preparado para usar estes aparelhos.

Outro problema é a falta de treinamento.

BULLDOGS - Eu acho que, quando chegasse qualquer material ou equipamento, deveria ser feita uma reunião em cada turno para explicar o manuseio e uso, porque se dá uma urgência, fica complicado, por exemplo: aquela mesa, para botar para a lateral, se tu apertar muito, o cliente cai da mesa, porque é rápido.

ALLIS - A gente não tem treinamento, se aprende o manuseio com os outros.

FOERSTER - Não se tem o conhecimento técnico do aparelho, a gente tenta fazer o que sabe.

DUVAL e FAURE - Treinar todo pessoal que usa para manusear direito estes aparelhos. A gente só sabe o básico.

O grupo sugere que deveria existir uma cartilha orientadora.

BACKHAUS e ALLIS - Tudo o que é novo deveria ser apresentado para todos com manual.

H – SUBVERTENTE 9 – Sugestões para que os aparelhos sejam manuseados corretamente?

Como sugestão, que houvesse um técnico para orientar.

KOCHER - Um técnico só para isto, porque a gente fica exposto direto a raios.

FINOCHIETTO - Por nós? Eu não sei usar aquilo, quem usa é o técnico.

SINGLEY - Precisaria um técnico para manusear estes aparelhos e dar um treinamento para nós.

Deveria ter treinamento para manusear os aparelhos.

POTTS - Treinamento com os funcionários, obviamente, sabendo usar, tu vais saber onde fica mais concentrada a sujeira e vai ter o cuidado de limpar. Outra coisa, dar um espaço de tempo entre uma cirurgia e outra.

FOERSTER - Treinamento ou vir um técnico do RX, porque a gente não é responsável por isto se fica tomando raios de graça, não temos o equipamento de proteção necessário.

CRILLE - Um curso explicativo, um técnico deveria vir explicar, porque a gente não sabe aquela coisa ali, aquela montoeira de botões.

MAYO - Treinamento, conscientização de como usar, porque chega material aqui que a gente tem até medo de solicitar, e depois estragar e não foi ninguém.

Ter uma cobrança pelo responsável e não o médico ensinar.

KELLY - Os próprios funcionários guardam mal. Eu já peguei ele mal posicionado. Falta ser cobrado para que eles façam direito.

CRILLE - Não o médico explicar, o fabricante deveria mandar um técnico.

JONES - Que todos os funcionários pelo menos se interessassem em ligar e desligar os aparelhos e saber a manutenção básica.

I – SUBVERTENTE 10 – O que está faltando para que haja eficiência e durabilidade?

Para a maioria, deveria ter treinamento e um técnico para haver eficiência quando do uso dos equipamentos.

GOSSET - Uma pessoa, especificamente, para trabalhar com isso. Assim como tem o auxiliar de anestesia, tem o auxiliar de equipamento.

FOERSTER - Se a gente tivesse conhecimento técnico, se teria maior cuidados com estes aparelhos.

GELPI - Está faltando alguém explicar corretamente o funcionamento para a gente, como é e como não é usado.

DUVAL - Procurar ver qual a posição que ele deve ser guardado. Saber o que ligar e o que desligar primeiro, porque, se estragar, você vai levar uma bronca. Nem os médicos sabem todas as funções dos aparelhos. Treinamento – demonstração do que pode acontecer, manuseio.

DEBAKEY - Ter mais cuidado ao manusear, limpar sempre, porque, se tiver sujeira, vai contaminar.

5.2.12.1 PADRÃO XV - Materiais e equipamentos

AFIRMAÇÃO - Os materiais e equipamentos utilizados devem ser adequados quanto à sua qualidade, quantidade e especificidade para os procedimentos anestésico/cirúrgico propostos. A utilização dos materiais e equipamentos deve ser rigorosamente controlada, para garantir a segurança do cliente. Os materiais e equipamentos podem, eventualmente, interferir na qualidade da assistência prestada ao cliente.

PADRÃO - Os materiais e equipamentos utilizados no período trans-operatório devem proporcionar segurança e serem adequados ao cliente e aos procedimentos durante o ato operatório.

REQUISITOS BÁSICOS

1. *Garantir a qualidade do material ou equipamentos em uso no centro cirúrgico:*

1.1 Definir o que adquirir, observando:

- 1.1.1 O princípio de simplificação, que significa reduzir as variedades existentes, eliminando o que for menos condizente com as exigências técnicas e possibilidades de oferta;
- 1.1.2 O princípio de padronização envolve critérios ou especificações que determinam as características técnicas do material.
2. *Controlar a qualidade do material ou equipamento em uso no centro cirúrgico:*
 - 2.1. Adequar à sua finalidade;
 - 2.2. Manter o adequado funcionamento dos materiais permanentes fazendo controle sistematizado com manutenção periódica;
 - 2.3. Observar que o preparo, acondicionamento e esterilização adequados dos materiais devem obedecer a padrões específicos e rotinas;
 - 2.4. Controlar os processos de esterilização através de indicadores químicos e testes biológicos e químicos;
 - 2.5. Habilitar toda a equipe cirúrgica para o manuseio correto dos materiais e equipamentos através de orientação, treinamento, instruções e demonstrações adequadas para minimizar o risco de danos;
 - 2.6. Observar que a equipe cirúrgica possua competência para usar equipamentos de cirurgias endoscópicas no serviço;
3. *Manter a quantidade de materiais e equipamentos:*
 - 3.1. Possuir todos os tipos de materiais segundo as necessidades:
 - 3.1.1. Manter os materiais esterilizados e prontos para uso quando recomendado;
 - 3.1.2. Manter os materiais que não precisam ser esterilizados, em condições de uso;
 - 3.1.3. Manter registros de controle dos materiais de consumo e os permanentes;
 - 3.1.4. Dispor para pronto uso todos os materiais gerais utilizados em qualquer cirurgia;
4. *Manter a previsão da quantidade, observando:*
 - 4.1. Realizar listagem dos tipos de materiais que serão utilizados no dia seguinte;

- 4.2. Revisar periodicamente o estoque e quantidade existente no centro cirúrgico;
5. *Manter atualizados os procedimentos de controle:*
 - 5.1. Rever periodicamente a padronização dos materiais utilizados nas diversas cirurgias;
 - 5.2. Rever periodicamente a padronização das técnicas de montagem das salas de cirurgias;
 - 5.3. Manter a rotina de controle do consumo dos materiais;
6. *Atentar para a utilização adequada dos materiais e ou equipamentos:*
 - 6.1. Considerar sua adequação ao objetivo proposto (especificidade): Tipo de cirurgia, posicionamento e tipo de anestesia a ser realizada;
7. *Verificar no seu manuseio:*
 - 7.1. As técnicas corretas de manuseio dos materiais esterilizados pela equipe de enfermagem e equipe médica;
 - 7.2. A sua utilização de forma eficiente, de acordo com sua finalidade, envolvendo o conhecimento e habilidade no manuseio;
 - 7.3. A importância e necessidade de controle sobre a manutenção do material em condições seguras para sua utilização;
8. *Limpar todo equipamento antes e após o uso.:*
 - 8.1. Seguir sempre as normas de limpeza recomendadas no manual do fabricante;
 - 8.2. Cumprir as determinações sobre limpeza e desinfecção estabelecidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
9. Realizar todos os testes necessários nos equipamentos antes do início da cirurgia:
 - 9.1. Todo equipamento deve estar em perfeitas condições de uso antes do início da anestesia;
 - 9.2. Todo e qualquer problema detectado com os equipamentos deve ser comunicado ao coordenador antes do início da anestesia.

5.3 VALIDANDO OS PADRÕES CONSTRUÍDOS

Após a construção dos **Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas**, achamos necessário validar a estrutura desde

a **afirmação, os padrões e requisitos básicos**. Considerando os aspectos de cada padrão proposto, foi elaborado 1 (um) instrumento para análise sob a óptica de **acrescentar, retirar** ou **modificar** cada deficiência encontrada nos padrões (ANEXO 5) e propor sugestões quanto aos critérios **adaptação, clareza, especificidade, qualidade, legalidade** e se são realizáveis, justificando todas as necessidades ou não de alteração.

Para ajuizamento e análise dos padrões, participaram 39 (trinta e nove) convidados, destes, 9 (nove) enfermeiros que atuam em centro cirúrgico e centro de material e esterilização, sendo 5 (cinco) do Hospital Universitário de Florianópolis - Santa Catarina, 3 (três) do Hospital Governador Celso Ramos, 1 (uma) professora da disciplina Centro Cirúrgico do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e, ainda, todos os 30 (trinta) sujeitos/atores que fizeram parte da construção dos padrões.

Esta etapa teve três momentos distintos, no primeiro, nos reunimos com cada convidado para apresentar os padrões e o instrumento e dar-lhes todas as orientações necessárias e os telefones para contato, em caso de dúvidas.

Após as orientações, foi agendada a data para a devolução do instrumento com as devidas alterações.

No segundo momento, foi realizado o recolhimento do instrumento com agradecimentos a todos pela participação.

Ao concluir esta etapa, houve interesse de alguns membros que participaram da construção dos padrões em opinar sobre o trabalho.

FINOCHIETTO - É assim que se começa. Alguém tem que dar o pontapé inicial.

RUSSA - Falta muita orientação. É tudo muito automático, ninguém explica nada direito.

KELLY - É importante. Espero que não fique só no papel.

DEBAKEY - Tenta mudar algumas coisas.

KOCHER - Se a direção assumir.

FARABEUF - Para eles o que interessa é quantidade e não qualidade. Não tem responsabilidade.

GOSSET - Não respeitam o cliente. O que a chefia quer é mostrar serviço, não interessa se o funcionário está quebrado ou não. A gente faz,, faz e nunca está bom, está sempre errado. Se não limpa a sala é porque está fazendo corpo mole, se diz que não tem material, é porque você está escondendo o material para não trabalhar.

NELSO - Ótimo, se conseguires colocar em prática.

BACKHAUS - Vais ter um grande trabalho.

ALLIS - E se conseguires, vais ser um herói.

FAURE - Eu acho importante, porque é uma maneira de a gente desabafar, de a gente falar do que acha errado ou até de coisas que a gente nem pode falar, né.

SINGLEY - Sempre sonhei com uma coisa dessa, só que acredito que este padrão tem que ser imposto e o pessoal tem que cumprir, tem que ter uma força muito grande.

FINOCHIETTO - Orientar bem a pessoa, inclusive os médicos, falta reciclagem, mais informação, porque a gente fica só no trabalho e vai levando.

GELPI - Bom, desde que depois se ponha em prática. Que venha algum benefício para a gente e venham as rotinas que a gente precisa. Que venha treinamento pra gente. Que seja de benefício para ti, mas que tenha algum retorno para nós. Acho que este trabalho pode ajudar.

No terceiro momento, após a análise do instrumento de validação dos Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas, dos 39 (trinta e nove) participantes, apenas 3 (três) sugeriram acrescentar nos padrões palavras ou expressões, 2 (dois) sugeriram retirar palavras ou itens que, de alguma forma, se apresentavam confusos e 4 (quatro) propuseram modificações. As sugestões que achamos pertinentes foram feitas conforme destaque em negrito, dando assim o formato final de cada padrão construído, que continua com a numeração inicial, como segue:

5.2.1.1 PADRÃO I - Assistência mais livre de risco

AFIRMAÇÃO - Todo cliente **receberá uma** assistência **segura e** mais livre de risco, tendo em vista que os seus efeitos no pós-operatório são decorrentes das medidas executadas no trans-operatório. Devemos considerar que, além das ações de enfermagem, existem outros **procedimentos** envolvidos no tratamento cirúrgico que podem interferir nas suas reações.

PADRÃO - O cliente cirúrgico deve receber assistência **de qualidade com a segurança de que estará** mais livre de riscos, **inerentes aos procedimentos executados no processo anestésico e cirúrgico propriamente dito.**

REQUISITOS BÁSICOS

1. *Quanto à prevenção de infecção:*
 - 1.1. Aplicar medidas de controle **de infecção** do ambiente, pessoal e material, e princípios de microbiologia e técnica asséptica no desenvolvimento das atividades;
 - 1.2. Avaliar as condições do cliente no **pré-operatório** no que se refere a sua susceptibilidade **em desenvolver** infecções;
 - 1.3. Controlar no pós-operatório, a ausência ou presença de infecção, verificando:

- a) Elevação da temperatura;
 - b) Queixas de dor: tipo, intensidade e **localização** ;
 - c) Presença de edema ou eritema e calor no local da incisão;
 - d) Presença de secreção na incisão e características das drenagens.
2. *Quanto à prevenção do comprometimento, relacionado aos riscos devido à posição do corpo na cirurgia:*
- 2.1. Adotar medidas de prevenção;
 - 2.2. Controlar os efeitos das medidas adotadas, observando no pós-operatório:
 - a) Presença ou não de dor nos locais possíveis de comprometimento, de acordo com a posição no trans-operatório;
 - b) Ocorrência ou não de parestias, parestesias e/ou paralisias, em áreas sujeitas à compressões e hiperextensões, considerando-se a posição adotada;
 - c) Dificuldade de movimentação de segmentos, relacionados aos locais envolvidos no posicionamento;
 - d) Existência ou não de eritema, **hematomas e equimoses** em áreas sujeitas à compressão pelo posicionamento.
3. *Quanto à prevenção de possíveis comprometimentos associados à utilização de aparelhos, deve-se:*
- 3.1. Adotar medidas de controle no que diz respeito à execução, conhecimento dos equipamentos e sua utilização, bem como dos cuidados envolvidos;
 - 3.2. Observar, no pós-operatório, a presença ou não de dor ou lesões em locais possíveis de comprometimento;
4. Quanto à prevenção de comprometimentos relativos ao uso de produtos químicos, deve-se:
- 4.1. Avaliar **possíveis efeitos alérgicos** do cliente no pós-operatório quanto a algum problema;
5. Quanto à prevenção de comprometimentos circulatórios e respiratórios, deve ser considerada por ocasião da movimentação e do transporte do cliente:
- 5.1 Observar, no pós-operatório, o retorno do cliente aos níveis pré-

operatórios de respiração, pulso e pressão arterial e o aparecimento de queixas que envolvam dificuldade respiratória e dores por comprometimento venoso ou arterial;

6. Considerar a prevenção **das complicações** psicobiológicas **relacionadas** à forma de **cuidar/assistir**.
- 6.1 Verificar os efeitos psicobiológicos no pós-operatório através do comportamento do cliente (agitações, apatia, **alucinações, fobias, delírios** etc.) e efeitos psicossomáticos (dor exagerada, insônia, náuseas, vômitos, diarreia, **constipação, timpanismo, disuria/anúria**; entre outros).

5.2.1.2 PADRÃO II - Controle do ambiente do centro cirúrgico

AFIRMAÇÃO – O ambiente deve ser seguro, existindo um controle sobre as situações, atividades e fatores potenciais de risco que possam produzir alterações leves, moderadas ou graves no cliente. As atividades básicas referentes ao ato operatório devem ser realizadas dentro de requisitos relativos à assepsia.

PADRÃO - O ambiente em um centro cirúrgico deve proporcionar segurança aos cliente e dispor de condições para o desenvolvimento das atividades básicas relacionadas aos procedimentos cirúrgicos.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Lembrar que o ambiente cirúrgico inadequado pode interferir negativamente nas condições pós-operatórias do cliente;
2. *Assegurar condições mínimas de assepsia do ambiente, observando adequação das instalações físicas e levantamento de problemas relativos às deficiências encontradas quanto:*
 - a) Ao sistema de ventilação, incluindo temperatura e umidade;
 - b) À área e tamanho da sala de cirurgia;
 - c) Aos materiais e tipos de acabamentos relacionados a piso, paredes, portas, forro e esquadrias;
 - d) Às instalações: elétricas, gases canalizados, sistema de vácuo e ar comprimido, água e esgoto;

- e) À circulação interna envolvendo pessoal e material;
 - f) À distribuição da área e aos elementos básicos necessários ao centro cirúrgico;
3. *Manter uma equipe de controle e manutenção das instalações, de forma sistematizada, levando em conta os aspectos referentes às condições assépticas do ambiente, tais como:*
- a) A limpeza e desinfecção ambiental, considerando a forma de realização, os locais específicos, a frequência e o tipo;
 - b) A análise das atividades, para manutenção das condições assépticas do ambiente, envolvendo: o controle do fluxo de material, de roupas limpas e sujas, do lixo, do número de pessoas na sala e das ações de enfermagem, no que tange às atividades de: levantamento de materiais e equipamentos necessários ao cuidado do cliente e ao atendimento à equipe cirúrgica nas salas de operações.
4. *Identificar as possíveis fontes de riscos ambientais no centro cirúrgico, considerando os riscos físicos, quais sejam: ruídos, vibrações, calor, frio, pressão anormal, radiações ionizantes, radiações não-ionizantes, iluminação e umidade; os riscos químicos, como: névoas, neblina, poeira, gases, vapores e substâncias químicas; os biológicos, inerentes à terapêutica cirúrgica, às respostas do organismo ao medo, stress; e os riscos psicológicos, relacionados ao ambiente.*

5.2.1.3 PADRÃO III - Sistema de controle de cuidados

AFIRMAÇÃO - Deve existir um sistema de controle de cuidados, que **possibilite** a verificação sistemática de seus vários aspectos, para detectar suas interferências e adoção de medidas corretivas. Esses aspectos relacionados aos cuidados interferem positiva ou negativamente na execução.

PADRÃO – Os cuidados devem ser **realizados/executados**, controlados/**supervisionados** durante todo o período trans-operatório, tendo em vista que, a inobservância dos cuidados executados podem ocasionar riscos ao cliente.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Controlar os cuidados executados, que permita a verificação sistemática para detectar suas interferências e adotar medidas corretivas.
2. Adotar um sistema de controle proporcionando condições de avaliar a assistência indireta ao cliente.
3. Colher os dados e informações registradas no prontuário, em sistema de controle próprio, observação direta e entrevista com o pessoal de enfermagem do centro cirúrgico.
4. Avaliar a assistência indireta utilizando critérios que derivam dos indicadores da própria assistência.

5.2.2.1 PADRÃO IV - Sistema de comunicação

AFIRMAÇÃO - Devem existir registros de todas as ações diretas e **indiretas** de enfermagem sobre o cliente, relacionadas à assistência.

PADRÃO - Deve haver um sistema de comunicação de todas as ações diretas e **indiretas** de enfermagem no período perioperatório.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Manter uma **assistência humanizada** que propicie reconhecer e registrar as necessidades de cuidado do cliente **durante todo o período perioperatório**.
2. Atender a todas as solicitações do cliente e registrá-las.
3. Manter um formulário para anotações relativas às fases pré-trans e pós-operatórias, que **contemplem diagnóstico** de suas necessidades afetadas.
4. Incluir nos registros, dados relativos aos procedimentos adotados com relação à terapêutica e ato anestésico/cirúrgico.
5. Relatar **informações/dados relacionados** à assistência **prestada** ao cliente no período pós-anestésico.
6. Sistematizar o registro das informações considerando:
 - 6.1. A necessidade de especificação dos vários aspectos que compreendem as fases acima descritas, de uma forma concisa, com a

padronização dos dados a serem registrados durante as atividades.

5.2.2.2 PADRÃO V - Equipe de enfermagem

AFIRMAÇÃO - A equipe de enfermagem deve ser dirigida/**coordenada por um profissional** enfermeiro, o **qual** será responsável pelo planejamento, organização, direção, controle e coordenação das atividades de enfermagem. O pessoal do centro cirúrgico deve pertencer à categoria profissional de enfermagem, receber treinamento específico antes de iniciar as atividades, atualização periódica além de, **conhecer os princípios da ética que permeiam as atividades desenvolvidas neste ambiente.**

PADRÃO - É necessária existir uma equipe de enfermagem qualificada, coordenada por um profissional enfermeiro, para assistir o cliente no período trans-operatório e atender à equipe cirúrgica, frente aos procedimentos que envolvem o ato anestésico/operar.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Considerar os vários aspectos envolvidos na seleção de pessoal de enfermagem:
 - 1.1. Quanto ao nível de escolaridade e relação com a categoria de enfermagem: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.
 - 1.2. Deve existir treinamento não apenas na admissão, mas **continuamente**, envolvendo os aspectos relativos a princípios básicos de técnica asséptica e princípios referentes aos cuidados no período perioperatório.
 - 1.3. Deve existir a observação de aspectos relacionados à: destreza manual e facilidade de desenvolvê-la; agilidade e presteza no desenvolvimento de atividades; capacidade de observação; espírito crítico; bom senso; capacidade de comunicação verbal e escrita e bom relacionamento com as pessoas;

- 1.4. Considerar as condições de saúde, os fatores de risco que envolvem o funcionário no período trans-operatório no que concerne a riscos biológicos, químicos e físicos.
2. *Treinar o pessoal e manter um processo de **educação continuada**;*
 - 2.1. Manter um programa básico de treinamento, antes de iniciar as atividades, para os técnicos e auxiliares de enfermagem.
 - 2.2. Manter um programa de educação continuada abrangendo atualização e reciclagem do pessoal.
 - 2.3. Os enfermeiros devem participar de cursos para atualização e aperfeiçoamento.
3. *Avaliar a equipe de enfermagem, quanto:*
 - 3.1. A execução da tarefa, através de supervisão sistematizada, compreendendo:
 - a) Seguir os princípios recomendados para o uso dos materiais e equipamentos;
 - b) Observar as técnicas de manuseio de material esterilizado;
 - c) Utilizar adequadamente os materiais;
 - d) Prestar os cuidados (relacionamento interpessoal-terapêutico), englobando: o tratamento cordial, o fornecimento de informações e explicações e atenção;
 - e) Executar as tarefas nas unidades com segurança (habilidade e conhecimento).
4. *O desenvolvimento de funções administrativas pelo enfermeiro, deve-se levar em conta:*
 - 4.1. Planejar - o que, como, quando, onde e quem deve fazer;
 - 4.2. Organizar – congregando os diversos recursos e fatores necessários para a execução dos planos, estabelecendo uma estrutura de autoridade e responsabilidade;

- 4.3. Dirigir – gerenciando as ações à medida que se executam os planos. Engloba a determinação de novos planos; a emissão de ordens específicas, instruções e comunicações; supervisionar, avaliar e motivar os profissionais;
- 4.4. Controlar - envolvendo a avaliação e a regularização do desenvolvimento das atividades de forma a garantir o cumprimento do planejamento.

5.2.3.1 PADRÃO VI - Uso de máscaras no centro cirúrgico

AFIRMAÇÃO - A máscara cirúrgica deve cobrir totalmente a boca e o nariz e deve ser utilizada ao entrar na sala cirúrgica se o instrumental estiver exposto ou a cirurgia estiver em andamento.

PADRÃO - Todas as pessoas que adentrem às áreas restritas do centro cirúrgico devem usar máscaras do **tipo três filtros**.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Remover ou descartar as máscaras após o uso e não devem permanecer no pescoço ou bolso para uso futuro;
2. Fixar as máscaras de maneira que cubram boca e nariz e previnam escape de ar, **devendo ser trocadas quando úmidas ou após três horas de uso**;
3. Conversar o mínimo possível nos ambientes restritos, próximo ou no campo estéril, **evitando a** dispersão de gotículas de ar;
4. Considerar o uso de máscaras como forma de proteção da equipe cirúrgica bem como do cliente.

5.2.4.1 PADRÃO VII - Uso de luvas

AFIRMAÇÃO - O uso das luvas **no período trans-operatório serve** a dois propósitos: 1. Proteger o cliente da transferência de microrganismos das mãos dos cirurgiões, auxiliares e instrumentadora; 2. Proteger o cirurgião e a equipe da contaminação pelo sangue e fluídos corpóreos do cliente.

PADRÃO - As luvas devem estabelecer barreira microbiana. Deve-se inspecionar a integridade das luvas após serem calçadas.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Calçar luvas **cirúrgicas estéreis** sempre que for manusear material estéril ou realizar procedimentos invasivos;
2. Calçar luvas de procedimento quando da realização de qualquer tarefa que não necessite de luvas estéreis;
3. Calçar luvas de borracha para a realização de limpeza ou manipulação de produtos químicos;
4. Calçar dois pares de luvas (enluvamento duplo) pode ser indicado para alguns procedimentos;
5. Avaliar a qualidade das luvas utilizadas no centro cirúrgico;
6. Trocar as luvas **após 2 horas** do ato operatório **ou** quando se suspeitar de perfurações e aderir às orientações quanto à escovação e lavagem das mãos, antes e após a cirurgia;
7. Atentar para os cuidados que a equipe deve ter quando estiver usando luvas:
 - 7.1. Respeitar as áreas assépticas usando sempre luvas estéreis;
 - 7.2. Não tocar em nada quando estiver com luvas contaminadas;
 - 7.3. Retirar as luvas logo após cada procedimento;
 - 7.4. **Fazer assepsia médica das mãos** após a retirada das luvas.

5.2.5.1 PADRÃO VIII - Limpeza da sala cirúrgica

AFIRMAÇÃO – A limpeza da sala cirúrgica é obrigatória antes, durante e depois de cada procedimento e no fim do dia. Prover um ambiente limpo e seguro para o cliente cirúrgico e profissionais, minimizando a exposição aos resíduos infecciosos.

PADRÃO – A sala cirúrgica deve estar em condições adequadas para uso antes do início do dia, durante o procedimento cirúrgico e entre uma cirurgia e outra. A preparação das salas cirúrgicas deve incluir a inspeção visual. Clientes devem sentir-se seguros em um ambiente limpo e **higienizado**.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Assegurar a limpeza da sala é responsabilidade final da enfermagem;
2. Obedecer o tempo necessário para uma perfeita limpeza como obrigação de toda a equipe cirúrgica;
3. Limpar prontamente as áreas fora do campo cirúrgico quando ocorrer derramamento acidental de contaminantes;
4. Reduzir o número de microrganismos, poeira e matéria orgânica presentes na sala cirúrgica através de limpeza terminal no ambiente cirúrgico;
5. Limpar com agentes apropriados todo mobiliário e equipamentos do centro cirúrgico;
6. Manter a sala limpa durante o procedimento, o que facilitará a limpeza entre as cirurgias e restringirá a área de contaminação;
7. Realizar a limpeza terminal da **sala de operações** ao final do programa cirúrgico.

5.2.6.1 PADRÃO IX - Circulação na sala de cirurgia

AFIRMAÇÃO - A grande quantidade de pessoas na sala de operação, a abertura e o fechamento de portas contribuem para a liberação e a movimentação de microrganismos no ar ambiente. As bactérias se propagam bruscamente na sala de operação devido às correntes de ar que carregam partículas contaminantes liberadas pelos cliente, pela equipe e pelos campos durante as atividades.

PADRÃO – Controlar o número de pessoas e atividades na sala de operação **evitando turbulências**, além de manter as portas fechadas. No centro cirúrgico, a quantidade de pessoas deve ser preocupação da instituição e da equipe cirúrgico.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Caminhar fora da periferia do campo estéril ou sair da sala de operação com paramentação cirúrgica aumenta o risco de contaminação;
2. Considerar que as salas de cirurgia são virtualmente livres de bactérias ou partículas maiores que 0,5 mm, quando não há pessoas

- no local;
3. Considerar que o nível de bactérias no ar ambiente próximo à ferida cirúrgica no trans-operatório encontra correlação direta entre o número de colônias e o de pessoas na sala de operação;
 4. Manter a equipe paramentada próxima à área estéril e permitir que toque somente em áreas estéreis;
 5. Orientar a equipe para que mude de posição entre si, costa a costa ou face a face, até manter uma distância segura;
 6. Observar para que a equipe não paramentada aproxime-se de frente e evite passar entre dois campos estéreis;
 7. Realizar passos pequenos quando necessitar de movimento ao redor do campo estéril ajudando assim a prevenir contaminação;

5.2.7.1 PADRÃO X - Uso de *anti-sépticos*

AFIRMAÇÃO – Os anti-sépticos devem ser usados para o preparo da pele do cliente antes de procedimentos invasivos nos quais ocorre o rompimento dos mecanismos normais de defesa.

PADRÃO – Os anti-sépticos devem ser usados para destruir as bactérias nas formas vegetativas e/ou inibir o crescimento de patógenos.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Utilizar os anti-sépticos baseando-se no seu índice terapêutico, que é a relação entre a concentração eficaz contra microrganismos e os efeitos deletéricos sobre o tecido vivo;
2. Interferir nos processos de reparação, cicatrização e irritação local;
3. Observar para que o agente de escolha contenha um antimicrobiano que reduza o número de microrganismos na pele intacta, tenha amplo espectro e ação rápida, persistente e não-irritativa;
4. Usar os anti-sépticos de acordo com as orientações do fabricante, não sendo necessária, em hipótese alguma, a sua diluição com outros produtos.

5.2.8.1 PADRÃO XI – Degermação

AFIRMAÇÃO - A escovação cirúrgica das mãos é um processo que visa remover ou destruir microrganismos transitórios e reduzir a microbiota residente.

PADRÃO – Todo membro da equipe cirúrgica que for entrar em campo **deve fazer a escovação das mãos para a remoção de sujidades que se encontram na superfície da pele, e destruição dos microrganismos**, utilizando, para esse procedimento, sabões e detergentes sintéticos.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Escovar as mãos durante cinco minutos com um agente germicida contendo clorhexidina, iodóforos ou preparados alcoólicos;
2. Degermar as mãos antes da paramentação cirúrgica;
3. Manter os degermantes em recipientes âmbar para que não percam parcial ou totalmente sua atividade através de influências físicas como a luz, temperatura, o pH e o tempo (estabilidade da solução pronta para uso e o contato para agir);
4. *Observar as propriedades e requisitos dos anti-séptico considerados ideais para a degermação, tais como:*
 - 4.1. Possuir amplo espectro de atividade microbicida e/ou bacteriostática;
 - 4.2. Manter sua ação, mesmo na presença de matéria orgânica, tais como: exsudatos, sangue e outros;
 - 4.3. Ter baixa reação de hipersensibilidade e/ou toxicidade;
 - 4.4. Ser solúvel, estável, não-corrosivo, de odor agradável e de baixo custo.

5.2.9.1 PADRÃO XII – Embalagens

AFIRMAÇÃO - Todos os materiais que entram em contato com o campo estéril devem ser previamente inspecionados quanto ao empacotamento, processamento, selagem, indicador de esterilização e data de validade.

PADRÃO - As embalagens devem preservar a esterilidade do conteúdo e facilitar a abertura do pacote sem contaminação.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Inspecionar as embalagens cuidadosamente para assegurar a esterilidade dos materiais;
2. Segurar pelas bordas das embalagens com firmeza e segurança todos os artigos que irão ser colocados no campo cirúrgico;
3. Evitar a contaminação no cruzamento de um braço sem paramentação sobre um artigo estéril;
4. *Respeitar alguns critérios nas embalagens de materiais considerados estéreis, tais como:*
 - 4.1. Proteger o material durante o transporte e manuseio;
 - 4.2. **Possuir** um rótulo com perfeita identificação;
 - 4.3. Dar segurança e possibilitar abertura asséptica pelo usuário;
 - 4.4. Ter barreira de proteção microbiológica;
 - 4.5. Ser atóxica, flexível e resistente;
 - 4.6. Possibilitar que o agente esterilizante penetre no seu interior e entre em contato com o material;
 - 4.7. Garantir a esterilidade do material desde seu processamento até a data de validade.

5.2.10.1 PADRÃO XIII - Instrumentais cirúrgicos

AFIRMAÇÃO – Todo instrumental cirúrgico é considerado estéril quando passa por um processo de esterilização, seja ele físico ou químico, em que são destruídos todos os tipos de microrganismos, inclusive os esporulados. Portaria IN nº 4 – D.O.U. de 31/07/91.

PADRÃO – Todos os materiais que penetram em tecido subcutâneo ou em órgãos estéreis de cavidades corporais são considerados artigos críticos e devem passar por esterilização antes de sua aplicação, a fim de evitar a contaminação desses tecidos, que normalmente apresentam-se livres de quaisquer microrganismos.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Considerar estéril o **material** desde que preservada sua embalagem;
2. Observar que pode ser fonte de contaminação do material, quando, mesmo tendo sido esterilizado por método correto, a embalagem sofrer violação ou, durante sua manipulação no ato cirúrgico, for tocado por algum objeto contaminado;
3. *Manter controle de qualidade da esterilização pelo processo físico quanto a:*
 - a) Realizar controle químico, que é determinado por meio de fitas indicadoras, etiquetas, tiras e indicador químico na própria embalagem, significando que o produto entrou em contato com o agente esterilizante, mas não indica esterilidade do produto;
 - b) Realizar controle residual mediante a análise do ambiente, que é determinada através do detector de gás ou por cromatográfico, pela análise do material que é determinada somente através de cromatografia gasosa;
 - c) Realizar controle microbiológico que é determinado por meio de cultura de indicadores biológicos e teste de esterilidade nos produtos;
4. Observar que o processo de esterilização químico líquido, são formulações destinadas à esterilização de artigos críticos que não podem ser esterilizados em autoclave ou estufa;
5. Observar e respeitar o tempo de exposição indicado pelo fabricante, mantendo o recipiente tampado para realizar uma esterilização química ideal;
6. Observar que o glutaraldeído é, atualmente, o mais usado e, conforme orientações, os materiais devem ficar submersos em um período de 8 a 10 horas;
7. Observar alguns fatores que influenciam a atividade do glutaraldeído, como a concentração ideal da solução, que deve ser 2%; o pH em torno de 8 e à temperatura ambiente;
8. Atentar para a concentração recomendada de dialdeídos livres para que não haja redução da atividade esporicida do glutaraldeído;

9. Observar que quando a limpeza do material não for adequada, este fator irá afetar na ação do glutaraldeído devido à presença de matéria orgânica, que diminuirá a sua eficácia;
10. Fazer a manipulação do glutaraldeído usando luvas de borracha . O uso de luvas de látex, para manipulação do glutaraldeído, é contraindicado em virtude da absorção do produto pelas mesmas e pela exposição do profissional ao produto absorvido;
11. Observar que a esterilização com glutaraldeído só é recomendada quando não há possibilidade de se utilizar esterilização por vapor ou por óxido de etileno.
12. Realizar a desinfecção de alto nível colocando o material em imersão em glutaraldeído a 2%, em um período de 20 a 30 minutos e após enxaguar com água estéril.

5.2.11.1 PADRÃO XIV - Conservação da área estéril

AFIRMAÇÃO - Os campos e aventais cirúrgicos têm a finalidade de proteger o cliente, proporcionando a redução dos índices de infecções cirúrgicas, e de proteger a equipe contra patógenos do sangue e fluídos corpóreos.

PADRÃO - Os campos e aventais cirúrgicos devem estabelecer barreira asséptica **que reduza** a passagem de microrganismos para áreas estéreis.

REQUISITOS BÁSICOS

1. Selecionar cuidadosamente os materiais para confecção de aventais e campos cirúrgicos;
2. Considerar, para aventais e campos cirúrgicos de pano, o seu devido tempo de repouso para que as tramas voltem ao normal após o processamento para poder estabelecer adequada barreira microbiana;
3. Manusear o mínimo possível os aventais e campos cirúrgicos;
4. Observar que o movimento rápido dos campos estéreis cria correntes de ar nas quais poeira, partículas e gotículas podem migrar;
5. Movimentar somente o necessário o campo estéril uma vez colocado, para evitar comprometimentos na sua esterilidade;

6. Observar para que a abertura dos campos estéreis ocorra próximo do início da cirurgia, pois sua exposição por muito tempo aumenta o risco de contaminação;
7. Manter toda a equipe cirúrgica vigilante para reduzir a probabilidade de contaminação;
8. Atentar para as fontes de contaminação da área estéril, tais como: pessoal, ar, líquidos e insetos;
9. Manter todos os membros da equipe conscientes da necessidade de realizar observação direta para permitir e detectar a quebra da esterilidade, quando não observados os princípios da técnica asséptica;
10. *Observar que materiais que fornecem barreira para aventais e campos cirúrgicos devem:*
 - 10.1. Promover uma barreira apropriada contra microrganismos, particularmente no que diz respeito a fluídos corpóreos;
 - 10.2. Ser adequados a métodos de esterilização;
 - 10.3. Manter suas condições físicas;
 - 10.4. Ser resistentes a rasgos, furos e abrasões;
 - 10.5. Ser livres de componentes tóxicos;
 - 10.6. Apresentar relação de custo/benefício positivo;
 - 10.7. Ser utilizados e processados conforme as normas escritas pelo fabricante.

5.2.12.1 PADRÃO XV - Materiais e equipamentos

AFIRMAÇÃO - Os materiais e equipamentos utilizados devem ser adequados quanto à sua qualidade, quantidade e especificidade para os procedimentos anestésico/cirúrgico propostos. A utilização dos materiais e equipamentos deve ser rigorosamente controlada, para garantir a segurança do cliente. Os materiais e equipamentos podem, eventualmente, interferir na qualidade da assistência prestada ao cliente.

PADRÃO - Os materiais e equipamentos utilizados no período trans-operatório devem proporcionar segurança e serem adequados ao cliente e aos procedimentos durante o ato anestésico/operar.

REQUISITOS BÁSICOS

1. *Garantir a qualidade do material ou equipamentos em uso no centro cirúrgico:*
 - 1.1. Definir o que adquirir, observando:
 - 1.1.1. O princípio de simplificação, que significa reduzir as variedades existentes, eliminando o que for menos condizente com as exigências técnicas e possibilidades de oferta;
 - 1.1.2. O princípio de padronização envolve critérios ou especificações que determinam as características técnicas do material.
2. *Controlar a qualidade do material ou equipamento em uso no centro cirúrgico:*
 - 2.1. Adequar à sua finalidade;
 - 2.2. Manter o adequado funcionamento dos materiais permanentes fazendo controle sistematizado com manutenção periódica;
 - 2.3. Observar que o preparo, acondicionamento e esterilização adequados dos materiais devem obedecer a padrões específicos e rotinas;
 - 2.4. Controlar os processos de esterilização através de indicadores químicos e testes biológicos e químicos;
 - 2.5. Habilitar toda a equipe cirúrgica para o manuseio correto dos materiais e equipamentos através de orientação, treinamento, instruções e demonstrações adequadas para minimizar o risco de danos;
 - 2.6. Observar que a equipe cirúrgica possua competência para usar equipamentos de cirurgias endoscópicas no serviço;
3. *Manter a quantidade de materiais e equipamentos:*
 - 3.1. Possuir todos os tipos de materiais segundo as necessidades:
 - 3.1.1. Manter os materiais esterilizados e prontos para uso quando recomendado;
 - 3.1.2. Manter os materiais que não precisam ser esterilizados, em condições

- de uso;
- 3.1.3. Manter registros de controle dos materiais de consumo e os permanentes;
 - 3.1.4. Dispor para pronto uso todos os materiais gerais utilizados em qualquer cirurgia;
 4. *Manter a previsão da quantidade, observando:*
 - 4.1. Realizar listagem dos tipos de materiais que serão utilizados no dia seguinte;
 - 4.2. Revisar periodicamente o estoque e quantidade existente no centro cirúrgico;
 5. *Manter atualizados os procedimentos de controle:*
 - 5.1. Rever periodicamente a padronização dos materiais utilizados nas diversas cirurgias;
 - 5.2. Rever periodicamente a padronização das técnicas de montagem das salas de cirurgias;
 - 5.3. Manter a rotina de controle do consumo dos materiais;
 6. *Atentar para a utilização adequada dos materiais e ou equipamentos:*
 - 6.1. Considerar sua adequação ao objetivo proposto (especificidade): Tipo de cirurgia, posicionamento e tipo de anestesia a ser realizada;
 7. *Verificar no seu manuseio:*
 - 7.1. As técnicas corretas de manuseio dos materiais esterilizados pela equipe de enfermagem e equipe médica;
 - 7.2. A sua utilização de forma eficiente, de acordo com sua finalidade, envolvendo o conhecimento e habilidade no manuseio;
 - 7.3. A importância e necessidade de controle sobre a manutenção do material em condições seguras para sua utilização;
 8. *Limpar todo equipamento antes e após o uso, **segundo normas estabelecidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:***
 - 8.1. Seguir sempre as normas de limpeza recomendadas no manual do fabricante;
 - 8.2. Cumprir as determinações sobre limpeza e desinfecção estabelecidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

9. Realizar todos os testes necessários nos equipamentos antes do início da cirurgia:
 - 9.1. Todo equipamento deve estar em perfeitas condições de uso antes do início da anestesia;
 - 9.2. Todo e qualquer problema detectado com os equipamentos deve ser comunicado ao coordenador antes do início da anestesia.

Neste processo de validação, quando questionado se os padrões propostos poderiam servir de referência, como guia de ação e base para a avaliação da assistência de enfermagem, dos 39 convidados, apenas 2 (5,12%) responderam que não sem argumentar a sua negativa.

CAPÍTULO VI

DIALOGANDO ENTRE O MARCO REFERENCIAL E OS PADRÕES

*Só uma coisa torna o sonho impossível: o medo de não tentar.
(Paulo Coelho)*

A partir do referencial teórico pautado na teoria da qualidade é que foi possível traçar um paralelo entre o imaginário e o real e construir algo que, na prática, pudéssemos ter a certeza que fosse assimilado por todos.

O referencial teórico foi o fio condutor, o delimitador e o planejador de todas as ações dos padrões construídos.

Quando da construção dos padrões, sentia-se, direta ou indiretamente, a inserção do referencial teórico.

O padrão de qualidade está inserido em um processo dinâmico, tendo o centro cirúrgico como fator idealizador, uma vez que é nele que se concentram todas as ações. Por ser o centro cirúrgico um sistema aberto, organizado, participativo no qual a equipe de enfermagem age e interage, tendo grande parcela no cuidado, esta unidade é considerada como processo de trabalho.

Ao construir os padrões à luz da teoria da qualidade, embora o foco central fosse as cirurgias ortopédicas, a partir de nosso ponto de vista, também podem ser aplicados a outros procedimentos cirúrgicos.

O ponto de partida ao entendimento dos padrões para as cirurgias ortopédicas é, por sua vez, visto, como um fenômeno difícil de prevenção de uma infecção.

A construção dos padrões nos reporta aos riscos que, ocasionalmente, podem ocorrer com o grupo, além dos riscos inerentes ao ato anestésico/operar vivenciado pelo cliente.

As mudanças e as articulações implícitas e explícitas no momento de colocar os padrões em prática irão transpor barreiras em relação às condutas e comportamentos aceitos por parte de todos, implicando aspectos éticos e educativos do agir humano consciente e livre de risco.

Os padrões construídos revelam uma composição seqüencial de alguns aspectos relevantes durante os procedimentos, desde o espaço físico, equipamentos e materiais e, o mais importante, a atuação de todo o pessoal relacionado com o direito de agir/reagir. Esta aproximação do profissional com o ambiente propiciará a criação de laços de afinidade, dando, assim, o significado ou idéia da necessidade de se seguir regras/normas na organização do trabalho.

Desta maneira, os padrões se destacam quando percebemos o envolvimento de todos em prol do procedimento, tendo, nesta participação, uma liberdade consciente. Destacamos na construção dos padrões de qualidade um processo vivenciado por todos os profissionais de enfermagem, e não apenas de uma minoria.

Consideramos nos padrões, a forma ou a maneira do agir humano com responsabilidade, na busca de um cuidado com qualidade, dando ênfase ao ambiente, que, neste caso, nos reportamos ao centro cirúrgico como fator idealizador para todos os membros da equipe, porque é nesta unidade que são desenvolvidas todas as suas atividades, de forma segura. Porém, frente a determinadas situações, podem ocorrer riscos que são próprios e comuns ao ambiente, envolvendo todos os profissionais.

O centro cirúrgico é uma unidade situada dentro do hospital, planejada para garantir segurança ao cliente e profissionais, mesmo em situações de emergência.

Esta unidade é uma organização complexa, na qual o sistema é humano e social. Sua matéria-prima é humana, seu produto é humano, portanto, o serviço ali executado precisa ser individualizado e personalizado.

A construção de todo centro cirúrgico deve ser baseada no conceito de fluxo unidirecional, em que o material estéril jamais cruze com material usado ou sujo, reduzindo ao mínimo os riscos de contaminação.

Desta forma, ressaltamos a importância que deve ser dada às três áreas devidamente designadas dentro do fluxo de circulação do centro cirúrgico, que são: Irrestrita - os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias; Semi-restrita - os profissionais devem usar a roupa própria do CC e os clientes devem estar com camisola e gorro usados no CC em questão (corredores, área de processamento, estocagem e suprimento); e a Restrita - além da roupa própria do centro cirúrgico, devem ser usados máscaras e gorros, conforme normas da unidade e, as técnicas assépticas, devem ser utilizadas de maneira rigorosa, a fim de diminuir os riscos de infecção.

A equipe cirúrgica é composta por cirurgiões, anestesistas, enfermagem e pessoal de higienização e limpeza, devendo sempre proporcionar cuidados ao cliente, oferecendo segurança e bem-estar na busca de sua recuperação ou melhora.

O Enfermeiro do centro cirúrgico se destaca como o organizador desse serviço, junto aos demais profissionais (arquitetos, engenheiros, médicos e outros), portanto, deve estar preparado adequadamente para exercer o papel administrativo, de planejamento e de gerenciamento da equipe de Enfermagem devido ao seu envolvimento com toda a dinâmica do serviço.

O trabalho da Enfermagem é essencialmente em equipe. Para tanto, deve haver a conscientização do grupo quanto à importância da função de cada profissional para o bom andamento da unidade.

Para um bom funcionamento do centro cirúrgico, todas as cirurgias eletivas devem ser agendadas com, no mínimo, 24 horas de antecedência. Ter mapa cirúrgico confeccionado e encaminhado no dia anterior à cirurgia, para: centro cirúrgico, farmácia, unidade de terapia intensiva, laboratório, rouparia, chefia de enfermagem, banco de sangue, serviço de diagnóstico radiológico, nutrição, diretoria técnica, centro de material e esterilização, unidades de internação e portaria; as cirurgias poderão ter tolerância de atraso de até trinta minutos; de preferência não trabalhar com sistema de encaixe.

Algumas normas devem ser observadas, como: entrada de pessoas no bloco cirúrgico condicionadas a autorização do enfermeiro; proibição expressa de circular pelo hospital fazendo uso do conjunto cirúrgico; pertences pessoais, como: celulares, malas, maletas e bolsas só poderão entrar quando envoltos em sacos plásticos; a entrada na área crítica só será permitida a pessoas devidamente paramentadas; o relatório cirúrgico deverá ser preenchido por completo pelo cirurgião, incluindo: assinaturas e carimbos dos respectivos integrantes da equipe; todo cliente deverá entrar no centro cirúrgico somente com a confirmação da autorização do procedimento; as salas cirúrgicas deverão ser arrumadas no mínimo 15 minutos antes do horário agendado para a cirurgia..

Todos os profissionais de saúde, estão sujeitos aos riscos profissionais genéricos, específicos e genéricos agravados e, por conseguinte, expostos aos acidentes do trabalho, às doenças profissionais e às doenças do trabalho. Estas condições não são diferentes para os profissionais que atuam em centro cirúrgico. Sendo assim, além dos riscos aos acidentes, essas categorias profissionais estão suscetíveis a três tipos de doenças profissionais e do trabalho: doenças infecciosas e parasitárias, as dermatites por contato e as enfermidades decorrentes de radiações ionizantes, gases irrespiráveis e vícios ergonômicos.

O agir/reagir humano, livres de risco, traz ao grupo pequenos prazeres em sua vida profissional cotidiana.

Da construção dos padrões surgiu um modelo em que as crenças e valores de cada um permeiam todo o processo e a organização do cuidado, possibilitando utilizar-se de tudo como forma do fazer mais livre de riscos.

Na perspectiva da teoria da qualidade, na qual o significado ou a razão de tudo é a melhoria contínua, temos nos padrões o significado da importância deste marco referencial para o estudo em que tudo se confronta, interage, faz escolhas, interpreta através das ações em um universo de valores selecionados, agrupados e transformados à luz de cada situação.

Esta reflexão leva o grupo a ter consciência que o procedimento é o mesmo, porém, cada cliente deve ser visto como único.

A partir da construção dos padrões que envolvia um grupo, a situação do ser humano nos fez refletir e fazer a inversão dos papéis. Ao colocar-se no lugar do cliente, encontramos nossas diferenças, queremos o melhor, exigimos respeito e entendimento no direito de agir e reagir com responsabilidade com base na perspectiva do cliente.

Durante as reuniões, sentíamos a harmonia do grupo focal, que ia crescendo a cada padrão construído na experiência vivida, no respeito à individualidade, no reconhecimento das diferenças, na compreensão e na confiança que cada um transmitia.

O importante é que a contribuição que cada membro do grupo focal oferecia para a construção dos padrões, refletia-se na inter-relação entre o referencial teórico e os caminhos percorridos.

CAPÍTULO VII

REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO COLETIVA DE PADRÕES DE QUALIDADE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

"Nenhum homem é livre se a sua mente não é como uma porta de vai-e-vem, abrindo-se para fora a fim de liberar suas próprias idéias e para dentro a fim de receber os bons pensamentos de outrem".
(Validivar)

Ao refletirmos sobre a experiência da construção coletiva de padrões de qualidade para prevenção e controle de infecção em cirurgias ortopédicas, podemos fazer aqui uma comparação com o Mito da Caverna narrado por Platão, citado por Manon (1992), no livro VII da República, que é, talvez, uma das mais poderosas metáforas imaginadas pela filosofia, em qualquer tempo, para descrever a situação geral em que se encontra a humanidade, que aqui é entendida como sendo os profissionais de enfermagem atuantes no centro cirúrgico sem ter o poder de ação e reação perante suas atividades. Ao vivenciar esta construção, deparamo-nos com momentos que chegaram ao auge dos dois extremos, isto é, a satisfação e a insatisfação, que, no ver de Platão, nos dão uma idéia magnífica sobre a questão da ordem implícita e explícita.

Foi neste emaranhado de conflitos e inseguranças que íamos, então, dando prosseguimento aos nossos propósitos, sendo que a satisfação sempre superou o

seu inverso. Com relação ao Mito da Caverna, a idéia que os acorrentados têm da realidade é constituída apenas de sombras, e estas sombras estão embasadas em seus sistemas de valores. Os ecos das vozes e dos sons emitidos pelos manipuladores das estatuetas seriam o som real emanado das sombras. E apenas o conformismo das sombras os mantinha acorrentados. Enquanto isso, lá fora, à entrada da caverna está o sol, o mundo das verdades eternas, ainda proibidas e invisíveis para eles. Assim, também são vistos os profissionais de enfermagem no seu dia-a-dia, querendo o melhor, mas sem forças para reagir e dar o grito de alerta como faziam os escravos da caverna.

Continuando essa analogia, podemos imaginar, naquela época, algumas pessoas, prisioneiras, carregando estatuetas de homens sobre suas cabeças, para lá e para cá, de animais, vasos, bacias e outros vasilhames, por detrás do muro onde os demais estavam encadeados, havendo ainda uma escassa iluminação vindo do fundo do subterrâneo. Platão disse que a única coisa que os habitantes daquele triste lugar poderiam fazer, era enxergar o bruxuleio das sombras daqueles objetos, surgindo e se desfazendo diante deles. Era assim que viviam aqueles homens.

Ao construirmos os padrões de qualidade, muitas vezes, percebendo que o caminho estava turbulento, recorriamos à busca de uma “luz” para que pudéssemos dar continuidade ao trabalho. Desta forma, podemos imaginar aqueles homens que viviam em uma caverna cuja entrada se abria para a luz em toda a sua largura, com um amplo saguão de acesso.

Podemos fazer uma comparação com os profissionais de enfermagem do centro cirúrgico, que estão representados pelos habitantes da caverna, com as pernas e o pescoço amarrados de tal modo que não possam mudar de posição e tenham de olhar apenas para o fundo da caverna, onde há uma parede.

Na prática, o que tentamos buscar foram as informações adequadas que iriam subsidiar a **“Construção de Padrões de Qualidade para a Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”**.

Entretanto, se a habilidade técnica substitui com facilidade o instinto em tudo o que se refere à satisfação das necessidades e, em geral, à adaptação, ela não basta para permitir que os homens se entendam e administrem.

Esta construção coletiva possibilitou o crescimento, a motivação e a satisfação de cada componente, por se sentirem valorizados como profissionais.

Concordamos com Quintela (1995), quando destaca que sem considerar o dever, todos os homens têm já por si mesmos a mais forte e íntima inclinação para a felicidade, porque é exatamente nesta idéia que se reúnem em uma soma todas as inclinações.

Assim sendo, cada um de nós nos tornamos responsáveis pelas ações executadas.

O cliente é o foco de interesse do nosso estudo, que é a “**Construção de Padrões de Qualidade para a Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas**”, podendo ter uma assistência planejada e ser tratado com respeito e cordialidade. Esta parceria entre profissional/cliente será estabelecida, de modo que, através dela, haja uma ação mais eficiente, aumentando a satisfação da comunidade com o serviço ofertado e o profissional com os resultados obtidos.

Cada profissional carrega consigo uma reflexão muito profunda sobre o valor da vida, por conseguinte, o não-ouvir, o não-conhecer, o não-compreender, o não-pensar, muitas vezes, fazem com que esses profissionais não sigam as orientações a eles delegadas, se tornem frágeis, deprimidos, queixosos e até agressivos.

Estes são os profissionais que convivemos no cotidiano, os quais guardam consigo esperanças a serem renovadas.

No que diz respeito à nossa experiência na execução da construção dos padrões, podemos ressaltar a participação dos grupos focais, destacando o andamento de todo o processo em um ambiente politicamente democrático. Foi neste contexto que, desde o momento inicial, se possibilitou a incorporação das diferentes aspirações sociais.

E neste íterim, procuramos alternativas para melhorar as condições no assistir o cliente no centro cirúrgico. Neste convívio em grupo, tínhamos a certeza de que cada um de nós teria significado importante ao modificar e buscar alternativas para o nosso interesse e os da comunidade, com honestidade, sinceridade e integridade em todo o nosso relacionamento tanto profissional como com o cliente.

Assim, todos nós nos orgulhamos em poder, de alguma forma, projetar e fornecer produtos e serviços que venham a ser usados com segurança e que sejam possíveis de serem confiáveis, operados e descartados de maneira responsável e segura.

Cada vez mais, o nosso desempenho como profissional vai depender do fator ambiente, que, conseqüentemente, trará um aumento da produtividade, em função das novas tecnologias e da difusão de novos conhecimentos, que levam as empresas a investirem mais em novos processos de gestão, buscando a competitividade. Com as mudanças e transformações sociais, econômicas e tecnológicas pelas quais passam as organizações, percebe-se uma grande preocupação em estabelecer padrões de ética e responsabilidade social em suas atividades. Conforme Ashley (2002, p.50), "parece lícito afirmar que, hoje em dia, as organizações precisam estar atentas não só a suas responsabilidades econômicas e legais, mas também as suas responsabilidades éticas, morais e sociais", além do material e pessoal. São essas condições que nos motivarão na busca de alternativas estratégicas para reduzir o impacto de situações inconvenientes ao processo.

Estas situações são significativas para se refletir sobre o ambiente de trabalho no qual o compartilhar saberes, serve para contribuir com novas possibilidades de ação.

As diferenças entre os profissionais de enfermagem deixaram de ser interpretadas como deficiências que precisam ser corrigidas e passaram a ser assumidas pelo grupo como particularidades que deverão ser exploradas e integradas à dinâmica do trabalho. Assim sendo, abre-se espaço para o múltiplo, o desconhecido, em que as respostas predeterminadas dão lugar às respostas em constante construção, desconstrução e reconstrução e passam a fazer parte de um novo conhecimento.

7.1 REFLEXÃO SOBRE AS PESSOAS

Realmente, é importante para as pessoas quando elas são convidadas a participar de algum evento, no qual a sua opinião será acatada para promover, de alguma forma, contribuições para sua unidade de trabalho.

Estamos orgulhosos com os profissionais que atuam no centro cirúrgico desta organização, pelo seu desempenho, virtudes e atitudes em relação aos outros, às suas tarefas e do próprio centro cirúrgico.

Contudo, essas virtudes e atitudes são modos de agir específicos por razões específicas. Para Macintyre (1991, p.124), a virtude implica o controle, a disciplina e a transformação dos desejos e sentimentos. "Essa educação permite a uma pessoa exercitar as virtudes de modo que não apenas valorize a cada virtude em si mesma, mas, que também, compreenda o exercício das virtudes como sendo também necessário para ser *eudaimon*, para que se possa desfrutar o tipo de vida que constitui a vida boa e melhor para os seres humanos".

No que se refere a virtudes e atitudes, podemos citar Aristóteles, que, no Liceu, além de tarefas relativas ao ensino, ele se dedicava ao estudo e à sistematização de seus cursos, para os quais, segundo Mondolfo (1973, p.7), recolhia também materiais de teorias filosóficas anteriores.

Neste sentido, os padrões foram criados em torno dos indivíduos, da dignidade pessoal de cada um e do reconhecimento de contribuições pessoais. As expectativas que tínhamos na construção dos padrões eram de responsabilidade do grupo focal, devido ao perfil de cada um que era caracterizado não só pelo nosso relacionamento com todos dentro desta unidade, mas também, pelo espírito de cooperação, compromisso, atitude de confiança e entendimento entre o grupo focal, o pesquisador e parte dos gerentes.

Neto e Froes (2001, p.31), ao citarem Rosemblum, ressaltam que "a responsabilidade social é uma conduta que vai da ética nos negócios às ações desenvolvidas na comunidade, passando pelo tratamento dos funcionários e relações com os acionistas, fornecedores e clientes".

No momento em que os profissionais passaram a acreditar nos motivos, na integridade e sinceridade da proposta, houve excelente relacionamento entre os próprios colegas, e o que se percebia é que, na maioria dos depoimentos, iam surgindo situações nas quais as pessoas apresentavam problemas, não só pessoais, mas operacionais, que afetavam temporariamente seu desempenho. Estas observações, por parte de alguns, foi tão importante que, em algumas circunstâncias, elas eram entendidas e os problemas iam sendo resolvidos.

Ashley (2002, p. 07), ao citar Peter Drucker, "chama a atenção para o fato de que é justamente em função de a empresa ser bem-sucedida no mercado que cresce a necessidade de atuação socialmente responsável, visando diminuir os problemas sociais". As práticas de responsabilidade social têm tido destaque em muitas empresas nos últimos anos, através do desenvolvimento e ampliação de projetos sociais, já que o Estado não pode mais ser visto como o único a ter responsabilidades para com a sociedade, mas todos os envolvidos devem assumir seus atos.

Como diz Silva (2001), a sociedade está consciente de que o Estado não tem mais recursos, capacidade de investimentos e competência gerencial para resolver sozinho os graves problemas sociais que afligem a humanidade.

Com esta construção coletiva, buscamos apenas ir além da visão que procura jogar a responsabilidade em cima de uma minoria, sobretudo em se tratando da ameaça à vida. Na realidade, não mudamos nada, a construção dos padrões é apenas a sensação de que algo está sendo feito, enquanto permanece tudo do mesmo modo, só a forma de fazer é que teve nova direção para que o controle esteja na responsabilidade de cada um de nós e que, ao mesmo tempo, possamos procurar alternativas para gerenciar as crises.

Conforme Oliveira Neto, citado por Vassalo (2000), "durante muito tempo as empresas foram pressionadas a se preocupar somente com a qualidade de seus processos. Hoje, existe enorme pressão pela qualidade no relacionamento", sendo assim, só a responsabilidade social é capaz de promover uma drástica transformação no quadro humano e ambiental.

A busca e a consolidação de uma imagem de empresa socialmente responsável fazem com que o meio empresarial busque formas de melhorar seu relacionamento com o meio ambiente e a sociedade, de forma a contribuir para o desenvolvimento social e econômico, do qual depende para sua sobrevivência. Por isso, seja espontaneamente ou por pressão de grupos e segmentos, a empresa pública ou privada deve adotar uma postura responsável pelo bem - estar da comunidade onde atua.

7.1.1 Disponibilidade dos participantes

Ao iniciar a montagem dos grupos focais, tínhamos a certeza de que muitos dos profissionais de enfermagem, de alguma forma, iriam mencionar como obstáculo de sua participação o fator tempo.

Mas, no decorrer dos encontros com cada um deles, percebia em seus semblantes o grau de felicidade em participar de qualquer modo. Não se pode esquecer de que, para Aristóteles, a felicidade, seja do Estado, seja do indivíduo, corresponde ao exercício continuado da prática da virtude e da prudência; sendo “o melhor governo aquele em que cada um melhor encontra aquilo de que necessita para ser feliz” Aristóteles, citado por Kury (2001). Se a ação humana, no plano dos valores, tem origem na escolha; e esta tem por fonte um raciocínio dirigido a um fim, seria possível ao homem possuir “a percepção da verdade e a impressão da falsidade”. Segundo Aristóteles, na *Ética a Nicômaco*, mesmo demonstrando, através das dificuldades e dos problemas, nos casos difíceis, envolvem o dilema da moralidade em seu limite máximo, o pior mal residiria na ação injusta, já que esta pressupõe a deficiência moral do agente, que acarreta a sua entrada ou saída do trabalho (a maioria possui mais de um vínculo empregatício e isto envolve horário). Neste sentido, os profissionais que participaram, conseguiram reverter a situação e concretizar seu desejo de estar neste projeto, porque sabem que estarão ajudando, beneficiando e sendo beneficiados (KURY, 2001).

A felicidade que cada um possuía em participar para Aristóteles in Russ (1997, p. 39), significava vida boa; e esta corresponderia – como veremos adiante – à vida digna. Nessa direção, haveria uma subordinação da ética à política: “os tratados éticos e os tratados políticos pertencem a um mesmo estudo, classificado como política”

Todos, cientes de suas atribuições e querendo dividir com os outros, buscaram, assim, uma relação mútua no desempenhar das atividades, para que ninguém ficasse sobrecarregado em suas tarefas. Ninguém raciocinou pequeno, todos mostraram uma visão ampla da realidade e procuraram, a cada instante, soluções para os problemas. A preocupação maior é que existe solução, mas não é acatada pelos superiores.

Hoje, o que se percebe é que as características de funcionamento do trabalho em unidade, como o centro cirúrgico, devem ser maleáveis e seus dirigentes, abertos a mudanças organizacionais, aceitando sugestões e opiniões dos profissionais, especialmente a partir da perspectiva de um determinado conjunto de competências que podem e devem ser consolidadas como produto final, que nada mais é do que a assistência o mais livre de risco.

Portanto, essa é a prática de apreender a verdade conforme o desejo correto. Ao deliberar sobre um futuro necessariamente em aberto, o homem exercita a habilidade que, de potência, se transmuta em ato: o discernimento. Para refletir sobre essa faculdade, Aristóteles in Kury (2001), vale-se das características intrínsecas às pessoas dotadas do atributo de saber discernir; aquelas capazes de deliberar bem acerca do que é bom e conveniente para si mesmas e para os outros em um sentido mais amplo.

Pela sua vida profissional muito intensa, muitas vezes, esse ser humano não participa de treinamento específico às tarefas exigidas em uma dada ocupação, podendo traduzir-se em prejuízo face à realidade que se configura e exige o processo, ficando à mercê de uma noção ampla de como opera a sua unidade, a instituição onde trabalha e o que pensa o cliente sobre sua forma de assistir quando comparado a outros profissionais.

Neste momento de reflexão com o grupo focal, sobre as ações justas, pôde-se verificar em MacIntyre (1991, p. 127) que "é em parte nessa indiferença aristocrática em relação às conseqüências que reside a nobreza, a fineza do exercício de tais virtudes". O que ficou evidente foi a capacidade intelectual de cada um, que muitas vezes não é valorizada nas organizações, fazendo com que possam entender e se comunicar com o mundo que está a sua volta.

7.1.2 A crença dos participantes na proposta

Com o decorrer das reuniões, começávamos a notar a manifestação dos participantes a favor da existência de uma maior cota de responsabilidade em sua formação, no sentido de resolver os problemas que vão de encontro às atribuições desenvolvidas no centro cirúrgico.

Foi com estes conflitos de atitudes, não de crenças, que, a rigor, começaram os questionamentos por parte do grupo focal que, conforme Camps (1995, p. 52), é uma formação do gosto e da sensibilidade, em direção a determinadas atitudes: a criação e a aquisição de um ethos, no sentido originário de 'caráter' e conjunto de 'hábitos', sem permitir que se caia na inércia do 'habitual'.

Durante as reuniões, um dos participantes afirmou que o conflito se torna igual para todos quando surgem as angústias de não saber o que fazer e quando não conseguem solução para os problemas.

Com tal finalidade, a educação deve tender também a formar a razão autônoma, que assume a responsabilidade de deliberar, argumentar e justificar seus pontos de vista. Sem dúvida alguma, a melhor via não-dogmática para se conseguir que não existam conflitos é a educação de atitudes e a educação na autonomia (CAMPS, 1995, p. 52).

Outro lamentou que a atual estrutura organizacional retarda o alcance dos objetivos, exercendo grande influência sobre a qualidade do trabalho produzido.

Portanto, Valls (1996), destaca que "falar de ética significa falar da liberdade, já que a ética lembra normas e responsabilidade". Kant (1994), parecia reconhecer essa necessidade ao propor as fórmulas da conduta ética, quando pediu: "Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca como meio".

A maioria dos participantes consideraram a proposta da construção de padrões de grande relevância e enfatizaram que o treinamento do pessoal trará uma melhor formação profissional, porque uma revisão constante fará com que fiquem sempre atualizados.

É este conhecimento que vai permitir a compreensão dos fatos e, conseqüentemente, o alcance de melhores resultados.

Na Crítica da Razão Pura, Kant (1994), defende que apenas podemos conhecer o mundo através dos nossos órgãos sensoriais e que os nossos processos perceptivos afetam radicalmente o modo como o mundo nos é apresentado.

Um dos assuntos mais criticados pelos participantes foi o avanço tecnológico no centro cirúrgico, onde o trabalho está cada vez mais abstrato, mais intelectualizado, mais autônomo, coletivo e complexo quando da utilização destas tecnologias.

Atualmente, o trabalho repetitivo e prescritivo é substituído por um trabalho de arbitragem, no qual é preciso diagnosticar, prevenir, antecipar e interferir em relação a uma dada situação concreta de trabalho.

Não esqueçamos que, como alerta Kant (1994, p. 25), na *Crítica da Razão Prática*, não é a universalidade do assentimento que prova a validade de um juízo (isto é, a validade do mesmo como conhecimento), mas que, se essa validade objetiva fosse encontrada de modo causal, ele não poderia produzir uma prova da concordância com o objeto (Objekt); pelo contrário, só a validade objetiva constitui o fundamento de um consenso universal necessário.

É importante que o profissional, ao refletir a respeito de sua prática de forma científica, na busca de conhecimento para o benefício da assistência, tenha em mente uma decisão em prol do seu usuário, da população.

É esse o conhecimento da moralidade que, segundo Kant (1994, p. 25), precede o conhecimento da liberdade. É a lei moral que primeiro se nos dá e que nos guia diretamente ao conceito de liberdade. O que nos é dado é o fato de possuímos uma capacidade de reconhecer uma lei que é absolutamente necessária e de agir conforme essa lei, isto é, a possibilidade da razão pura prática. A liberdade é o fundamento da lei moral, mas a nossa consciência moral pode ser vista como o fundamento do nosso conhecimento da liberdade.

Cada profissional que atua no centro cirúrgico deve ter disponibilidade e noção dos recursos que serão alocados, gerenciando-os de forma consciente e oferecendo um benefício abrangente a todos os clientes.

No decorrer das reuniões, a crença na mudança, com a criação de padrões, levou os sujeitos/atores a tentarem utilizar métodos e julgamentos que implicam a aquisição de competências específicas, transmissão de valores e as normas que delas derivam, particularmente aquelas que são importantes com relação à profissão, respondendo às necessidades, aos valores, às aspirações de uma melhor qualidade de vida.

Os sujeitos/atores, ao avaliarem a nova proposta de construção de padrões, concordam que, à luz de uma adequada evidência científica, é aplicável com a intenção de se obter melhores resultados e concluíram que a proposta é de grande envergadura e importância para diminuir as inúmeras contradições detectadas no cotidiano de um centro cirúrgico.

Estas contradições sempre irão existir, de acordo com Aristóteles, na *Ética a Nicômaco* in Kury (2001), a ação humana, no plano dos valores, tem origem na escolha; e esta tem por fonte um raciocínio dirigido a um fim, seria possível ao homem possuí-la, sendo a inteligência prática apreender a verdade conforme o desejo correto.

7.1.3 Compromisso em construir algo para melhorar a assistência

Com o compromisso de construir os padrões, os grupo focais demons-traram seu grande potencial, criatividade e diversidade, sendo capazes de desenvolvê-los a partir das exigências do seu meio, na evolução tecnocientífica, fazendo reflexões e questionamentos que possam intervir diretamente na assistência.

É esta evolução tecnocientífica que vai trazer para os profissionais de enfermagem a convivência com a tecnologia. Conforme Moscovici (1993, p. 9), esta “exige da pessoa um novo enfoque, uma nova postura de compreensão e colaboração. Compreensão do papel da máquina no presente e no futuro como serviçal e como substituta do homem. Todos queremos as máquinas como serviçais eficientes, obedientes e inofensivas. Quando passam a nos substituir, começa o drama do ciúme e da revolta”.

Temos que pensar em padrões não na forma de fazer, mas nos padrões éticos e morais que moldam toda a instituição. Segundo Tansey (1995, p.100), empresas preocupadas com padrões de conduta ética em seu relacionamento com clientes, fornecedores, funcionários e governantes ganham a confiança de seus clientes e melhoram o desempenho dos funcionários. A ética dá lucro às empresas. Como afirma a autora, "a empresa é considerada ética, se cumprir todos os compromissos éticos que tiver. Ou seja, agir de forma honesta com todos aqueles que têm algum

tipo de relacionamento com ela. Estão envolvidos neste grupo: os clientes, os fornecedores, os sócios, os funcionários, o governo e a comunidade como um todo".

Ao refletir sobre estas questões, as mesmas nos fazem assumir e caminhar cada vez mais para um padrão social pré-estabelecido por nós mesmos.

São esses padrões que nos dão um senso de justiça, que, para Rawls (2000, p. 216), é a "capacidade de compreender, aplicar e respeitar nos seus atos a concepção pública. O profissional deve ser capaz de ter uma concepção de bem, ao formar, buscar e revisar racionalmente uma melhoria da assistência".

7.2 REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO

Neste ambiente, pano de fundo deste estudo, foi possível também trazer o dia-a-dia do centro cirúrgico, quando as angústias, lamentações, oportunidades recebidas e deveres a cumprir vinham à tona, permitindo aplicações e aprendizagem com a experiência e realidade vividas. O profissional, ao ingressar na organização, está cheio de esperanças, de interesse pelo trabalho, faz planos, sonha sobre suas realizações e idealiza uma carreira invejável. Começa a trabalhar com energia e entusiasmo, esforçando-se para atingir seus objetivos, como ressalta (MOSCOVICI, 1993, p. 3).

A dinâmica de grupos focais utilizada neste processo oportunizou uma maneira mais prazerosa de discutir, de dar significado à aprendizagem e de criar o conhecimento, integrando e contextualizando conceitos nos quais gradativamente os profissionais de enfermagem começam a descobrir uma realidade diferente daquela que imaginaram, como refere Moscovici (1993, p. 3), verificando que seus planos não serão concretizados tão facilmente.

Surgem obstáculos, as pessoas criam dificuldades, as chefias não se mostram interessadas nem apóiam como pareciam. Revela-se uma outra realidade sobre sua vontade de trabalhar bem, de fazer coisas novas, de tomar iniciativas e de obter sucesso. Parece que há normas restritivas que reforçam procedimentos rotineiros e punem comportamentos diferentes, inovadores ou ousados.

O ser humano fica perplexo e inseguro. Não consegue entender a discrepância entre o discurso e a ação por parte de seus superiores. “faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço” parece ser a norma básica de comportamento organizacional das chefias.

O conhecimento e o ensinamento emergidos neste trabalho deixaram de ser centrados no fazer rotineiro e passaram a ser construídos com base nas informações coletadas, deixando de compreender a instituição como um “sistema de partilha, de repartição, que se refere a direitos e deveres, rendimentos e patrimônios, responsabilidades e poderes; vantagens e encargos, em uma amplidão mais vasta do que o face a face da amizade e do amor” Ricoeur (1995, p.163-4), dando um caráter e dirigindo-se, na forma precisa, à interação com o mundo que está à sua volta.

7.2.1 A dinâmica vivenciada

A natureza da dinâmica de nossas atividades assistenciais impõe aos membros dos grupos focais a responsabilidade de criar um ambiente que envolva mudança e que ajude os profissionais de enfermagem a desenvolverem suas atividades de forma crescente, tanto no trabalho, como em outras atividades particulares.

Esta responsabilidade de caráter social, para Ashley (2002, p.06 e 07),

“pode ser definida como o compromisso que uma organização deve ter com a sociedade, expresso por meio de atos e atitudes que a afetem positivamente, de modo amplo, ou a alguma comunidade, de modo específico(...) Assim, em uma visão expandida, responsabilidade social é toda e qualquer ação que possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida da sociedade”.

De acordo com Ávila (1967), a palavra responsabilidade é proveniente do “lat. *responsabilitas*, de *respondere* = responder, estar em condições de responder pelos atos praticados, de justificar as razões das próprias ações. De direito, todo o homem é responsável. Toda a sociedade é organizada em uma hierarquia de autoridade, na qual cada um é responsável perante uma autoridade superior. Quando o homem infringe uma de suas responsabilidades cívicas, deve responder pelo seu ato perante a justiça”.

Concordamos com Nash (1993, p. 6), quando salienta que "cumprir essa responsabilidade exige, no mínimo, uma investigação e um posicionamento explícito sobre os aspectos éticos da atividade empresarial". É isto que leva o profissional a buscar conhecimento para ser um indivíduo mais qualificado. Aristóteles (1990, Cp. I, 5, p. 1096), diz que "parecem perseguir as honrarias com vistas ao reconhecimento de seus méritos; ao menos eles procuram ser honrados por pessoas de discernimento, e entre aquelas que os conhecem, e com fundamento em sua própria excelência.

No momento em que os sujeitos/atores colocaram a vida como o valor maior dentro do hospital, ficou claro que esta está, acima de qualquer valor material. Para tanto, esta dinâmica exigiu um alto grau de flexibilidade e uma disposição para considerar enfoques não tradicionais para a realização do trabalho.

Essas realizações no trabalho são, de acordo com Aristóteles (1990, p. 1103), nossas atividades conforme à excelência que nos levam à felicidade.

Esta excelência também se diferencia em duas espécies, segundo esta subdivisão, pois dizemos que certas formas de excelência são intelectuais e outras são morais (a sabedoria, a inteligência e o discernimento, por exemplo, são formas de excelência intelectual; e a liberalidade e a moderação, por exemplo, são formas de excelência moral) conforme (ARISTÓTELES, 1990, p. 1103).

Todos reconhecem que existem algumas políticas que devem ser estabelecidas e mantidas no âmbito geral da unidade. Estas políticas devem ser direcionadas para todos os níveis profissionais, com possibilidades de serem validadas, estabelecendo "critérios sólidos de raciocínio, de abordagem sistemática de problemas intelectuais, clareza de pensamento, exigência de evidências e provas, o que permitiu chegar a descobertas, conhecimentos e aplicações em todos os ramos da ciência", como enfatiza (MOSCOVICI, 1993, p. 55).

7.2.2 A riqueza de idéias

No decorrer das reuniões com os grupos focais, os depoimentos mostraram habilidade, compreensão, integração, bem como, suas relações com o ambiente, pessoal e com a própria comunidade.

Assim sendo, estas relações nos colocam diante do que Platão acreditava que era “uma realidade autônoma por trás do mundo dos sentidos. A esta realidade ele deu o nome de mundo das idéias. Nele, estão as "imagens padrão", as imagens primordiais, eternas e imutáveis, que encontramos na natureza. Esta concepção é chamada por nós de a Teoria das Idéias (PLATÃO, 1966).

A utilização do raciocínio lógico, crítico e analítico, operando como valores, estabeleceu uma relação formal e causal entre os componentes que, além de expressarem-se de modo crítico e criativo, fizeram frente aos diferentes contextos organizacionais e sociais da instituição para a seleção de procedimentos que venham a privilegiar, de forma interativa, a atuação em prol da qualidade da assistência prestada no centro cirúrgico.

Estes valores que cada profissional demonstra nos seus afazeres são, para Aristóteles, a ética individual, que é a ética das virtudes morais e pessoais. A mesma está subordinada à ética pública, ou seja, à comunidade política. Ela se guia pela única virtude, que é a da justiça. Aristóteles vai mais além quando menciona que “a política é uma ciência arquitetônica ou, em linguagem mais comum, um grande guarda-chuva que abriga e comanda todos os saberes da comunidade”, representada aqui pelos profissionais.

Neste sentido, Santos (1965) diz que, segundo Kant, a “Ética é autônoma e não heterônoma, isto é, a lei é ditada pela própria consciência moral e não por qualquer instância alheia ao Eu. Como vemos, Kant dá prosseguimento à construção da própria moral. Não espera algo de fora. Aquilo que o homem procura está dentro dele mesmo”.

7.2.3 A animação pelo novo

A animação pelo novo foi demonstrada pelos sujeitos/atores, quando se sentiam que era preciso vencer, ter sucesso, ficar sempre à frente dos outros, em direção ao topo. Isto trouxe como satisfação o agradecimento pela possibilidade que tiveram em participar da construção dos padrões, que, no entender deles, foi importante.

Foi um evento de alto nível e rico em informações. Tudo isto somou-se à oportunidade de convívio “gostoso” de todo o grupo, resultando em intensa troca de conhecimentos.

A palavra transcendental é usada por Kant no sentido de condição para que algo seja objeto do conhecimento. Assim, a priori, Kant (1996, p.53), entende que “um tal conhecimento independente da experiência e mesmo de todas as impressões dos sentidos”, é a integração entre os diferentes membros do grupo.

Esta integração entre os grupos focais possibilitou uma competição sadia. A realização pessoal ficou mais fácil de ser entendida, propiciando um conforto físico, mental e espiritual, o que trouxe profunda satisfação e prazer por uma obra realizada, ainda que incompleta, mas com carinho e emoção. .

7.2.4 A preocupação com o viável ou inviável

O desejo de acertar é que motivou o grupo focal, fazendo com que houvesse maior compromisso de todos quanto à existência de uma disseminação do controle de qualidade dos serviços prestados, dedicação e participação conjunta para levar a unidade de centro cirúrgico a atingir seus objetivos, independente da área de atuação.

Foi neste clima que nos pareceu essencial ressaltar o pensamento ético de Aristóteles, no qual a idéia de amizade é um conceito apropriado para pensarmos as questões de ética profissional, postas em nosso convívio cotidiano.

Para Aristóteles in Kury (2001, p. 84), “a amizade supõe convívio, semelhança, tempo e intimidade. Contudo, se o amor é emoção, a amizade seria disposição de caráter, o que justifica a racionalidade na escolha do elenco dos nossos amigos. Amizade supõe, portanto, um pacto de reciprocidade, de afeição e de generosidade no sentimento; como se, acompanhadas por amigos, as pessoas se revelassem mais capazes para melhor agir”.

Destacamos que a preocupação em acertar, muitas vezes, congrega padrões de comportamento que não são condizentes com os papéis de alta confiabilidade perante a sociedade.

Esta sociedade na qual também estamos inseridos, para Abranches (1985, p. 9), é a “pólis” integralmente constituída que correspondia a uma sociedade politizada, em que a esfera pública ocupava um território mais amplo nas vidas dos cidadãos e estava situada em um plano muito mais elevado de importância do que os assuntos privados dos indivíduos. (...) “A “pólis” baseava-se na ação coletiva, portanto, na liberdade coletiva. A cidadania refletia a integração do indivíduo à coletividade política”.

Devemos objetivar sempre, em um sentido mais amplo, que o centro cirúrgico seja um espaço humano que mesmo com toda tecnologia atual, não transforme seus atores juntamente com os recursos tecnológicos em “máquinas de curar”; porque o que temos são pessoas que cuidam de outras pessoas e que, por conseguinte, também precisam de cuidados com sensibilidade.

Para Kant (1996, p.71), sensibilidade é a “capacidade de obter representações mediante o modo como somos afetados por objetos”. Este processo deve ser aliado ao grande desafio de envolvimento de toda a equipe na inclusão de programas de qualidade e no compromisso de buscar a excelência no atendimento.

O grupo focal mostrou capacidade de usar procedimentos, técnicas e conhecimentos de um campo de especialização, como também de trabalhar com outras pessoas, de entendê-las e motivá-las, de conhecer e integrar todos os interesses e atividades de uma organização. Desnecessário dizer que não se pode generalizar, sob pena de abordar, de forma simplista, a grande complexidade da realidade humana nas organizações frente à tecnologia. “Há exceções, tanto de organizações quanto de pessoas, que indicam as possibilidades não aproveitadas pelas demais. A maioria das organizações apresenta as conseqüências desastrosas do crescimento tecnológico acelerado, sem equivalente crescimento humanístico” (MOSCOVICI, 1993, p. 13).

Enxergando a organização como um todo e compreendendo como suas partes dependem umas das outras, tem-se a sensação que o “efeito de um objeto sobre a capacidade de representação, na medida em que somos afetados pelo mesmo” é que vai determinar quais os níveis que os grupos irão ocupar na organização” (KANT, 1996, p. 71).

Neste sentido, a arte é considerada por Aranha & Martins (1992), como um dos modos pelos quais o homem atribui sentido à realidade que o cerca, e uma forma de organização que transforma a experiência, o vivido, em objeto de conhecimento, sendo, portanto, simbólica.

7.2.5 O processo contínuo e crescente de aprender a pensar e construir

Para Moscovici (1993, p. 32),

“a sombra também contém forças vitais valiosas, conteúdos espontâneos, instituições positivas, impulsos criativos. Estas forças precisam ser assimiladas em experiências reais e não reprimidas. A noção de inconsciente coletivo tem implicações de impacto sobre o significado da realidade organizacional ao desvendar um lado encoberto e atuante, subjacente à fachada de racionalidade”.

É então que observamos aspectos primitivos, deficientes, negativos e refletimos até que ponto a cultura dos grupos focais está inserida em uma formação humanista com visão global que habilite a compreender e a tomar decisões em um mundo diversificado e interdependente.

Com essa visão global, o profissional tende a buscar significados para o bem, a boa vontade. De acordo com Kant (1984, p. 123), “não é outra coisa senão a razão prática como a faculdade de escolher só aquilo que a razão, independentemente da inclinação, reconhece como praticamente necessário, quer dizer, como bom ou ainda a faculdade de se determinar a si mesmo a agir em conformidade com a representação de certas leis” (KANT, 1984, p.134).

É esta competência que vai dar a compreensão aos grupos focais de empreender ações, analisando criticamente a sua unidade de trabalho, antecipando e promovendo sempre suas transformações em um contínuo aperfeiçoamento profissional e desenvolvimento da autoconfiança.

7. 3 REFLEXÃO SOBRE O CONTEÚDO

A criação do conteúdo deste estudo aconteceu em um processo dinâmico, apresentando várias conotações, como uma simples passagem do “concreto ao abstrato”, ou mesmo do “concreto-vivido”, passando pelo lúdico à lógica; e, ainda, de

uma passagem do mítico ao simbólico, à ética e à estética, sempre com o compromisso de construir, através das informações técnico-científicas, os padrões adequados para as determinadas situações.

Kant in Caygill (2000, p. 27), afirma que a qualidade das aparências requer que elas possuam uma “grandeza intensiva”; “Em todas as aparências, o real, que é um objeto de sensação, tem uma grandeza intensiva, isto é, um determinado grau”.

O conhecimento científico sobre as infecções cirúrgicas ortopédicas norteou o processo de controle e de prevenção das mesmas e sustenta a qualidade na assistência mais livre de riscos.

É na Crítica da Razão Pura que Kant localiza a origem do conhecimento em duas fontes básicas do Gemüt: a primeira é a de “recebimento de representações (a receptividade de impressões)” e a segunda, a de “conhecimento de um objeto através dessas representações (espontaneidade de conceitos) (CAYGILL, 2000, p. 25-26).

7.3.1 A abrangência

Pela riqueza do conteúdo, foi possível formular estratégias para o desenvolvimento dos padrões. Isto significa que o conteúdo é um conjunto de decisões que pretende conceber e executar as mudanças dentro de determinados objetivos pré-estabelecidos, fazendo com que não haja reações dentro da própria unidade, contrárias a estas mudanças.

Neste sentido, os grupos focais que as trabalharam, deram ênfase na abrangência do conteúdo, principalmente por meio da identificação das aspirações, suas diferenças, e pelo conhecimento científico já existente que deu suporte no agir e reagir o mais livre de riscos, com liberdade consciente.

Segundo Kant in Caygill (2000, p. 216), a propósito da liberdade prática, “o ponto preciso das dificuldades, desde sempre, vem cercando a questão da possibilidade de liberdade. No caso da liberdade prática, é o fundamento motivador da vontade que tem de ser autônomo”.

A consciência dos grupos focais pelo conteúdo produzido está dentro daquilo que Kant define como “uma ou outra representação é em mim”, a qual forma a “condição universal de todo o conhecimento em geral”. Portanto, as categorias de pensamento “não são “limitadas pelas condições de nossa intuição sensível”, o conhecimento “daquilo que pensamos, a determinação do objeto, requer intuição (CAYGILL, 2000, p. 68-69).

7.3.2 A profundidade

Foi por meio do próprio convívio dos grupos focais no seu dia-a-dia, na prática, tentando melhorar o seu desempenho dentro de um sistema participativo, em um clima de debates com segmentos organizados, que construímos esse conjunto consensualizado de decisões que, com certeza, pela sua abrangência e profundidade, refletirá nas aspirações sobre o seu próprio desenvolvimento. Este conhecimento construído/requerido será mais um pilar de aprofundamento das questões inerentes ao assistir/cuidar o mais livre de risco.

7.3.3 Pertinência e adequação à realidade

Temos que propor estratégias, centradas no cotidiano, em que a participação à reorientação do processo seja democrática e venha a atender aos anseios do grupo e não aos interesses pessoais.

Para Moscovici (1993, p. 39), é após a tomada de decisão que começa “o drama da implementação. Aceitar ou resistir à mudança é o dilema da organização. Evidentemente, a nível consciente, não há lugar para relutância, pois qualquer decisão superior “deve” ser obedecida. Contudo, como as pessoas não são máquinas, a força do dever nem sempre prevalece. Os sentimentos podem ser mais poderosos e produzirem comportamentos inesperados e inexplicáveis que são rotulados como resistência à mudança”.

Afinal, como nos diz Kant (1994, p. 38), “a regra só é objetiva e universalmente válida se valer sem condições contingentes e subjetivas, que distinguem um ser racional de outro”. Assim, as ações, quando julgadas de modo objetivo como boas

ou más, são julgadas sem qualquer referência aos nossos sentimentos e inclinações.

Conduzir o ser humano a um comportamento diferenciado do costumeiro. do seu cotidiano é extremamente complexo, principalmente quando se pretende transmitir aos componentes dos grupos focais as essências da cultura, do relacionamento com os outros, com a natureza, e a integração de todos esses relacionamentos, indo além da simples reprodução/construção dos padrões.

7.3.4 A praticidade

A intenção primeira, quando da construção dos padrões, era traçar um perfil para que pudéssemos realizar nossas atividades o mais livre de riscos, proporcionando a todos a satisfação. Kant menciona que deve haver um mundo em que a virtude traga seguramente a felicidade, isto é, a “existência de Deus...é necessária enquanto afirma que um ser cuja vontade e cujo intelecto criam um mundo no qual não há abismo algum entre o real e o ideal, entre o que é e o que deve ser”.

Então, o importante era chegar próximo ao ideal que Kant acreditava: “a felicidade de cada indivíduo deveria ser, com propriedade, olhada como um fim em si mesma e que o mundo progredisse na direção de uma sociedade ideal, na qual a razão haveria de levar cada legislador a fazer suas leis de tal modo que elas pudessem emergir da vontade unida do povo inteiro”. Procuramos seguir este processo de desenvolvimento e de superação de estruturas com o intuito de melhorar a assistência prestada no centro cirúrgico.

Buscamos uma visão ampla e não aquela da caverna: Como afirma Moscovici (1993, p. 43), “o exterior da caverna simboliza o mundo da visão aparente; a luz do fogo, o sol; a jornada ao exterior, a subida ao mundo intelectual, do conhecimento do bem. O mundo inferior ou visível é composto de sombras, aparências disformes da realidade, e é habitado por homens que se tornam prisioneiros de suas crenças e opiniões baseadas simplesmente no que enxergam. O mundo superior, o inteligível, é a verdade, a realidade na qual os homens são livres para ver a luz, o sol, o mundo, a existência”.

Fazer esta transformação, passando do mundo das aparências para o mundo da realidade, requer coragem para assumir riscos, motivação para a mudança, mente aberta e querer o melhor para desenvolver suas atividades no centro cirúrgico. Moscovici (1993, p. 43) descreve que “a maioria das pessoas age como os prisioneiros da caverna, acomodados em suas crenças ortodoxas que bloqueiam novas idéias e visões, tal qual as correntes da alegoria de Platão” in Manon (1992). Os poucos inovadores corajosos, que conseguem libertar-se das correntes e trazer visões originais, costumam ser objeto de escárnio, desconfiança, desagrado, hostilidade. Se insistem em seus argumentos, podem, por vezes, chegar a sofrer sanções, como isolamento, transferências, afastamento do cargo ou até exoneração.

É esta regra prática que Kant (1994, p. 36) refere ser “sempre um produto da razão, porque prescreve a ação como meio para o efeito, como intenção (Absicht). Mas, para um ser no qual a razão não seja o único princípio determinante da vontade, esta regra é um imperativo, isto é, uma regra que é designada por um dever (Sollen), que exprime a obrigação (Nö tigung) objetiva da ação, e significa que, se a razão determinasse inteiramente a vontade, a ação dar-se-ia inevitavelmente segundo esta regra”, e assim, não poderíamos construir algo novo por meio da nossa vivência diária e da transmissão de conhecimentos de gerações anteriores para as gerações futuras, porque estaríamos trabalhando por imposição.

7.3.5 O novo como algo próprio do grupo: da mudança requerida e da contribuição para a enfermagem e saúde

A criação dos padrões pelos grupos focais trouxeram mudanças e essas tendem a aumentar em face da inclusão de outras novas variáveis, porque esse processo de desenvolvimento sempre requer exigências, desafios e expectativas, criando uma turbulência que perturba e complica as tarefas administrativas de planejar, organizar, dirigir e controlar uma unidade.

Aquilo que não podemos realizar profissionalmente fica bem caracterizado quando Moscovici (1993, p. 32-33) diz que a “sombra da organização compreende todos os aspectos reprimidos que se insinuam para ganhar um lugar na superfície iluminada e mudar a natureza da racionalidade na prática. Isto pode ser notado nas

manifestações comportamentais da “politicagem” informal, nas forças encobertas, nas manobras hipócritas e fraudulentas, artimanhas, sabotagens, *stress* e depressão, que fazem parte da vida organizacional. Tudo isso aumenta perigosamente à medida que se aumenta o controle rígido, racional e absoluto das atividades organizacionais, sem deixar espaço para as necessidades emocionais, como costuma acontecer nas organizações altamente burocratizadas”.

Dentro dessa ordem de considerações, a tarefa será incerta e desafiadora, pois será atingida por variáveis e mudanças, trazendo novas formas à organização e, conseqüentemente, o grupo será caracterizado por ampliar a sua capacidade intelectual na produção não apenas operacional, como também, conceitual.

7.4 REFLEXÃO SOBRE OS QUESTIONAMENTOS ENTRE O IDEAL E O REAL

Vivemos em um mundo em que os avanços tecnológicos ocorrem com ritmo muito acentuado e que, muitas vezes, não conseguimos acompanhá-los.

É inegável esse avanço que vem proporcionando novos processos produtivos e tecnológicos, que são geradores de produtos e soluções para as questões práticas do nosso dia-a-dia.

A construção dos padrões a partir das diferentes visões, concepções, abordagens ou tendências dos grupos focais, como forma de teorizar a prática, é uma situação que os próprios avanços requerem de uma instituição que está aberta às mudanças. Muitas vezes nos encontramos em situações geradoras de desequilíbrios e desigualdades, portanto, precisamos ser ousados e dar importância para a reorientação e reorganização não só do pensar, mas também do nosso agir cotidiano.

Assim, os conceitos formulados sobre: Sociedade e Ambiente; Padrões e Indicadores de Qualidade; Vida e Saúde; Enfermagem e Cuidado e Riscos e Segurança no Cuidado propiciaram este novo pensar e agir.

Salientamos a relevância da construção teórica aplicada que resulte em um novo modo de agir, valorizando a vida pelo cuidado mais livre de riscos.

O ser humano, apesar de imperfeito, sempre persegue a perfeição para garantir a sua sobrevivência e promover o seu viver.

Para Kant in Caygill (2000, p. 176), o ideal é a representação de uma existência individual adequada a uma idéia. É na Crítica da Razão Pura que Kant especifica que o ideal é “a idéia não somente *in concreto*, mas *in indivíduo*, isto é, como uma coisa singular determinável ou absolutamente determinada apenas pela idéia”.

7.4.1 O rigor no controle das infecções hospitalares

Sabemos que a infecção da ferida cirúrgica é predisponente do próprio cliente ou de alguns procedimentos invasivos ao quais é submetido.

A construção dos padrões está relacionada a algumas medidas de precaução que devem ser tomadas por quem assiste o cliente durante o trans-operatório.

O rigor em controlar as infecções hospitalares se faz necessário para mantê-las em níveis aceitáveis, dentro dos padrões de uma determinada instituição hospitalar.

Essa vigilância das infecções da ferida cirúrgica atualmente constitui-se como parâmetro de controle de qualidade do serviço prestado dentro da unidade do centro cirúrgico de um hospital.

Portanto, o controle das infecções cirúrgicas, ao nosso ver, se fará com decisões políticas, força de vontade e motivação do grupo em evitar este problema durante a assistência prestada.

7.4.2 A segurança, os riscos e as responsabilidades.

Com a construção dos padrões, muitas dúvidas, angústias e inclusive inseguranças foram sanadas para assistir o cliente de modo seguro, o mais livre de riscos e com responsabilidade.

Durante todo o nosso caminhar, defrontamo-nos com vários dilemas tanto profissionais como pessoais. Esses podem ser, como evidencia Moscovici (1993, p. 37), “desde simples dúvidas, perplexidades, inquietações, até profundas questões

vitais que têm marcado a existência humana. A escolha entre isto ou aquilo suscita certo receio, medo de errar, de não fazer a escolha melhor, mais adequada, de sofrer conseqüências desagradáveis, de arrepende-se. Enquanto não se faz a escolha, a tensão interior aumenta, tornando-se desconfortável e forçando, muitas vezes, uma escolha apressada somente para escapar dessa condição”.

Assim, ao trabalharmos os padrões, ficou claro que é necessário desenvolver habilidades práticas, manuais e teóricas, sendo que essas habilidades devem estar interligadas, ou seja, assimiladas dentro de um amplo entendimento da sua dinâmica.

Conforme Aranha & Martins (1992), o mito proporciona um conhecimento que é mágico porque ainda vem permeado pelo desejo de atrair o bem e afastar o mal, dando segurança e conforto ao homem.

De acordo com Kant (1996, p.78), “estas formas fazem parte de nossa estrutura cognitiva e são condições de possibilidade para pensar os fenômenos em geral. Isso significa que espaço e tempo têm uma realidade subjetiva, isto é, são inerentes ao sujeito do conhecimento, não obstante terem validade objetiva. É importante notar que tais conceitos só valem quando aplicados dentro dos limites da experiência possível, ou seja, no quadro dos objetos dos sentidos”.

É uma compreensão em que se inserem determinadas análises aprofundadas das informações derivadas dos padrões, buscando o melhor resultado possível, para assistir o cliente sob nossa responsabilidade.

Foi neste sentido que os grupos focais demonstraram aspirar modos de vida diferentes, com a criação dos padrões que os possam auxiliar na luta por objetivos próprios e comuns para a unidade de trabalho.

7.4.3 Os questionamentos éticos

Com a criação dos padrões, uma nova ética de relação com o mundo foi construída, na qual as sensações geradas trouxeram novas percepções, dividindo os fenômenos da natureza em categorias. Para isto, Aristóteles usava como critério, as características do objeto, ou melhor, o que é capaz de fazer ou o que faz. Todas as criaturas vivas (plantas, animais e pessoas) têm a capacidade de absorver o

alimento, de crescer e de se reproduzir. Todas as criaturas têm, além disso, a capacidade de perceber o mundo e de se mover nesse mundo. Além do mais, todo ser humano tem a capacidade de pensar, ou pelo menos a capacidade de ordenar as percepções em várias categorias ou classes. Os seres humanos diferenciam-se dos demais seres por possuírem uma característica peculiar, que é a de pensar racionalmente.

O processo ético e político de ver o todo pelo grupo é, para Aristóteles (1981, p. 25), “práticas que se definem pela ação. Agindo eticamente é que adquire a prática da virtude. Educando com correção é que nos tornamos educadores. Além disso, educar supõe a *mimesis*; imitação de ações exemplares. Dirá o autor da *Poética* que, segundo o caráter, as pessoas são tais ou tais, mas é segundo as ações que são felizes ou o contrário. Portanto, as personagens não agem para imitar os caracteres, mas adquirem os caracteres graças às ações. Assim, as ações e a fábula constituem a finalidade da tragédia, e, em tudo, a finalidade é o que mais importa”.

Desta forma, o grupo focal começou a perceber e respeitar seu ambiente de trabalho, seu funcionamento, a forma correta para o diagnóstico de problemas a serem sanados.

A compreensão da realidade pelo sujeitos/atores foi eticamente respeitada em decorrência do afastamento de injustas desigualdades, partindo do todo às partes e vice-versa.

A dinâmica se deu em um processo em que o grupo focal considerou o conteúdo como fruto de uma evolução contínua.

Foi com este perfil que se deu a evolução do processo, considerando todas as coisas em sua interação por todos os profissionais de enfermagem que, juntos, compartilharam do seu entendimento. Esta interação resultou na atribuição da beleza aos objetos estéticos que Kant (1997, p. 95), afirma: “procura-se ganhar o assentimento de cada um porque se tem para isso um fundamento que é comum a todos” e a sua globalidade, se transformando a partir das contradições e redimensionamentos, de modo a não permanecer no nível da pura e simples constatação ou da aceitação das explicações lógicas e racionais”.

Entretanto, concordamos com Moscovici (1993, p. 74), quando explicita que o “ensino da ética através de conteúdos da imaginação, da fantasia literária, significa uma inovação no sentido de redescobrir o humanismo e seus valores, desenvolvê-lo e praticá-lo no mundo atual. A educação do homem moderno precisa ser repensada e redirecionada em seus valores, objetivos e métodos”.

7.4.4 As condições organizacionais

Para que possamos contribuir com a organização, esta deve oferecer condições para que se construam padrões necessários ao desenvolvimento das atividades, levando em conta os fatos naturais e humanos, de maneira crítica e que permita uma relação construtiva entre o grupo focal e o meio.

O importante é que o sujeitos/atores possam ter um amplo grau de liberdade para trabalhar dentro das limitações e elaborar seus próprios planos para alcançar as metas da instituição.

Para Moscovici (1993, p. 1),

“o colossal avanço tecnológico oferece perspectivas de vida jamais sonhadas por nossos ancestrais. As máquinas fazem o trabalho pesado e os homens ficam livres para pensar, sonhar e desfrutar o prazer de sua existência. A expulsão do paraíso parece ter sido amplamente compensada pelo progresso. O paraíso é construído artificialmente, em vida, com os recursos tecnológicos”.

Todo esse aparato tecnológico aliado aos padrões construídos trarão uma melhor adequação à jornada de trabalho e, com isso, benefícios importantes, no sentido de minimizar a exposição destes profissionais de enfermagem aos problemas e riscos presentes em seu tipo de trabalho, dando-lhes, assim, liberdade de agir e reagir dentro da organização.

7.4.5 As condições ambientais

O centro cirúrgico, por ser uma unidade assistencial especializada, requer muito conhecimento, habilidades e a interação entre os profissionais que ali atuam.

Pensar, ter consciência e tomar atitudes coerentes nada mais é do que buscar a melhoria contínua.

Percebemos que a questão ambiente está se tornando cada vez mais urgente e importante para todos, e que nosso futuro depende da relação entre o pensar e o fazer.

Conforme Moscovici (1993, p. 16), a cultura compõe-se de três dimensões interdependentes: a matéria, a psicossocial e a ideologia, tanto da sociedade quanto na organização.

7.5 REFLEXÃO SOBRE O PAPEL DO PESQUISADOR

O trabalho construído foi de suma importância, pois percebemos que, durante as reuniões, o nosso papel era de conciliador, facilitador e colaborador na construção dos padrões a partir dos temas escolhidos, vividos e abordados.

Concordamos com Moscovici (1993, p. 15), quando enfatiza que “usualmente são reconhecidos os aspectos concernentes a tarefas, objetivos e planos, hierarquia e controle, tecnologia, especialização, congruência, produtividade, cooperação, participação, orientação para o grupo, trabalho de equipe, valores teóricos expressos em afirmações confortadoras tipo o foco no bem exclui o mal”.

O papel do coordenador foi focalizar a atenção nos padrões construídos de forma que os grupos focais refletissem sobre o tema que Aristóteles, citado por Kury (2001, p. 123), chama de:

“julgamento (isto é, a faculdade graças à qual dizemos que uma pessoa julga compreensivamente) a percepção acertada do que é eqüitativo. Uma prova disso é o fato de dizermos que uma pessoa eqüitativa é, mais do que todas as outras, um juiz compreensivo, e identificarmos a eqüidade com o julgamento compreensivo acerca de certos fatos. E julgamento compreensivo é o julgamento no qual está presente a percepção do que é eqüitativo, e de maneira acertada; e julgar acertadamente é julgar segundo a verdade. Então é razoável dizer que todas as disposições recém-examinadas convergem para o mesmo ponto; com efeito, quando falamos de julgamento, de entendimento, de discernimento e de inteligência, atribuímos às mesmas pessoas a posse da faculdade de julgar e dizemos que elas chegaram à idade da razão e têm discernimento e entendimento, pois todas estas disposições se relacionam com o fundamental e com o particular; e ser uma pessoa de entendimento e compreensiva consiste em ser capaz de julgar acertadamente os fatos a propósito dos quais se demonstra discernimento, porque os atos eqüitativos são comuns a todas as pessoas boas em sua conduta nas relações com as outras pessoas”.

No decorrer do desenvolvimento do projeto, foi aproveitada pelo sujeitos/atores toda a riqueza dos momentos que surgiram para conseguirmos o objetivo da construção dos padrões, procurando sempre colocarmos como foco central a relação entre os papéis dos grupos focais em consonância com os da organização.

As organizações que não conseguem promover a integração da diversidade de papéis e estilos sofrem também problemas originários de forças inconscientes.

7.5.1 As preocupações e inseguranças

Para construirmos os padrões em cada reunião, fazíamos um levantamento e uma reflexão dos padrões já construídos junto com os grupos focais. Isto permitia verificar se o que foi escrito era o que pensava cada membro.

Era neste momento de reflexão e sistematização que se verificava também o que poderia ser explorado nas novas atividades.

As preocupações e a insegurança geralmente são condições que inibem a manifestação espontânea do ser humano, diminuindo sua capacidade para analisar e propor novos caminhos.

Atuar como um facilitador entre os envolvidos é um dos meios de resolução consensual de conflitos, em que as decisões cabem aos envolvidos, criando, assim, um contexto propício para o andamento dos trabalhos no qual o entendimento é mútuo. A Crítica da Razão Pura de Kant (1996), é um bom exemplo de construção teórico-conceitual capaz de resolver determinados problemas, um sistema de pensamento ou uma Arquitetônica da Razão Pura que não tem como não ser enfrentada.

É através da “Estética Transcendental” que Kant (1996), tem o intento de desvendar como é possível o conhecimento e quais são os seus limites para se construir padrões que foram nossos objetivos. Temos que usar toda a sensibilidade para tentar elucidar quais são suas formas *a priori*, porque sem essas partes do conhecimento, não seria possível fazer surgir a união da sensibilidade com o entendimento na construção dos padrões pelos grupos.

Este papel de facilitador junto aos grupos focais proporcionou motivação no agir e reagir. De acordo com Kant (1994, p. 30), “trata-se da questão de saber se a razão se basta a si mesma para determinar a vontade ou se ela pode ser um princípio de determinação apenas enquanto empiricamente condicionada”.

As preocupações e inseguranças provocavam ansiedade, acompanhada de esforço contínuo, provocando a conhecida síndrome de *stress*. De acordo com Moscovici (1993, p. 9-10), “o *stress* é um preço muito caro que pagamos pelo progresso tecnológico. A velocidade e o desempenho das máquinas em muitas atividades organizacionais suplantam, de longe, a capacidade humana que segue outro ritmo. Ajustar o biorritmo humano ao ritmo das máquinas avançadas tem sido um desafio ainda não resolvido adequadamente”.

7.5.2 Os avanços e aplicabilidade

Equipes desmotivadas levam ao comodismo, sem interesse pelo novo e não aceitam mudanças.

Precisamos estar em constante aperfeiçoamento para aprofundarmos nossos conhecimentos e, para tal, a mudança é necessária para que os avanços e a aplicabilidade dos padrões sejam comuns a todas as equipes e, que essas, possam agir nas atividades ditas educativas.

Ao construirmos os padrões, procuramos desenvolver atividades a partir da realidade da equipe, buscando a lógica que a move e dê sentido à vida, promovendo ações efetivas no cotidiano.

Nesta experiência da construção dos padrões, a participação dos grupos focais ocorreu em vários níveis, desde a apresentação de críticas, sugestões e programas a serem executados, até a mobilização de recursos que viriam beneficiar a execução das funções da ativação no processo de planejamento.

7.5.3 A satisfação pelo produto obtido ou resultado alcançado

Partindo da oportunidade e prazer de poder participar da construção dos

padrões, e com a satisfação pelo produto obtido ou resultado alcançado, sintimo-nos comprometidos em dividir e descrever, mesmo que resumidamente, a grandeza e riqueza desta construção e os debates surgidos durante os importantes encontros.

Refletindo sobre as riquezas desse processo, não podemos deter conosco os pontos de maior destaque dos encontros, sendo que a temática abordada foi Ética e Satisfação do grupo.

Como menciona Pegoraro (1995), a meta da ética e da política é única: a felicidade, ou seja, a vida boa e virtuosa. É a realização do Ser Humano. A vida feliz não é uma simples satisfação ou contemplação interior. Não é uma satisfação da alma, minha, privativa.

É com esta felicidade e satisfação que, no papel de facilitador, no desenvolvimento da construção dos padrões, o importante foi transmitir conhecimentos, desenvolver um novo saber, analisar as informações disponíveis, que foram fruto da interação entre o pesquisador e sujeitos/atores. Qualquer programa para enfrentamento de mudanças deve partir da reflexão junto aos grupos focais e, com esta parceria, obtermos o máximo de eficiência e racionalização de custos, tanto materiais como pessoais, durante a assistência.

Para o sucesso da proposta, alguns conceitos foram incorporados pelos grupos focais, como: aprendizagem desenvolvimento de educação continuada ao longo do processo; senso de valor para poder distinguir o que é relevante do que não é; conhecimento de suas limitações e disposição para buscar ajuda; compromisso com o cliente, como item fundamental; habilidade em dar o melhor de si e inspirar confiança; demonstração de entusiasmo; habilidade de trabalhar sem medir esforços, não-controlado pelo relógio; pontualidade; orgulho com o trabalho bem feito e habilidade de encontrar o seu próprio passo.

Parece poético, mas buscar a “satisfação”, através do grupo de construção dos padrões e do cliente, é, para nós, o conhecimento, o entendimento e, ao mesmo tempo, atendimento às necessidades da própria unidade, amenizando a dor e as carências do cliente/ família/sociedade e comunidade.

É nesta união que se descobrimos a carência de cada um e surgem também os valores que são pessoais e mutáveis no decorrer da vida.

É no estabelecimento desse vínculo que facilitamos e estimulamos a comunicação, criando uma relação franca e um compromisso mútuo no momento da implantação do processo de construção dos padrões.

O cuidado com a melhor qualidade é resultado desta construção, o que contribui para o avanço da profissão de enfermagem, na sua dimensão tecnológica do fazer, sempre de forma o mais livre de riscos.

Os padrões construídos neste estudo nos orgulham e nos dão a certeza de que “uma andorinha só não faz verão”, que é de “tijolo em tijolo que surgem as paredes”. Quanto mais os grupos focais estiverem unidos, maior será a consistência e, com isso, mais alegria, coragem, justiça, respeito, amor, disciplina, tolerância, amizade, que são valores dignos de quem respeita a vida e o outro.

CAPÍTULO VIII CONCLUSÃO

*Não tenha medo de enfrentar um galho difícil. É lá que se encontra o fruto.
(H.Jackson Brown)*

O desenvolvimento da “**Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas**” foi um desafio para esse pesquisador e ao sujeitos/atores que participaram desta trajetória.

Sabíamos das dificuldades em trabalhar com profissionais de enfermagem que, na teoria e na prática experienciam e vivem intensamente sua unidade de trabalho nas 24 horas do dia. Sabemos das dificuldades e limitações, porém, evidenciamos que o atrito com a equipe médica é o fator principal para o surgimento do *stress*, ansiedade, decepções e angústia.

A construção dos padrões trouxe subsídios suficientes para que todos os envolvidos no processo tomem consciência dos seus atos, assumam suas responsabilidades e pensem sempre antes de fazer, pois só assim, estaremos prestando uma assistência com qualidade, eficácia e mais livre de riscos.

Ao termos alcançado este estágio do estudo, nossa vontade agora é ver os resultados após a aplicação. Qual será o comportamento de cada um? Sabemos que este será um outro momento, mas estou confiante de que todos os componentes da equipe cirúrgica reflitam e ajudem a transpor esses obstáculos que, na maioria das vezes, se traduzem em uma complicação para o cliente.

Foi através das reuniões que o nosso propósito, juntamente com o dos grupos focais, conseguiu chegar até a **“Construção de Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas”**. Acreditamos na importância do diálogo, direito de expressão e que todos possam ter voz e ação, pois foi com esta intenção que conduzimos todo o transcorrer do desenvolvimento deste estudo.

Confirmamos a tese de que é possível construir através de grupos focais uma proposta de Padrões de Qualidade para os Cuidados de Enfermagem em Cirurgias Ortopédicas para prevenir e controlar a incidência de infecção promovendo um cuidado de enfermagem mais livre de riscos.

Esta tese foi confirmada seguindo o pressuposto de que a adoção de padrões de qualidade para o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem em cirurgias ortopédicas em um hospital geral pode prevenir e controlar as infecções e promover um cuidado livre de risco.

Entendemos que a construção dos padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem em cirurgias ortopédicas representa o todo do processo e influencia na diminuição ou aparecimento da infecção hospitalar.

A validação dos padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem em cirurgias ortopédicas pelos enfermeiros/professor convidados e os sujeitos/atores da pesquisa dá a verdadeira conotação da importância de sua aplicabilidade.

Os resultados obtidos nos reportam ao ambiente, onde as pessoas interagem entre si, dependem umas das outras, compartilhando seus valores, objetivos e crenças, reconhecendo suas diferenças, porém, alimentando suas semelhanças, pelas quais, todo esse rol de ações em prol de uma assistência mais livre de riscos se concretizem.

A arte de construirmos conhecimento/modelos ou Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas para uma assistência livre de risco foi muito gratificante porque nos envolveu e ensinou a lidar com sentimentos e emoções, tendo nos detalhes, nas palavras de carinho e ânimo que contabilizaram mais sucesso do que insucessos. Lidar com sentimentos e vidas no trabalho é algo muito complicado. Nos ensinou também a ter consciência do estar

seguro, enfrentar as limitações, apesar do trabalho ser considerado gratificante, mas desgastante.

Não foi fácil, mas como em qualquer novo caminho, aos poucos, fomos chegando, transpondo as dificuldades de se construir as vias e encontrar o melhor final como colocou em forma poética Wilson Souza⁹² em: **A VIDA E O TRABALHO**.

*Duas palavras diferentes,
porém, com algo em comum,
pois sem a vida presente,
não haveria trabalho algum.
Não consigo falar de trabalho,
sem falar também da vida,
pois há na vida muito trabalho,
e há no trabalho muita vida.
Uns adotam um padrão de trabalho,
outros adotam um padrão de vida.
Para muitos, a vida é trabalho,
para outros, o trabalho é vida.
No meu conceito vida e trabalho
serão inseparáveis por toda a vida.
Dedico minha vida ao meu trabalho,
porque dele dependem outras vidas.*

⁹² Músico, compositor, poeta e membro da Associação dos Poetas e Escritores Independentes de Jaraguá do Sul-Santa Catarina.

CAPÍTULO IX

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO N. **História da Filosofia**. volume I. 3ªed. Lisboa: Presença; 1981.

ABBAGNANO N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

AGUAYO R. **Dr. Deming: O Americano que Ensinou a Qualidade aos Japoneses**. Tradução Luiz Carlos do Nascimento Silva. Rio de Janeiro: 1993.

ABRANCHES SH. Nem cidadãos sem seres livres: o dilema político do indivíduo na ordem liberal-democrática. **Revista de Ciências Sociais**, 1985. Rio de Janeiro: IUPERJ; 28: p. 5-25.

ALBRECHT K. **Serviços com Qualidade: A Vantagem Competitiva**. São Paulo: Makron Books; 1992.

ALMEIDA MCP. **Saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez; 1986.

ALMEIDA MCP, ROCHA SMM. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997. 296 p.

ALVES M. **A gerência do cuidado de enfermagem frente a novos modelos de gestão**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. Salvador: 1998. (Conferência, Mimeografado).

ANDRADE RC. **Kant: a liberdade, o indivíduo e a república**. In Os clássicos da política (org. Francisco Weffort). São Paulo: Ática; 1993. p. 47-99.

ANGERAMI ELS, ALMEIDA MCP. **O enfermeiro no seu “espaço”**. Washington: Edu. Med. Salud; 1993. p. 17- 20.

ANTONIO LAC. **Aspectos Legais do Controle de Infecção Hospitalar.** Controle de Infecção; 1990 out/dez; 4(13): 6-7.

ANTUNES AV. **O processo de planejamento na administração do serviço de enfermagem hospitalar.** [Dissertação]. Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1993: 142.

AORN – Association of Operating Room Nurses. **Standarts Recommended Practices.** Guidelines, Denver; 1995.

ARANHA MLA, MARTINS MHP. **Temas de Filosofia.** São Paulo: Ed. Moderna; 1992.

ARISTÓTELES. **Arte Poética.** In: A poética clássica. São Paulo: Cultrix-Edusp; 1981.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco.** Trad. de . Ed. Univ. de Brasília. Brasília: 1990.

ASHLEY PA. **Ética e responsabilidade social nos negócios.** São Paulo: Saraiva; 2002.

ÁVILA FBSJ. **Pequena Enciclopédia de Moral e Civismo.** Rio de Janeiro: M.E.C; 1967.

BALSAMO C. et al. **Vigilância epidemiológica de infecção da ferida cirúrgica no retorno ambulatorial do Hospital Universitário da USP.** In 43 Congresso Brasileiro de Enfermagem. Curitiba; 1991.

BARRANTES A. et al. **Democracia, desenvolvimento e igualdade: a experiência da Suécia: reflexões para latino-americanos.** Rio de Janeiro: Vozes; 1992.

BASTOS GM. **Introdução a segurança do trabalho.** [citado em 2002]. Disponível em URL: www.isegnet.com.br/principal/cipa.htm

BIGNOTTO N. et al. **Ética.** São Paulo: Companhia das Letras: Secretaria Municipal de Cultura; 1994.

BITTAR OJNV. **Hospital Qualidade & Produtividade.** São Paulo: Sarvier; 1996.

BOBBIO N, MATTEUCCI N, PASQUINO G. **Dicionário de política.** vols. 1 e 2 . Brasília, DF: Editora da UnB; 1995.

BORGES JM. **Saúde e Segurança no Trabalho.** [citado em 2000]. Disponível em URL: www.dem.ufpb.br/sst/projeto.htm

BRANDÃO DMS, CREMA R. **O novo paradigma holístico: ciência, filosofia, arte e mística.** São Paulo: Summus; 1991.

BRASIL, Leis, etc. **Portaria nº 196** de 24 de junho de 1983. Dispõe sobre controle de prevenções de infecções hospitalares. In: BRASIL Ministério da Saúde. Manual

de Controle de Infecção Hospitalar, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985, p. 101- 105.

BRASIL, Leis, etc. **Portaria nº 930**, de 27 de agosto de 1992. Dispõe sobre controle de prevenções de infecções hospitalares. In: BRASIL Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992. Publicada no D. O. U.

BRASIL, Leis, etc. **Portaria nº 2616**, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre controle de prevenções de infecções hospitalares. In: BRASIL Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1998. Publicada no D. O. U.

BRASIL, **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**/Coordenação Humberto de Moraes Novaes, Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2 ed., 1999.

BROWN RB. Surgical wound infections documented after hospital discharge. **Am. J. Infect. Control.** 1987; 15(2): 48-8.

BULHÕES I. **Riscos do trabalho de Enfermagem.** Rio de Janeiro: 1994.

CAMPOS VF. **Qualidade Total. Padronização de Empresas.** Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; 1992.

CAMPOS VF. **TQC: gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia.** Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; 1994.

CAMPS V. **Ética, retórica e política.** Madrid: Alianza Editorial; 1995.

CARLINI-CONTRIN B. Potencialidades da técnica qualitativa de grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública.** 1996; 30 (3): 285-93.

CAVALCANTI F. **Programa de Prevenção de riscos Ambientais** [citado em 2001]. Disponível em URL: <http://www.geocities.com/HotSprings/7169/Ppra.htm>

CAYGILL H. **Dicionário Kant.** Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2000.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guide for prevention of surgical wound infections.** *Infect. Control.* 1986; 7: 193-200.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guideline for prevention of surgical site infection** in infection control and hospital epidemiology. 1999; 20 (4): p. 247.

CERQUEIRA NETO EP. **Gestão da Qualidade: Princípios e Métodos.** São Paulo: Pioneira; 1993.

CERTEAU M. **A Invenção do Cotidiano: Artes de Fazer.** Petrópolis: Vozes; 1996.

CESTIEL LD. **A medida do possível. saúde, risco e tecnologia.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. 204 p.

CIAMPONE MHT. **Grupos operativos: construindo as bases para o ensino e a prática na enfermagem.** [Tese Livre Docência]. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1998.

COELHO MJ, FIGUEIREDO NMA, CARVALHO V. **O Socorro, o socorrido e o socorrer: Cuidar/cuidado em Enfermagem de Emergência.** Rio de Janeiro: ed Anna Nery; 1999. 176 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (seção SC). **Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem.** Lei nº 7.498. Florianópolis; 1996.

CORRÊA PAM. **Qualidade Total da Divisão à Sistematização.** Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil; 1993, 156 p.

COSTA MAF. Biossegurança e Qualidade: uma necessidade de integração. **Revista Biotecnologia.** 1998 jan/fev; 1(4): 31-32.

COSTA MAF. Protegendo a Vida. **Revista Proteção.** 1999, fevereiro; 46-47.

COSTA MAF, COSTA MFB. Biossegurança: elo estratégico de segurança e saúde no trabalho. **Revista CIPA.** 2002; 23(266): 86-90.

COUTO RC. et al. **Infecção Hospitalar, Epidemiologia e Controle.** Belo Horizonte: Medsi; 1997.

CROSBY PB. **Qualidade falada a sério.** São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil; 1990. 201 p.

CROSBY PB. **Qualidade é Investimento.** 6 ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1994, 328 p.

CHÂTELET F. **Uma história da razão: entrevistas com Émile Noël.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1994.

CHIAVENATO I. **Administração, teoria, processo e prática.** São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1985.

CHIESA AM, CIAMPONE MHT. **Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais.** In: CHIANCA TCM, ANTUNES MJM. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva. CIPESC/org. Brasília: Série didática; Enfermagem no SUS; 1999. p. 306-324.

CHRISTENSEN PJ, KENNEY JN. **Nursing process: application of conceptual models.** St. Louis: Mosby; 1990.

DANTAS SRPE. et al. **Vigilância epidemiológica após alta de infecções em incisões cirúrgicas das disciplinas de gastrocirurgia e cirurgias do trauma do**

Hospital das Clínicas – UNICAMP. In: Conferência Nacional em Controle de Infecção. São Paulo; 1991.

DEBUS M. **Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales.** Washington: Academy for Educational Development; 1997.

DENZIN L, LINCOLN YS. **Strategies of Qualitative Inquiry.** California: Sage Publications; 1998.

DIAS HP. **Direitos e Obrigações em Saúde.** Brasília: ANVISA; 2002.

DURANT W. **A História da Filosofia,** Coleção Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural; 1996.

FALCONI V. **Controle de qualidade total: no estilo japonês.** Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; 1992. 220 p.

FERNANDES AT, FERNANDES MOV, RIBEIRO FILHO N. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo: Atheneu; 2000.

FERRAZ EM. **Infecção em cirurgias.** Belo Horizonte: MEDSI; 1997.

FERREIRA ABH. **Minidicionário.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1996.

FLORA A. **Higiene do Trabalho.** [citado em 1998 out.]. Disponível em URL: www.geocities.com/athens/troy/8084/higiene.html

FOLHA DE SÃO PAULO. **Nova Enciclopédia Ilustrada Folha.** 1997. p. 324.

FOUCAULT M. **Microfísica del potere (Microfísica do poder).** Rio de Janeiro: Graal; 1977.

GARNER JS. CDC guideline for prevention of surgical wound infections. **Today's or Nurse.** 1986; 8(3): 33-40.

GARNER JS. et al. **CDC definitions for nosocomial infections.** Am. J. Infect. Control; 1988, 16(3): 128-140.

GAYOTTO MLC, DOMINGUES I. **Liderança: aprenda a mudar em grupo: Técnica do grupo operativo: instrumento de intervenção grupal.** Petrópolis: Vozes; 1995. p. 29-34.

GIL AL. **Qualidade Total nas Organizações: Indicadores de Qualidade, Gestão Econômica da Qualidade, Sistemas Especialistas de Qualidade.** São Paulo: Atlas; 1992.

GOLDENBERG MA. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais.** 4 ed. Rio de Janeiro: Record; 2000, 106 p.

GOLDIM JR. **Pesquisa em saúde, leis, normas e diretrizes.** Porto Alegre: HCPA; 1997.

GOLDIM JR. **Ética**. [citado em 2000 06 mar.]. Disponível em: URL: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/etica.html>

GOMES L. **Prescrição de enfermagem em uma unidade de emergência**: em busca de um modelo para a sistematização da assistência de enfermagem. In III Encontro de Enfermagem e Tecnologia. São Paulo; 1992.

GOMES V. **Biossegurança**. Bio Online. [citado em 2002], Disponível em URL: www.biovisor.hpg.com.br/economia_e_negocios/71/index_pri_1.html

GUIMARÃES EMP. **Sistemas de Informação: subsídios para organização e utilização na coordenação da assistência de enfermagem**. [Dissertação]. Belo Horizonte, MG: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Biblioteconomia; 1995.

HALEY RW, CULVER DH, MORGAN WM, WHITE JW, EMORI TG, HOOTON TM. Identifying patients at high risk of surgical wound infection: a simple multivariate index of patient susceptibility and wound contamination. **Am. J. Epidemiol**; 1985, 121:126-15.

INSTRUÇÃO **NORMATIVA TC/MS Nº 25**. [citado em 2002 03 DE ABRIL]. Disponível em URL: <http://www.usp.br/fau/docentes/deptecnologia>.

JURAN J M. **Juran planejando para a qualidade**. São Paulo: Pioneira; 1990.

JURAN JM. **Juran na liderança pela qualidade, um guia para executivos**. São Paulo: Pioneira; 1990.

KANT I. **Lo bello y lo sublime. La paz perpetua**. Madri: Calpe; 1982.

Kant I. **Crítica da Razão Prática**. Trad. de Artur Morão. Lisboa: Edições 70; 1984.

KANT I. **Crítica da Razão Pura**. Trad. de Manuel Pinto dos Santos e de Alexandre Fradique Morujão. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1994.

KANT I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. In Textos selecionados. (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril; 1994. p. 101-162.

Kant I. **Crítica da Razão Pura**. Tradução de Valerio Rohden e Udo Moosburger. Coleção Os Pensadores. Editora Nova Cultural; 1996.

KANT I. **Sobre a pedagogia**. Piracicaba, SP: Editora UNIMEP; 1996.

KANT I. **Crítica do juízo**. In: Duarte R. (org.). O Belo Autônomo. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 1997, p. 93-122.

KRUGLIANNKAS I. **Tornando a pequena e média empresa competitiva**. São Paulo: Instituto de Estudos Gerenciais e Editora; 1996. p. 7-40.

KURY MG. **Ética a Nicômaco**. 4 ed. Brasília: UNB; 2001.

KWASNICKA EL. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas; 1986.

LACERDA RA. et al. **Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico**. São Paulo: Atheneu; 1992. 178 p.

LACERDA RA et al. **A face iatrogênica do hospital: as demandas para o controle das infecções hospitalares**. São Paulo: Atheneu editora; 1996.

LANE STM. **O processo grupal**. In: LANE STM. et al *Psicologia social: o homem em movimento*. 12 ed. São Paulo: Brasiliense; 1994.

LAPASSADE G. **Grupos, organizações e instituições**. 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1989.

LEI 8974, de 05/01/95, e com Decreto 1752 de 20/12/95. [citado em 2001 30 de ago.]. Disponível em URL: <http://www.biodiversidadla.org/noticias2/noticias313.htm>

LOBIONDO G, HARBER WJ. **Nursing Research: methods, critica appraisal and utilization**. 4^a ed. Boston: Mosby Inc.; 1998. 597 p.

MACINTYRE A. **Justiça de quem? Qual racionalidade?**. Coleção filosofia. São Paulo: Edições Loyola; 1991.

MAGALHÃES R. **Fome: uma (re) leitura de Josué de Castro**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

MANON S. **Platão**. São Paulo: Martins Fontes; 1992.

MARCONDES D. **Iniciação à História da Filosofia: dos Socráticos a Wittgenstein**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.

MELO, MRAC. **Expectativa e percepção do enfermeiro em relação à função administrativa: estudo em um hospital escola**. [Dissertação]. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo; 1991.

MENDES DC. Assistência de enfermagem e administração de serviços de enfermagem: a ambigüidade funcional do enfermeiro. **Rev. Bras. Enf.** 1985 jul/dez; 38(3/4): 257-65.

MEYER DE. et al. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

MEZONO JC. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: J. C. Mezonzo; 1995.

MINATTI E. **Como a vida é definida**. [citado em 2002]. Disponível em URL: <http://www.quimica.matrix.com.br/vida.html>

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7^a ed. São Paulo: Hucitec; 2000. 269 p.

MONDOLFO R. **O pensamento antigo: história da filosofia greco-romana; desde Aristóteles até os neoplatônicos**. volume II. São Paulo: Mestre Jou; 1973.

- MOORE GE. **Princípios Éticos**. São Paulo: Abril Cultural; 1975.
- MORGAN DL. **Focus groups as qualitative research**. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1988.
- MORGAN DL. **Successful focus groups: advancing the state of the art**. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1988.
- MOSCOVICI F. **Renascença Organizacional**. Rio de Janeiro: José Olympio; 1993. 129 p.
- MUCCHIELLI R. **O trabalho em equipe**. São Paulo: Summus; 1980.
- NASH L. **Ética nas empresas: boas intenções à parte**. São Paulo: Makron Books; 1993.
- NATIONAL NOSOCOMIAL INFECTION SURVEILLANCE SYSTEM (NNIS) - tradução autorizada pelo Center for Disease Control (EUA). **Vigilância Epidemiológica por Componentes/Department of Health and Human Services**; Tradução de Solange Lima Torres, Valerie Rumjanck e Fabíola de Aguiar Nunes, Brasília, Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, 1994.
- NETO JAM. **Filosofia e administração**. São Paulo: Makron Books; 1997.
- NETO FM, FROES C. **Gestão da responsabilidade social corporativa: o caso brasileiro**. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2001.
- NOGUEIRA JC **Ética e Responsabilidade Pessoal**. In MORAIS, R. de. Filosofia, Educação e Sociedade (Ensaio Filosófico). Campinas, SP: Papyrus; 1989.
- NOGUEIRA RP. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
- NOVAES A. **Ética**. São Paulo: Companhia das Letras/Secretaria Municipal de Cultura; 1992.
- OGUISSO T, SCHMIDT M J. O enfermeiro e a responsabilidade legal no exercício profissional. **Rev. Paul Enf**. 1985. São Paulo out/dez; 5:(4):170 -176.
- OLIVEIRA AC. **Infecções Hospitalares**. Belo Horizonte: Medsi; 1998.
- OREM DE. Nursing: **Concepts of Praticce**. New York: McGraw-Hill. Book Company; 1980.
- PATRÍCIO MZ. O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**. 1993. Florianópolis jan/jun; 2:(1): 67-81.
- PEGORARO O. **A ética é Justiça**. Petrópolis: Vozes; 1995.
- PEREIRA MJB. **Grupo focal, experiência na coleta de dados do Projeto CIPESC – Brasil**. In: CHIANG TCM, ANTUNES MJM. A classificação internacional das

práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC/org. Brasília: Série didática; Enfermagem no SUS; 1999. p. 325-333.

PERES LA. **Atribuições do enfermeiro na rede de serviços de saúde do S.U.S. Prefeitura de Campinas, Secretaria de Saúde de Campinas.** [citado em 1996]. Disponível em: URL: <http://www..hospvirt.org.br/enfermsgem/port/laerte.html>

PIAGET J. **El juicio moral en el niño.** Madrid: Beltrán; 1935. p. 9-11.

PICHON-RIVIÈRE E. **Processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes; 1982.

PICHON-RIVIÈRE E. **O processo Grupal.** São Paulo: Martins Fontes; 1991.

PLATÃO. **La République.** Paris: Garnier-Flammarion; 1966.

POPPER SKR. **A sociedade aberta e seus inimigos.** 3. ed. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo; 1987. 2 v.

POPPER SKR. **A sociedade aberta e seus inimigos.** 3. ed. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo; 1987. 3 v.

PRIGOGINE I., STENGERS I. **A nova aliança: metamorfose da ciência.** Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1984.

QUINTELA P. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes.** traduzido. Lisboa: Edições 70; 1995.

RAWLS J. **Justiça e democracia.** São Paulo: Martins Fontes; 2000.

REIS JQ. **Atos inseguros.** Home Page da Segurança do Trabalho [citado em 1998 29 de jun.]. Disponível em URL: www.geocities.com/jorgereis1/atoinseg.html

RICOEUR P. **Em torno do político.** São Paulo: Loyola; 1995.

RODRIGUES EA. et al. **Infecções Hospitalares, Prevenções e Controle.** São Paulo: Sarvier; 1997.

ROSSO A. Grupos Focais em psicologia social: da teoria à prática. **Rev. Psico.** 1997 jul./dez; 28: p. 155-169.

ROUX A. **La pensée d'Auguste Comte.** Paris: Chiron; 1920.

RUSS J. **A aventura do pensamento europeu: uma história das idéias ocidentais.** Lisboa: Terramar; 1997.

SABISTON DC. et al. **As bases biológicas da prática cirúrgica moderna.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1999.

SALM C. **O impacto da nova tecnologia e a educação.** Idéias. São Paulo: FDE. 1992; 15: p. 15-20.

SANTOS MF. **Dicionário de Filosofia e Ciências Culturais**. 3. ed. São Paulo: Matese; 1965.

SANTOS NQ. **Infecção Hospitalar: Uma reflexão histórico-crítica**. Florianópolis: Ed. da UFSC; 1997.

SASSO GTM. **A crise como oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda**: um desafio para a enfermagem. [Dissertação]. Florianópolis, SC: Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; 1994.

SEN A. **Sobre ética e economia**. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.

SEN A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

SENA RR, Duarte ED. **Contribuição para a Construção do Percorso Metodológico do Projeto Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva**. In: CHIANCA TCM, ANTUNES MJM. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC/org. Brasília: Série didática; Enfermagem no SUS; 1999. p. 325-333.

SILVA RF. **A comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica**. Florianópolis: Lex Graf; 2000.

SILVA RMA. **Organizações socialmente responsáveis também estão preparadas para a sustentabilidade dos negócios que afetam o mundo empresarial, integrando-se na vida comunitária**. [citado em 2001 29 de fev.]. Disponível em URL: <http://www.aberje.com.br/revista>

SINGER P. **Ethics**. Oxford: OUP; 1994. p. 4-6.

SMELTZER, SC, BARE BG. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.

SOBRAL SML, et al. **Importância do ambulatório de egressos na avaliação da infecção da ferida cirúrgica**. In: Conferência Nacional de Controle de Infecção. São Paulo; 1991.

SOUZA W. **10 poetando e 10 cantando**. Jaraguá do Sul: Ed. dos Autores; 1995.

TACHIZAWA T, SCAICO O. **Organização Flexível: qualidade na gestão por processos**. São Paulo: Atlas; 1997.

TANSEY L. Entrevistada por Clayton Netz. **Revista Exame**. Dezembro; 1995.

THE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. **New Classification of Physical Status**. Anesthesiology. 1993. p. 2-11.

TREVISAN MA. **Enfermagem hospitalar: administração & burocracia**. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1988.

TROXLER SH & NICHOLS RL. **Surgical wound infections**. Today's OR Nurse; 1987, 9(3): 16-22.

TUGENDHAT E. **Lições sobre Ética**. Petrópolis: Vozes; 1997; 35 p.

VALLE S. **Regulamentação da Biossegurança em Biotecnologia**. Rio de Janeiro: Gráfica Auriverde; 1998.

VALLS A. **O que é ética**. 9 ed. São Paulo: Ed. Brasiliense; 1996.

VASSALO C. Um novo modelo de negócios. Guia da boa cidadania corporativa - **parte integrante da revista exame**. São Paulo: Ed.728; 2000.

VENTÓS XR. **Ética sin atributos**. Barcelona: Editorial Anagrama; 1996.

WALDOW VR, LOPES MJM, MEYER DE. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar; a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995, 223 p.

WALDOW VR. **O cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998, 204 p.

WALDOW VR. Definições de cuidar e assistir; uma mera questão semântica? **Rev. Gaúcha Enfermagem**. 1998 janeiro; 19(1):.20-32.

WESTPHAL MF, BÓGUS CM, FARIA MM. **Grupos focais: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil**. São Paulo: 1995; Mimeografado.

WESTPHAL MF, BÓGUS CM, FARIA MM. **Grupos focais: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil**. Bol. Oficinas Sanit. Panam. 1996; 120 (6): 472-82.

XAVIER IM et al. Subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à reforma sanitária. **Rev. Bras. Enfermagem**. 1987 abr/set; 40(2):177-80.



ANEXOS

ANEXO 4 – Instrumento para formação dos grupos e horários das reuniões.

1. GOSTARIA DE PARTICIPAR DA PESQUISA?

SIM () NÃO ()

PORQUE.....

..

2. QUAIS OS DIAS DA SEMANA QUE PODEMOS NOS REUNIR?

SEGUNDA () TERÇA () QUARTA ()

QUINTA () SEXTA () SABADO () DOMINGO ()

3. QUAL O LOCAL QUE VOCE GOSTARIA QUE FOSSEM REALIZADOS OS ENCONTROS?

4. QUAL O MELHOR HORÁRIO PARA NOS ENCONTRAR?

MANHÃ () TARDE () NOITE ()

5. VOCE TEM PREFERÊNCIA EM PARTICIPAR DE GRUPOS COM COLEGAS MAIS ÍNTIMOS?

SIM () QUAIS..... NÃO ()

6. QUANTOS ENCONTROS PODEREMOS REALIZAR POR SEMANA?

1 (UM) () 2 (DOIS) () 3 (TRÊS) ()

7. DE QUANTAS HORAS VOCE PREFERE QUE SEJAM OS ENCONTROS?

1:30 HORAS () 2:00 HORAS () 2:30 HORAS ()

ANEXO 5 - Instrumento de validação dos Padrões de Qualidade para Prevenção e Controle de Infecção em Cirurgias Ortopédicas.

1. Considerando os aspectos explícitos no QUADRO I, avalie e julgue cada padrão proposto. Caso sua resposta for não, justifique no espaço correspondente à observação, a deficiência encontrada.

QUADRO I

PADRAO	ALTERAÇÃO	ACRESCENTAR		RETIRAR		MODIFICAR		OBSERVAÇÃO
		SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO	
ASSISTÊNCIA LIVRE DE RISCO								
SISTEMA DE COMUNICAÇÃO								
SISTEMA DE CONTROLE DE CUIDADOS								
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS								
EQUIPE DE ENFERMAGEM								
USO DE LUVAS								
LIMPEZA DA SALA CIRURGICA								
CONSERVAÇÃO DA ÁREA ESTERIL								
EMBALAGENS								
USO DE MÁSCARAS NO CC								
DEGERMAÇÃO								
ANTI-SÉPTICO								
CONTROLE DO AMBIENTE CC								
INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS								
CIRCULAÇÃO NA SALA DE CIRURGIA								

2. Os padrões propostos podem servir de referência, como guia de ação e base para avaliação da assistência de enfermagem? Se não, justifique.

SIM ()

NÃO ()

3. Em relação aos padrões propostos, especifique no QUADRO II, a necessidade ou não de alteração de algum aspecto.

