

COMPREENSÃO SOBRE PRECAUÇÕES PADRÃO PELOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE GOIÂNIA - GO

Dulcelene de Sousa Melo¹
Adenícia Custódia Silva e Souza²
Anaclara Ferreira Veiga Tipple²
Zilah Cândida Pereira das Neves³
Milca Severino Pereira⁴

As precauções padrão (PP) constituem estratégias efetivas para a prevenção e controle das infecções, em Serviços de Assistência à Saúde. O objetivo desta investigação foi verificar a compreensão dos enfermeiros sobre as medidas de PP. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, com posterior Análise de Conteúdo, conforme Bardin. Participaram do estudo 82 enfermeiros, e 75,6% compreenderam as PP como medidas de proteção: para o profissional (11,0%); para o profissional e o paciente (52,4%); no atendimento ao paciente, independente do diagnóstico (7,3%); e a pacientes sabidamente infectados (4,9%). Outros enfermeiros relataram as PP como cuidado humano (4,9%) e apenas como o uso de EPI (11,0%). A compreensão emitida pela maioria dos sujeitos aponta adequação cognitiva favorável à implementação das PP no cotidiano. Entretanto, foram verificadas percepções reducionistas e até distorcidas da sua abrangência, o que coloca vulnerável a função social de tais medidas.

DESCRITORES: enfermagem; conhecimento; precauções universais; infecção hospitalar

NURSE'S UNDERSTANDING OF STANDARD PRECAUTIONS AT A PUBLIC HOSPITAL IN GOIÂNIA-GO, BRAZIL

Standard Precautions (SP) are effective strategies for their prevention and control of nosocomial infection. This study aimed at verifying the nurse's understanding about the standard precautions measures. Data were collected through interviews followed by content analysis in accordance with Bardin. 82 nurses took part in this study and 75,6% of those understand SP as protective measures: for the professional (11,0%); for both the professional and the patient (52,4%); concerning patient care without regarding the diagnosis (7,3%); when caring patients already known as infected (4,9%). Other nurses reported SP as being human care (4,9%) and only as an Individual Protective Barrier (IPB) (11,0%). The understanding shown in most individuals points to favorable cognitive adaptation in what daily SP implementation concerns. However, there were still reductionist and even mistaken perceptions about the comprehensiveness, of such which makes the social function of such measures vulnerable.

DESCRIPTORS: nursing; knowledge; universal precautions; cross infection

COMPRESIÓN SOBRE PRECAUCIONES MODELO POR LOS ENFERMEROS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE GOIÂNIA - GO, BRASIL

Las precauciones modelo constituyen estrategias efectivas para la preservación y el control de las infecciones en los servicios de atención a la salud. La finalidad de esta investigación fue constatar la comprensión de los enfermeros respecto a las medidas de precaución modelo. Los datos fueron obtenidos a través de entrevista, seguida de un análisis de contenido de acuerdo con Bardin. Participaron de este estudio 82 enfermeros y el 75,6% de estos comprende las precauciones modelo como medidas de protección: para el profesional (11,0%), para el profesional y para el paciente (52,4%); en la atención al paciente independiente del diagnóstico (7,3%); en la atención a pacientes que se sabe que están infectados (9,8%). Otros enfermos se refirieron a las precauciones modelo como cuidado humano (4,9%) y apenas como la utilización de un equipo de protección individual (EPI) (11,0%). La comprensión emitida por la mayoría de los sujetos presenta adecuación de conocimiento favorable a la implementación de las precauciones modelo diariamente. Mientras tanto, fueron comprobadas percepciones de reducción y hasta distorsionadas del alcance de estas, lo que deja vulnerable la función social de estas medidas.

DESCRIPTORES: enfermería; conocimiento; precauciones universales; infección hospitalaria

¹ Mestre em Enfermagem, Enfermeira Assistencial do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas, e-mail: dsmelo11@yahoo.com.br; ² Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; ³ Mestre em Enfermagem, Enfermeira da Secretarias Municipal e Estadual de Saúde; ⁴ Doutor em Enfermagem, Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

INTRODUÇÃO

As infecções em Serviços de Assistência à Saúde (SAS) representam um problema de abrangência mundial, constituindo uma das principais causas de morbidade e letalidade associadas a procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos prestados à população⁽¹⁻²⁾. Além da magnitude relacionada ao paciente, temos a problemática de igual importância do profissional da área da saúde (PAS), que está em risco ocupacional permanente. Se a exposição é uma premissa constante, tanto para profissionais quanto para pacientes, medidas de intervenção têm sido propostas para minimizar tal situação, e uma das estratégias previstas refere-se à implementação das medidas de precauções padrão (PP), que são um conjunto de ações planejadas, que objetivam a proteção dos pacientes e profissionais.

A utilização das PP é recomendada na assistência a todos os pacientes, independente do estado presumível de infecção, no manuseio de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação, nas situações em que haja riscos de contatos com: sangue, com líquidos corpóreos, secreções e excreções, exceto o suor, sem considerar ou não a presença de sangue visível e pele com solução de continuidade e mucosas⁽³⁾.

As PP incluem as medidas de: lavagem das mãos, uso de barreiras (luvas, avental, gorro, máscara), cuidado com artigos, equipamentos e roupas utilizados durante a assistência, controle de ambiente (protocolos de processamento de superfícies, manejo dos resíduos de serviço de saúde), descarte adequado de material perfurocortante e acomodação do paciente, conforme nível de exigência, enquanto fonte de transmissão de infecção⁽³⁾. E não podemos deixar à margem a imunização dos profissionais, pois é uma garantia de proteção prévia para as doenças imunopreveníveis.

Sabemos que essas medidas foram estabelecidas pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC), em 1996⁽³⁾, e que deveriam estar consolidadas na prática assistencial. Entretanto, isso não tem sido observado. Apesar de fácil compreensão, a implementação é ainda um desafio, e um dos motivos é a baixa adesão por parte dos profissionais, condicionada por vários fatores, dentre eles: aspectos da subjetividade⁽⁴⁻⁹⁾.

O reconhecimento dessa realidade aumenta a nossa ansiedade e desconforto, ao verificarmos que

o distanciamento das práticas de prevenção e controle das infecções em SAS se reverte objetivamente em danos a indivíduos, cuja extensão é de difícil mensuração. Então questionamos: como o profissional, na vivência do exercício de sua profissão, que tem como meta cuidar de vidas, sublima o bem maior que é a própria vida e as de outrem, descuidando de práticas tão importantes? O que poderia explicar tal conduta?

A compreensão dessa relação paradoxal é um desafio. Assim, para tentar elucidar aspectos das adesões dos profissionais às medidas de PP, propusemos este estudo, na expectativa de apreender, da subjetividade dos sujeitos, a compreensão das PP. Ao aproximarmos-nos dessa visão dos sujeitos, apontaremos para questões que efetivamente possam nortear estratégias de intervenção, para a mudança da prática da prevenção e controle de infecção, em SAS.

OBJETIVO

Verificar a compreensão dos enfermeiros sobre as medidas de precauções padrão.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em um hospital público, de grande porte, de Goiânia - GO. Dos 90 enfermeiros, eleitos para o estudo, 82 participaram dele. Todos tinham tempo igual ou superior a um (1) ano de exercício profissional, estavam em atividade assistencial direta ao paciente ou pertenciam aos setores responsáveis pelas práticas da higienização hospitalar, processamento de roupas e materiais odonto-médico-hospitalares. Foram excluídos da amostra oito (9,9%) profissionais, por estarem em licença, férias, recusa em participar e não terem disponibilidade de tempo para as entrevistas.

O projeto do estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Dr. Anuar Auad e aprovado em 16/11/03 (Protocolo 015/03). As participações dos sujeitos se deram após abordagens individuais e esclarecimentos quanto ao objetivo do estudo e formal anuência ao termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2004, por meio de

entrevistas nos locais e horários de trabalho, com a utilização de um roteiro semi-estruturado, que continha os dados de caracterização dos sujeitos e uma questão norteadora: fale o que você compreende por precauções-padrão. O registro escrito de cada entrevista era realizado na medida do seu desenvolvimento. Ao final, fazíamos a leitura para que o entrevistado tomasse ciência e confirmasse ou alterasse os relatos conforme a sua fidedignidade e conveniência.

Utilizamos a Análise de Conteúdo proposta por Bardin⁽¹⁰⁾. Após exaustivas leituras foram extraídas três categorias de análises, sendo que, de uma delas, emergiram quatro subcategorias. As falas dos sujeitos foram identificadas com a letra E, seguidas do número de ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 82 (90,1%) enfermeiros, sendo que 66 (80,5%) exerciam atividades de supervisão de turno, e 16 (19,5%), gerência do serviço de enfermagem. A faixa etária dos sujeitos era de 27 a 65 anos de idade, sendo a média de 39,6 anos. A maioria, do sexo feminino (91,5%). O tempo de serviço na Instituição variava de 6 meses a 29 anos, sendo que 59 (72,0%) tinham entre 1 e 14 anos de exercício profissional (Média: 8 anos). Esses dados confirmam a predominância do sexo feminino na Enfermagem, e a média de oito anos de exercício profissional sugere que tais trabalhadores, provavelmente, não tiveram acesso ao conhecimento sobre as PP, ainda na graduação, pois foram editadas em 1996⁽³⁾.

As categorias de análises foram: 1) Precauções-padrão como medidas de proteção, com as seguintes subcategorias: medidas de proteção - no atendimento a todos os pacientes independente dos diagnósticos; para o profissional; no atendimento aos pacientes sabidamente infectados; para o paciente e o profissional; 2) as precauções padrão como cuidado; 3) precauções padrão como uso de equipamentos de proteção individual.

Um sujeito do estudo (1,2%) não conseguiu expressar, com clareza, a sua compreensão sobre as PP, embora seja uma prática do cotidiano: *PP é aquela que a gente tem que tomar conforme o caso que está lidando, tem uma precaução a tomar... PP é mais generalizado (E34)*. Dois (2,4%) as apresentaram como medidas de prevenção

e controle de infecções hospitalares: *Seriam precauções para evitar IH, para ter controle das IH (E43)*.

Precauções padrão como medidas de proteção

Verificamos que 62 sujeitos (75,6%) compreenderam que as PP são utilizadas como estratégia de proteção nas atividades cotidianas da assistência à saúde. Concordamos, pois entendemos que a proteção é a premissa básica das PP, na qual estão subentendidos a prevenção e o controle de riscos.

A proteção, que se traduz, na prática, como segurança no processo de reciprocidade estabelecido na assistência à saúde, é a meta perseguida nas medidas de prevenção e controle de infecções, em SAS. Possui relevância imprescindível, sem a qual é impossível vislumbrarmos um atendimento de qualidade, concernente à ocorrência dos agravos advindos das infecções relacionadas aos SAS, seja enquanto prestadores ou receptores de serviços.

Os relatos evidenciaram a subjetividade dos sujeitos quanto à proteção oferecida pelas PP, expressa nas subcategorias a seguir.

Medidas de proteção no atendimento a todos os pacientes, independente dos diagnósticos

Esse agrupamento tem o posicionamento de seis (7,3%) enfermeiros que declararam que as PP devem ser adotadas no atendimento a todo paciente, independente do estado presumível ou não de infecção: *Elas são básicas para cuidar de qualquer paciente, independente de existir ou não diagnóstico de doença infecto-contagiosa (E15)*.

Em um estudo sobre risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, tal compreensão foi observada na maioria da amostra, o que demonstra o entendimento com relação à universalidade das PP⁽⁸⁾. Essa é uma compreensão que os facilitadores da prevenção e controle de infecção associada aos SAS, e grupos preocupados com a seguridade ocupacional vêm trabalhando, junto aos profissionais da área da saúde, com a finalidade de despertar para a situação de exposição existente, bem como estabelecer a cultura da segurança.

Observamos no relato E48 que a prática assistencial comporta condutas específicas que devem ser associadas às PP, em situações pontuais: *É o habitual que deve ser usado para trabalhar na área hospitalar, com todo o tipo de paciente independente do diagnóstico, com os*

diagnósticos vêm as específicas (E48). Há conhecimento das precauções baseadas na transmissão dos microrganismos, necessário no atendimento a pacientes portadores ou sob suspeita de infecção com patógenos cuja transmissão é epidemiologicamente importante, maximizando-lhes a prevenção e o controle.

Verificamos nesta fala: *Olha, para mim, devido ao advento da aids, trouxe IH, surgiram as PP, que é a precaução universal para proteger de sangue, fezes, secreções e aerossóis no cuidado com qualquer paciente, porque em ninguém está escrito que ele tem HIV (E6),* que embora entenda que é independente do diagnóstico, o foco de preocupação é a infecção pelo HIV, reportando o marco na saúde pública mundial que veio revolucionar conceitos, valores, crenças, em várias instâncias sociais, acerca do processo saúde-doença, e transparece como a preocupação no exercício profissional.

Prévio aos estudos que demonstraram a etiopatogenia do HIV já existiam as infecções de transmissão veiculadas pelo sangue e outros fluidos corpóreos. Porém, a ênfase dada à Epidemiologia, e à prevenção das exposições ocupacionais aos agentes biológicos veiculados pelo sangue e outros fluidos corpóreos se deram nesta ocasião⁽¹¹⁾.

Mesmo reconhecendo a importância epidemiológica da ocorrência da infecção pelo HIV, sobretudo pela prevalência na comunidade, para além desse aspecto, muitas vezes, a preocupação do profissional norteia-se também pelas representações sociais que tal síndrome carrega. Vale lembrar que é uma postura adequada avaliarmos qualquer condição ou situação de atendimento passível de risco, visto que, quando selecionamos as probabilidades, excluimos possibilidades factíveis.

Medidas de proteção para o profissional

Na perspectiva de nove (11,0%) sujeitos resgatamos a compreensão que as PP são para a proteção do profissional: *PP são meios que nós usamos para nos proteger de secreções. Para estarmos protegidos destes microrganismos (E16); Seria o mínimo de cuidado que o profissional tem que ter para evitar contaminação para si próprio (E38).*

A proteção do profissional é apresentada como o objetivo básico das PP, que expressa claramente a preocupação com o risco biológico. A exposição dos profissionais a material biológico tem sido associada à transmissão do HCV, HBV e HIV⁽¹²⁻¹³⁾, com prevalências superiores às da comunidade. Entretanto, na assistência, existe uma coletividade

(pacientes, profissionais, familiares, comunidade) para a qual a atenção precisa estar voltada. Ver apenas sob a necessidade de um dos sujeitos é perder a oportunidade de estabelecer criticamente medidas efetivas de proteção e segurança própria e de outrem.

Medidas de proteção no atendimento aos pacientes sabidamente infectados

Em quatro (4,9%) falas dos sujeitos, foi possível resgatar a compreensão de que as PP se destinam ao atendimento aos pacientes com diagnósticos definidos, sobretudo com doenças infecciosas e transmissíveis: *PP são aqueles procedimentos universais que têm que ter para cuidar dos pacientes com doenças infecciosas[...] (E11); As PP são para todas as doenças transmissíveis(E20); São aquelas que têm que ter com todos os pacientes de acordo com o diagnóstico, para procedimentos junto a eles (E76).*

A adoção das PP, apenas sob estes critérios, torna vulnerável a segurança dos sujeitos, envolvidos no processo assistencial. Em primeira instância o próprio profissional, e na seqüência os pacientes e os pares. Tal percepção traz aspectos relacionados às crenças dos sujeitos que acreditam que os riscos existem, mas em situações concretas.

Sabemos que diagnósticos estabelecidos não definem a exposição do PAS e do paciente, apenas orientam determinadas condutas específicas. Assim, o profissional se coloca à mercê da própria sorte, bem como os demais sujeitos envolvidos. O risco de transmissão de patógenos não deve ser ignorado pois além da exposição àqueles já conhecidos, emergentes e reemergentes, consideramos que talvez possamos estar convivendo com outros microrganismos, de importância epidemiológica ainda desconhecida, cujos agravos não podemos dimensionar. Medidas de proteção para o paciente e o profissional

Este grupo de 43 (52,4%) entrevistados declarou que as PP objetivam a proteção tanto do paciente quanto do profissional: *São medidas de proteção tanto para os profissionais quanto para os pacientes (E42); Considero as precauções que você tem que seguir para prevenção de infecção para o profissional e para o paciente (E71).*

As referências feitas pelos sujeitos estão em consonância com o guia de precaução e isolamento do CDC⁽³⁾. Constituem uma adequada visão na perspectiva de não subestimar os riscos, para o PAS e paciente. Atribuem ao profissional a responsabilidade da implementação e efetivação das práticas: *São aquelas*

precauções que você se previne e previne o risco de infecção para o paciente... (E69); PP são aquelas, todas aquelas medidas que você usa para se proteger e aos demais colegas que estão ali, além dos pacientes(E46). Sem essa preciosa consciência de responsabilidade individual e social do profissional é impossível estabelecer as propostas de prevenção e controle de infecções, em SAS.

Alguns dos entrevistados fizeram alusão às dimensões pessoal e profissional na utilização das PP: *São aquelas precauções que você tem que ter como pessoa, profissional, protegendo a você e ao paciente, não se contaminar e não contaminar o paciente (E74). Apresentam que tais medidas emergem do indivíduo como ser humano e profissional, numa relação entre pessoas. Entendemos que um dos pontos de sucesso para a implementação das PP, no cotidiano da assistência, é compreendermos o sentido de força que essas relações interpessoais têm, pois resgatam a valorização básica e necessária capaz de motivar os indivíduos a estabelecerem práticas éticas, para a prevenção e o controle das infecções, em SAS.*

Também ponderam que as PP vêm prevenir o acidente profissional e a abrangência transcende a proteção do paciente e profissional. Trazem que a vigilância, a prevenção e o controle de infecção, entre pacientes, devem ser estabelecidos pela equipe: *Seria uma maneira de você prevenir de algum tipo de acidente de trabalho. Tanto para gente como para o paciente, você não estar levando infecção de um paciente para outro (E37); São aqueles procedimentos básicos que toda a equipe utiliza com o objetivo de proteção individual, coletiva e do paciente na prevenção de doenças (E56).*

A infecção cruzada é um grande problema, na atualidade dos SAS. Ressaltamos que, sem o empenho e trabalho em equipe, torna-se impossível a implementação de medidas como as PP, o que contribuirá na manutenção da cadeia epidemiológica das infecções, relacionadas ao processo assistencial. A ação conjunta é capaz de fazer a grande diferença, motivando, respaldando e mantendo a coesão com feedback positivo.

Um aspecto de relevância emergido das falas diz respeito ao alcance coletivo da proteção e à ponderação das trocas estabelecidas no ambiente de assistência à saúde: *São medidas de segurança para não levar infecção seja do doente para o doente, quanto para a equipe, de doente para equipe e da equipe para o doente (E66); Vejo com sendo todas aquelas precauções para evitar infecção, para minha proteção, do paciente... dali não levar para o outro e nem do outro para o outro e até para toda a equipe... (E60).*

As ações articuladas no sentido de respeitar e proteger qualquer um dos sujeitos envolvidos na relação assistencial, têm como reflexo a proteção da coletividade. Grandes avanços serão possíveis, quando todos os profissionais tomarem verdadeira ciência da dimensão e das extensões individual e coletiva das práticas de prevenção e controle de infecções, em SAS.

Porém, falar em implementação de PP subentende: ter estrutura organizacional e de trabalho que permitam tais ações^(4,6). Essa percepção foi expressa por um dos sujeitos: *Seria uma forma da gente se proteger e proteger o paciente e acompanhante na troca de germes, de fazer o procedimento tranquilo, não adianta ter o conhecimento e não ter condições de trabalhar e consciência da importância (E50).*

Ressalta-se que o conhecimento acerca das PP não é suficiente e que as condições que permitam concretizar tais práticas é fundamental. A precarização do trabalho, nos SAS, tem sido uma realidade, gerando estresse, desgastes, além da exposição das pessoas diretamente relacionadas à assistência, tornando insatisfatória a sua qualidade.

Em dois relatos observamos que os enfermeiros transparecem a preocupação consigo e com os pacientes. Todavia, concernente ao paciente a atenção é reduzida a situações específicas: *PP são as medidas cabíveis que a gente usa para estar se protegendo e, dependendo do quadro, ao paciente. Ex.: leucemia (E10); As medidas utilizadas para que não se adquira infecção. Para não me contaminar em geral, mas em determinadas horas para proteção do paciente (as técnicas assépticas)... (E68).* Desconsideram que, independente da condição ou procedimento aos quais os pacientes serão submetidos, o risco de infecção está intrínseco, e que compete aos profissionais intervirem minimizando tais possibilidades.

Embora sejam aspectos pontuais pertinentes, precisamos estabelecer permanentemente a cultura de segurança do paciente, e isso prevê: a equidade e igualdade na assistência. Porém subentende-se que não consideramos o profissional menos importante que o paciente. Ambos devem ser considerados em patamares de igualdade, do contrário poderemos incorrer em práticas cujas conseqüências possam ser irremediáveis. Pensamos que todos serão beneficiados ao incorporarmos tal compreensão e efetivação na prática.

Dentro da compreensão das PP, relatos apresentam que a proteção é também para o

ambiente: *PP é um conjunto de atitudes, postura profissional, técnica onde você está realizando uma assistência com segurança, resguardando o paciente, a gente, o profissional e o ambiente, porque estão envolvidos outros elementos na prática da assistência (E47).*

O controle de ambiente se insere nas medidas de PP⁽³⁾, e tem associação com as infecções, em SAS, proporcionando focos de contato e transmissão, mas num plano secundário⁽¹⁴⁾, porém não menos importante. Protocolos precisam ser estabelecidos, priorizando tal questão, a fim de que os processos sejam garantidos com qualidade e segurança. Além de ter sua interferência, mesmo que secundária, na ocorrência das infecções associadas aos SAS, constituem-se também ações que promovem o conforto e bem estar de todos os indivíduos.

As precauções padrão enquanto cuidado humano

Os relatos de 8 (9,8%) enfermeiros apresentam que as PP são cuidados para a proteção do profissional e paciente, numa visão do cuidado humano integral. Ao se expressarem, foi possível observar que o olhar está no horizonte das relações interpessoais, vivenciadas na assistência à saúde: *Todo aquele processo, cuidado que você tem para manter a integridade física, psicológica do acompanhante, do colega profissional, nossa e principalmente do paciente. É um artifício que você tem de trabalhar seguro, com menor risco (E27). São cuidados que a gente deve ter quando está manipulando paciente para se proteger e proteger o paciente, não se contaminar e nem contaminar o paciente (E55).*

Essa contribuição emergida, das falas remete à característica única e essencial da Enfermagem. Esse cuidado está intrínseco em valores que priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor, entre outros aspectos⁽¹⁵⁾.

Demonstram uma visão holística, evidenciada na preocupação com a segurança e a manutenção da integridade física e psicológica dos indivíduos envolvidos, no processo de assistência à saúde, sobretudo dos pacientes, e que o cuidado é permanente: *São os cuidados que têm que ter no cuidado diário, voltados para nós... tanto eu quanto ele. Sou da opinião: não tem material para curativo, não vai fazer de qualquer jeito (E73).*

Resgatam a compreensão da dignidade e o respeito humanos, e que não é ético *"fazer de qualquer jeito"*, o que é um exercício diário. Em determinados momentos da prática assistencial, o

profissional vê-se em situações de difícil escolha entre o que é ético e o que é necessário, frente às condições inadequadas de trabalho. O reconhecimento e crítica para um atendimento ético é algo que deve ser perseguido pelo profissional, pois não podemos infringir códigos que maculam a integridade humana, e adotar uma postura antiética sob a égide de sermos éticos.

Um dos sujeitos amplia a compreensão das PP como cuidado, para além das situações de contato com sangue e fluidos corpóreos na prevenção de riscos e agravos: *São todos os cuidados que você tem quando vai prestar assistência e vai ter contato com sangue, secreções, próprio paciente, para prevenir posterior complicação não só para o paciente... mas quando preparo o soro, medicamentos... (E21).* Evidencia-se a percepção de que existem outras ações de importância na assistência, e que a falta da manutenção dos princípios assépticos pode reverter em indesejáveis conseqüências aos pacientes.

As precauções-padrão como uso de equipamentos de proteção individual

Esse agrupamento coaduna a compreensão de nove (11,0%) sujeitos, que referiram as PP como o uso de barreiras físicas: *Penso em EPI, a isso se reduz (E45); Precauções-padrão é aquilo que eu vou usar para proteger o paciente de uma infecção e a mim também. Uso máscara, óculos... (E2); Entendo aquilo que se aplica a todo paciente independente da doença. A gente usa porque se protege, dando proteção à mucosa, vias aéreas e contato com líquidos corpóreos do paciente, e vice-versa (E3).*

Desde o início da epidemia da aids, que culminou com a instituição das precauções universais⁽¹⁶⁾, tem-se dado ênfase: ao uso dos EPI, higienização das mãos e manuseio adequado dos perfurocortantes, e isso está evidenciado nos relatos desses enfermeiros: *Para mim é em relação a você e o uso de EPI: máscara, óculos, luvas... Penso que entraria o uso de capote de chumbo, luva de borracha para paciente HIV ou dupla luva de látex, a lavagem das mãos, descarte de perfurocortante (E7); PP é lavagem das mãos, uso de gorro, máscara, avental... descarte adequado de perfurocortante, uso de luvas (E36).*

Percebemos que isso já faz parte da construção coletiva dos profissionais de saúde, embora não queira dizer que haja adesão integral. Inferimos que a baixa adesão, principalmente, para alguns dos EPI, se dê, entre outros motivos, por: subestimar os riscos, falta de disponibilidade, a percepção de que geram desconforto físico para si e

psicológico ao paciente e pela falta de clareza das situações em que o uso é justificado⁽⁴⁻⁹⁾.

Ressaltamos que, das falas, emergiu o aspecto de o profissional constituir-se fonte de infecção para o paciente: *se eu tivesse um ferimento infectado eu teria um foco e poderia estar transmitindo (E3)*. Este é um nível de reflexão que, no dia-a-dia do exercício profissional, fica sublimado, não só enquanto fonte de infecção, mas de ser fonte de outras injúrias decorrentes da falta de um sistema de organização de e para segurança.

Embora os médicos, os enfermeiros e os farmacêuticos sejam cuidadosos e capacitados para a excelência do atendimento, há, contudo, altas taxas de erros evidenciadas em suas práticas profissionais. Entretanto, são ignorados e não têm estimulado à reflexão e à iniciativa para a sua prevenção, e vários são os motivos, dentre os quais: a dificuldade de lidar com o erro, fruto da formação acadêmica que lhes impõe terem uma prática onde o erro não é admissível e que devem ser infalíveis⁽¹⁷⁾.

Outros componentes têm dificultado essa percepção no que diz respeito à compreensão da ética do cuidado. É evidente que o bem tem supremacia sobre o mal. Entretanto, quando, na nossa subjetividade, acreditamos que as nossas ações são o bem, mesmo que a finalização não seja, o sentimento do dever cumprido e a satisfação de uma resposta imediata às necessidades do paciente, com desfecho positivo/negativo, suplantam os sentimentos decorrentes das falhas durante o processo, onde a avaliação de tal fato não é vista como necessária.

Além disso, avaliar situações de erros remete o indivíduo à condição de transgressor de normas, protocolos, valores, etc., e esse caráter de exposição pessoal não tem sido construído, em nossa cultura. Postergar ou deixar de avaliar situações de sucesso ou erro é perder a oportunidade de estabelecer processos seguros na assistência. Se quisermos modificar a nossa realidade assistencial, precisamos agregar à nossa prática assistencial o planejamento e o exercício permanente de avaliação das ações desenvolvidas, a fim de prevenir situações que constituem ameaças à manutenção e à preservação da vida em seu sentido pleno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas PP, estão os princípios básicos de todas

as medidas de prevenção e controle de infecções. A exposição à infecção relacionada à assistência, em SAS, é uma situação permanente, paradoxalmente vivenciada na busca da manutenção e/ou recuperação da vida, seja via exercício de uma profissão, seja pela necessidade do restabelecimento e manutenção da saúde. Sua abrangência extrapola as orientações descritas no guia do CDC, bem como em qualquer manual de normas e protocolos. Envolve a permanente vigilância e avaliação das ações assistenciais desenvolvidas. Os guias e protocolos têm relevante importância nas medidas de prevenção e controle de infecções, em SAS, mas não são suficientes. Com certeza, possibilitam a organização do trabalho de forma a favorecer o sistema de segurança.

A compreensão emergida das falas, da maioria dos sujeitos, evidencia que as PP são medidas de proteção para: o atendimento aos pacientes independentemente do diagnóstico; o profissional; o profissional e paciente; o atendimento a pacientes sabidamente infectados. Além disso, referiu-as como: cuidados para a proteção dos sujeitos do processo da assistência à saúde e o uso de EPI. O conhecimento, evidenciado nas falas, aponta níveis de adequação favoráveis à sua implementação ao cotidiano, porém não observamos a construção sólida no grupo como um todo, quando deparamos com percepções reducionistas e até distorcidas da abrangência, o que coloca vulnerável a função social de tais medidas, e isso é preocupante.

Acreditamos que a compreensão sobre as PP, que remete aos aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais do indivíduo, interfere na formação e manutenção de atitudes coerentes com a prevenção e controle das infecções, nos SAS, e os nossos achados, que podem ser extensivos a outras realidades, apontam para a necessidade de investimento, por parte da instituição, no desenvolvimento de competência dos enfermeiros para tal, por meio de diversas estratégias, destacando-se: a educação permanente e continuada. A capacidade de desenvolvimento de competência para a prevenção e controle de infecções associadas aos SAS precisa ser explorada⁽¹⁸⁾, sobretudo desses profissionais que constituem o elo na própria equipe e na equipe multidisciplinar. Entendemos que, são facilitadores da efetivação, da implementação das medidas de prevenção e controle das infecções, em SAS, no processo laboral.

Ressaltamos que não basta viabilizar as atividades de educação permanente e continuada, é mandatório repensar as formas como estas estão sendo realizadas, pois a postura de transmissão de informações, nos moldes da pedagogia tradicional, não responde às necessidades da sociedade pós-moderna. A construção do conhecimento deve ser

pautada na vivência de experiências significativas, numa abordagem dialógica. Consideramos que, se tivermos uma equipe consciente das medidas de PP, com a sustentação, em amplo sentido da organização de trabalho, trilharemos um caminho com respostas éticas e estéticas, para a prevenção e o controle de infecções associadas aos SAS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacerda RA. Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência à saúde. In: Lacerda RA, coordenadora. Controle de infecção em centro cirúrgico. São Paulo (SP): Atheneu; 2003. p. 9-23.
2. Lacerda RA, Egry EY. As infecções hospitalares e a sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Rev Latino-am Enfermagem* 1997; 5(4):13-23.
3. Garner JS, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17(5):53-80.
4. Melo DS. Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde. [dissertação]. Goiânia (GO): Faculdade de Enfermagem/UFMG; 2005.
5. Lymer U, Richt B, Isaksson B. Blood exposure: factors promoting health care workers' compliance with guidelines in connection with risk. *J Clin Nurs* 2004; 13: 547-54.
6. Brevidegli MM. Modelo explicativo de adesão às precauções padrão: construção e aplicação. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
7. Ferguson, KJ, Waltzkin H, Beekmann SE, Doebbeling BN. Critical incidents of nonadherence with standard precautions guidelines among community hospital-based health care workers. *J Gen Med* 2004; 19:726-31.
8. Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de Enfermagem. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.
9. Gir E, Takahashi RF, Oliveira MAC, Nichiata LYI, Ciosak SI. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. *Rev Esc Enfermagem USP* 2004; 38(3):245-53.
10. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
11. Cardo DM. Patógenos veiculados pelo sangue. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, Alves MB Filho, Grinbaum RS, Ricktmann R, organizadores. Infecções Hospitalares Prevenção e Controle. São Paulo (SP): Sarvier; 1997. p. 341-51.
12. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [Acesso em 2005 abril 06]. Recomendações para tratamento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C. [56 telas]. Disponível em: http://www.fundacentro.gov.br/CTN/Recomendacoes_para_atendimento_e_acompanhamento_de_exposicao_ocupacional_a_material_biologico-HIV_e_hepatitesBeC.pdf
13. Do AN, Ciesielski CA, Melder RP, Hammett TA, Li J, Fleming PL. Occupationally acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2003; 24(2):86-96.
14. Yamaushi NI, Lacerda RA, Gabrielloni MC. Limpeza hospitalar. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro N Filho, editores. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.1141-55.
15. Waldow VR. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: Waldow VR; Lopes MJM; Meyer DE, organizadoras. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p.7-30.
16. Centers for disease Control and Prevention (CDC). Recommendations for prevention of HIV transmission in a health-care setting. *MMWR* 1987; 36(2S):18.
17. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272(23):1851-7.
18. Tipple AFV, Pereira MS, Hayashida M, Moriya TM, Souza ACS. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11 (2):245-50.