

SILVIA REGINA LOPES GUIMARÃES

**“QUESTÕES ÉTICAS ENFRENTADAS PELAS ENFERMEIRAS NA
ASSISTÊNCIA AO CLIENTE COM INFECÇÃO HOSPITALAR”**

**FLORIANÓPOLIS
OUTUBRO DE 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UFPeI
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

***“QUESTÕES ÉTICAS ENFRENTADAS PELAS ENFERMEIRAS NA
ASSISTÊNCIA AO CLIENTE COM INFECÇÃO HOSPITALAR”***

SILVIA REGINA LOPES GUIMARÃES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: DRA. VALÉRIA LERCH LUNARDI

**FLORIANÓPOLIS,
OUTUBRO DE 2000**

FLORIANÓPOLIS, 31 DE OUTUBRO DE 2000


SILVIA REGINA LOPES GUIMARÃES

“QUESTÕES ÉTICAS ENFRENTADAS PELAS ENFERMEIRAS
NA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE COM INFECÇÃO HOSPITALAR”

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 31 de outubro de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

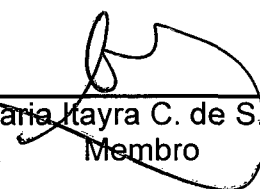


Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora PEN/UFSC

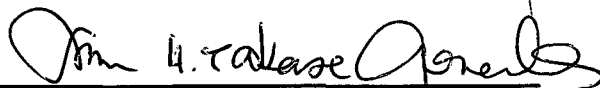
BANCA EXAMINADORA:



Dra. Valéria Lerch Lunardi
Presidente



Dra. Maria Itayra C. de S. Padilha
Membro



Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves
Membro

AGRADECIMENTOS

À **DEUS** pela força, coragem, paciência durante toda a trajetória.

À minha família, desculpas pela ausência dos dias que precisava dormir por ter passado noites acordada, pelo colinho que não dei à minha pequena filha, por não conseguir estar sempre presente da forma como vocês mereciam. Obrigado por terem estado sempre comigo.

À minha querida tia **Zefa**, obrigado pelo apoio moral, emocional, financeiro. À querida amiga **Tiza**, por toda a alegria e carinho que me fazia ter forças para seguir em frente. Aos meus irmãos, que juntaram seus pensamentos para me ajudarem a superar uma etapa por eles desconhecida.

À querida **Valéria**, que foi muito mais do que orientadora, foi mãe, foi irmã, foi colega, foi a luz no fim do túnel. Nos dias de desânimo, tornava o difícil mais fácil, mais leve, passível de ser realizado. Seu apoio incondicional jamais será esquecido. Obrigada pelo porto seguro que me proporcionaste em meio a algumas tempestades desta trajetória. À sua família, agradeço o carinho, a educação e a atenção que sempre me dispensaram e peço desculpas pelas intromissões.

À todos os colegas do curso de mestrado, que sempre estiveram perto, ainda que em pensamento, às colegas de departamento que se sobrecarregaram de trabalho para podermos completar esta jornada, obrigada. À **Claudia**, que não faz idéia o alívio que me trouxe quando disse que deixaria meu trabalho pronto, sem maiores preocupações, muitíssimo obrigada pela sua valiosa ajuda neste finzinho de trajetória.

RESUMO

GUIMARÃES, Sílvia Regina Lopes. **Questões éticas na assistência ao cliente com infecção hospitalar**. Pelotas, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi

Defesa: 31/10/2000

A partir do desconhecimento de muitos clientes do seu diagnóstico de infecção hospitalar, optou-se por constituir um processo reflexivo junto a um grupo de enfermeiras de Unidades de Internação Cirúrgica e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar de uma instituição hospitalar, na região sul do Rio Grande do Sul. O enfoque foi direcionado para questões éticas percebidas pelas enfermeiras na assistência aos clientes acometidos por infecção hospitalar. O referencial teórico-metodológico foi subsidiado na Teoria Humanística de Paterson e Zderad. Mediante a realização de encontros individuais e coletivos e da análise dos dados colhidos, constituiu-se as seguintes categorizações: 1) a responsabilidade na revelação do diagnóstico de infecção hospitalar; 2) sentimentos que emergem nas enfermeiras na assistência aos clientes com infecção hospitalar; 3) os conflitos e dilemas na revelação do diagnóstico de infecção hospitalar; 4) a relação das enfermeiras com clientes acometidos por infecção hospitalar e seus familiares; 5) o relacionamento das enfermeiras com a equipe multidisciplinar. O trabalho levanta questões acerca do enfrentamento ético dos sentimentos e conflitos no cotidiano assistencial junto aos clientes portadores de infecção hospitalar.

ABSTRACT

Ethical subjects in the nursing attendance to the customer with nosocomial infection

Starting from the many customer's of its diagnosis of nosocomial infection ignorance, it opted for constituting a reflexive process close to a group of nurses of Units of surgical Internment and of the service of Control of Nosocomial Infection of a hospital, in the south area Big Rio of the South. The focus was addressed for ethical subjects noticed by the nurses in the attendance to the customers attacked by nosocomial infection. The theoretical-methodological referencial was subdized in the Humanistic Theory of Paterson and Zderad. By means of the accomplishment of individual and collective encounters and of the analysis of the picked data, it was constituted the following classifications: 1) the responsibility in the revelation of the diagnosis of nosocomial infection; 2) feelings that emerge in the nurses in the attendance to the customers with nosocomial infection; 3) the conflicts and dilemmas in the revelations of the diagnosis of nosocomial infection; 4) the nurses' relationships with customers attacked by nosocomial infection and its relatives; 5) the nurses' relationships with the team multidisciplinary. The work lifts subjects concerning the ethical faces of the feelings and conflicts in the daily assistencial close to the customers carries of nosocomial infection.

SUMÁRIO

1	A TRAJETÓRIA PESSOAL INDO AO ENCONTRO DA TEMÁTICA	9
2	INFECÇÃO HOSPITALAR: HISTÓRIA E ATUALIDADE NO MUNDO E NO BRASIL	17
2.1	UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES	18
2.1.1	Personagens de relevância na história das infecções hospitalares	21
2.2	O NOVO SÉCULO E NOVOS ADVENTOS NA ÁREA DA INFECÇÃO HOSPITALAR	25
2.3	A INFECÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL	29
3	O DILEMA ÉTICO FRENTE À NECESSIDADE DE REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO HOSPITALAR	34
3.1	O DILEMA, A MORAL E A ÉTICA.....	36
3.2	A OPÇÃO PELA ÉTICA EM BUSCA DA ESTÉTICA NA ENFERMAGEM.....	39
4	MARCO CONCEITUAL.....	43
4.1	A TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD.....	43
4.1.1	Processo de Enfermagem proposto por Paterson e Zderad	47
4.1.1.1	1ª etapa: Preparando-se para chegar ao Conhecimento.....	48
4.1.1.2	2ª etapa: A Enfermeira conhece intuitivamente o outro	48
4.1.1.3	3ª etapa: A Enfermeira conhece cientificamente o outro	50
4.1.1.4	4ª etapa: A Enfermeira sintetiza e complementa as realidades conhecidas	50
4.1.1.5	5ª etapa: Sucessão do múltiplo a uma unidade paradoxal como processo interno da enfermeira	51
4.2	PRESSUPOSTOS	51
4.3	CONCEITOS.....	53
5	METODOLOGIA	57
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO E DOS SUJEITOS DO ESTUDO	57
5.2	DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA	59
5.2.1	Primeiro momento.....	59
5.2.1.1	Encontros Individuais.....	60
5.2.1.2	Encontro Coletivo.....	62
5.2.2	Segundo Momento.....	63
5.3	ANÁLISE DOS DADOS	66
6	O PROCESSO DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADO	68
6.1	1ª ETAPA: PREPARANDO-ME PARA CHEGAR AO CONHECIMENTO	68
6.2	2ª ETAPA: CONHECENDO INTUITIVAMENTE A OUTRA ENFERMEIRA	70

6.3	3ª ETAPA: CONHECENDO CIENTIFICAMENTE A OUTRA ENFERMEIRA	71
6.4	4ª ETAPA: SINTETIZANDO AS MÚLTIPLAS REALIDADES EXPRESSAS PELAS ENFERMEIRAS (DO INTUITIVO PARA O CIENTÍFICO)	71
6.5	5ª ETAPA: PROCESSO INTERNO DA ENFERMEIRA: DO MÚLTIPLO AO ÚNICO PARADOXAL.....	73
7	QUESTÕES ÉTICAS NA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE COM INFECÇÃO HOSPITALAR	74
7.1	A RESPONSABILIDADE FRENTE AO DIREITO DO CLIENTE DE REVELAÇÃO DE SEU DIAGNÓSTICO	74
7.2	SENTIMENTOS QUE EMERGEM NAS ENFERMEIRAS QUANDO PRESTAM ASSISTÊNCIA AO CLIENTE COM INFECÇÃO HOSPITALAR.....	80
7.3	OS CONFLITOS E DILEMAS NA REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO HOSPITALAR	83
7.4	A RELAÇÃO DAS ENFERMEIRAS COM OS CLIENTES ACOMETIDOS POR INFECÇÃO HOSPITALAR E SEUS FAMILIARES	86
7.5	O RELACIONAMENTO ENTRE AS ENFERMEIRAS E A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	91
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
8.1	BUSCANDO COMPREENDER O CONCEITO DE ÉTICA.....	95
8.2	ENFRENTANDO OS DILEMAS E CONFLITOS	96
9	BIBLIOGRAFIA	101
10	ANEXOS	106
	Anexo 1 – Portaria n. 2.612	106
	Anexo 2 – Consentimento livre e esclarecido do participante	115

1 A TRAJETÓRIA PESSOAL INDO AO ENCONTRO DA TEMÁTICA

Meu primeiro contato com uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foi ainda, como estudante em estágio da disciplina de Administração em Enfermagem, às situações em que pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas requeriam isolamento. Nestas ocasiões, a enfermeira da CCIH entrava em contato conosco e nos orientava quanto às normas padronizadas para a especificidade de cada caso. Tinha conhecimento que ela era a responsável pelas rotinas padronizadas no hospital, principalmente, as de desinfecções terminais das unidades por ocasião da alta/óbito de um paciente; era, através de suas determinações, que eram adquiridas e padronizadas as soluções que utilizávamos tanto na realização das técnicas, como curativos e antissepsia, como, também, na higienização dos pacientes e na desinfecção de diversos materiais. Basicamente, meus conhecimentos a respeito das infecções hospitalares eram muito restritos e este tema não me despertava maior interesse. Também, não recordo, de ter recebido, no curso de graduação, informação a respeito de infecção hospitalar ou da atuação da enfermagem voltada especialmente para esta área.

Ao assumir com outra enfermeira, uma unidade de internação clínica, de 70 leitos, dois postos de enfermagem, deparei-me com uma ala composta de seis quartos, no fundo do corredor, que denominávamos, de “corredor da morte”. Esta denominação devia-se ao fato de que tais quartos serem destinados à pacientes crônicos e terminais que permaneciam por um longo período de tempo conosco,

indo, geralmente, ao óbito.

Não raro, estes leitos proporcionaram à nossa equipe, bem como às demais equipes multiprofissionais, experiências marcantes de vida e morte; experiências estas que carregamos na lembrança, como se tivessem ocorrido ontem. Embora a designação “corredor da morte” possa ter uma conotação forte e negativa, não o é para aqueles profissionais que vivenciaram aquela época. Foi neste período que melhor experienciei a enfermagem como um todo. As singularidades da clientela que assistíamos e a humanização que buscávamos proporcionar aos pacientes e familiares, foram fundamentais para o meu amadurecimento profissional e pessoal. Ainda assim, não foi neste período que questões relacionadas à infecção hospitalar povoavam o meu cotidiano assistencial, pois, por volta de 1988, esta temática recém ia despontando no panorama brasileiro, restringindo-se, ainda, aos grandes centros, mantendo-se distante das realidades interioranas.

No entanto, com o decorrer dos anos, o interesse por infecção hospitalar começou a suscitar em meu interior. A unidade que administrava agora, atuando como chefe administrativa de uma UTI Geral para adultos, devido às suas características, favorecia a disseminação das infecções, principalmente pelo grande número de profissionais manipulando os pacientes freqüentemente debilitados, e por não haver isolamento físico efetivo entre os leitos, sendo os mesmos separados apenas por um biombo. As infecções entre os pacientes despertavam a minha atenção; estávamos em 1991, havia uma enfermeira da CCIH que realizava coleta passiva de dados¹ e o controle de utilização de antimicrobianos a ser preenchida em uma ficha, no momento do pedido de farmácia.

¹ A coleta passiva consta de levantamento de dados nos prontuários dos pacientes, após estes terem dado alta ou irem ao óbito.

Ao final de dois anos nesta instituição, fui convidada para assumir a Chefia Geral de Enfermagem do Hospital Universitário, de médio porte, com Pronto Socorro Pediátrico, UTI Neonatal com 10 leitos, UTI Geral de adultos com cinco leitos, Bloco Cirúrgico com três salas e 197 leitos de internação nas mais variadas especialidades médicas, além de serviços ambulatoriais de consultas e pequenos procedimentos cirúrgicos.

Neste hospital, a CCIH estava constituída por um médico e uma enfermeira, ambos com dedicação exclusiva; no entanto, sua função resumia-se a coleta passiva de dados e ao controle da folha de justificativa do uso de antimicrobianos. Programas de Educação e Prevenção de Infecções não eram realizados no hospital.

Concomitante ao tempo em que atuei neste hospital, trabalhei junto a um cirurgião que estava desenvolvendo uma técnica operatória inédita na região sul do Estado, a cirurgia por videolaparoscopia. Nesta ocasião, freqüentei um curso de aperfeiçoamento em São Paulo, onde os cirurgiões já vinham desenvolvendo técnicas operatórias por este método e promovendo encontros científicos sobre este tema. Um dos assuntos bastante frisados e que justificavam o uso do método, apesar de seu alto custo, era a redução drástica das complicações pós-operatórias, bem como a possibilidade da cirurgia ser desenvolvida como método quase ambulatorial, ou seja, o paciente não precisava internar na véspera podendo receber a alta de imediato, após a recuperação dos efeitos da anestesia. Era a tecnologia e o avanço científico chegando em nosso cotidiano, principalmente na área cirúrgica, em que o risco de infecções hospitalares é maior; para tanto, requeria instrumentalização da equipe para a utilização correta da técnica e melhoria da qualidade da assistência ao cliente, com a redução de riscos para o mesmo.

Após ter exercido um período de dois anos como docente, em 1995, fui contratada como enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

(SCIH), atuando junto com um médico contratado exclusivamente para este serviço, com área física determinada e informatizada e uma secretária, porém, sem nenhum preparo técnico para minha atuação. Aos poucos, fui participando de eventos, lendo e relendo a Portaria 930/92 que instituiu e normatizava o funcionamento do serviço, assimilando uma nova rotina no meu cotidiano prático. Como a Portaria preconizava uma enfermeira para cada 200 leitos hospitalares e a instituição tinha, na época, mais de 400 leitos, obtivemos, junto à Administração, a contratação de mais uma enfermeira com dedicação exclusiva para atuar no serviço.

Já atuando há cinco meses neste setor, traçamos um plano de trabalho conjunto, na elaboração de relatórios, nos programas de prevenção junto à equipe de enfermagem e demais setores do hospital (na época, a educação continuada ficava sob nossa responsabilidade), que facilitasse a nossa atuação na busca ativa², participação e promoção de eventos científicos e uma das mais importantes atuações: diagnóstico e intervenção nas unidades consideradas críticas no hospital, tais como, UTIs, Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização, Maternidade e berçário, dentre outras por ordem de prioridade.

Exercíamos, também, algumas atividades assistenciais junto aos clientes com diagnóstico conclusivo de infecção hospitalar, que detectávamos por ocasião de nossas buscas ativas, atuando, principalmente, na realização de curativos. Era nestas ocasiões que conseguíamos manter um contato mais pessoal com o cliente e sua família, estabelecendo-se entre nós, uma relação empática e de confiança. Nestes relacionamentos, havia troca de informações e me

² A coleta ativa consta de levantamento de dados nos prontuários dos pacientes ainda durante sua internação, para possibilitar qualquer intervenção que seja necessária, em tempo hábil.

surpreendida o fato de que, em determinadas situações, tanto o cliente, como sua família desconheciam tratar-se de um quadro de infecção hospitalar.

Estas situações, aos poucos, foram se tornando rotineiras; freqüentemente os clientes com infecção hospitalar não sabiam do seu diagnóstico. Meu desconforto diante destes fatos gerou uma série de reflexões a respeito dos direitos destes clientes em terem acesso às informações acerca de seu diagnóstico, bem como da necessidade de participação das enfermeiras das Unidades de Internação Cirúrgicas (UIC), principalmente, no que se refere ao seu caráter interativo/educativo com os clientes. Ao realizarmos os curativos, em algumas unidades, as colegas assistenciais participavam ativamente da realização da técnica, nos prestando auxílio, ao passo que, em algumas outras, isto não se concretizava.

No decorrer deste período, deparei-me, diversas vezes, com a necessidade emergente de revelar aos clientes assistidos sua condição clínica compatível com o quadro de infecção hospitalar. Neste momento, sentia dificuldade e insegurança para fazer esta comunicação pelas implicações éticas presentes. Entretanto, era evidente, para mim, a necessidade de responder às indagações que me eram referidas, com o intuito de propiciar o esclarecimento da situação experienciada e problematizada pelo cliente. Acima de tudo, porém, reconhecia a importância de buscar estratégias e/ou implementar medidas e ações que favorecessem a redução da ansiedade do cliente, diante do possível temor que surgia frente ao diagnóstico de infecção hospitalar.

Ao mesmo tempo, percebia, uma certa "indiferença" ou "despreparo" das enfermeiras das Unidades de Internações Cirúrgicas (UICs) para o enfrentamento desta problemática, por entenderem, talvez, não ser de sua competência. Parece que, no entendimento das colegas, casos de infecção hospitalar constituíam um problema de responsabilidade do SCIH, deixando de ser do seu âmbito de atuação.

Cruz (1996) realizou um trabalho com enfermeiras assistenciais das UICs e concluiu que o envolvimento da enfermeira assistencial, sua liderança profissional junto à equipe de saúde e a inter-relação com o SCIH foram fatores contribuintes na prevenção e controle das infecções hospitalares. Esta constatação vem reforçar nosso entendimento a respeito da importância do papel da enfermeira assistencial e do seu relacionamento com as enfermeiras do SCIH para a melhoria da qualidade da assistência e a redução dos riscos para o cliente hospitalizado.

A postura por parte dos profissionais diante da infecção hospitalar, desencadeou, em mim, a necessidade de um olhar diferente para as relações existentes no “fazer” enfermagem, em particular, no “assistir” clientes com infecção hospitalar. Neste momento, reconhecia a presença de um dilema ético, diante da necessidade de tomar decisões, as quais poderiam acarretar desconfortos, inseguranças e incertezas em outros seres: ao cliente, nas demais colegas de trabalho e outros profissionais, assim como, em relação à minha situação profissional na instituição.

Interiormente, começaram a emergir questões inquietantes, tais como: Por que este cliente desconhece seu diagnóstico?; Por que minha colega, responsável pela unidade onde este cliente encontra-se internado, não percebe esta situação de ignorância e/ou desconhecimento deste sujeito? A quem cabe esclarecer ao cliente e sua família? Estou adequadamente preparada para responder aos questionamentos dos clientes e seus familiares, sem causar danos a estas pessoas, ou a mim? O meu silêncio representa omissão de minha parte, no reconhecimento e respeito ao outro como pessoa? Saberei ser clara e precisa em minhas informações, sem causar medo, gerar pânico, ou outro problema? Onde está o médico responsável por este cliente, que não abordou este aspecto do diagnóstico? E a enfermeira da unidade como se posiciona a este respeito? Afinal, qual o meu papel nesta situação, além da execução da técnica prevista na assistência ao cliente, se não estou sabendo interagir com as pessoas envolvidas

de forma positiva? Quais as possíveis implicações decorrentes do meu esclarecimento para a instituição, a equipe de saúde e para mim? Será ético manifestar-me? Será ético calar-me?

Diante de tantas dúvidas, sentimentos antagônicos emergiam em mim. Muitas vezes, calei-me. Em outras, manifestei-me. Diversas vezes, frustrei-me pelo meu silêncio. Necessitava de respostas e não as encontrava.

Ao realizar o curso de Mestrado em Enfermagem/UFSC, optei por proporcionar, junto às enfermeiras de uma unidade de internação cirúrgica, como também, às enfermeiras participantes da CCIH, um espaço para refletir sobre os possíveis dilemas éticos enfrentados, por elas, ao prestarem assistência ao cliente com IH e tentar compreender os sentimentos decorrentes na assistência ao cliente internado com este diagnóstico.

No meu entender, a enfermagem significa, muito mais do que a execução de técnicas. A necessidade de contemplar aspectos educativos surge espontaneamente na relação intersubjetiva que ocorre entre a enfermeira e os clientes. Os aspectos éticos e os dilemas decorrentes são inquietantes, quando afloram na relação com o cliente, nas situações de enfermagem que vivenciamos cotidianamente.

Assim, a Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1976) constituiu um referencial teórico que deu sustentação para abordar, junto às enfermeiras, os possíveis dilemas éticos e sentimentos vivenciados, diariamente, na sua prática. No meu entender, esta teoria contempla os aspectos subjetivos da relação Enfermeiro X Cliente, porque se baseia no diálogo vivo e no chamado e resposta entre dois sujeitos em uma relação numa dada situação de enfermagem.

Através deste processo de troca com as enfermeiras, pretendi, também,

fortalecer a minha instrumentalização pessoal e profissional, ampliando, assim, a compreensão sobre a existência e/ou emergência de dilemas em enfermeiras que assistem clientes com infecção hospitalar, especialmente no que se refere à necessidade de revelação do diagnóstico.

Desta forma, este trabalho teve como objetivos a serem alcançados nesta trajetória: Construir um processo de reflexão junto ao grupo de enfermeiras de Unidades de Internação Cirúrgica (UIC) e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a partir da Teoria Humanística de Paterson e Zderad, acerca dos dilemas éticos enfrentados na assistência de enfermagem ao cliente com infecção hospitalar; Compreender possíveis dilemas éticos e sentimentos das enfermeiras na assistência de clientes com infecção hospitalar.

A seguir, apresento o capítulo em que abordo a infecção hospitalar, em uma perspectiva histórica para melhor compreensão da atualidade.

2 INFECÇÃO HOSPITALAR: HISTÓRIA E ATUALIDADE NO MUNDO E NO BRASIL

Atualmente a temática da infecção hospitalar (IH) vem sendo abordada com certa frequência pela mídia que aponta, geralmente, as consequências negativas que permeiam esta problemática, dando-lhe, assim, um cunho sombrio que repercute negativamente na sociedade. As infecções hospitalares interferem diretamente no estado físico psíquico do indivíduo por ela acometido durante a sua internação ou em consequência desta. A relevância deste tema está na alteração do processo saúde/doença do cliente, com implicações em seu meio familiar e social, além de, institucionalmente, elevar os custos do atendimento prestado.

Oliveira, Albuquerque e Rocha (1998) entendem por IH aquela adquirida pelos pacientes durante a sua permanência no hospital, podendo manifestar-se ainda na sua internação ou até uma semana após a ocorrência da alta. Já nos clientes que apresentarem sinais de IH, mas que tenham vindo transferidos de outra instituição, esta infecção será considerada comunitária, pois provém de outra comunidade de germes, já estando presente no momento da internação no novo hospital. Em Fernandes et al (2000), sobre a infecção comunitária, encontra-se a seguinte afirmação:

“A conceituação oficial procura elaborar critérios para a identificação da origem de um processo infeccioso, se hospitalar ou comunitária. De início, classifica como comunitária uma infecção adquirida em outro hospital. Este conceito leva em consideração que a atuação do controle de infecção hospitalar

deve priorizar as infecções adquiridas na sua instituição, devendo desconsiderar, sob o ponto de vista epidemiológico, os processos adquiridos em outros hospitais. Esta abordagem tem fundamento ao enfatizar os riscos da instituição, porém, estas infecções institucionais devem ter uma avaliação clínica e terapêutica diferenciada das infecções realmente comunitárias (p.218)”

Santos (1997, p.19), baseando-se em Burton (1992), define uma infecção hospitalar como “qualquer processo infeccioso que se manifesta quando da permanência do paciente no hospital ou que pode ser relacionada à hospitalização”.

Veronesi (1991) e Couto et al (1997) apontam alguns critérios eleitos mundialmente para a classificação das infecções hospitalares. São aquelas que se manifestam após 72 horas de internação do cliente; no caso de queimados e neonatos com infecções não-congênicas, que sofram técnicas interventivas e manipulatórias potencialmente causadoras de infecção são consideradas infecções hospitalares aquelas que se manifestarem após 6 horas da internação.

2.1 Uma Perspectiva Histórica das Infecções Hospitalares

O termo infecção hospitalar, também conhecido como infecção nosocomial, tem sua origem nas palavras gregas *nosos* que significa doença, e *komeion* cujo significado é tomar cuidado (Oliveira et al, 1998). Por volta do ano 325 d.C., no Concílio de Nicéia, os bispos foram instruídos pelo então imperador Constantino a construírem instituições que se denominavam “xenodecheion”. A administração destes locais ficava ao encargo das diaconisas que contavam com as visitas diárias das viúvas católicas para desempenharem o cuidado aos enfermos. A manutenção destes locais era feita com recursos próprios da igreja e doações de católicos ricos (Donahue, 1993).

O “xenodecheion” fundado por Basílio no ano 370 d.C. em Cesárea, denominado Basília, era considerado uma pequena cidade, pois as pessoas ali

internadas e com condições de trabalhar exerciam atividades produtivas em ferrarias, sapatarias, horta, cozinha, dentre outros. Nesse local, eram realizados serviços de prevenção, tratamento e serviço social, com a participação de médicos, estudantes de medicina e pessoas que realizavam o trabalho hoje executado por enfermeiras. Nesse “xenodecheion”, havia: um orfanato; um local para hospedar forasteiros; um asilo para lactentes e crianças; **um edifício para anciãos, leprosos e pessoas com doenças infecto-contagiosas**; uma escola de artesanato, um local para enfermos e andarilhos pobres e uma ala para doentes mentais (Donahue, 1993).

Na verdade, os registros com informações mais precisas a respeito da trajetória histórica das infecções hospitalares são pouco explícitos. Sabe-se que, por volta do séc. XVIII, os doentes passaram a ser confinados, de acordo com as doenças que apresentavam. Os locais de confinamento porém, eram muito precários com relação à higiene e às condições sanitárias básicas; os enfermos compartilhavam da mesma esteira para dormir, o que favorecia a disseminação das doenças pela contaminação (Santos, 1997).

Entre o princípio do século XVII e o final do século XVIII, houve a consolidação de conhecimentos na área da ciência, destacando-se a Medicina, a Matemática e a Filosofia. Um sacerdote denominado Pierre Gassend, em meados de 1600, sugeriu uma relação entre a fermentação e a existência de doença, que mais tarde (cerca de 200 anos após) Pasteur iria confirmar (Fernandes et al, 2000).

Surgiram correntes científicas como o vitalismo e o sistematismo a fim de tentar explicar a forma como aconteciam as doenças. Foi Roger Bacon que veio introduzir o uso de lentes que ampliavam objetos, mas Leeuwenhock foi quem projetou um aparelho capaz de sustentar uma lente biconvexa, com a finalidade de visualizar fibras de tecidos utilizados em cortinas e inúmeros outros materiais. A descoberta de vida microscópica viria logo a seguir, levada pela curiosidade de

observar tudo. Dessa forma houve uma revolução em diversas correntes e conceitos científicos vigentes na época, o que iria colocar por terra a teoria dos miasmas (op cit).

No século XVIII, a ciência tornou-se o centro das atenções da humanidade, surgindo o Iluminismo, onde a imaginação e a intuição eram associadas ao estudo histórico, e onde a crença era a de que o desenvolvimento da ciência levaria o homem à civilização. Nesse período, na área da saúde, inicia-se a ênfase à área preventiva (op cit).

A revolução Industrial vem em decorrência do desenvolvimento da tecnologia, principalmente nas máquinas de tecelagem, e mudou a forma de se ver o homem, que agora precisava estar sadio para poder ser força produtiva. Houve uma evasão da zona rural, o inchamento das cidades, que não tinham infraestrutura para suportar o grande aumento populacional. Surgiram novos hospitais, que viviam superlotados, e um médico denominado John Aikin percebe que o paciente consegue recuperar-se melhor, sem complicações, se permanecer sozinho no leito no pós-operatório, e que os infectados deveriam ser mantidos em isolamento (op cit).

Os hospitais passaram a ser campo de ensino, os médicos começaram a participar na administração, cujos ambientes passaram a ser amplos, limpos e bem ventilados, sendo os enfermos dispostos em pavilhões de acordo com suas enfermidades. O preparo cirúrgico começou a ser feito em local determinado, as salas de cirurgia passaram a receber tratamento diferenciado quanto à limpeza e assepsia, sendo de uso exclusivo para esse fim. Durante o ato cirúrgico, ficou proibida a tramitação de pessoas dentro da sala, além daquelas pertencentes à equipe em atuação (Fernandes et al, 2000).

O século XIX trouxe a consolidação do capitalismo e um enorme avanço na

área tecnológica e científica, sendo que as péssimas condições dos trabalhadores das indústrias serviram de mola propulsora para o início de ações comunitárias de saúde durante todo esse século. Surge uma ciência denominada epidemiologia, em consequência de estudos realizados nas epidemias de tifo, varíola, dentre outras patologias, com a finalidade de garantir formas de controle destes surtos endêmicos. Assim, foi descoberto que a doença podia ser transmitida através de pessoas, de água e alimentos contaminados (op cit).

A autópsia passou a ser cada vez mais praticada, a fim de se descobrir a etiologia das doenças e os danos que elas seriam capazes de causar no organismo humano, ocorrendo, assim, um aprimoramento da fisiologia humana.

Também nesse século, com o surgimento da eletricidade, surgiram as estradas de ferro e a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Houve a regulamentação e consolidação de diversas disciplinas e profissões relacionadas à área da saúde, sendo que a descoberta da anestesia foi um fato de grande relevância, pois os hospitais passaram a modificar a forma de tratamento dos clientes cirúrgicos, utilizando os conhecimentos de Lister e Pasteur, contribuindo, assim, para a redução das infecções. As grandes guerras que aconteceram nesse período foram motivos de fortes impulsos na área médica, dos medicamentos e no desenvolvimento dos fios de sutura estéreis utilizados nos procedimentos médicos (op cit).

2.1.1 Personagens de relevância na história das infecções hospitalares

Alguns nomes foram surgindo durante a trajetória histórica das infecções hospitalares e merecem ser destacados pelos seus feitos e pelas dificuldades que encontraram, na sua época, como forma de reconhecimento pelo seu trabalho. Apresentaremos alguns a seguir.

Oliver Wendell Holmes (1809 – 1894), poeta, advogado e médico,

graduado em Harvard, realizou um trabalho de investigação da febre puerperal, publicado cinco anos antes de o estudo de Semmelweis ser conhecido (Donahue, 1993). Os dados mais consistentes da sua investigação referem-se a um colega que, após realizar a autópsia de uma puérpera que havia morrido por infecção puerperal, fez o parto de outras cinco gestantes, trazendo no bolso do jaleco parte das vísceras autopsiadas que enviaria posteriormente ao laboratório. Todas essas cinco gestantes atendidas desenvolveram febre puerperal. Holmes foi documentando provas e evidências que justificassem suas suspeitas sobre a contaminação das parturientes sadias. Paralelamente a isso sugeria aos seus colegas que adotassem algumas precauções ao realizarem autópsias, como: lavar as mãos e trocar as roupas após a sua realização; evitar participar ativamente das autópsias; aguardar, pelo menos, 24 horas após a realização das autópsias para entrar em contato direto com parturientes e puérperas (Rodrigues et al, 1997).

Ignaz Phillip Semmelweiss (1818 – 1865), húngaro, formado em Medicina pela Universidade de Viena, atuou como assistente de um ginecologista do Hospital geral de Viena. Esse hospital oferecia o isolamento de clientes com doenças infecciosas em áreas específicas. A Clínica Obstétrica era constituída de alas separadas para o atendimento de gestantes: uma somente para realizações de exames; outra, para partos e outra, ainda, para acomodar mãe e filho no pós-parto. Essa clínica ficava distante das destinadas a clientes com doenças infecto-contagiosas, a fim de proteger as mães e seus bebês (Rodrigues et al, 1997).

O aprendizado dos alunos dava-se em manequins apropriados; as taxas de mortalidade eram baixas. A maternidade foi dividida em duas áreas distintas, sendo que, em uma delas, o parto era realizado por parteiras e em outra, por estudantes de medicina. Semmelweiss observou que as taxas de infecção eram significativamente diferentes entre essas duas alas: aproximadamente 10% na atendida por estudantes de Medicina e 3% na das parteiras. Verificou que, na ala atendida pelos estudantes, a circulação entre as salas de autópsia e o local de

internação das pacientes era constante e irrestrita, sendo que a taxa de mortalidade, em poucos meses, subiu para 18% (op cit).

Semmelweis implementou, então, a lavagem das mãos, inicialmente com água e sabão, como medida obrigatória na saída da sala de autópsia. Como o cheiro cadavérico persistia, optou por adicionar uma substância clorada na lavagem das mãos. Essa medida reduziu, em quatro meses, o índice inicial para 1,89% de mortalidade materna. Alguns anos mais tarde, internou, na clínica, uma paciente com secreção purulenta de um câncer uterino avançado. Após essa paciente, outras doze parturientes também foram examinadas no mesmo local, pelas mesmas pessoas, sendo que, destas, onze morreram por processo infeccioso semelhante ao da paciente com câncer. Desta forma, Semmelweis concluiu que a contaminação poderia dar-se, também, de uma paciente viva para outra e não somente de cadáveres para vivos. Isso fez com que a lavagem das mãos com substância clorada fosse implementada e obrigatória antes do atendimento a qualquer paciente. Após tantos anos defendendo suas crenças, Semmelweis feriu-se durante uma cirurgia; o ferimento infectou, disseminou-se pela sua circulação sanguínea, e ele foi ao óbito em consequência da doença que combatera em toda a sua vida (Donahue, 1993; Rodrigues et al, 1997).

Florence Nightingale (1820 – 1910) viveu em uma época marcada pela Revolução Industrial e a Revolução Francesa, que afetaram profundamente o modo de viver da população. A corrente Hipocrática era dominante na área da saúde, enfocando o equilíbrio entre as condições ambientais, o modo de vida e os componentes da natureza humana (Capra, 1982). A medicina social inglesa, naquela época, visava tornar os indivíduos mais aptos para o trabalho. Com o surgimento da Lei dos Pobres, a condição de melhoria da saúde dessas pessoas ficava, desta forma, sob o controle do Estado.

Em meados do século XIX, na Inglaterra, com o advento da era microbiana, da assepsia cirúrgica, emerge o paradigma epidemiológico. Em 1854,

Florence já era conhecida pelas suas ações de cuidadora, administradora e sanitária. Na Guerra da Criméia, a fim de cuidar dos feridos e reduzir o seu alto índice de mortalidade, assumiu a superintendência do serviço, apoiada por mais trinta e oito pessoas da equipe que escolhera para levar consigo, providenciando alimentação adequada, lavanderia, troca de roupas de cama como medidas rotineiras a serem cumpridas (Almeida, 1981).

Nos vinte e um meses que esteve em Scutari, o índice de mortalidade entre os feridos reduziu de 42% para 2%. Ao retornar dessa Guerra, Florence fundou uma Escola de Enfermagem junto ao Hospital Saint Thomas e exerceu grande influência nas campanhas sanitárias de cunho preventivo, principalmente, ao educar mulheres no cuidado com os filhos e com a família. Porém, ao contrair a “febre da Criméia”, enquanto ainda atuava naquela guerra, teve um severo abalo na sua condição de saúde, o que não lhe permitiu mais atuar com o mesmo vigor físico para o resto de sua vida (Paixão, 1979).

Joseph Lister (1827 – 1912), por volta de 1867, quando atuou em Glasgow, tentou discutir com os diretores do hospital onde trabalhava a necessidade do uso de desinfetantes nas rotinas de limpeza da instituição, o que foi considerado, por eles, um luxo desnecessário. Desde estudante, já se preocupava com o índice de mortalidade por infecção em pacientes submetidos a cirurgias, principalmente nas amputações. A gangrena, naquela época, era a principal causa de morte e infecção dos pacientes cirúrgicos; o odor fétido que exalava causava péssima impressão e desgosto na população circunvizinha aos hospitais. Entretanto, o seu empenho por adoção de técnicas de desinfecção não era aceito nem por seus pares. Decidiu continuar a sua luta, ainda que sozinho, acreditando que seus métodos iriam, mais cedo ou mais tarde, comprovar a todos a sua eficácia (Mulvehill, 1997).

Lister conversou com um colega, também cirurgião, descobrindo que, na região de Carlister, utilizavam uma solução de ácido fênico, tanto no tratamento

de feridas cirúrgicas como na rede de esgotos que espalhava o mau cheiro pela cidade. Resolveu tratar os pacientes que cirurgiava com essa mesma solução, ocluindo as feridas com curativo embebido em solução de ácido fênico. Embora o primeiro doente no qual realizou essa experiência tenha ido a óbito, o sucesso, nos demais, o animou, trazendo-lhe crédito na comunidade científica (op cit).

Então, renovado em suas expectativas, começou a propor procedimentos no hospital em que atuava, como o uso de roupas previamente fervidas, a lavagem das mãos antes e após o procedimento cirúrgico, o uso de linhas e agulhas esterilizadas e o aspergir de ácido fênico diluído em água em salas de cirurgia. Após algum tempo, foi para a Alemanha trabalhar em Edimburgo, encontrando apoio em um jovem cirurgião que, em suas cirurgias de abdome, utilizava esponjas encharcadas com ácido muriático, obtendo sucesso na prevenção das infecções pós-operatórias (op cit).

Já em 1874, uma grande amizade surge entre Lister e Pasteur, mantendo-se, por longos anos, através de experiências comunicadas em longas cartas que se trocavam. Por volta de 1878, com a descoberta feita por Robert Koch de que a causa das infecções eram as bactérias, denominando-as de *staphylococcus* e *streptococcus*, ocorre, então, no meio científico, o reconhecimento da batalha de Lister e a sua consagração (op cit).

No ano de 1889, no hospital americano John Hopkins, Halstead, um cirurgião adota o uso de luvas durante as cirurgias. Comprova-se, em 1910, que o calor pode matar as bactérias; com isso, rapidamente se desenvolvem processos de esterilização para materiais e vestimentas cirúrgicas (Santos, 1997).

2.2 O novo século e novos adventos na área da infecção hospitalar

O surgimento de medicamentos capazes de destruir as bactérias, como a

Sulfa em 1935 e a Penicilina em 1940, suscita uma solução aparentemente definitiva para o problema das infecções. Porém, uma década mais tarde, a primeira cepa resistente de staphilococcus aos medicamentos manifesta-se. O Center of Disease Control (CDC), em Atlanta, cria, então, uma equipe especial responsável pela investigação dessa ocorrência alarmante (Couto et al, 1997).

Nos anos de 1958 e 1963, realizam-se conferências nos Estados Unidos a fim de discutirem problemas que relacionavam a tecnologia às infecções oportunistas, e os métodos de investigação epidemiológica sobre as infecções hospitalares, respectivamente (Couto et al, 1997).

Em 1968, a Associação Americana de Hospitais, diante do aumento das infecções hospitalares, confecciona e distribui um manual sobre a temática para subsidiar pessoas que trabalhavam nas instituições e a outras que se interessassem pelo tema. Nessa mesma ocasião, o CDC demonstra a ineficácia em esperar que a informação dos casos de infecções hospitalares, por médicos e enfermeiras, nos hospitais, se desse voluntariamente. Apoiado na experiência inglesa, o CDC determina instituir, nos hospitais americanos, a designação de uma enfermeira de infecção hospitalar para cada 250 leitos e, nesse mesmo ano, é o responsável por formar a primeira turma de enfermeiras americanas qualificadas para atuarem nessa função (Couto et al, 1997).

A primeira Conferência Internacional sobre Infecções Hospitalares, ocorrida em 1970, tinha por finalidade discutir a realização de vigilâncias epidemiológicas sobre IHS, sendo que, menos de 10% dos hospitais americanos tinham uma enfermeira exclusiva para cuidar de casos de IH. Em virtude disso, o CDC, unido à Associação Americana de Hospitais, determina a obrigatoriedade da implantação, em todos os hospitais, de um sistema de vigilância epidemiológica. Assim, aumenta o número de enfermeiras atuando exclusivamente no controle da IH e algumas técnicas de antissepsia, já consideradas retrógradas, passam a ser abolidas (Couto et al, 1997).

Em 1972, é criada a Associação de Profissionais de Controle de Infecção e Epidemiologia nos EUA. O National Nosocomial Infection Surveillance System (NNISS) é o programa pioneiro criado pelo CDC, para ser aplicado nos hospitais americanos, a fim de obter uma visão da ocorrência de IHS. Até recentemente, esse era o único sistema utilizado internacionalmente, porém, com o desenvolvimento tecnológico, cada país começou a adaptar esse programa para sua realidade ou criar seu próprio sistema informatizado; o NNISS, entretanto, não foi ainda completamente abolido. Devido ao alto custo do sistema preventivo e os constantes questionamentos por parte de administradores hospitalares, o CDC aplica um instrumento de validação para seus métodos, justificando os gastos com a prevenção da IH. Esse trabalho, realizado pelo CDC, ocorreu entre 1974 a 1983, e seus resultados não deixaram a menor dúvida quanto à necessidade de prevenção (Couto et al, 1997).

A Society of Hospital Epidemiologists of America é criada em 1980; nesse mesmo ano, é realizada a II Conferência Internacional de Infecções Hospitalares. Nessa oportunidade, é possível perceber um nítido avanço das medidas tomadas no serviço americano de prevenção e controle de IHS (op cit).

A III Conferência Internacional de Infecções Hospitalares acontece em 1990, tendo como principal assunto o MRSA (*Staphylococcus aureus* metilicina resistente), juntamente com os cuidados aos clientes submetidos a métodos invasivos. Dessa forma, o papel do profissional atuante nas CCIHs assume outra identidade e novas dimensões (Couto et al, 1997). Essa conferência aborda a questão das infecções endógenas (provocadas por germes patogênicos do próprio hospedeiro), em que as condições dos próprios clientes têm grande influência sobre as IHS. Já as infecções exógenas são causadas por patógenos oportunistas, existentes na flora hospitalar, que, tendo pouco poder invasivo, penetram no hospedeiro quando este é submetido a procedimentos de média e alta complexidade, ou exposto de alguma outra forma. O sistema de vigilância epidemiológica institucional é, nesse evento, discutido e redefinido. A infecção

hospitalar passa a ser vista como um indicador da qualidade dos serviços prestados nos hospitais pela equipe multidisciplinar. O enfoque volta-se fortemente para o caráter preventivo a fim de evitar danos à saúde daqueles que buscam assistência nas instituições (Santos, 1997; Couto et al, 1997).

Em concordância com Santos (1997), passado um século e meio da descoberta de Semmelweis sobre a importância da lavagem das mãos na prevenção das IHS, esta problemática, hoje, persiste ainda, com um alto custo econômico e humano. Para essa autora, é fundamental que os profissionais atuantes nas CCIHs tenham conhecimento atualizado: noções fundamentais de microbiologia, das formas de contágio, das vias de contaminação e da importância de medidas preventivas de infecções hospitalares. O hospital tem sido, na atualidade, um local onde os indivíduos vão à procura da cura, entretanto, podem ainda adoecer mais. Santos (1997) refere que as infecções cruzadas são as maiores responsáveis por essa piora dos clientes e, em concordância com Postgatte (1992), afirma que a ocorrência desse tipo de infecção pode-se dar em decorrência de imperícia³ ou imprudência⁴, por várias formas de transmissão: entre os indivíduos (equipe médica/de enfermagem X cliente, e vice-versa), através das mãos das pessoas, da inalação, da ingestão ou de picadas na pele, porém estas três últimas consideradas como formas indiretas de contágio.

É interessante o que Santos (1997), ao referir Brock et al (1994), aponta como "Perigo dos Hospitais": a baixa imunidade dos pacientes em virtude de suas doenças; a existência de pacientes com doenças infecto-contagiosas; a superlotação de quartos e enfermarias (infecção cruzada); circulação de pessoas; procedimentos invasivos a que são submetidos os pacientes; berçários com

3 Imperícia: incapacidade, incompetência, inexperiência ou inaptidão para realizar uma técnica ou feito relacionado a atos humanos.

4 Imprudência: falta de prudência, inconsideração, inadvertência ou precipitação em realizar algum ato ou tarefa.

pacientes suscetíveis pelo sistema imunológico pouco desenvolvido; práticas cirúrgicas que favorecem o stress, reduzindo a resistência dos indivíduos; grande carga de drogas imunopressoras; uso indiscriminado de antimicrobianos com o aumento da resistência dos microorganismos.

Santos, ainda, cita um estudo de Ponce-de-Leon (1991), no qual o autor denuncia que, apesar da elevação dos índices de IH nos países em desenvolvimento (cujas taxas de infecção hospitalar oscilam entre 15% a 25%) e do conseqüente aumento de custos, a IH não é reconhecida como um problema de âmbito de Saúde Pública. Para Ponce-de-Leon, não haverá meios de solucionar os problemas relacionados à IH, se as autoridades governamentais não se comprometerem com a melhoria dos cuidados hospitalares; se o pessoal médico não for ensinado da importância em controlar as IHS; e sem a conscientização da população. Este mesmo autor indica três pontos básicos que devem ser delineados em nível mundial:

1º) a Organização Mundial da Saúde (OMS) deve lançar um programa mundial sobre IHS;

2º) as Escolas de Enfermagem e Medicina devem oferecer cursos de prevenção e controle de IH;

3º) os organismos internacionais devem apoiar a pesquisa e o treinamento, nos países em desenvolvimento, sobre IHS, de acordo com as suas realidades.

2.3 A infecção Hospitalar no Brasil

No Brasil, o tema infecção hospitalar (IH) foi abordado muito discretamente, em 1983, pelo Governo Federal, com a Portaria 196/1983. A partir de então, tornava-se obrigatória a existência de Comissões de Controle de

Infecções Hospitalares (CCIHs) em todas as instituições hospitalares, com atribuições a serem cumpridas, tais como: vigilância epidemiológica, coleta passiva de dados, notificações, treinamentos em serviço, elaboração de normas e técnicas de isolamento dos pacientes, controle do uso de antimicrobianos, normas seletivas para o uso de germicidas e o preenchimento de relatórios (Couto et al, 1997).

Essas especificações burocráticas circulavam, no âmbito administrativo das instituições e em pouquíssimos hospitais. Não havia esquema de fiscalização por parte do Governo, que pressionasse os administradores a cumprirem a referida Portaria.

Em 1985, após o Presidente Tancredo Neves ser acometido de IH, indo ao óbito, iniciou-se uma mobilização sócio-política, principalmente, devido ao impacto que a perda desta figura histórica causou em toda a sociedade brasileira (Rodrigues et al, 1998). Em 1987, foi criada a Comissão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, com representantes em vários Estados. No ano seguinte, entra em vigor a Portaria 232/88 de criação do Plano Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, transformado em Divisão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar em 1990. Consta nos registros do Ministério da Saúde que, nos últimos 10 anos, 14 mil profissionais receberam o treinamento sobre IH, ministrado por monitores em todo o país. Apesar dos esforços do Ministério da Saúde, até 1997, havia-se constatado que somente 10% dos hospitais brasileiros criaram Comissões de Controle de Infecção Hospitalar de ação efetiva (Couto et al, 1997).

A Portaria 930/92 revoga a 232/88 e institui o Plano de Controle de Infecção (CIH), com um conjunto de ações sistemáticas que objetivam reduzir as taxas de infecção hospitalar. Essa Portaria especifica, dentre outras medidas, a formação de Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) como órgão subordinado às Comissões de Controle de Infecção e executor das diretrizes determinadas por estas. Da mesma forma, determina que o SCIH deve ter área

física específica, com infra-estrutura básica para sua implantação. Determina, ainda, que, para cada 250 leitos hospitalares deve haver: uma secretária executiva (com dedicação exclusiva - DE) contratada por 40 horas semanais; um médico infectologista ou com especialização e conhecimentos de Epidemiologia, contratado por 20 horas semanais com DE; uma enfermeira contratada para 36 horas semanais com DE. Em seus anexos, apresenta critérios detalhados a respeito de potenciais de infecção cirúrgica, vigilância epidemiológica, forma de relatórios e registros, dentre outros (Couto et al, 1997).

No ano de 1994, o Ministério da Saúde, junto aos hospitais do SUS, constatou que a taxa de IH girava em torno de 13%. Entretanto, o próprio Ministério questionou este índice devido à subnotificação das amostras recebidas (em torno de 50%), o que, na visão estatística, praticamente invalidava o estudo (op cit).

Gontijo Jr., da Universidade Federal de Minas Gerais, em 1995, realizou um estudo para avaliar a atuação das CCIHs no estado de Minas Gerais, concluindo que (Santos, 1997):

- todos os hospitais possuíam CCIHs;
- as horas dos profissionais contratados (médicos e enfermeiras) giravam em torno de 2 horas semanais/DE;
- os médicos e enfermeiras participavam pouquíssimo (19% e 26%, respectivamente) dos cursos ministrados pelo Ministério;
- a maior deficiência nesta área é a técnica, estando diretamente relacionada com a qualificação dos seus profissionais;
- somente três CCIHs planejavam suas atividades;

- só 8% dos hospitais tinham programas educativos;
- 21% das CCIHs relatavam as suas atividades.

Em 1995, a Sociedade Mineira de Controle de Infecção Hospitalar, baseada no estudo de Gontijo Jr., criou o curso de Pós-Graduação Latu Sensu em Enfermagem Epidemiológica, desenvolvido na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, a fim de instrumentalizar e qualificar pessoal tecnicamente, para atuar multiplicando conhecimentos.

Embora nem todas as ações determinadas pela Portaria 930/92 tenham sido implementadas no Brasil, gradativamente vem se desenvolvendo o conhecimento sobre as infecções hospitalares. Em algumas regiões, onde o nível de desenvolvimento sócio-econômico é maior, os avanços são proporcionalmente maiores que em outras, menos desenvolvidas.

Em anos passados, casos como os da Clínica de Hemodiálise em Caruaru em Pernambuco, no ano de 1996, com a morte de cinquenta e três vítimas de IH e o da Clínica Santa Genoveva, na cidade do Rio de Janeiro, onde cento e um idosos foram ao óbito pelo mesmo motivo, deixam nossa sociedade perplexa. Em dezembro de 1999, também na cidade do Rio de Janeiro, no Hospital Maternidade Osvaldo Nazareth, cinco neonatos internados no berçário morreram devido à infecção de causa desconhecida, e outros nove permaneceram por um longo período em estado grave. Tal acontecimento sensibilizou a opinião pública e trouxe à tona o fantasma da infecção hospitalar.

Todos estes fatos vêm em concordância com Santos (1997) que confirma:

“... crianças e pacientes idosos geralmente têm baixo nível de imunidade, em relação a outros pacientes, sendo, assim, vulneráveis às infecções.” (p.70)

Em 06 de Janeiro de 1997, após seis anos em tramitação no Congresso Nacional, a Lei nº 9.431 (anexo A) foi criada para revogar a Portaria 930/92 e delinear novos horizontes em relação à Infecção Hospitalar. A vigência de uma Lei desta magnitude, porém sem medidas governamentais de fiscalização, pode tornar-se, de certa forma, apenas a oficialização de um trâmite burocrático, sem aplicação real na prática.

A seguir, apresento o capítulo enfocando o dilema ético frente à necessidade de revelar o diagnóstico de infecção hospitalar.

3 O DILEMA ÉTICO FRENTE À NECESSIDADE DE REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A enfermagem está íntima e reciprocamente relacionada com a sociedade na medida em que tem compromisso de assistir os indivíduos que a constituem, independente do seu tipo de enfermidade, de classe social, faixa etária, dentre outros. A sociedade, por sua vez, reconhece-nos como profissionais e espera que nossa atuação seja responsável, ética e esteja de acordo com os seus preceitos legais e normativos.

Venho percebendo que os trabalhadores de enfermagem, de modo crescente, vêm manifestando interesse pelas questões éticas, até pelo impulso tecnológico, que apresenta diferentes desafios e conflitos, frente aos avanços relacionados a questões referentes à vida e à morte, avanços esses que causam implicações na assistência de enfermagem. Questionamentos e (re)definições acerca dos papéis da enfermagem vêm ocorrendo, com ênfase crescente em propostas de cuidado humanizado, o que deixa a enfermeira com uma importante função no processo de tomada de decisões éticas relativas à assistência aos clientes. Ter consciência ética nesta nova Enfermagem é assumir a responsabilidade de ajudar os clientes na verbalização das suas preocupações morais, e estar ciente dos aspectos éticos implicados nesta situação (Brunner, Suddarth, 1992).

De acordo com Brunner, Suddarth (1992), poderão surgir alguns dilemas éticos em enfermeiras que atuam na área médico-cirúrgica, e estes podem ser

numerosos e diversificados. Para que se tenha condições de refletir acerca dos dilemas vivenciados, é preciso ter um certo conhecimento na área da filosofia, a fim de poder tomar atitudes e ações na realidade prática.

Ao manifestar, no exercício profissional, meu interesse e compromisso com o outro, demonstro minha opção por uma assistência humanizada, o que prevê e requer a tomada de consciência dos possíveis dilemas éticos presentes nessa relação. Nesta proposta de relação humanizada, as informações a serem transmitidas aos clientes e deles recebidas são fundamentais.

Assim, o cliente ter conhecimento de que é portador de uma infecção hospitalar significa, a meu ver, o reconhecimento da sua humanidade, da sua condição de um ser que tem o direito de conhecer o que está acontecendo consigo, não só sobre os problemas e dificuldades, mas também sobre os cuidados e a terapêutica adotada.

No entanto, tenho vivenciado o cuidado de clientes com o diagnóstico de infecção hospitalar, que desconhecem esse processo por eles vivido, não parecem compreender por que são isolados dos outros, ou por que, diferentemente de seus colegas de enfermagem, são atendidos por outras enfermeiras, pertencentes ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Tenho experienciado situações reconhecidas como delicadas e desconfortáveis, nas quais tenho dúvidas e insegurança quanto à atitude a tomar: revelar, ao cliente, o seu diagnóstico de infecção hospitalar e enfrentar o desafio de precisar expor-me, argumentativamente, aos possíveis questionamentos dele e de sua família, para muitos dos quais posso estar despreparada e insegura? Ou não revelar o diagnóstico e silenciar, optando por não enfrentar o desconhecimento do cliente, sabendo, entretanto, que esta estratégia de “fuga” significa o enfrentamento de uma situação de desconforto, comigo mesma, frente

ao que entendo como o meu dever e compromisso numa relação que pretendo humanizada?

De qualquer modo, preciso encontrar uma alternativa para assumir esta situação; mas qual? Como ser ética diante de um dilema de tamanha magnitude? Como ser ética comigo, sem deixar de ser com o cliente? Como ser ética com o cliente, sem deixar de sê-lo comigo? Por outro lado, compreendo o reconhecimento deste dilema como uma condição fundamental e necessária para a minha constituição como ser ético, que percebe os conflitos na sua realidade; que, autonomamente, assume o desafio de enfrentá-los, procurando uma aproximação com os seus valores e pelos quais acredita necessário problematizar as situações vividas.

3.1 O dilema, a moral e a ética

Bueno (1973, p. 436) define dilema como “situação embaraçosa com duas saídas difíceis” e conflito como “oposição vivida pelo indivíduo entre os seus impulsos e as interdições sociais” (p. 337). Já para Brunner e Suddarth (1992, p. 48), o dilema “pode ser um problema moral. Num dilema, há um claro conflito de dois ou mais princípios morais, ou de afirmações morais contrárias. A escolha de uma ação e não de outra pode levar a um resultado final desagradável, tendo o indivíduo de escolher o menor dos males”.

Assim, ao vivenciar o dilema ético, o enfermeiro experiencia uma “situação conflituosa”, o que constitui um “sofrimento moral” (Brunner e Suddarth, 1992), pois o profissional sabe qual é a atitude e a ação correta, porém restrições institucionais o impedem de colocá-las em execução, pois poderá ser punido, e até demitido, caso revele a informação sem a concordância do médico e/ou dos familiares do cliente.

O “ser ético”, para Cohen, Segre (1995, p. 13), é aquele que “tem a capacidade de percepção dos conflitos entre o que o coração diz e o que a cabeça pensa, posicionando-se ora pela razão, ora pela emoção, dependendo do momento e da situação”. Reconhecem que o homem é um ser ambíguo por natureza; é um ser social, regido por normas, mas, também, é um ser natural, regido por leis naturais. Ao nascer, sem ter consciência do contexto que me cercava, conceitos iam sendo moldados em minha mente e corpo, à medida que ia me desenvolvendo. Dessa forma, os significados que cada um de nós dá à ética e à moral são construídos e introjetados de acordo com a nossa trajetória de vida e as experiências usufruídas no seu decorrer.

Para Cohen, Segre (1995, p. 15-16), a partir de Barton, (1994), moral pode ser definida como “um sistema de valores, do qual resultam normas que são consideradas corretas por uma determinada sociedade”. Ainda, a sociedade, o superego, o juiz de direito, dentre outros, impõem-me direitos e deveres, o que tenho que fazer e o que devo fazer. Na verdade, o superego age como meu “juiz interno”, consolidando-se durante o meu desenvolvimento, à medida que meus pais me proíbem ou exigem determinadas ações e atitudes consideradas pertinentes e adequadas para o convívio em sociedade. A moral pressupõe três características: “seus valores são impostos, não são passíveis de julgamento e a desobediência de regras pressupõe um castigo” (Cohen, Segre, 1995, p. 16).

A palavra ética provém da cultura grega, do termo *ethos*, significando “conduta ou modo de ser e comportar-se ou conduzir-se” (Gelain, 1991, p.25). Já Cohen, Segre (1995) percebem a ética vinculada à percepção dos conflitos da vida cotidiana; à autonomia, com a possibilidade de, livremente, poder posicionar-se entre a emoção e a razão; e à coerência. Assim, a ética provém da internalidade do indivíduo, sendo por ele apreendida: “a moral é imposta, a ética é percebida” (Cohen, Segre, 1995, p. 16).

Para que ocorra a consciência ética, a enfermeira precisa ter uma certa

maturidade emocional, já que o grau de maturidade é diretamente proporcional ao seu entendimento da ética, sendo, então, capaz de enfrentar as frustrações que poderão advir em decorrência das suas ações, estando em condições de evoluir e desenvolver-se (Cohen, Segre, 1995).

Ao me deparar com a problemática da infecção hospitalar, diante de um cliente com este diagnóstico, percebo conflitos, mas nem sempre sou coerente no seu enfrentamento. Quando tolho o direito de um cliente saber a verdade sobre o seu diagnóstico, sobre o que está acontecendo consigo, estou optando por escolhas que ferem a proposta de uma relação humanizada no exercício da enfermagem. Embora saiba que o nosso Código de Ética prevê as responsabilidades e deveres diante dos clientes, nem sempre sou capaz de optar por uma postura ética adequada nas informações que lhes presto. Então, é preciso que eu resgate a capacidade de reflexão diante de meus dilemas e conflitos, na busca de uma maturidade profissional, pessoal e emocional, condizente com a assistência que pretendo prestar à comunidade.

Gelain (1995) apresenta os três modelos vivenciados na enfermagem em relação à ética: o tradicional-legalista, normativo e objetivo, que considera a ética como “o conjunto de normas que regem os atos humanos” (1995, p.10), aproximando-se do modelo Legitimador (Andery apud Gelain, 1995), validando e aceitando, moralmente, aquilo que é praticado; o existencial-renovado, que considera como ético ou antiético o que prejudica a pessoa. Esta modalidade, Andery (1988) designa de Ética Idealizante. Segundo Gelain, é nesta modalidade de Ética que se encontram os Códigos de Ética, com grandes e relevantes princípios, porém, nem sempre práticos. Já o modelo Social-Problematizador, em que o ético e o antiético envolvem a conscientização em busca da cidadania, engloba o conceito de estética, a fim de recuperar valores humanos do vivido no cotidiano, em supremacia ao racional e ao ter. Gelain (1995, p. 14-5) afirma que:

“... o modelo ou os modelos éticos não salientam mais a visão

apenas normativa, legalista. Não aceitam mais, também, a preocupação personalista isolada, embora seja importante (...) A forte tendência parece ser o Modelo Solidário Problematizador, com busca da cidadania. Dentro deste esforço salienta-se a responsabilidade conscientizadora como questão ética”.

Como manifestação do modelo de ética social-problematizadora, diariamente, em meu cotidiano assistencial, percebo diversas situações que me levam a questionamentos, emergindo assim, os conflitos e os dilemas. É imprescindível a reflexão, preferentemente sócio-individual, sobre as situações vivenciadas, para poder apreendê-las com maior clareza, fortalecer-me e, assim, ser capaz de fazer escolhas éticas.

3.2 A opção pela ética em busca da estética na enfermagem

Lunardi (1999, p. 21) reconhece que:

“... são muitas as situações de conflito enfrentadas pelas enfermeiras, especialmente no que se refere a como tem se dado a assistência de saúde aos clientes, de um modo geral, que podem lhes trazer sentimentos de desconforto, mal-estar, angústia e sofrimento”.

Esta citação reflete situações vivenciadas por muitas enfermeiras na relação com clientes com infecção hospitalar e os sentimentos decorrentes dessa relação diante da consciência do dever de prestar uma assistência qualificada, respeitando os direitos do cidadão, principalmente na abordagem do seu diagnóstico, já que é seu direito conhecer o que está vivenciando. A necessidade de revelar o diagnóstico de infecção hospitalar e o modo como me percebo, sujeita a uma conduta, muitas vezes contrária a minha vontade, mas aparentemente determinada por normas, nem sempre explícitas, parece ser um dos principais conflitos ou dilemas que emergem nessa relação. Há muitas situações em que acredito estar fazendo o melhor pelo cliente, de modo paternalista, sem, no entanto, considerar ou me questionar a respeito do que ele

acredita que seja o melhor para si. Para Brunner e Suddarth (1992, p. 50),

“Informar aos pacientes quanto aos seus diagnósticos tem sido historicamente identificado como uma situação moral na prática da Enfermagem. Frequentemente os médicos e familiares do paciente omitem informações por receio de um sofrimento adicional para ele, justificando assim, sua decisão pelo princípio de paternalismo. Os paciente frequentemente têm consciência de seu diagnóstico, sendo suas perguntas específicas indicações de que eles estão prontos para receber a informação. No entanto, comentários evasivos por parte do pessoal da Enfermagem são frequentemente utilizados como meio de manter as relações de trabalho com outros profissionais de saúde. Esta área é efetivamente complexa, pois coloca em xeque a integridade do enfermeiro”.

A informação do diagnóstico de infecção hospitalar ao cliente deve ser dada, preferencialmente pelo seu médico responsável, junto da enfermeira, a fim de que ela possa analisar a capacidade de entendimento do cliente, esclarecer as dúvidas referentes as terminologias científicas, bem como avaliar as suas respostas dadas com relação à informação recebida. Do ponto de vista moral, os clientes devem ser informados do seu diagnóstico. Ao fazer uma avaliação da situação, a enfermeira tem condições de perceber as diferentes perspectivas dos valores e das crenças do cliente, devendo separá-las de seus próprios valores (Brunner, Suddarth, 1992).

Gauderer (1998) afirma que:

“... na cultura democrática, a informação é a base do poder. Quanto mais e mais bem informado o indivíduo, mais valorizado será, pois pode tomar as decisões mais adequadas, podendo ser escolhido para o exercício do poder. A informação é a base da autonomia da independência, do conhecimento e da cultura”.(p. 11) “O paciente brasileiro tem o direito de saber tudo sobre a sua saúde e o seu corpo. (...) O comportamento de se cuidar através da educação é uma responsabilidade individual, mas também coletiva e social...” (p.12).

O reconhecimento do cliente como um ser autônomo e livre para expressar e ter respeitados os seus valores, suas crenças, suas escolhas e a construção de um espaço horizontalizado para realizar trocas e interagir com a enfermeira que o cuida e os demais membros da equipe multiprofissional, constituem a base de uma assistência que pretende ser humanizada.

Em relação à ética na medicina e, conseqüentemente, à enfermagem como parte de uma equipe de saúde multidisciplinar, Berlinguer (1996, p. 60) afirma que a medicina foi a primeira profissão que nasceu com um Corpo Doutrinai e um Código de Ética que antecipavam conceitos como os da não-maleficência e da autonomia do doente: "... o princípio da autonomia afirma que todo indivíduo tem capacidade e direitos próprios e, portanto, não pode ser usado ou manipulado por outros" (p.60). Destaca, ainda, que, "nos últimos decênios, porém, produziu-se uma separação cada vez maior entre a ética declarada e a prática cotidiana" (p. 61). No dia-a-dia, as relações dos profissionais de saúde, com os clientes e a sociedade, estão fundamentadas em um sistema em que a autonomia parece ter dado lugar a uma espécie de paternalismo com tendências autoritárias:

"mais que o risco de que o corpo e a dignidade humana se vejam inteiramente submetidos ao poder da ciência e da técnica, vejo mais uma mudança de condições morais. O paciente, que no processo saúde/doença deve ser considerado sujeito ético, pelo menos tanto quanto o médico, corre o risco de ser relegado á posição passiva e subalterna. (...) Mas certamente o doente, mais do que ser objeto de conhecimentos gerais e particulares, é também um sujeito, que como tal, não pode ser predeterminado por outros" (Berlinguer, 1996, p. 62-3).

Berlinguer destaca aspectos éticos relevantes a serem refletidos, considerados e respeitados na relação que se estabelece entre os indivíduos, no processo saúde/doença. Exprime o que tenho vivenciado na prática assistencial cotidiana, quando me permito refletir e questionar a minha conduta e a daqueles que também fazem parte do meu universo da assistência, na busca, se necessário, de um outro fazer e de uma outra estética para a minha existência e a

da profissão.

Ainda, para Fortes (1998, p.59), a “informação é a base da fundamentação das decisões autônomas dos pacientes, necessária para que estes possam consentir as medidas e procedimentos de saúde a ele propostos, ou recusar-se aos mesmos. A informação gerada nas relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes constitui direito moral e legal destes últimos”.

Entendo que para ser capaz de concretizar a humanização da assistência de enfermagem que presto aos clientes, principalmente àqueles acometidos por infecção hospitalar, é fundamental refletir e me conscientizar da necessidade de os respeitar como indivíduos, autônomos e livres e, por isso, com direito de serem esclarecidos sobre o que se passa com eles, de modo a poderem posicionar-se e fazer escolhas a respeito da própria vida.

Dando continuidade, trago o capítulo do referencial teórico-metodológico utilizado, suas fundamentações e conceitos.

4 MARCO CONCEITUAL

4.1 A Teoria Humanística de Paterson e Zderad

Os dados da Teoria Humanística, a seguir apresentados, foram retirados do livro *Enfermagem Humanística*, de autoria de Josephine Paterson e Loretta Zderad, editado no México em 1979, traduzido por Geraldina Herrera. Leopardi (1999) e George (1993) também serviram de referência para melhor compreensão dos fundamentos da Teoria Humanística e do processo de Enfermagem proposto por Paterson e Zderad.

Josephine Paterson é especialista em Enfermagem Clínica na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, com mestrado em Saúde Pública e doutora em Ciências da Enfermagem.

Loretta Zderad é mestre em Ciências e doutora em Filosofia. Ambas trabalhavam juntas no Northport Veterans Administration Medical Center, em New York. Lá, participaram da formação do primeiro grupo composto por dez enfermeiras, de acordo com a solicitação de Marguerite Burt, então Chefe de Enfermagem, com a finalidade de realizarem um curso para humanizar o serviço de Enfermagem oferecido na instituição.

O curso denominava-se Enfermagem humanística e o grupo inicial formou-se em 1972; as enfermeiras encontravam-se semanalmente, durante um dia, com o objetivo de repensar sua prática cotidiana e suas relações interpessoais com os

clientes. O tempo de duração de cada grupo era, em média, de seis a nove meses e, nos grupos subseqüentes ao primeiro, participaram enfermeiras de outras cidades e instituições americanas.

No total, cinqüenta e três enfermeiras realizaram esse curso, quando relataram suas experiências e refletiram a realidade concreta vivenciada em seus cotidianos assistenciais. Paterson e Zderad relataram e avaliaram o processo vivenciado, comparando a realidade teórica e abstrata que perceberam nessas vivências.

A Teoria Humanística originou-se do resultado final desse trabalho, culminando com a publicação de um livro, no ano de 1976, no qual as autoras descreveram o processo ocorrido na construção e elaboração dessa teoria de Enfermagem. A importância da colaboração recebida pelas participantes do curso na construção da teoria fica evidente quando Paterson e Zderad dizem:

“Na medida em que ensinávamos e trabalhávamos com os cinco grupos subseqüentes, aprendíamos, revisávamos e esclarecíamos nossos conceitos.” (1979, p. 10)

A visão humanística, pretendida pelas autoras, procurava superar as limitações da psicologia freudiana e a visão da psicologia comportamental e mecanicista, fortes correntes dominantes da época. O termo Enfermagem Humanística, originário da psicologia humanística, foi escolhido como alternativa para novos caminhos e olhares sobre a enfermagem, que sofria significativas modificações nesse período.

Ao refletirem sobre a realidade concreta vivenciada, as enfermeiras, enfocando o existencialismo, tentaram buscar, e propiciar a si mesmas, o processo do auto-conhecimento. De acordo com Paterson e Zderad, a enferma-

gem humanística requer da enfermeira um compromisso existencial, sendo a situação de enfermagem o fenômeno que propicia o envolvimento com o cliente.

Ao vivenciar genuinamente a situação de enfermagem, a enfermeira estabelece, com o cliente, a relação intersubjetiva, que servirá como mediação para a ocorrência do “diálogo vivo”. Todo este processo pode ser vivenciado por qualquer um dos sujeitos envolvidos na relação, baseado no chamado e resposta: chamado de alguém que necessita de ajuda (o cliente) e resposta de alguém tecnicamente competente para ajudar (a enfermeira).

Para Paterson e Zderad, a Enfermagem é uma profissão que participa da vida dos indivíduos em várias etapas de sua existência (do nascer ao morrer), sendo uma resposta aos males da condição humana através do processo de cuidado. Compartilhar esses momentos com os indivíduos, respeitando as singularidades de cada um, é uma forma de relacionamento autêntico que a enfermeira humanística pretende vivenciar. A busca do significado das experiências vivenciadas, a reflexão consciente e a valorização destas experiências podem ser fatores que desencadeiem o processo de desenvolvimento do potencial humano da enfermeira na busca do seu “estar melhor”.

Ao vivenciar este processo de desenvolvimento do seu potencial, a enfermeira humanista será capaz, também, de aprimorar-se no autoconhecimento, no repensar de suas crenças e valores, tornando-se mais sensível para a relação que buscará junto ao cliente. De acordo com as autoras, o significado que a enfermagem representa para as enfermeiras na sua realidade prática deu origem à Enfermagem Humanística.

As teóricas percebiam que suas motivações e pensamentos iniciais eram expandidos, na medida em que a comunicação se dava através do diálogo aberto

e honesto. Por acreditarem na possibilidade de uma prática de enfermagem humanizada a partir das experiências vivenciadas pelas enfermeiras e enfermos,

“que o homem é o produto de suas decisões e que o objetivo da enfermagem é ajudar o homem a “estar melhor” ou superar-se, o esforço da Enfermagem Humanística está dirigido a incrementar possibilidades e tomadas de decisões responsáveis. O que tal decisão de escolha implica, em primeiro lugar, é a suscetibilidade e consciência própria da situação. Uma escolha ou decisão é uma resposta à possibilidade. Portanto, a pessoa tem que conhecer primeiro, que possibilidades ou alternativas existem.” (1979, p.37)

Essa afirmação mostra o compromisso ético da enfermeira de informar ao cliente as possibilidades que ele tem para poder realizar uma escolha consciente e o respeito que deve existir em relação a sua autonomia de escolha. Nessa teoria, a enfermeira reconhece o cliente como um ser único, que está vivenciando, naquele instante, uma experiência singular de vida. Essa experiência, que pode resultar na alteração do seu estado de saúde/doença, pode modificar as suas perspectivas e a sua forma de ver o mundo, assim como desencadear sentimentos de medo, angústia, raiva, depressão, revolta, dentre outros. Identificar essas situações e valorizar as experiências do cliente é uma forma de compreender suas limitações humanas e ir em seu auxílio, visando buscar o seu potencial maior, para que, ao sublimar a situação, consiga atingir o seu “estar melhor”.

Porém, a enfermeira, para estabelecer a relação intersubjetiva com o cliente, precisa, primeiro, ser capaz de conhecer-se a si mesma, refletir sobre a sua própria existência e perceber que, através de suas experiências de vida, é capaz de superar as limitações impostas pela sua condição humana, preparando-se para um relacionamento sujeito/sujeito. Esta relação irá se estabelecer através do diálogo vivo, livre de preconceitos e autêntico. Quanto mais aberta a enfermeira estiver, mais próxima do cliente estará e mais facilmente conseguirá compartilhar, com ele, as suas experiências na situação de Enfermagem.

Na busca do “estar melhor”, a enfermeira poderá ir além da consciência da existência de sentimentos e valores, e compreender o porquê destes e como enfrentá-los eticamente. A reflexão é um processo interior que, para ser validada, requer a tomada de consciência das situações vivenciadas, sendo um exercício que, ao ser praticado sistematicamente, pode servir de instrumento eficaz na busca do autoconhecimento. Foi através da prática sistemática da reflexão que Paterson e Zderad conseguiram fundamentar a Teoria Humanística.

4.1.1 Processo de Enfermagem proposto por Paterson e Zderad

As teóricas, ao desenvolverem a Teoria Humanística na década de 70, pareciam prever a mudança de paradigmas que estava por acontecer na década seguinte. Ao proporem uma metodologia para a atuação da enfermeira humanística na situação de enfermagem vivenciada junto ao cliente, não seguiram o padrão tecnicista de conotação positivista, vigente na época do desenvolvimento dessa teoria. A opção por uma abordagem fenomenológica foi mais coerente com a psicologia do existencialismo, por isso, o processo de enfermagem proposto por Paterson e Zderad estabelece-se em etapas distintas que requerem da enfermeira um envolvimento existencial genuíno para que possa ser aplicado (George, 1993).

Esse processo de enfermagem constitui-se de cinco fases ou etapas distintas: a enfermeira preparando-se para chegar ao conhecimento; a enfermeira conhecendo o outro intuitivamente; a enfermeira conhecendo o outro cientificamente; a enfermeira sintetiza, complementando as múltiplas realidades conhecidas e a sucessão do múltiplo à unidade paradóxica como processo interno da enfermeira.

Destaco que, por necessidade didática, essas etapas serão descritas, a seguir, de forma separada, porém, estiveram, no decorrer da implementação do trabalho, articuladas entre si, como um processo contínuo:

4.1.1.1 1ª etapa: Preparando-se para chegar ao Conhecimento

Nesta etapa, a enfermeira cognitiva deve cercar-se do desconhecido, vivenciar uma luta interna, estar aberta para o mundo e preparar a mente para a busca, tendo plena consciência de seus pontos de vista e de sua visão de mundo, mas também, democraticamente, aberta para perceber os pontos de vista revelados pelos clientes. Ela deve estar aberta para o mundo que vai vivenciar, para a relação intersubjetiva com o cliente; porém, para isto acontecer, tem de livrar-se ou despir-se de seus preconceitos e prejuízos, de modo a conseguir perceber, de forma adequada, a situação que irá vivenciar.

Manter a mente aberta é um processo dinâmico e contínuo. A enfermeira só conseguirá alcançar este objetivo, se tiver vivenciado a enfermagem, anteriormente, e analisado e refletido sobre vivências diversas, comparando-as, assim, com a realidade atual.

Para Paterson e Zderad, “a vivência em artes estimula o senso crítico da enfermeira para a investigação e entendimento da natureza do homem, pois, nas suas obras literárias, os autores compartilham seus pensamentos e demonstram os modos com que os homens podem perceber-se e relacionar-se com seus mundos” (1979, p. 120).

Para George(1993), ainda, “a vivência dos acontecimentos da vida, através da literatura, do teatro e das artes enriquece a compreensão que o estudante tem das experiências humanas, como o amor, a alegria, o sofrimento e a morte. O uso de uma imaginação orientada e de outros exercícios é, também, útil no desenvolvimento da empatia, que é a capacidade de ter a experiência do outro” (p. 245).

4.1.1.2 2ª etapa: A Enfermeira conhece intuitivamente o outro

O propósito desta etapa é o conhecimento do outro, reconhecendo seu

mundo, seu ponto de vista e o modo como vive. Através deste conhecimento intuitivo, será possível “vir a ser” dentro de uma relação Eu- Tu, que é a base da Enfermagem Humanística. Há a necessidade de ver o outro com singularidade e perceber a sua presença fazendo sentir a sua, numa sincronia, respondendo ao outro, numa prova de estar realmente na relação, e não apenas aparentemente.

Esta forma de relação ente os sujeitos não pode ser imposta, deve partir de uma decisão responsável. O enfoque desta segunda etapa do processo de enfermagem é a fase transacional da enfermagem, quando as enfermeiras “estão com” os outros na situação, numa relação linear e horizontal, apesar de serem diferentes.

A enfermeira precisa ampliar a sua imaginação para permitir-se introduzir na mobilidade e no ritmo do cliente, possibilitando um conhecimento absoluto, intuitivo e único do outro.

Na investigação da enfermagem prática, o problema a resolver é o conhecimento que se tem do outro, o modo como vive e o seu mundo. Dewey apud Paterson e Zderad, afirma que:

“A intuição é uma meditação das condições e uma síntese mental que produz juízos verdadeiros, já que os padrões dominantes são a escolha inteligente, a perspectiva e a solução do problema” (1979, p.121).

Um pré-requisito para o conhecimento intuitivo é uma mente cognitiva, um “eu” capaz de distanciar-se do outro, de vê-lo com singularidade, acolhê-lo, sentir e reconhecer a sua presença. “A enfermeira cognitiva responde à singularidade do outro, não se sobrepõe a ele, mantém a sua capacidade de surpreender-se e de questionar-se continuamente” (Paterson e Zderad, 1979 p. 121).

Para George (1993), esta fase caracteriza-se por um “entrar” do cliente na situação humana, o encontro empático, o início da relação Eu-Tu, através da qual a enfermeira compreende, repentinamente, a experiência do outro” (p. 249).

4.1.1.3 3ª etapa: A Enfermeira conhece cientificamente o outro

Esta etapa propõe à enfermeira que, já conhecendo intuitivamente o outro, conceptualize essa experiência e a processe, dentro de si, expressando-se de acordo com seu potencial humano para isso. É uma etapa reflexiva, na qual a enfermeira analisa, considera a relação existente entre os múltiplos dados, sintetiza temas e interpreta a realidade que vivenciou junto ao cliente.

Este é o momento de refletir, analisar, dar nome, categorizar. Esta terceira fase é a situação de enfermagem em que a enfermeira se distancia do vivenciado, dando novos significados à experiência e reflete, expressando a sua compreensão: “Neste estado reflexivo, a enfermeira analisa e considera simbolicamente a visão da realidade vivida. O ato de comunicar uma realidade vivida no mundo da enfermagem requer autenticidade com o ser e um esforço rigoroso na escolha das palavras e das frases” (Paterson e Zderad, 1979, p. 123).

4.1.1.4 4ª etapa: A Enfermeira sintetiza e complementa as realidades conhecidas

Nesta etapa, o EU da enfermeira assume a posição de objeto do conhecimento e, através de seu próprio conhecimento, compara e sintetiza as múltiplas realidades vivenciadas, suas semelhanças, diferenças e ampliando a sua visão, interpreta-as, seleciona-as e as classifica.

As diferenças percebidas em realidades semelhantes não se contrapõem, uma não nega a outra. Cada uma pode ser verdadeira e estar presente simultaneamente. As diferenças somente podem mostrar-se visíveis a partir de diferentes significados (Paterson e Zderad, 1979):

“Este processo dialético e oscilante continua ao longo da reflexão da realidade múltipla (...) a síntese é mais que um agregado, pois permite a representação mútua e uma realidade ilumina a outra” (p.124).

4.1.1.5 5ª etapa: Sucessão do múltiplo a uma unidade paradoxal como processo interno da enfermeira

A abstração é pré-requisito para a ocorrência desta fase e a partir dessa abstração, é possível expandir o conhecimento da enfermagem. A enfermeira pode perceber-se diante de uma multiplicidade de pontos de vista que formam toda uma realidade e fazem parte de sua consciência. Dessa forma, lhe é permitido expandir o seu ponto de vista através da reflexão e da consideração dos múltiplos pontos de vista de outras realidades. Para isso, estabelece uma verdadeira luta com a comunicação de idéias diferentes e avança intuitivamente através dessas idéias, para poder alcançar um estágio de compreensão maior.

Este método proposto pelas autoras constitui-se em um meio que permite aumentar significativamente as realidades conhecidas e conceptualizadas pela enfermeira, dentro do mundo da enfermagem, fazendo uma síntese consciente, ultrapassando preconceitos e barreiras e chegando a um novo patamar do conhecimento a ser compartilhado por todos. Para Paterson e Zderad, nesta fase dá-se o impulso do conhecimento da enfermagem.

A seguir, apresento os pressupostos que nortearam esta Prática Assistencial.

4.2 Pressupostos

Os pressupostos, agora apresentados, estão embasados fundamentalmente nos de Paterson e Zderad:

“as enfermeiras abordam a enfermagem conscientes e deliberadamente como uma experiência existencial” (1979, p.19);

“cada situação de enfermagem evoca e influi reciprocamente na expressão e manifestações da capacidade destes seres humanos, para a sua existência e sua condição para ela (op cit, p. 19);

“ na enfermeira, cada situação de enfermagem implica uma responsabilidade por sua própria condição ou capacidade de ser (op cit, p. 19);

“ a enfermagem humanística é mais do que uma relação sujeito-objeto, tecnicamente competente e caritativa, guiada por uma enfermeira em benefício do outro (op cit, p. 20);

“ a enfermagem é uma relação transacional que se responsabiliza por investigar e cuja expressão demanda de conceptualização embasada na consciência existencial que a enfermeira tem de seu ser e do outro.(op cit, p.19-20)”.

Também fundamentaram este trabalho as minhas crenças, assim demonstradas:

- a infecção hospitalar é uma situação de enfermagem que ocorre em clientes, principalmente, após sofrerem procedimentos técnicos invasivos, que eleva os índices de tempo de internação hospitalar, podendo desencadear inquietações e dúvidas nos clientes e familiares;

- os enfermeiros que vivenciam situações de enfermagem junto aos clientes com infecção hospitalar enfrentam dilemas éticos, de modo explícito ou implícito, em algum determinado momento de sua prática assistencial, junto aos clientes e seus familiares;

- o processo reflexivo é fundamental para a tomada de consciência dos

dilemas e conflitos vivenciados, bem como para encontrar formas para o seu enfrentamento.

Trago, a seguir, os conceitos utilizados neste trabalho.

4.3 Conceitos

Os conceitos deste estudo foram construídos a partir de vivências pessoais e fundamentalmente embasados em Paterson e Zderad (1979) com apoio nas idéias de George (1993), Carraro (1994), Lunardi (1995), Cruz (1996), Santos (1997), Santos (1998), Oliveira (1998) e Leopardi (1999).

Enfermagem: além de ser uma relação profissional, que ocorre em uma situação de cuidado da enfermeira com o cliente e de interação entre estes sujeitos com os membros de sua família e/ou acompanhantes dos clientes, é, também, uma disciplina complexa, em que podemos articular diversas áreas do conhecimento com a pesquisa e a extensão. Os procedimentos efetuados nas situações de enfermagem estão relacionados direta ou indiretamente com o bem-estar dos clientes assistidos. A enfermagem cirúrgica abrange, além das necessidades clínicas referentes ao ato cirúrgico em si, a busca do bem-estar do cliente que foi submetido a um procedimento traumático, que lhe afeta, além da condição física, a condição existencial.

A Enfermagem, então, é uma forma de resposta humana, especializada, dada a um indivíduo em algum momento singular de sua vida; é o ato de lhe prestar cuidados diferenciados de acordo com as suas particularidades e necessidades individuais. A Enfermagem pode envolver-se com os indivíduos em qualquer etapa de sua existência, desde o nascer até o morrer. Por esse motivo, é uma forma particular de relação intersubjetiva; um diálogo que ocorre entre dois seres humanos: um necessitando de atenção e ajuda e que, por isso, exerce um

chamado; o outro, em condições de prestar a devida ajuda ou atenção, exercendo, assim, uma resposta ao chamado.

Saúde: condição humana além da ausência de doença, podendo significar o “estar melhor”, o sentir-se bem. É um modo de sentir-se capaz de dominar o seu próprio ser e tomar as decisões que considerar mais adequadas para si, dentro de suas possibilidades. É condição necessária para a sobrevivência em um mundo próprio, mas, também, capaz de sobreviver no mundo dos outros, podendo relacionar-se positivamente entre estes dois mundos.

Compreendo o processo saúde/doença como dinâmico, capaz de afetar o ser humano em qualquer etapa de sua vida, podendo levá-lo a um menor ou maior grau de dependência e de ajuda de outros para alcançar o seu bem-estar. Ultrapassa o componente biológico, abrangendo, dentre outras coisas, a expressão existencial, a necessidade de relacionar-se com outros seres. O processo saúde/doença de um indivíduo está diretamente relacionado à sua qualidade de vida e à forma como deseja viver a sua vida com qualidade.

Ser humano: ser vivo que possui um corpo físico, emocional e social e, através deste, relaciona-se com o mundo e com outros seres, num determinado tempo e espaço. Pelo seu corpo, o homem influi no mundo e é influenciado por ele, através de experiências e vivências com significados próprios.

Na relação enfermeira X cliente, há dois seres humanos distintos, interagindo em um determinado espaço físico, com visões próprias de si mesmos, sendo esses frutos de sua criação e desenvolvimento, possuindo limitações e capacidades diferenciadas. O cliente utiliza-se do seu corpo para comunicar-se com a enfermeira, através de um diálogo particular. Suas queixas, seus olhares, a forma como expõe seu corpo podem expressar os sentimentos que carrega em si.

A enfermeira é um ser humano dotado de capacidade científica voltada para o cuidado de outros seres humanos; estabelece relações em sua prática cotidiana, através da consciência e reflexão de suas experiências existenciais. Este ser humano enfermeira também, ocupa um determinado espaço no mundo, com suas concepções, agindo de acordo com as escolhas que estabelece para si no seu mundo de vivências, devendo ser respeitada no seu direito de ser “humana” com competências.

Comunidade: parte de uma sociedade mais ampla, composta por seres humanos, podendo ser desde os membros de uma família, os estudantes de uma sala de aula, os clientes e trabalhadores de uma unidade do hospital, até as pessoas de um ou vários hospitais.

Para Paterson e Zderad (1979), é a mente humana que determina onde se deve sobrepor ou traçar os limites, ou como devem relacionar-se os integrantes de uma comunidade. A enfermagem faz uso deste conceito por considerar seu universo particular mutante e evolucionista, e por sobreviver nele como força qualificada.

Na comunidade hospitalar, estão envolvidos os membros da equipe multiprofissional, dos setores administrativos, os clientes e familiares e as demais pessoas que transitam dentro do hospital. Na unidade de internação, a comunidade pode ser considerada de forma mais restrita, com a enfermeira chefiando e coordenando sua equipe, em uma relação mais próxima com os clientes e familiares, e inter-relacionando-se com os demais setores e unidades do hospital.

Na enfermagem humanística, a comunidade restrita pode ser considerada o âmbito das relações interpessoais e intersubjetivas, que ocorrem em um

determinado espaço. Abrange toda a universalidade do mundo dos dois seres no momento da sua interação.

Família: núcleo social primário, caracterizado por relações consangüíneas e/ou de afeto, através das quais o indivíduo se desenvolve e estabelece os primeiros padrões nas relações afetivas e com o mundo. Tradicionalmente, era composta pelo casal e sua prole, o que, hoje em dia, tem se modificado, devido às transformações nos hábitos de vida e padrões culturais emergentes, como o divórcio e casamentos secundários, ou à opção de algumas pessoas pela maternidade/paternidade independente.

No hospital, familiares são aquelas pessoas presentes durante o período de atendimento junto ao cliente ou durante o seu processo de recuperação. São, freqüentemente, participantes ativos nos cuidados prestados ao doente e devem ser incluídos nos programas educativos, a fim de que possam, por ocasião da alta, dar continuidade ao tratamento em nível domiciliar.

Os conceitos **infecção hospitalar** e **ética**, devido a sua relevância neste trabalho, foram merecedores de capítulos distintos, anteriormente desenvolvidos.

Apresento, então, a metodologia utilizada neste trabalho.

5 METODOLOGIA

Este trabalho de caráter qualitativo, teve sua base metodológica na pesquisa Convergente-Assistencial proposta por Paim e Trentini (1999) que é “aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social, estando esta pesquisa comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado” (p.26-27).

Esse tipo de pesquisa não se propõe a generalizações, mas a sua finalidade é a investigação da realidade vivida especificamente em uma situação, dentro de um determinado contexto vivenciado na prática assistencial. Desta forma, a reflexão de fenômenos vivenciados é parte integrante e fundamental de todo o processo.

5.1 Caracterização do campo e dos sujeitos do estudo

Para assegurar o anonimato dos participantes deste estudo, bem como da instituição em que atuam, os dados dos sujeitos e do hospital não serão apresentados na totalidade.

A instituição hospitalar está localizada numa cidade do Rio Grande do Sul, na parte sul do Estado. Este hospital é campo de prática para cursos profissionalizantes, técnicos, de graduação e pós-graduação. Possui serviços

como Tomografia Computadorizada, Ecocárdio e Ultrassonografia, Banco de Leite Humano e de Sangue, dentre outros. O atendimento aos pacientes ocorre no pronto socorro, ambulatório e unidades de internação, num total de 469 leitos.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) foi constituído há cerca de oito anos e é composto por um Médico, duas Enfermeiras e uma Secretária, todos com dedicação exclusiva (DE) ao serviço. As atividades exercidas pelo SCIH constam de vigilância epidemiológica e educação para a equipe de saúde. A vigilância epidemiológica é realizada através do método da Busca Ativa (BA), a qual se caracteriza pela busca de informações sobre o cliente durante a sua internação, mediante a manipulação de seu prontuário e rastreamento de registros que indiquem possível ocorrência de infecção hospitalar (IH), como o uso de antimicrobianos, realização de procedimentos invasivos e exames laboratoriais (principalmente as culturas).

As enfermeiras do SCIH participam ativamente das atividades de educação à equipe multiprofissional, principalmente o pessoal da enfermagem, para reduzir os índices de IH. Essas enfermeiras participam, também, de eventos promovidos pela instituição, como Semana de Prevenção Interna de Acidentes e a Semana de Enfermagem.

Nas Unidades de Internação Cirúrgica (UICs), atuam as enfermeiras assistenciais que coordenam o trabalho da equipe de saúde, administrando o setor e realizando a assistência aos clientes nos procedimentos de maior complexidade técnica. Nos clientes em isolamento nessas unidades, as enfermeiras assistenciais recebem o apoio técnico-científico das enfermeiras do SCIH na realização de procedimentos, como curativos.

Em algumas UICs, dependendo do número de leitos e características, há enfermeiras nos turnos da manhã e tarde; em outras, somente pela manhã,

ficando tais unidades nos turnos descobertos, atendidas pela supervisora de enfermagem em situações que requerem a sua atuação.

5.2 Desenvolvimento da proposta

Este trabalho se efetivou em dois momentos distintos e com diferentes características metodológicas. O primeiro momento constou da realização da Prática Assistencial. Nesse período, apliquei o processo de enfermagem proposto por Paterson e Zderad, em encontros individuais com as enfermeiras participantes do trabalho, focalizamos os possíveis dilemas éticos e sentimentos vivenciados na assistência de clientes com IH. Ao findar a Prática Assistencial, realizei um encontro coletivo com essas enfermeiras, quando procurei discutir alguns pontos comuns que haviam emergido dos dados obtidos nos encontros individuais. Após este encontro, por solicitação delas, foi entregue cópia da transcrição do encontro individual.

O segundo momento aconteceu após o retorno da Qualificação do Projeto da Dissertação, em um encontro coletivo, quando se discutiu um texto a respeito da Ética. Ao final desse encontro, as enfermeiras participantes expressaram sua vontade de desistir da continuidade do trabalho, por motivos pessoais e particulares. Então, retornei aos dados obtidos no desenvolvimento da Prática Assistencial a fim de analisá-los com maior profundidade e sob a ótica da Teoria Humanística.

A seguir, apresento os momentos distintos da realização deste trabalho.

5.2.1 Primeiro momento

Nesse período, realizei quatro encontros individuais (um com cada enfermeira), e um coletivo, com as enfermeiras participantes do trabalho. Foi realizado um contato prévio informal com seis enfermeiras para averiguar o seu

interesse em participar do trabalho. Os critérios considerados para o convite às enfermeiras foram: pertencer ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) ou de Unidades de Internação Cirúrgica (UIC) e prestar assistência a clientes com IH. Obtive o aceite informal de quatro enfermeiras, sendo duas da SCIH e duas das UICs. Então, contactei com a Chefia Geral de Enfermagem para receber as orientações a fim de formalizar, de acordo com as exigências da instituição, o aceite para a execução do Projeto.

Após, solicitei formalmente autorização para a implementação do projeto de trabalho à Comissão de Ética, enviando, também, cópia do Projeto da Prática Assistencial. Ficou, ainda, acordado com a Chefia de Enfermagem que os encontros individuais com as enfermeiras ocorreriam fora do seu local e horário de trabalho. Já o coletivo seria no local de trabalho, em horário comum a todas, com duração máxima prevista de trinta minutos. Contactei com as enfermeiras, para buscar o seu aceite formal e agendar o encontro individual em data, horário e local que melhor lhes conviesse. Todas concordaram com o uso do gravador de som durante o encontro e com a sua perspectiva de duração, inicialmente, de uma hora.

A opção por realizar encontros individuais partiu das próprias enfermeiras, pelo receio de se exporem, pois entendiam ser questões somente suas, individuais, delicadas e difícil de serem enfocadas em um espaço coletivo.

5.2.1.1 Encontros Individuais

Nestes encontros, nos primeiros momentos, eu apresentava o Projeto à participante e formalizava o seu aceite em participar do trabalho, através da assinatura do documento Consentimento Formal e Esclarecido do Participante (anexo B).

Uma questão inicial era proposta de forma a suscitar, na colega, a sua reflexão e relato de experiências vivenciadas ao prestar assistência de enfermagem a clientes com infecção hospitalar. A questão inicial era basicamente esta:

“Como tu te sentes quando vais prestar assistência de Enfermagem a um cliente com diagnóstico de infecção hospitalar e percebes que ele e/ou a família não estão cientes deste diagnóstico?”

A partir desta questão, começava a fluir uma relação de troca (Eu-Tu), baseada num diálogo franco (relação intersubjetiva) em que íamos refletindo a respeito de experiências vivenciadas e dos sentimentos emergentes, no decorrer destas vivências no nosso cotidiano prático da Enfermagem.

Procurei, na medida do possível, ouvir mais do que falar, e intervir somente nos momentos em que a conversação pudesse estar se desviando da temática inicialmente proposta. As enfermeiras expuseram uma diversidade de situações que haviam vivenciado, tanto na atualidade, como em experiências passadas. Nessas falas, era evidente a existência de conflitos cotidianos. Esse momento poderia ser caracterizado como uma situação de enfermagem na qual nos permitíamos uma relação sujeito/sujeito com a reflexão, a troca, o diálogo. Cada encontro teve uma qualidade de carácter genuíno e singular, quando se estabelecia uma relação intersubjetiva entre nós, com um sentimento empático marcante.

Os encontros duraram em média uma hora cada um. Após a sua realização, eu ouvia atentamente as fitas, transcrevendo-as literalmente, e aproveitando para fazer uma profunda reflexão a respeito daquele momento singular vivenciado. Nessa ocasião, enquanto ouvia a gravação, ia percebendo a entonação das falas, e tentava compreender, à luz da Teoria Humanística de

Paterson e Zderad, a dimensão e a magnitude dos significados nela contidos. Era um constante ir-e-vir, entre o vivenciado na prática e o descrito na Teoria. Houve ocasiões em que este exercício tornava-se exaustivo, devido à riqueza dos depoimentos e à variedade de informações neles contidas. Algumas vezes, não conseguia perceber relação com a Teoria, então, era preciso abandonar o trabalho e retornar posteriormente.

5.2.1.2 Encontro Coletivo

Este encontro demorou mais do que o previsto para se concretizar. Entendia que tentar reunir colegas que trabalham na mesma instituição, durante o seu horário de trabalho, em um turno comum, seria tarefa fácil. No entanto, as semanas fluíram rapidamente, sem que pudéssemos nos encontrar. Problemas e dificuldades alheias à vontade do grupo protelaram, muito além do desejado, a efetivação desse encontro que encerraria a Prática Assistencial. O mesmo aconteceu no dia 1º de setembro de 1999, no turno da manhã, por volta das dez horas e, ainda assim, sem a possibilidade de reunir as quatro participantes, em virtude do gozo de férias de uma delas. Ao perceber que não conseguiria reunir todas, fiz um breve contato individual com a enfermeira que entraria em férias, a fim de lhe apresentar o que seria discutido no grupo, e ouvir suas manifestações a respeito, para, posteriormente, levar ao conhecimento das demais, quando as encontrasse.

Assim, no encontro coletivo, inicialmente, resgatamos alguns aspectos do projeto da Prática, enfatizando, principalmente, os sentimentos comuns manifestados nas falas dos encontros individuais. A seguir, enfatizei, nessas falas, o que havia percebido emergir de comum no encontro individual, demonstrando, assim, que todas as participantes tinham entre si situações e sentimentos comuns expressos nas suas experiências, dentre esses, os dilemas éticos.

O grupo discutiu brevemente sobre as colocações feitas e manifestou o seu desejo de melhor entender a Ética, solicitando-me meios para viabilizar esta sua vontade comum. Foi sugerida, então, a leitura de textos, para posterior discussão; eu selecionaria leituras que pudessem servir de embasamento teórico e, em uma outra oportunidade, nos reuniríamos para discutir.

Esse encontro teve a duração de quarenta e cinco minutos, um pouco além dos trinta minutos previamente estabelecidos. Cada enfermeira solicitou que lhe entregasse cópia da transcrição do encontro individual realizado, o que foi feito posteriormente.

A característica principal desse encontro, sob a ótica da Teoria Humanística, nas relações estabelecidas no grupo, durante o encontro, foi a liberdade com que as enfermeiras puderam expressar os seus pontos de vista, através do diálogo.

5.2.2 Segundo Momento

O segundo momento deste trabalho foi iniciado, cronologicamente, após o retorno da qualificação do Projeto de Dissertação, no final do mês de novembro de 1999. Contactei as enfermeiras para marcarmos novos encontros individuais, de modo a dar continuidade ao trabalho interrompido em setembro de 1999.

Ao procurá-las individualmente, no mês de dezembro, constatei que todas optaram por realizar encontros coletivos, para que pudessem se fortalecer como grupo. Porém, nesse mês, devido às atividades pessoais e profissionais de cada participante, nenhuma data foi encontrada para que pudessemos nos reunir. Nos meses de janeiro e fevereiro, em decorrência de férias das participantes, houve dificuldades novamente, para marcarmos uma data. Assim, optei por entregar a cada uma a cópia de alguns textos sobre a Ética, para que pudessem lê-los,

subsidiando-se para o encontro que seria realizado na segunda quinzena de março de 2000.

Os textos foram os seguintes:

“Vasquez, A. S. **Objeto da ética: problemas morais e problemas éticos e os valores.** Ética. 16 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996. Cap I e VI”;

“Cohen, C. Segre, M. **Definição de valores, moral, eticidade e ética.** Bioética. São Paulo: EDUSP, 1995. Capítulo 1”;

“Fortes, P. A. de C. **Autonomia e consentimento esclarecido e Direito à informação.** Ética e saúde. São Paulo: EPU, 1998. Capítulos 3 e 4”;

A partir de março, fiz mais duas tentativas de encontros, que não se efetivaram pela falta de disponibilidade de um horário comum, já que uma enfermeira tem duplo emprego e outra iniciara um curso de pós-graduação. Além disso, não haviam conseguido efetuar a leitura de nenhum dos textos que receberam. Sendo assim, ficou estabelecido, entre as colegas, que seria escolhido somente um dos textos para ser discutido no próximo encontro. Então, no dia 14 de abril de 2000, reunimo-nos, com a finalidade de retomarmos o nosso trabalho. Antes de iniciarmos, uma das enfermeiras relatou que não havia conseguido ler o texto selecionado, mas que, mesmo assim, gostaria de participar, como ouvinte, da discussão e reflexão sobre o assunto. Todas entenderam como possível a sua participação e demos início ao encontro.

Nos primeiros minutos, discutimos o capítulo 4 do texto de Segre e Cohen, intitulado “Definição de valores, moral, eticidade e ética”. Várias indagações surgiram. As enfermeiras relataram algumas situações que tinham vivenciado em seu cotidiano, na relação com suas colegas, com membros da equipe

multiprofissional e com clientes e familiares, demonstrando a necessidade de aprofundar os seus conhecimentos em relação à Ética. Era necessário um aprofundamento que extrapolasse o conteúdo do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Ao final das discussões, propus que os demais encontros fossem mais freqüentes para avançarmos nas reflexões e estudos que pretendíamos. Uma das enfermeiras do grupo, então, expressou a sua vontade de desistir da participação, pois, devido a novos compromissos que estava assumindo em sua vida pessoal e profissional, não tinha disponibilidade para continuar participando do trabalho. Em decorrência da sua fala, as demais se manifestaram no mesmo sentido, alegando praticamente a mesma justificativa. Todas entendiam que precisavam trabalhar os aspectos levantados até então, mas não se sentiam em condições de realizar o estudo naquele momento.

Frente às colocações das colegas, acatei as suas decisões e respeitei aquele momento, que percebi ser bastante difícil para elas. Ainda que uma parte de seus seres, aparentemente, desejasse continuar a trajetória, outra parecia refreá-las: elas estavam divididas e este, talvez, tenha sido o maior dilema que tenham enfrentado na participação deste trabalho. A decisão unânime do grupo pela desistência naquele momento, levou-me a pensar que ainda não estavam preparadas para seguir adiante, sendo meu dever respeitar aquela decisão coletiva.

Encerramos o encontro, que durou aproximadamente quarenta e cinco minutos, e coloquei-me disponível para o esclarecimento de dúvidas que pudessem ter surgido em relação ao trabalho, propondo-me a mantê-las informadas da sua conclusão. Da mesma forma, confirmei que, além da cópia que entregaria à instituição, daria uma cópia final do trabalho para cada participante, já que esta havia sido uma solicitação feita por elas ao iniciarmos o trabalho.

5.3 Análise dos Dados

Diante da decisão das enfermeiras, optei por resgatar os dados obtidos durante a realização da Prática Assistencial e proceder a novas leituras e análise dos mesmos para contemplar os objetivos propostos no trabalho. Para analisar os dados, embasei-me, principalmente, na Teoria Humanística descrita por Paterson e Zderad (1979), como, também, em outros autores que enriquecessem a análise, com outros olhares e perspectivas, complementando, assim, o referencial teórico humanista.

Como já foi dito anteriormente, frente a necessidade de preservar o anonimato dos sujeitos participantes do trabalho, o conteúdo expresso em suas falas foi utilizado de forma a não permitir o reconhecimento da identidade das enfermeiras. Assim, os sujeitos foram identificados através da letra "E" acompanhada dos números 1, 2, 3 e 4, sendo esta identificação aleatória, não correspondendo, nem mesmo, à cronologia dos encontros.

Voltar aos dados da Prática Assistencial significou um retorno às minhas expectativas iniciais, sendo fator gerador de desânimo. Porém, ao ler, diversas vezes, os depoimentos das enfermeiras, algumas situações e reflexões foram emergindo e permitindo uma análise mais crítica e aprofundada dos seus significados.

Considerando a humanização da assistência prestada ao cliente com infecção hospitalar, fui direcionando o meu olhar para as falas que demonstrassem situações de enfermagem as quais pudessem ilustrar fatos reveladores dessa condição. Assim, aos poucos, foi se esboçando, diante de minha percepção, uma nova perspectiva de análise, que me permitiu focar, ao mesmo tempo, as questões humanizadoras da assistência e alguns aspectos legais e éticos. Algumas categorias puderam ser trazidas para a reflexão e discussão com autores diversos, permitindo desvelar uma realidade que ilustrasse

o cotidiano assistencial que percebo como o vivenciado pela maioria das colegas que atuam com clientes acometidos por infecção hospitalar.

Dando continuidade, apresento o capítulo sobre processo de enfermagem implementado.

6 O PROCESSO DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADO

O processo de enfermagem proposto por Paterson e Zderad exige da enfermeira um preparo diferenciado do vivenciado em nosso cotidiano prático. A necessidade de conhecimentos relacionados à Filosofia são importantes para o entendimento e aplicação dessa proposta. Assim, descrevo as etapas distintas desse processo e revelo como foi vivenciar e perceber o trabalho que me propus a realizar.

6.1 1ª Etapa: Preparando-me para chegar ao conhecimento

Depois de repetidas leituras e da crescente compreensão do proposto por Paterson e Zderad, percebi que, ao longo dos anos, venho vivenciando escolhas em meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Todo o meu crescer, inclusive antes da graduação, associado às minhas experiências vivenciadas junto a clientes com infecção hospitalar, foram gerando, aos poucos, um processo reflexivo que culminou com a necessidade de buscar respostas para uma assistência humanizada.

Hoje, ao repensar essa trajetória, percebo o quanto negligenciei, de modo inconsciente, a humanização de clientes por mim assistidos. Apesar de ter inúmeras recordações de experiências riquíssimas da minha relação com diversos clientes, constato que poderiam ter sido mais aprofundadas ou exploradas, existencialmente, mas não o foram.

Então, esta primeira etapa proposta pelas autoras, pela qual a enfermeira necessita buscar um conhecimento mais aprofundado de si mesma, dos seus pontos de vista, de sua visão de mundo, de seus (pre) conceitos e (pre) juízos, fez vislumbrar um exercício que vinha sendo feito inconscientemente, ao longo dos anos.

As reflexões sobre experiências anteriores, principalmente as que geraram inquietações, retornaram, conscientemente, para se transformarem em caminhos a serem descobertos e revisitados. A questão existencial, nesta etapa, é o fio condutor para a emersão de uma consciência reflexiva, de modo a aflorar outras vivências, permitindo o abrir-me para o mundo, a fim de desprender-me dos meus preconceitos. Acredito ser esta etapa proposta por Paterson e Zderad, fundamental para o desenrolar genuíno de todo o processo, visto que as demais dependem, essencialmente, do preparo da enfermeira como ser existencial e responsável. A partir desse momento, a enfermeira está aberta para permitir ao outro o espaço na relação intersubjetiva, sabendo respeitá-lo, para que, no diálogo vivido, relacionem-se como sujeito-sujeito e não como sujeito-objeto.

O exercício para preparar a mente, estar aberta para o mundo, tendo mais clareza de meus sentimentos, indagações e incompreensões, para, posteriormente, desarmar-me para interagir com o outro, foi um processo muito sofrido. Ao mobilizar minhas questões existenciais, abalei minha estrutura, que considerava sólida. Fui invadida por um sentimento muito forte de insegurança: o medo do desconhecido, do que poderia surgir.

Nos encontros individuais realizados com as enfermeiras participantes do trabalho, desesperança e ansiedade emergiram sem que eu pudesse evitar. Enquanto ouvia os seus relatos, percebia sentimentos já aflorados anteriormente (medo, angústia, insegurança e insatisfação) e ia buscando refrear meus impulsos e sensações, tendo o cuidado de não expressá-los, a fim de não comprometer o relato das suas experiências e as suas manifestações.

6.2 2ª Etapa: Conhecendo intuitivamente a outra enfermeira

De acordo com George (1993), esta fase constitui-se “no fundir-se do self com o espírito rítmico do outro” (p. 247). É o momento em que eu estabelecia a relação com a outra colega, despida de meus preconceitos e com consciência de minha autopercepção. É o momento de vivência da relação intersubjetiva. Para Meleis (1985), é quando a enfermeira percebe o mundo através dos olhos do outro, necessitando estar aberta para a experiência do outro.

No meu entender, esse processo aconteceu em minha Prática Assistencial, no momento em que foi possível o aflorar da outra enfermeira, ou seja, quando, a partir de suas falas, permitiu-se desvelar. Sentia-me em sincronia com a colega, acompanhava o seu ritmo, na revelação do seu presente, lembrando o meu passado. As enfermeiras expressaram-se de uma forma muito singular, seus sentimentos e enfrentamentos foram sendo expostos, a partir do relato de experiências vividas. O desvelamento e o emergir de seus dilemas éticos diante dos clientes e/ou familiares, foi sendo exposto lentamente. Nesse momento, eu precisava entender como percebiam aquelas vivências e os sentimentos desencadeados. Era preciso viver uma relação intersubjetiva empática, para poder vivenciar esta fase do processo. O fato de conhecer previamente as colegas e ter compartilhado com elas experiências, em outros momentos, favorecia a empatia necessária para a mediação dos encontros.

O conhecimento intuitivo só se tornou possível na relação estabelecida, através da percepção do ritmo da enfermeira, assegurando-lhe o espaço necessário para expressar-se livremente, sem comprometer aquele momento com valores ou juízos. Deixar fluir o diálogo e permitir a flutuação da temática, em alguns momentos, foi necessário para que a enfermeira se sentisse livre para abordar o que lhe era mais valioso. Desta forma, foi possível oferecer-lhe um espaço significativo, que lhe permitisse maior segurança para manter o diálogo que estávamos vivenciando. Deixar que, por alguns momentos, houvesse uma forma de expressão diferente, foi, para mim, um sinal de respeito ao outro ser,

que poderia estar se preparando interiormente para o desvelamento de um novo dilema ou sentimento significativo.

6.3 3ª Etapa: Conhecendo cientificamente a outra enfermeira

Acredito ser esta uma fase delineadora do processo da teoria humanística, pois, aqui, podemos ver, rever, analisar, categorizar, classificar, interpretar, comparar, selecionar, refletir, enfim, delimitar melhor a nossa percepção das informações captadas na relação com os sujeitos. A riqueza dos relatos das enfermeiras participantes do trabalho expressa, através do diálogo vivo, permitiu reconhecer o significado explícito ou implícito, contido nas suas falas.

O difícil, nesta etapa, foi perceber o melhor delineamento de abordagem, a fim de obter êxito no processo implementado, diante da multiplicidade e complexidade envolvida nas situações relatadas. O “estar melhor” é pretendido por ambos os sujeitos da relação, tarefa que exige uma avaliação criteriosa dos significados das falas, permitindo-nos ampliar o conhecimento que temos de nós mesmos, como também, do mundo da enfermagem.

Através da reflexão, esta etapa nos permite avançar na relação que estamos estabelecendo em nossos cotidianos e, nesse exercício reflexivo, somos capazes de transformar nossas atitudes, modificando a realidade que vivenciamos a fim de contribuir para a melhoria do mundo da enfermagem.

6.4 4ª Etapa: sintetizando as múltiplas realidades expressas pelas enfermeiras (do intuitivo para o científico)

Esta etapa foi sendo construída ao longo das demais e também no preparo para o encontro coletivo do primeiro momento. Após ter refletido inúmeras vezes e ampliado a compreensão sobre o conteúdo das falas das enfermeiras, precisei,

de modo mais sistemático, realizar uma análise de seu conteúdo e significados do intuitivo para o científico, a fim de compreender os pontos comuns que contemplassem os objetivos deste trabalho.

Sintetizar as realidades significou perceber, em cada fala, o significado das experiências das colegas, junto aos clientes com infecção hospitalar e/ou seus familiares. Tentei analisar as falas, traçando paralelos das vivências comuns e identificando os pontos de convergência em relação aos sentimentos e significados.

A escolha criteriosa da abordagem precisou ser muito bem trabalhada, antes de ser levada ao grupo, para que não houvesse dificuldades de entendimento do conteúdo que seria apresentado. Classificar, analisar, agrupar dados, enfocando aspectos como dilemas éticos requer um conhecimento fundamentado e sólido de conceitos sobre dilema e ética.

Para a realização desta etapa, foi necessária a busca de novas leituras, para subsidiar o progresso do meu conhecimento. A oportunidade de trabalhar com o grupo que iria expor a sua individualidade pela primeira vez, em conjunto, causou-me uma certa receio e, ao mesmo tempo, preocupação de não intimidar a expressão das enfermeiras. O desvelar de sentimentos que, talvez, não fossem agradáveis de serem revividos poderia causar certa desconforto no grupo, acarretando descontentamento com respeito à receptividade e continuidade do trabalho.

Nesse momento, com maior sensibilidade e habilidade, coloquei-me como parte ativa do grupo, expressando, também, as minhas ansiedades, indo ao encontro das colegas e procurando manter uma relação linear sujeito-sujeito, a fim de não comprometer o sentimento de empatia conquistado por ocasião dos encontros individuais.

Formamos um grupo que tentou discutir as suas vivências em um espaço de respeito mútuo, procurando, juntas, o modo pelo qual poderíamos estar contribuindo para compreender o cotidiano vivenciado.

6.5 5ª Etapa: Processo interno da enfermeira: do múltiplo ao único paradoxal

Nesta etapa, Paterson e Zderad afirmam que "a enfermeira corrige com perspicácia e expande seu próprio ponto de vista ao refletir e considerar as relações entre os pontos de vista múltiplos" (p. 125). Ao analisar os dados obtidos na Prática Assistencial e, buscando compreender os seus significados diante da minha percepção, pretendi apreender as múltiplas realidades reveladas pelas participantes, em suas falas, e alcançar novos significados e conceitos, numa abrangência mais ampliada, visando contribuir para a prática cotidiana que vivenciamos.

Como enfermeira cognitiva, investigadora e responsável por este trabalho, procurei, com a maior sensibilidade possível, ser coerente com a Teoria Humanística durante todo o trajeto percorrido.

A seguir, apresento a análise dos dados obtidos neste estudo, no capítulo denominado "Questões éticas envolvidas na assistência de enfermagem aos clientes com infecção hospitalar".

7 QUESTÕES ÉTICAS NA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE COM INFECÇÃO HOSPITALAR

Neste capítulo, são trazidas as seguintes categorias: a responsabilidade frente ao direito do cliente de revelação do seu diagnóstico; sentimentos que emergem nas enfermeiras na assistência ao cliente com infecção hospitalar; os conflitos e dilemas na revelação do diagnóstico de infecção hospitalar; a relação das enfermeiras com os clientes acometidos por infecção hospitalar e seus familiares; o relacionamento das enfermeiras com a equipe multidisciplinar.

7.1 A responsabilidade frente ao direito do cliente de revelação de seu diagnóstico

De acordo com Gauderer (1998), o atual Código de Ética Médica está obrigando os médicos a terem uma responsabilidade maior sobre si, na relação com o cliente, principalmente no que se refere às questões da informação e comunicação entre Médico X Cliente:

“... nós médicos temos a obrigação de usar a linguagem clara, transparente. Objetiva e acima de tudo compreensível ao paciente ou responsável. Em outras palavras, o paciente tem o direito de não saber, de não entender, de não assimilar e não acreditar, enfim, de ser ignorante no mais amplo sentido da palavra. É, porém, obrigação e dever nosso enquanto profissionais de saúde, esclarecê-lo, educá-lo, conscientizá-lo, levando-o à compreensão e à adequada assimilação do que estamos dizendo. Por uma questão de bom senso, somos obrigados a usar uma linguagem de leigo para que ele nos entenda. O ônus da explicação adequada e compreensão recai sobre nossos ombros pela

simples razão de que nós médicos estamos nesta posição por escolha, por opção, enquanto que o paciente está por obrigação".(p.37-38)

Desta forma, Gauderer explicita que cabe ao médico, em primeira instância, informar adequadamente ao cliente. Também, enfoca, o autor a necessidade da informação clara, precisa e ao alcance do entendimento do cliente, para que este tenha condições de assimilar, entender e apreender o conteúdo da informação que lhe está sendo revelada.

Na análise, foi possível perceber que a competência da revelação do diagnóstico, para as enfermeiras participantes do trabalho, por alguns momentos, torna-se dúbia: ao mesmo tempo em que algumas trazem, para si, essa competência, expressam que não se trata de algo que deva ser realizado por elas, mas, sim, pelo médico assistente do cliente com infecção hospitalar:

"Será que eu tenho mesmo que dizer isto? Será que o médico assistente tem que dizer isto?... Mas ao mesmo tempo é responsabilidade nossa, né?... é minha responsabilidade... (E1)".

Uma questão que poderia ser refletida refere-se ao preconizado no Código de Ética:

"Prestar adequadas informações ao cliente e à família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer".

Ao analisar esse artigo, é possível questionar a sua interpretação: como vimos realizando esse modo de informar? Temos prestado informações ao cliente sobre procedimentos que nele vamos realizar? Temos solicitado seu consentimento? Temos esclarecido o cliente sobre as possíveis conseqüências de um procedimento nele realizado?

Fortes (1998) defende que o tipo de informação que deve ser dada incluí-se na categoria denominada “informação orientada” ou “padrão subjetivo”, na qual as informações transmitidas aos clientes vão ao encontro das suas expectativas, interesses e valores individuais. Dessa forma, devemos discordar daqueles que consideram que, para a maioria dos clientes em nosso cotidiano assistencial, esta forma de informação não seria a mais adequada, ou não se ajustaria à prática, baseando-se no fato de que o nível intelectual e sócio-cultural dos clientes seja considerado baixo. Estas afirmações trazem em seu bojo preconceitos étnicos, ou de classe social, disfarçados, pois, se um cliente não compreende as informações que lhe são dadas, a causa pode estar na forma inadequada de repassá-las, e não na sua suposta incapacidade de compreensão.

Fortes (1998) afirma a respeito da informação:

“... não há necessidade que os profissionais de saúde apresentem informações em linguagem técnico-científica. Basta que elas sejam simples, afirmativas, inteligíveis, leais e respeitadas, ou seja, fornecidas dentro dos padrões acessíveis à compreensão intelectual e cultural do paciente”.(p.59)

A manifestação seguinte, de uma das participantes, reforça a tendência que temos em relação ao uso do linguajar científico como um instrumento de poder ou para subestimar a capacidade de compreensão do cliente:

“Na hora de enfrentar a família, é mais fácil enfrentar o SUS, porque eles não têm aquela visão que as pessoas mais esclarecidas têm. Questionam menos, aceitam numa boa. Se falar um monte de coisas difíceis para eles, entra por aqui e sai por ali. Eles vão para o isolamento bem faceiros, e incorporam tudo. Os outros não, fazem drama”.(E3)

O uso de uma terminologia inadequada ao nível de compreensão do cliente ao lhe prestar informações vai contra o processo de mediação do diálogo vivo, aberto e honesto. Estando o cliente com infecção hospitalar, seria moralmente incorreto manipular informações a lhe serem dadas para que “aceite” passivamente a sua condição de enfermo com infecção e não questione sobre o que lhe está sendo revelado. Nós, enfermeiras, sabemos, pelas nossas experiências, que o uso das palavras nem sempre é capaz de dar conta e abranger o conteúdo a ser comunicado, principalmente em casos específicos e delicados como o da infecção hospitalar.

Aproveitar-se da situação de precariedade sócio-econômica do cliente e utilizar uma linguagem “difícil” para informar, sabendo que não se está comunicando o conteúdo pretendido, é utilizar a linguagem como instrumento de poder e de negação da cidadania dos clientes. Eles encontram-se em estado de ignorância quanto ao que acontece consigo e mantêm-se nesse estado: “vão para o isolamento bem faceiros” como foi referido por E3. Na verdade, ser cidadão é exercer a sua cidadania, o que significa, também, questionar e expressar sua insatisfação e desagrado com o diagnóstico de infecção hospitalar.

Para Gauderer (1998):

“Julgar *a priori* que o paciente será incapaz de entender adequadamente o que está acontecendo com ele e com o seu corpo é uma postura de infantilização do paciente e de subestimação de sua capacidade de julgamento. Ser pobre e humilde não é sinônimo de *ser burro* ou *ignorante*, muito pelo contrário, é mais uma razão para o médico querer educar adequadamente e respeitosamente o seu paciente” (p. 48).

A enfermeira humanista, que pretende abordar o processo humanizado do cuidar, não impede, mas estimula opções de escolhas, valorizando a autonomia do cliente diante de sua decisão, com a finalidade de melhorar o seu potencial humano. Isto significa dizer que, se formos autênticos com a humanização da

assistência, não podemos nos permitir “conduzir” o cliente ao comportamento que desejamos que ele assuma diante da revelação do seu estado de saúde/doença para facilitar o nosso trabalho. Para que o cliente possa decidir e optar, é fundamental estar informado.

Fortes (1998), com relação ao direito à informação, diz que:

“Informação é a base da fundamentação das decisões autônomas dos pacientes, necessária para que o paciente possa consentir ou recusar-se a medidas e procedimentos de saúde a ele propostos. A informação gerada nas relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes constitui direito moral e legal destes últimos” (p. 59).

Não podemos, então, simplesmente ignorar os direitos do cliente de ter esclarecidas as suas dúvidas e ansiedades com relação ao cuidado que lhe pretendemos prestar, sob pena de comprometermos a humanização e a qualidade da assistência, como também desrespeitarmos a autonomia do cliente.

As enfermeiras participantes do trabalho percebem a necessidade e o direito que o cliente tem de ser informado, porém, acreditam que a **revelação** do diagnóstico de infecção hospitalar deva ser **competência** do médico que assiste esse cliente:

“Ele (médico responsável) deveria ser o primeiro a chegar no paciente, nós ficaríamos na retaguarda do paciente, ele poderia dar subsídios, dar apoio, afinal ele é mais íntimo e conhece melhor este paciente, melhor do que nós, quem tinha que chegar na reta era ele”.(E3)

A fala seguinte ilustra a **responsabilidade** da revelação do diagnóstico de infecção hospitalar:

“E aí tem uma coisa, tem médicos que querem tirar a sua responsabilidade e colocar para cima da enfermagem. Isto quer dizer: foi culpa do bloco cirúrgico, foi culpa da enfermagem... e aí tu tens que trabalhar em cima disto” (E2).

A enfermagem é a equipe de trabalhadores no hospital que mantém contato direto com o cliente durante as 24 horas do dia, sendo a responsável por fazer cumprir a prescrição médica e realizar procedimentos de diferentes complexidades junto aos clientes. Isto pode nos colocar em uma situação de predisposição a erros mais freqüentes do que os demais membros da equipe multiprofissional, o que não implica, necessariamente, responsabilidade pelo que não dá certo.

Acredito que, antes que surjam esses conflitos relativos a acusações sobre a responsabilidade das infecções hospitalares, seja necessário **que os profissionais dialoguem e enfrentem a problemática da infecção hospitalar.** É importante o enfrentamento, no sentido da compreensão do fenômeno, da apreciação das possíveis causas, como medidas necessárias para a prevenção de novas infecções hospitalares. A quem servem estas acusações? Quem se beneficia desta atitude? É importante destacar que a infecção hospitalar é uma complicação indesejada, cuja vítima maior é o cliente.

Nessas situações, é preciso esclarecer as pessoas envolvidas: clientes, familiares, médicos e demais assistentes que uma das causas da infecção hospitalar de determinados clientes pode ser a sua condição clínica de pré-disponibilidade para adquiri-la, ou seja, são pré-disponíveis a um tipo de infecção que se denomina infecção endógena.

De acordo com o Manual de Infecções Hospitalares (UFMG, 1993, p.14), 70% das infecções são causadas por germes da flora do próprio paciente, quer seja pela evolução da doença que o acometeu, quer seja pela agressão sofrida na investigação diagnóstica ou pela terapia a qual foi submetido.

“...tem a infecção endógena, 70% é infecção endógena, do próprio paciente, e se é dele mesmo, ele pode ter pego de uma hora para outra. Principalmente devido ao ato cirúrgico... E tem outra coisa, este termo IH, ele está sendo superado, agora é IRA, a tendência é usar esta terminologia, que significa Infecção Relacionada à Assistência, para tirar esta carga do hospital”.(E3)

Esta fala, mais uma vez, reforça a necessidade que os clientes e seus familiares têm de ser informados dos riscos prováveis de infecção hospitalar na realização de procedimentos, principalmente os invasivos, quer sejam diagnósticos ou terapêuticos, antes de serem submetidos a eles.

7.2 Sentimentos que emergem nas enfermeiras quando prestam assistência ao cliente com infecção hospitalar

Foi possível observar nos relatos das enfermeiras uma diversidade de sentimentos que afloram em relação ao cliente com infecção hospitalar:

“Tu recebe o paciente cheia de ansiedade, cheia de dúvida, cheia de angústia... E aí a gente fica com aquele medo... Eu tenho uma angústia muito grande... eu tenho uma sensação de pena também. Eu tenho pena dos pacientes pelo não esclarecimento deles, porque o médico passa ali e sai, ele não senta com o paciente para dizer: Olha, infelizmente a senhora pegou uma infecção... Eu me sinto insegura. Até em função que eles vão questionar por que eles pegaram isto... até muitas vezes de indignação: Por que esta paciente está deste jeito? Porque nem a gente muitas vezes entende por que a paciente chegou a este ponto”.(E2)

A situação relatada na fala acima pode ser enfrentada, se houver diálogo entre o médico responsável pelo cliente e a enfermeira, no sentido de ampliar seus conhecimentos a respeito da infecção em si proporcionando-lhes subsídios, caso ocorram indagações do cliente e/ou da família. Dessa forma, a ansiedade, os medos e a insegurança em relação ao cliente poderiam ser diminuídos e reduzido, também, o sofrimento da enfermeira. Assim como o diálogo é útil para

uma melhor compreensão desta problemática, é um meio eficaz de fortalecimento de suas relações interpessoais, através da troca de informações. É um exercício que, se praticado rotineiramente, só traz benefícios aos envolvidos na assistência de enfermagem.

Sentimentos como ansiedade, dúvida, angústia e compaixão parecem estar associados à incompreensão do porquê da infecção hospitalar: um fato desagradável e inesperado que compromete o retorno do cliente à sua família, à sua vida privada e pública. É direito do cliente demonstrar sua indignação e sua forma de manifestar-se pode representar uma situação de conflito: frente à possibilidade de enfrentarmos conflitos, podemos apresentar ansiedade, angústia e dúvida.

No entanto, a enfermeira referiu sentir pena do cliente, em especial, pelo seu não esclarecimento do diagnóstico de infecção hospitalar. A pena é um sentimento que pode demonstrar a desigualdade presente entre a enfermeira/profissional de saúde e o cliente. Aquele que é objeto de pena e compaixão não se encontra numa relação de horizontalidade com quem dele se compadece. A pena, ainda, não é suficiente; sua positividade pode encontrar-se no sentimento de indignação da enfermeira pela situação vivida, a qual lhe provoca pena, motivando e desencadeando uma ação para reverter tal desigualdade: o esclarecimento do cliente de seus direitos, de saber o que lhe acontece, como se deu a infecção, as possíveis conseqüências, dentre outros.

Paterson e Zderad (1979) sugerem que a enfermeira se mantenha em constante reflexão sobre suas relações com os clientes, a fim de que se estabeleça uma ponte segura de comunicação entre os dois sujeitos da relação. O ato da enfermagem implica, necessariamente, o encontro entre seres humanos, com a característica de um encontro particular com uma finalidade específica: o nutrir para o estar-melhor. Quando a enfermeira e o cliente estabelecem uma forma eficiente de comunicação, há, nessa relação, uma expectativa implícita de

que a enfermeira está tecnicamente preparada para prestar ajuda ao cliente que dela necessita:

“Tanto o paciente quanto a enfermeira têm a capacidade de estarem abertos ao diálogo, de modo que tenham controle sobre a qualidade do encontro, já que podem escolher como e quanto se abrirem ao diálogo. Sua abertura será influenciada pela sua percepção do objetivo do encontro”.(op cit.p. 51)

Se pretendermos buscar a humanização como meta de nossas ações cotidianas, o diálogo deverá ser provocado e manter-se, a fim de que consigamos perceber a necessidade de informar ao cliente com infecção hospitalar o seu diagnóstico. Precisamos estar certas de como nos posicionarmos em relação a essa necessidade específica e, se for o caso, nos prepararmos adequadamente para prestar uma informação que seja fácil de ser apreendida pelo cliente.

Se estabelecermos o “diálogo vivo” com o cliente com infecção hospitalar, precisamos perceber, no outro, a sua vontade de querer ou não ser informado e, diante da percepção da negativa, apreender até onde este cliente almeja saber a respeito de si. O modo de informar e o quanto informar, neste espaço conquistado do “diálogo vivo”, deve ter por objetivo o estar-melhor do cliente, ainda que, para isso, não se revele a totalidade da informação de que temos conhecimento. Isto significa respeitar os limites do outro naquele momento específico da situação de enfermagem vivenciada:

“... muitas vezes, eles falam que não querem saber do diagnóstico. Tem pacientes que assumem a postura do tipo: Eu não quero saber o que eu tenho, só quero saber quando vou sair daqui”.(E4)

“Porque muitas vezes o paciente não quer saber né, que ele está com uma infecção hospitalar. Ele está se recuperando. Está demorando um pouquinho mais: O doutor já mudou o remédio e agora eu vou ficar bom (eles dizem)... Porque o diagnóstico de infecção hospitalar é assustador”.(E1)

Gauderer (1998) refere que, na verdade, o cliente não quer estar doente; se possível, nem gostaria de ter que ver o médico para ouvir sobre um diagnóstico que lhe trará possíveis limitações, dores ou até mesmo uma possibilidade de morrer. Por isso, muitos clientes preferem não saber a respeito de um diagnóstico obscuro ou de um prognóstico grave. Ainda, com relação a esta postura do cliente, o autor sugere um apoio psicológico específico, a fim de que a desinformação não implique conseqüências mais trágicas ao vivido.

“Essa coisa de tu ir ao quarto... tu tens que fazer o isolamento... e tu ir ao quarto e dizer para este paciente, dizer para ele e para a família dele que ele vai ter que ser transferido para outro quarto, e quando eles te olham e dizem: Por quê?... é extremamente desconfortável... tem muitas vezes, na maioria das vezes, a gente não consegue dizer isto”.(E1)

Pode emergir, como no caso de E1, um sentimento de incapacidade e de desconforto extremo por ter que comunicar ao cliente e sua família, a necessidade de isolamento. Possivelmente, além de comunicar, precisará responder questionamentos, diante das mudanças implementadas no seu processo do cuidado.

Havendo a necessidade da revelação do diagnóstico, a enfermeira precisa optar por algumas formas de abordagem junto ao cliente, e esta abordagem dependerá da maneira como está enfrentando essa situação diante de si mesma, ou seja, vivenciando a primeira fase do processo proposto por Paterson e Zderad (1979), conhecendo-se a si mesma.

7.3 Os conflitos e dilemas na revelação do diagnóstico de infecção hospitalar

Sobre o **conflito ético**, uma enfermeira assim se pronuncia:

“É assim, eu consigo identificar como conflito ético quando o paciente ou a família não sabe, né? E tu tens que entrar com medidas de controle e isto vai interferir na assistência do paciente. Aí, eu me deparo com um conflito mesmo: Será que é o médico assistente que tem que dizer?... É nesta hora que eu me percebo em conflito: se eu tenho o direito de dizer para aquela família que aquele paciente está ainda ali porque complicou devido a uma infecção hospitalar” (E1).

E1 sente-se em conflito porque não sabe se cabe a ela ou não a revelação do diagnóstico de IH e se terá ou não condições de fazer tal revelação.

Paterson e Zderad (1979) dizem que “a enfermagem humanística provoca na enfermeira uma luta para reconhecer a complexidade dos homens em relação ao mundo da enfermagem” (p. 22). Então, a enfermeira humanística deve perceber essa sutil complexidade em que o cliente está inserido e as possíveis conseqüências que este momento vivido exercerá sobre o cliente. Esta luta interna demonstra a situação de conflito que E1 vivencia e precisa superar, a fim de prestar a assistência necessária nesse momento crítico.

Na realidade, E1 está vivenciando uma situação de dúvida frente a seus valores e crenças, para adentrar em um terreno para o qual ainda pode não se sente com capacidade e segurança para vivenciar. É difícil conseguir estarmos abertos para relação com o cliente, enquanto estivermos vivenciando, em nosso interior, desacomodações que possam abalar as estruturas que considerávamos sólidas e que, agora, precisam ser revistas, a fim de nos possibilitar novas escolhas e novas formas de ação. No entanto, é somente através deste processo que estaremos em condições de melhorar o nosso potencial humano na busca do “estar melhor”.

Ainda com relação ao **dilema**, E3 assim se expressa:

“Exatamente isto que eu ia te dizer agora, porque eu sinto que é uma postura ética eu entrar dentro do quarto do paciente e dar

uma explicação a ele, não é ético eu não fazer isto... Eu acho que não é certo eu não entrar no quarto e não dar explicações para ele... (E3)".

E3 percebe-se diante da possibilidade de escolha entre o certo e o errado; entre o que entende que necessita fazer e o que não precisa fazer. A ética está sendo percebida como aquilo que é certo ou errado, quando deve ser entendida como a busca do que é melhor para aquele cliente naquele momento.

O princípio da beneficência ou da não-maleficência pode ser o fio condutor para melhor orientar a abordagem junto ao cliente, levando-se em consideração a sua autonomia e a da enfermeira. Segundo Fortes (1998), a corrente utilitarista defende a beneficência ou a não-maleficência como uma forma de se prestar informações ao cliente com o objetivo de não lhe causar danos, ainda que, para isto, a verdade lhe seja ocultada. Há casos em que a mentira ou a ocultação da verdade sobre certas enfermidades poderia preservar a integridade psíquica do cliente. Esta conduta, sob o ponto de vista do autor, violaria a autonomia do cliente e, por isso, não teria validade ética, motivo pelo qual defende a "informação orientada" como a melhor forma de se revelar a verdade clínica, o diagnóstico ou o prognóstico dos clientes.

Brunner, Suddarth, apoiando-se em Levine, afirmam que:

"Há anseios éticos passando despercebidos nas atividades mundanas, cotidianas e rotineiras da prática profissional, os quais, na sua maior parte não são investigados. O comportamento ético não é a expressão da retidão moral do indivíduo em épocas de crise. É a expressão no dia-a-dia do compromisso do indivíduo para com as outras pessoas e das maneiras pelas quais os seres humanos se relacionam uns com os outros em suas interações diárias". (1992, p. 50).

Ao manifestarmos, no exercício profissional, nosso interesse e compromisso com o outro, demonstramos nossa opção por uma assistência

humanizada, o que prevê e requer a tomada de consciência dos possíveis dilemas éticos presentes nessa relação. Na proposta de relação humanizada, as informações a serem transmitidas aos clientes e deles recebidas são fundamentais. Assim, o cliente ter conhecimento de ser portador de uma infecção hospitalar significa, a nosso ver, o reconhecimento da sua humanidade, da sua condição de um ser com direito de conhecer o que está acontecendo consigo, tanto os problemas e as dificuldades, quanto os cuidados e a terapêutica adotada.

7.4 A relação das enfermeiras com os clientes acometidos por infecção hospitalar e seus familiares

Em relação ao atendimento de clientes com infecção hospitalar, além das questões referentes ao enfrentamento da revelação do diagnóstico, percebemos algumas dificuldades das enfermeiras nas suas relações interpessoais com os colegas de trabalho, com enfermeiras e médicos, assim como com o cliente e a família.

Na relação das enfermeiras do Serviço de Controle de Infecção com as demais colegas das unidades de internação, é possível perceber alguns conflitos velados quanto ao desempenho de funções específicas da enfermeira do Serviço, entendido, em alguns casos, como uma forma de controlar e avaliar o trabalho das demais enfermeiras das unidades. No entanto, é preciso reconhecer que a enfermeira desse Serviço pertence, realmente, a uma comissão de controle, porém, suas atividades necessitam ser percebidas como de apoio técnico-científico, a fim de que a ocorrência das infecções seja reduzida.

Perceber a enfermeira do SCIH como alguém que está em busca de erros, com a finalidade de fiscalizar, é reduzir a importância da sua função. Ao investigar os procedimentos e normas rotineiramente adotados nas unidades, principalmente na execução de técnicas, a enfermeira da CCIH está

diagnosticando os meios e as formas como vem ocorrendo a assistência direta aos clientes, no que se refere à prevenção das infecções hospitalares. É a profissional preparada cientificamente para perceber os possíveis comprometimentos existentes e orientar novos caminhos a serem percorridos e adotados, objetivando menores riscos aos clientes.

O serviço de educação continuada, e as reuniões com as equipes de trabalho e com as chefias podem ser esclarecedores das atribuições das enfermeiras pertencentes à Comissão de Controle de Infecção. Podendo ser destacada a importância de sua atuação, esclarecendo dúvidas e promovendo o apoio e a contribuição dos colegas no desempenho de suas funções. Assim como os clientes desejam e precisam estar bem informados a respeito de seu processo de saúde-doença, a fim de participar ativamente de sua terapêutica e de seu cuidado, as demais enfermeiras assistenciais precisam ser esclarecidas a respeito da função das suas colegas do SCIH, para poderem colaborar com o trabalho, tendo em vista o cliente, incentivando toda a sua equipe a fazer o mesmo.

Para Pereira et al referenciados por Santos (1997), uma das maiores dificuldades de efetivar as medidas de controle de infecção hospitalar advém do fato de que a maioria dos profissionais da área da saúde entende ser esta temática de responsabilidade exclusiva das Comissões de Controle de Infecção, reconhecendo-se, assim, isentos de responsabilidades sobre o assunto. Enquanto esse tipo de comportamento persistir, estaremos travando uma luta pouco eficaz para reduzir os índices de infecções hospitalares em nossas instituições.

O compromisso autêntico da enfermeira humanística é um pré-requisito fundamental para que a humanização da assistência ocorra; através da Enfermagem Humanística, a enfermeira compromete-se existencialmente no desenvolvimento do seu potencial humano como também, no do cliente, na busca do "estar-melhor". A enfermagem humanística expressa uma particularidade na

situação de enfermagem: requer um envolvimento verdadeiro por parte da enfermeira, mantendo a visão do cliente como homem e estabelecendo, com este, uma relação linear Homem-Homem.

A enfermagem humanística utiliza-se dos termos “fazer-com” e “estar-com” que demonstram o significado de humanidade presente nesta situação. O envolvimento da enfermeira pode ocorrer nos mais variados graus. Para Paterson e Zderad (1979), uma enfermeira, durante o seu turno de trabalho, pode estabelecer relações (ou mediações) com diversos clientes, sendo que não é todo o cliente que estará sempre aberto e disponível ao diálogo vivo. No entanto, aquelas enfermeiras que conseguem vivenciar o ato em si, a relação intersubjetiva através do diálogo vivo, recordar-se-ão sempre desta experiência como positiva e valiosa, merecedora de ser revivida e refletida.

Uma das enfermeiras, diante de sua experiência junto a um cliente com infecção hospitalar, assim se expressa:

“Ontem um paciente me disse assim: Eu sempre fui uma pessoa relativamente boa, nunca fiz mal a ninguém, e vejo muita gente matando, roubando, fazendo mal para criança, e não acontece nada com a saúde deles, e eu aqui. Por quê?... Ele disse: Que castigo isto!!!... o paciente chegar a este nível de diálogo, é porque se estabeleceu um vínculo entre a gente... então, este vínculo que se cria, eu acredito que melhora a nossa relação, ameniza os conflitos”.(E4)

E4 expressa a importância da necessidade de um vínculo com o cliente com infecção hospitalar para que se crie uma proximidade maior, capaz de amenizar os possíveis conflitos presentes no cotidiano da assistência. Se esta experiência for positiva para a enfermeira, segundo Paterson e Zderad, ela tenderá a melhorar as suas relações com os demais clientes nas situações de enfermagem que vivenciará no futuro. A relação humanizada prevê o reconhecimento da singularidade do outro e da sua possibilidade de “ser mais”,

mediante o exercício da sua autonomia para a decisão e a escolha. Portanto, o relacionamento entre a enfermeira e o cliente, como relações entre sujeitos, deve buscar o “ser mais” dos sujeitos, o que pode significar, até, o surgimento de novos conflitos, ao invés de sua amenização. Ainda, segundo as autoras:

“Para que o processo de enfermagem seja verdadeiramente humanista, tem que produzir frutos, quer dizer, ser uma expressão de reconhecimento da enfermeira e uma valorização da enfermagem como uma oportunidade para o desenvolvimento do ser humano”.(Paterson e Zderad, 1979, p.35)

Neste sentido, temos percebido em nossa prática assistencial que a presença e a participação da família, em alguns casos, são referidas pelas enfermeiras como uma situação capaz de gerar conflitos ou desconfortos que afetariam o “bom andamento” de nossas atividades diárias:

“A família está muito ansiosa, muito indignada. Eles estão muito indignados, porque não aceitam que o seu paciente esteja com infecção, o paciente aceita muito mais que a família, e a cobrança vem muito mais da parte da família... teve uma família assim, ela não aceitava que o paciente estivesse com infecção, até, na época, eu conversei com eles e disse: `Bom, já que está neste ponto, a gente vai ter que controlar nossos instintos. Porque eu não queria que ele estivesse aqui com infecção, mas ele está. O que a gente vai fazer agora, é que vocês não vão ficar comentando dentro do quarto com ele, que ele está isto, que ele está aquilo,... dentro do quarto vocês têm que dar o maior apoio para ele, quer dizer, este carnaval que vocês fazem na frente dele, vocês têm que fazer no corredor”.(E2)

Segundo E2, a família não consegue aceitar a ocorrência da infecção hospitalar e demonstra seus sentimentos reagindo com indignação, ainda que o próprio cliente tenha conseguido aceitar melhor o diagnóstico da infecção do que os demais membros de sua família.

No entanto, é preciso enfatizar que a infecção hospitalar não é um fato para ser aceito, mas sim evitado. Nenhum cliente, ao internar no hospital para

submeter-se a qualquer procedimento, deseja ou pretende adquiri-la, porém deve estar ciente de que é um risco que poderá estar correndo. A infecção hospitalar é um fato gerador de medo, ansiedade e angústia que irá se refletir nas relações interpessoais. Entretanto, uma vez ocorrido o episódio, precisamos saber trabalhar as nossas relações com o cliente e sua família, de forma a minimizar o impacto que a informação desse diagnóstico causa, bem como evitar maiores complicações. O meio mais adequado para isso ainda é o diálogo.

Para Paterson e Zderad (1979), “quando as funções corporais de uma pessoa mudam durante a doença, o mundo e o seu mundo mudam para ele” (p.41). Neste “seu mundo”, insere-se a sua família e todas as demais relações que pertençam ao seu universo único. Este cliente traz consigo, ao hospital, o seu mundo de vivências, com a presença de seus familiares e amigos, e estes, geralmente, têm uma participação ativa na sua internação e em seu processo de saúde/doença. Neste sentido, é preciso, então, ver a enfermagem voltada, além do cuidado físico do indivíduo, para a amplitude do “ser” doente, na perspectiva do seu universo de existência. Se, neste universo, estiverem incluídos os seus familiares de modo participativo, precisaremos saber interagir com eles também e não somente com o cliente. Sendo assim, a enfermeira humanística acrescerá a necessidade de abrir-se para “fazer com” e “estar com” a família deste cliente.

Considerarmos a família como membros ativos e importantes no tratamento e recuperação do cliente é reconhecer os seus direitos de participação nas situações de enfermagem, na medida de suas possibilidades. Desta forma, é considerar, inclusive, as suas necessidades de respostas e o direito de serem informados sobre a situação de saúde/doença de seu familiar, permitindo-lhes o espaço da dúvida, do medo, da raiva, dentre outros sentimentos que possam vir a expressar.

7.5 O relacionamento entre as enfermeiras e a equipe multidisciplinar

Entre outras questões que emergiram neste trabalho, a relação com membros da equipe multidisciplinar, principalmente os médicos, foram reveladores de uma situação, por vezes, desagradável, que pode vir a ocorrer no cotidiano assistencial do hospital. Situações de confrontos diretos com médicos responsáveis por clientes com infecção hospitalar ainda permanecem como um ponto nevrálgico a ser mais bem trabalhado e refletido no âmbito institucional.

“... E dizia que era responsabilidade minha o problema de infecção que ele vinha enfrentando com os pacientes dele” (E3)

Existem momentos em que nos deparamos com situações desconcertantes e desgastantes como esta acima apresentada. Tais conflitos possivelmente não ocorreriam, se o diálogo aberto e honesto permeasse as relações da equipe de saúde.

Gauderer (1998) cita o Código de Ética Médica, Capítulo I, Artigo 18 dos Princípios Fundamentais, onde consta:

“As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área da saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do cliente” (p.175).

Gauderer (1998), ainda, cita o capítulo referente à Responsabilidade Profissional, sendo vedado ao médico: “praticar atos danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência” (p.176) e “atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isto possa ser devidamente comprovado”.(p.177)

O mais importante, neste caso, é perceber que o relatado por E3 vem

reforçar o desconhecimento e a falta de aplicação, em geral, dos Códigos de Ética que regem as profissões e mostrar que tais atitudes não contribuem para nosso crescimento e aproximação mediante a multidisciplinaridade institucional. O melhor seria dirigir nossas energias e esforços na busca de um relacionamento mais linear, não autoritário e não agressivo. Assim, estaríamos contribuindo para a valorização das pessoas como seres humanos e como profissionais e para a efetivação de um ambiente de trabalho mais salutar.

Ao refletirmos sobre nosso cotidiano, é possível relatarmos outras situações semelhantes que podemos ter enfrentado em nossa trajetória de vida no mundo da enfermagem. As enfermeiras que enfrentam situações de adversidades e “embate direto”, muitas vezes, não têm a compreensão dos significados das suas experiências. Ao refletirmos sobre elas, podemos conhecê-las, revermos nosso modo de ser, desenvolvendo nossa maturidade pessoal e profissional. Para Paterson e Zderad (1979), o processo de conhecer-se a si mesmo é a primeira etapa proposta no processo de enfermagem da teoria humanística, sendo fator essencial para a ocorrência da mediação que resultará na relação intersubjetiva e no diálogo vivo.

Sem o exercício da reflexão, é praticamente impossível transpor a primeira etapa do processo de enfermagem da teoria humanística. Conhecer-se a si mesmo é humanizar-se, e não há como humanizar a prática da assistência ao cliente, sem antes reconhecermos nossa própria condição humana. Percebemos, também, que um dos grandes motivos da insegurança relatada pelas enfermeiras na assistência ao cliente com infecção hospitalar, sobre a vivência do seu cotidiano assistencial, refere-se a sua instrumentalização, alcançada, tanto no âmbito da sua formação acadêmica, como depois, na educação continuada, em suas atividades profissionais:

“Se não é estágio voluntário, não passa ninguém aqui dentro, nem para conhecer o serviço. Nem para saber que existe.” (E⁵)

Nesta situação específica, o que observo, no geral, é que os currículos dos cursos de graduação não abordam a infecção hospitalar com o espaço que seria necessário, diante da magnitude da questão. Da mesma forma, o profissional que, após formar-se, vai atuar no campo assistencial, tem poucas possibilidades de aprimorar-se nesta área específica.

Sabe-se que, periodicamente, há congressos nacionais e internacionais sobre infecção hospitalar. No entanto, a participação das enfermeiras é dificultada, tanto pela questão financeira, quanto, muitas vezes, pela resistência das chefias em liberar as profissionais. Não há um suficiente entendimento da relevância da atualização dos profissionais como um instrumento de melhoria da qualidade da assistência.

Na continuidade, apresento o capítulo das considerações finais.

⁵ Omitiu-se o número correspondente à enfermeira para preservar seu anonimato.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que idealizamos o desenvolvimento de um trabalho, em nossas mentes, criamos expectativas (a respeito do desenrolar dos acontecimentos) e procuramos ser positivos em relação ao alcance dos objetivos que inicialmente nos propomos. Neste caso, não foi diferente, quando iniciei minha Prática Assistencial há um ano atrás. Tinha a convicção de que estava prestes a enfrentar o maior desafio profissional e pessoal da minha vida. Então, ao perceber que já não poderia dar continuidade às minhas expectativas, diante da desistência do grupo de trabalho, percebi-me invadida por um forte sentimento de frustração e tristeza, acompanhado de muita angústia e desesperança. Como concluir um trabalho que se interrompera logo nos primeiros passos de sua execução? Que rumo tomar?

Ao retomar a análise das falas das enfermeiras, após diversas leituras, já sem muito estímulo, dei-me conta de que havia algo de precioso contido naquelas expressões genuínas, vividas em um momento único. As leituras complementares que precisei realizar fizeram-me perceber o conteúdo que havia fluído além das entrelinhas, especialmente, no último encontro, quando se havia dado à desistência das participantes.

Por um longo tempo, o único pensamento que persistia em minha mente era a desistência em si das enfermeiras, que não me permitia perceber o que mais havia se revelado durante o encontro, quando tínhamos discutido a respeito da ética e dos problemas que estávamos vivenciando no cotidiano profissional.

Sendo assim, apresento, agora, algumas falas do último encontro, que, vêm resgatar aquilo que buscávamos, inicialmente, para, de certa forma, dar um encerramento mais coerente com o todo do trabalho, as respostas para nossos anseios; nossas percepções como seres únicos; a complexidade da profissão que escolhemos para percorrer ao longo de nossa trajetória de vida; a forma como somos vistos por nossos pares e nossos semelhantes.

8.1 Buscando compreender o conceito de ética

Ao iniciarmos a discussão do texto de Cohen e Segre (1995) sobre valores, moral, eticidade e ética, surgiram as seguintes expressões:

“Desde a nossa formação, tem alguma coisa errada quanto à Ética, é apenas focado o Código de Ética, e não é por aí. Se a gente ler o Código, é tudo muito simples: “Não faça isto. Não faça aquilo. Deve fazer assim, Deve fazer assado.” Na prática, é completamente diferente. O Código de Ética acaba sendo mais uma imposição moral. Por que isto? Porque não nos é ensinado a refletir e ver na verdade o que é a Ética?” (E4).

No seguimento da discussão, uma colega complementa:

“O Código de Ética acaba sendo mais uma imposição moral do que, na verdade, o exercício da ética. Nós fizemos as coisas e não pensamos. Não há tomada de consciência para fazer as coisas.” (E1).

Assim, o grupo, aos poucos, foi revelando-se sabedor daquilo que realmente pretendia. Percepções de moral, valores e crenças foram emergindo e servindo de base para troca de idéias entre todas. Na medida em que o tempo passava, mais se aprofundava a sensação de que cada participante era capaz de contribuir com suas visões e conceitos, permitindo a construção de um diálogo vivido:

“A humanização traz a ética no seu bojo. Por isto que eu acho que a Teoria Humanística de Paterson e Zderad fecha com o teu trabalho. A enfermagem, rotineiramente não faz isto, (se envolver com a pessoa). Até como forma de não se ligar na pessoa,... veja bem, a gente vê gente morrendo todo dia, é um sofrimento muito grande se a gente se envolver... E aí, os sentimentos que tu tens dentro de ti, têm que ficar aprisionado, e chega uma hora, o que vai acontecer?” (E3).

Concordando, outra colega, posiciona-se:

“Aí, a gente falha conosco eticamente, a gente se agride, para manter um comportamento ético.” (E1).

É possível perceber, neste pequeno grupo, que as opiniões buscam a complementação das idéias; há uma sincronia nos pensamentos, que se apóiam e se complementam na busca do entendimento do que é ser e viver com ética. Há a preocupação consigo, há a consciência do vivido no cotidiano, que precisa e requer uma reflexão aprofundada; o grupo percebe um caminho a ser percorrido, segue por ele, vai em busca do “mais” junto (“estar com” para “ser mais”).

8.2 Enfrentando os dilemas e conflitos

Procurando um melhor aproveitamento do tempo, discutimos a respeito de formas de enfrentamento de nossos conflitos vivenciados no cotidiano. Assim manifesta-se uma das participantes:

“É uma questão de formação, a gente não se sente com autoridade para dar o diagnóstico, a gente aprendeu que é tudo com o médico. Na hora em que a gente precisa abordar a pessoa e falar alguma coisa em termos de diagnóstico, a gente tem uma barreira de formação, né?” (E3).

Outra, já percebe a situação com maior amplitude:

“Eu vou te ser bem sincera com relação a isto... Acho que isto só vai começar a andar, quando os demais profissionais da equipe também pararem para pensar sobre ética.” (E4).

A percepção da necessidade de pensar na ética, coletivamente, na multidisciplinaridade, emerge espontaneamente; há uma compreensão de que precisamos buscar vivenciar o coletivo em nossos cotidianos. Quem consegue refletir sobre este assunto, percebe que o caminho deve ser no sentido da tomada de consciência e reflexão coletivas.

Ao final da discussão, fica evidente o entrave principal do seguimento e aprofundamento do trabalho, com a seguinte fala:

“ Mas nesta questão do teu trabalho, sobre ética, é diferente. Não é algo que tenha solução prática imediatamente. Tu vais no máximo refletir sobre uma solução. O parar para pensar,... tu não podes obrigar ninguém a refletir sobre o que não está pronto. A gente fica angustiado em discutir algo que a gente não sabe como resolver.” (E2)

No meu entendimento, está claro diante do expresso por E2, que a continuidade deste trabalho não poderia sofrer as pressões do tempo, questões de horário e cumprimento de prazos. Ao trabalharmos com questões que exigem tomada de consciência, reflexão crítica e aprofundada, o tempo não pode ser o determinante do seu início, meio ou fim. Cada participante tem seu tempo e sua hora, precisa chegar em um nível de desenvolvimento do seu pensamento reflexivo compatível consigo e com os demais, sem sofrer pressões. Assim, naquele momento, percebi que o grupo não estava preparado para seguir adiante, e não adiantaria forçar uma situação que não fosse construtiva para todas. Respeitá-las em seu ritmo único, singular, particular, era ser coerente com a humanização que vinha sendo preconizada como fundamento deste trabalho.

Ao focar os dilemas éticos relacionados à revelação do diagnóstico do cliente acometido por infecção hospitalar, pretendi direcionar a atenção para uma temática polêmica e emergente em nosso meio profissional e social. A produção de trabalhos sobre infecções hospitalares sem o seu enfoque para as questões éticas foi o que desencadeou o interesse em buscar respostas junto às colegas que pudessem estar vivenciando essa situação em seus cotidianos práticos. Por outro lado, a pouca bibliografia específica, a respeito do assunto, dificultou a abordagem de questões emergentes durante a Prática Assistencial.

Acredito não haver dúvidas a respeito da diversidade de dilemas e conflitos éticos que a enfermagem enfrenta diante das situações vivenciadas junto aos clientes. Porém, para que possa haver a percepção e enfrentamento destes dilemas e conflitos, há necessidade de uma instrumentalização de base filosófica relacionada, principalmente, à moral, à ética e à humanização.

A Enfermagem Humanística oferece uma oportunidade de despertar novas possibilidades de enfrentar nosso mundo da enfermagem no presente e alcançar mudanças para o futuro. Com a realização deste trabalho, temos refletido sobre o “ser” e o “estar” das pessoas no mundo e suas conseqüências no seu “bem-estar”, e sobre as concepções de saúde, doença, enfermagem e sociedade.

A Teoria Humanística de Paterson e Zderad precisa ser compreendida dentro da realidade na qual estamos inseridos, caso contrário, não seremos capazes de realizar mudanças no nosso “fazer” a enfermagem. Ao preconizarmos a relação sujeito-sujeito em horizontalidade, na qual os indivíduos devem ser vistos na sua singularidade e com responsabilidades de escolha, precisamos estar cientes das condições desses sujeitos, principalmente o cliente, de assimilar e compreender as colocações que lhe devem ser feitas a respeito de seu estado de saúde/doença, bem como das suas possibilidades de resposta. Não adianta nos propormos a ouvi-lo, se não formos capazes de considerar e respeitar sua autonomia para decidir sobre as questões que lhe dizem respeito.

A estrutura de que dispomos atualmente, na maioria dos nossos hospitais, não nos dá a disponibilidade para que possamos estabelecer uma relação humanística com nossos clientes. A insuficiência de recursos humanos na área de enfermagem, em especial o de enfermeiras, com excesso de atribuições administrativas, vem absorvendo uma considerável parte de seu turno de trabalho.

Ao concluir este trabalho, foi possível perceber que a forma como estamos vivenciando nosso cotidiano prático, ainda, é aquela realizada dentro de uma certa “formatação” de comportamento e exigências, ou seja, continuamos realizando nossas tarefas assistenciais, sem refletirmos suficientemente a respeito de nossas ações e da forma como estas podem interferir na vida do cliente assistido.

A tomada de consciência sobre a nossa autonomia e a autonomia das pessoas que dependem de nós requer maior reflexão. Se o diagnóstico de infecção hospitalar é uma temática presente e persistente em nosso cotidiano, é nosso dever buscar uma instrumentalização adequada que nos possibilite maiores subsídios para esclarecer o cliente a respeito do assunto, assegurando-lhe abertura suficiente para a expressão de seus sentimentos, percepções e dúvidas, respeitando-o como cidadão.

Nesse contexto, percebo a necessidade de aprofundarmos a reflexão sobre alguns pontos, como condição necessária para que se construam outros caminhos que favoreçam relações humanizadas e éticas:

Estamos preparados, em nossa realidade brasileira, para vivenciarmos a enfermagem sob uma perspectiva humanística com ética? Como vem se dando este processo nos espaços de formação e dos profissionais?

Até que ponto, em nosso cotidiano prático, temos condições de “vivenciar” a realidade diagnóstica de nossos clientes, dividindo, com eles, seus sentimentos, temores e dúvidas, sem abalar nossas estruturas e lhes proporcionar um cuidado coerente com aquilo que necessitam?

A nossa longa trajetória junto à Medicina, com um caráter predominante de submissão, aliada às raízes ainda tecnicistas de nossa formação acadêmica, é um fator negativo marcante que está presente no enfrentamento, na tomada de decisões e na postura que assumimos, principalmente, no âmbito hospitalar?

Os nossos currículos de graduação estão acompanhando a evolução científica e tecnológica, com a finalidade de preparar os profissionais do futuro, com enfoque humanístico, para a atuação em áreas específicas como a infecção hospitalar?

Acredito que há necessidade dos profissionais de enfermagem refletirem as situações cotidianas vivenciadas, a fim de exercitarem suas potencialidades para realizar uma prática assistencial humanizada, sendo seres éticos consigo mesmos, com os colegas de trabalho e com os clientes assistidos.

Por outro lado, há de se buscar uma forma de iniciarmos a conscientização, na docência, quanto à temática da infecção hospitalar, encontrando espaços alternativos em nossos currículos de graduação, para proporcionar, aos alunos de hoje, uma base mais sólida e condizente com a realidade profissional que eles encontrarão no futuro, em seus campos de atuação profissional.

9 BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, M. C. P. de. ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ANDERY, A. A. Três modalidades de ética profissional. Uma reflexão ética a partir da atenção á Saúde mental da população. IN: QUEIROZ, J.S. (org) **Ética no mundo de hoje**. São Paulo: Paulina, 1985.

BERLINGUER, G. **Ética da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília/DF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.616, de 12 de maio de 1998. Estabelece normas e diretrizes do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília/DF.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Na versão de Suzanne C. Smmeltzer e Brenda G.Bare. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan..V. 1. pg. 45-53.

BUENO, F. da S. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. Ministério da Educação e Cultura (FENAME – Fundação Nacional de Material Escolar). 8 ed. Rio de Janeiro, 1973. p. 337 e 437.

CAPRA, F. O. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

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

CAVALCANTE, N. F. J. Ética e controle de infecção hospitalar. IN: FERNANDES & FERNANDES. **Controle de infecções hospitalares** – manual prático. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

COHEN, Claudio, SEGRE, Marco. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: SEGRE, Marco, COHEN, Claudio. **Bioética**. São Paulo: EDUSP, 1995, p.13-22.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Porto Alegre, 1997.

COUTO, Renato Camargo, PEDROSA, Tânia M. Grillo, NOGUEIRA, José Mauro. **Infecção hospitalar: epidemiologia e controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.

CRUZ, E. P. de A. **A formação de um elo: uma proposta de enfermagem para a prevenção das infecções hospitalares**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1996.

DICIONÁRIO Universal da Língua Portuguesa On line [on line]. 2000. Disponível: http://www.priberam.pt/dipo_1ef.htm [capturado em 17 jul. 2000].

DONAHUE, M. P. **História de la enfermeria**. Madri: Egedsa, 1993.

FERNANDES, Antônio Tadeu. **Infecções hospitalares e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERRAZ, E. M. **Infecção em cirurgia**. São Paulo: MEDSI, 1997.

FORTES, Paulo Antonio de C. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de caso**. São Paulo: EPU, 1998.

_____. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**. V. 2, n. 2, p.129-135, 1994.

GAUDERER, C. E. **Os direitos do paciente** – um manual de sobrevivência. 6 ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GELAIN, Ivo. A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 4, nº 2, p. 9-17, jul./dez., 1995.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem** - os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GERMANO, Raimunda M. A ética codificada na medicina e na enfermagem. IN: **A ética e o ensino da ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993, p. 41-59.

GERMANO, Raimunda M. A evolução do ensino da ética para enfermeiros. *Bioética*. V. 4, n. 1, p. 79-86, 1996.

LACERDA, R. A. **Infecções hospitalares no Brasil: as ações governamentais para seu controle enquanto expressão de políticas sociais na área da saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de São Paulo, 1995.

LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados da enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1994.

_____. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa Livros, 1998. p. 131-137.

LUNARDI, Valéria L. **História da Enfermagem: rupturas e continuidades**. Pelotas: EdUFPel, 1998.

_____. **A Ética como cuidado de si: o poder pastoral da enfermagem**. Pelotas: EdUFPel/UFSC, 1999.

MARTINS, Maria Aparecida (Coord.). **Manual de infecções hospitalares – Prevenção e Controle**. Comissão de Controle de Infecção do Hospital de Clínicas de Minas Gerais. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

MELEIS, A. **Theoretical nursing – development & progress**. Philadelphia: J.B. Lippinott, 1985. p. 247-254.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

MULVEHILL, L. A grande batalha de Lister. **Revista Movimento em Medicina**. São Paulo: Limay., n. 4, ano VII, 1997.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de, ALBUQUERQUE, Cláudio Pontes de, ROCHA, Lúcia Cristina Moraes da. **Infecções hospitalares: abordagem, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

OLIVEIRA, Adriane M. Netto. **Assistência de Enfermagem às famílias que convivem com o ser humano portador do diagnóstico de doença mental** Florianópolis. Relatório de Prática Assistencial. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

OLIVO, Vânia M. F. **O ser e o fazer na enfermagem: compreendendo o sentido de um trabalho em equipe**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.

PATERSON, Josephine; ZDERAD, Loretta. **Enfermeria humanística**. México: Limusa. Versão espanhola de Geraldina Ramos Herrera, 1979.

PESSINI, L; BARCHIFOONTAINE, C. de P. Dizer a verdade ao doente. IN: **Problemas virtuais de bioética**, São Paulo: Loyola, 1996. p.325-339.

PROCHNOW, Adelina G. PADOIN, Stela Maris de M. CARVALHO, Vivina Lanzarini de. **Diabetes e AIDS: a busca do estar melhor pelo cuidado de enfermagem**. Santa Maria: Palotti, 1999.

RAMOS, Iara Terezinha Barbosa. **Prevenção e controle de infecção: uma contribuição para a formação do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Santa Maria/RS, 1999.

REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM. **A ética no mundo em que buscamos**. Florianópolis: UFSC. V. 4, n 2. 1995.

RODRIGUES, Edwal Aparecido Campos; MENDONÇA, João Silva de & AMARANTE, Jorge Manoel Buchid et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997.

SANTOS, Neusa de Queiroz. **Infecção hospitalar: uma reflexão histórico-crítica.** Florianópolis: UFSC, 1997.

SOUZA, Norma V. D. O., DANTAS, Ana Cristina A., SANTANA, Janaína C. et al. Infecção Hospitalar: Gente que cuida de Gente com Infecção Hospitalar. In: **Nursing – Revista Técnica de Enfermagem.** N.2, ano 2, 1999. p. 15-19.

TRENTINI, Mercedes. PAIM, Lygia. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial. In: **Série Enfermagem-REPENSUL.** Florianópolis: UFSC, 1999.

VÁSQUÉZ, A. S. **Ética.** 16 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1996. p. 5-15 e p.115-118.

VERONESI, Ricardo. **Doenças infecciosas e parasitárias.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

WENZEL, Richard P. **Prevention and control of nosocomial infection.** 2 ed. Baltimore, Philadelphia, Hong Kong, London, Munich, Sidney and Tóquio, 1993.

ANEXOS

Ministério da Saúde

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, inciso II da Constituição, e

Considerando as determinações da Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares;

Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, afinentes ao seu funcionamento;

Considerando que o Capítulo I art. 5º e inciso III da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas";

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, art. 2º, inciso IV);

Considerando os avanços técnico-científicos, os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares, Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar, o reconhecimento mundial destas ações como as que implementam a melhoria da qualidade da assistência à Saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;

Considerando a necessidade de informações e instrução oficialmente constituída para respaldar a formação técnico-profissional, resolve:

Art. 1º Expedir, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Art. 2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Art. 3º A Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas por esta Portaria.

Art. 4º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde poderão adequar as normas conforme prevê a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Art. 5º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 agosto de 1977, ou outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº 8.078/90 ou outra que a substitua).

Art. 6º Este regulamento deve ser adotado em todo território nacional, pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.

Art. 7º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992.

BARJAS NEGRI

Programa de Controle de Infecção Hospitalar
ANEXO I
ORGANIZAÇÃO

1. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

2. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

2.1 A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

2.2 Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

2.2.1 O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

2.3 Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

2.3.1 serviço médico;

2.3.2 serviço de enfermagem;

2.3.3 serviço de farmácia;

2.3.4 laboratório de microbiologia;

2.3.5 administração.

2.4. Os hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) atendem os números 2.3.1 e 2.3.2.

2.5 Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;

2.5.1 Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.

2.5.1.1. - Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, um enfermeiro.

2.5.1.2.- A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicado no número 2.5.1

2.5.1.3 - Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;

2.5.1.3.1. Para fins desta Portaria, consideram-se pacientes críticos:

2.5.1.3.1.1. pacientes de terapia intensiva (adulto, pediátrico e neonatal);

2.5.1.3.1.2. pacientes de berçário de alto risco;

2.5.1.3.1.3. pacientes queimados;

2.5.1.3.1.4. pacientes submetidos a transplantes de órgãos;

2.5.1.3.1.5. pacientes hemato-oncológicos;

2.5.1.3.1.6. pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

2.5.1.4 - Admite-se, no caso do número 2.5.1.3., o aumento do número de profissionais executores na CCIH, ou a relativa adequação de carga horária de trabalho da equipe original expressa no número 2.5.1;

2.5.1.5 - Em hospitais com regime exclusivo de internação tipo paciente-dia, deve-se atender aos números 2.1, 2.2 e 2.3, e com relação ao número 2.5.1, a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 (uma) hora para os demais profissionais, independente do número de leitos da instituição.

2.5.1.6.- Os hospitais poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da Infecção Hospitalar.

2.5.1.7 - Os hospitais consorciados deverão constituir CCIH própria, conforme os números 2 e 2.1, com relação aos membros consultores, e prover todos os recursos necessários à sua atuação.

2.5.1.8 - O consórcio deve ser formalizado entre os hospitais componentes. Os membros executores, no consórcio, devem atender aos números 2.5.1, 2.5.1.1, 2.5.1.2, 2.5.1.3 e 2.5.1.4.

COMPETÊNCIAS

3. A CCIH do hospital deverá:

3.1 elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

3.1.1 implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III;

3.1.2 adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.3 capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.4 uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

3.2 avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

3.3 realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

3.4 elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

3.5 elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

3.6 adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

3.7 definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

3.8 cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

3.9 elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

3.10 cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

3.11 notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

3.12 notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

4. Caberá à autoridade máxima da instituição:

4.1 constituir formalmente a CCIH;

4.2 nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;

4.3 propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

4.4 aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

4.5 garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

4.6 garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;

4.7 informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;

4.8 fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

5. À Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, compete:

5.1 definir diretrizes de ações de controle de infecção hospitalar;

5.2 apoiar a descentralização das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.3 coordenar as ações nacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.4 estabelecer normas gerais para a prevenção e controle das infecções hospitalares;

- 5.5 estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de infecção hospitalar;
 - 5.6 promover a articulação com órgãos formadores, com vistas à difusão do conteúdo de conhecimentos do controle de infecção hospitalar;
 - 5.7 cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde para o controle de infecção hospitalar;
 - 5.8 identificar serviços municipais, estaduais e hospitalares para o estabelecimento de padrões técnicos de referência nacional;
 - 5.9 prestar cooperação técnica, política e financeira aos Estados e aos Municípios, para aperfeiçoamento da sua atuação em prevenção e controle de infecção hospitalar;
 - 5.10 acompanhar e avaliar as ações implementadas, respeitadas as competências estaduais/distrital e municipais de atuação, na prevenção e controle das infecções hospitalares;
 - 5.11 estabelecer sistema nacional de informações sobre infecção hospitalar na área de vigilância epidemiológica;
 - 5.12 estabelecer sistema de avaliação e divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle;
 - 5.13 planejar ações estratégicas em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e os Municípios;
 - 5.14 acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar.
6. Às Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar, compete:
 - 6.1 definir diretrizes de ação estadual/distrital, baseadas na política nacional de controle de infecção hospitalar;
 - 6.2 estabelecer normas, em caráter suplementar, para a prevenção e controle de infecção hospitalar;
 - 6.3 descentralizar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar dos Municípios;
 - 6.4 prestar apoio técnico, financeiro e político aos municípios, executando, supletivamente, ações e serviços de saúde, caso necessário;
 - 6.5 coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar do Estado e Distrito Federal;
 - 6.6 acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar;
 - 6.7 informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.
 7. Às Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar, compete:
 - 7.1 coordenar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar na rede hospitalar do Município;
 - 7.2 participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS; em articulação com a Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar;
 - 7.3 colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção hospitalar;
 - 7.4 prestar apoio técnico às CCiH dos hospitais;
 - 7.5 informar, sistematicamente, à Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar do seu Estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar
ANEXO V
RECOMENDAÇÕES GERAIS.

1 A utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) do Ministério da Saúde e o Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/ MS, 2ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

1.1 Não são recomendadas, para a finalidade de anti-sepsia, as formulações contendo mercuriais orgânicos, acetona, quaternário de amônio, líquido de Dakin, éter e clorofórmio.

2. As normas de limpeza, desinfecção e esterilização são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde, Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2ª edição, 1994 - princípios ativos liberados conforme os definidos pela Portaria nº 15, SVS, de 23 de agosto de 1988, ou outras que a complementem ou substituam.

3. As normas de procedimentos na área de Microbiologia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, ou outras que as complementem ou substituam.

4. As normas para lavanderia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Lavanderia Hospitalar, 1ª edição, 1986, ou outras que as complementem ou substituam.

5. A Farmácia Hospitalar seguirá as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde - Guia Básico para a Farmácia Hospitalar, 1ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

(Of. nº 31/98)

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

1. Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

2. A CCIII deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo;

2.1 São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

3. São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

4. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

5. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) Queimados, são;

5.1 Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

5.2 Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

5.3 Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

5.4 Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento

Exemplos:

Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.

Taxa de infecção urinária após cateterismo vesical.

Taxa de pneumonia após uso de respirador.

5.5. Recomenda-se que os indicadores epidemiológicos dos números 5.1. e 5.2. sejam calculados utilizando-se no denominador o total de pacientes dia, no período.

5.5.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

5.6. Recomenda-se que o indicador do número 5.4 pode ser calculado utilizando-se como denominador o número total de procedimentos dia.

5.6.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado.

5.7. Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

5.8. Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microrganismo e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

5.9. Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microrganismo sensível a determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.

5.10. Indicadores de uso de antimicrobianos.

5.10.1. Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o número total de pacientes no período.

5.10.2. Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais. É calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

5.11. Taxa de letalidade associada a infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

5.12. Consideram-se obrigatórias as informações relativas aos indicadores epidemiológicos 5.1, 5.2, 5.3 e 5.11, no mínimo com relação aos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) e queimados.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO II

CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

1. Conceitos básicos.

1.1 Infecção comunitária (IC):

1.1.1 é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.

1.1.2 São também comunitárias:

1.1.2.1 a infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microrganismos com sinais ou sintomas fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção;

1.1.2.2 a infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que tornou-se evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS);

1.1.2.3 As infecções de recém-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas.

1.2. Infecção hospitalar (IH):

1.2.1 é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

2. Critérios para diagnóstico de infecção hospitalar, previamente estabelecidos e descritos.

2.1 Princípios:

2.1.1 o diagnóstico das infecções hospitalares deverá valorizar informações oriundas de:

2.1.1.1 evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise de seu prontuário;

2.1.1.2 resultados de exames de laboratório, ressaltando-se os exames microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização realizados.

2.1.1.3 evidências de estudos com métodos de imagem;

2.1.1.4 endoscopia;

2.1.1.5 biópsia e outros.

2.2 Critérios gerais:

2.2.1 quando, na mesma topografia em que foi diagnosticada infecção comunitária, for isolado um germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;

2.2.2 quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionou-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;

2.2.3 são também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período;

2.2.4 as infecções no recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas a bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas;

2.2.5 os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem infecção hospitalar. Nestes casos, a Coordenação Estadual/Distrital/ Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

3. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica

6.1 A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

6.2 O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

6.3 É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outros cirurgiões de mesma especialidade ou equivalente.

6.4 O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distrital/Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO IV

LAVAGEM DAS MÃOS

1. Lavagem das mãos é a fricção manual vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/detergente, seguida de enxágue abundante em água corrente.

2. A lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares.

3. O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue ou outros fluidos corpóreos, secreções ou excreções.

4. A lavagem das mãos deve ser realizada tantas vezes quanto necessária, durante a assistência a um único paciente, sempre que envolver contato com diversos sítios corporais, entre cada uma das atividades.

4.1 A lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos é realizada sempre antes dos procedimentos cirúrgicos.

5. A decisão para a lavagem das mãos com uso de anti-séptico deve considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do paciente e o procedimento a ser realizado.

5.1 A lavagem das mãos com anti-séptico é recomendada em;

realização de procedimentos invasivos;

prestação de cuidados a pacientes críticos;

contato direto com feridas e/ou dispositivos invasivos, tais como cateteres e drenos.

6. Devem ser empregadas medidas e recursos com o objetivo de incorporar a prática da lavagem das mãos em todos os níveis da assistência hospitalar.

6.1 A distribuição e a localização de unidades ou pias para lavagem das mãos, de forma a atender à necessidade nas diversas áreas hospitalares, além da presença dos produtos, é fundamental para a obrigatoriedade da prática.

3.1 as infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado;

3.2 a classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações:

3.2.1 Cirurgias Limpas - são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;

3.2.2 Cirurgias Potencialmente Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

3.2.3 Cirurgias Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria.

3.2.4 Cirurgias Infectadas - são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, da forma de trabalho, através de encontros individuais e coletivos gravados. Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao trabalho;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e, deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- De que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar a minha vontade de continuar participando.

- Responsável pelo trabalho: Mestranda SILVIA REGINA L. GUIMARÃES
Faculdade de Enfermagem/UFPEl
Fones: 71-3031 – 21-2740 – 73-4932
Orientada pela Dr^a Valéria Lerch Lunardi
Fone: 35-1448

Local e Data: _____

Assinatura do Participante: _____