

## **Comportamentos críticos da equipe na prevenção de infecção de sítio cirúrgico com vistas à segurança do paciente.**

Lima, Laís Araújo<sup>1</sup>; Barreto, Regiane Aparecida Soares Santos<sup>2</sup>; Souza, Adenícia Custódia Silva<sup>3</sup>; Barbosa, Maria Alves<sup>3</sup>; Palos, Marinésia Aparecida Prado<sup>3</sup>; Suzuki, Karina<sup>3</sup>.

Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás.

**Palavras Chave:** Enfermagem, Segurança, Controle de Infecções.

### **Introdução**

Nos últimos vinte anos, organizações e agências internacionais têm evidenciado a necessidade de desenvolver dispositivos para a melhoria da segurança na assistência à saúde, culminando com o lançamento, em outubro de 2004, da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Neste contexto, a ocorrência de eventos adversos (EA) tem sido motivo de estudos em vários países, pois tais incidentes ocasionam danos muitas vezes irreversíveis e associados ao aumento do tempo de permanência, mortalidade e custos hospitalares (Zhan, Miller, 2003; Raleigh, 2008; WHO, 2009).

Há estimativas de países desenvolvidos de que pelo menos 5% dos pacientes admitidos em hospitais adquirem infecções relacionadas assistência em saúde (IRAS), foco da primeira campanha da Aliança Mundial, envolvendo a higienização das mãos, atenção aos procedimentos clínicos/cirúrgicos, a administração de sangue e hemoderivados, injetáveis e imunobiológicos, e ao abastecimento de água, saneamento básico e manejo de resíduos (WHO, 2009; ANVISA, 2009; Gouvêa, 2010).

O segundo foco da campanha trata da segurança cirúrgica, cuja finalidade é aumentar os padrões de qualidade nos serviços de saúde relacionados às complicações anestésico-cirúrgicas, incluindo a prevenção das infecções de sítio cirúrgico (ISC), por meio da revisão dos processos e práticas e da utilização de indicadores na gestão dos serviços (ANVISA, 2009).

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

O problema da segurança cirúrgica é reconhecido por todo o mundo e assim como outras áreas da saúde, os fatores que contribuem incluem falhas de infraestrutura, equipamentos, suprimentos e a falta de qualidade de medicamentos, as dificuldades na gestão das organizações e no controle de infecções, as inadequações nas capacitações e treinamento de pessoal. Essa problemática promoveu a elaboração do Manual “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, em parceria do Ministério da Saúde (MS) brasileiro com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), visando contribuir na percepção do risco e apoio a prática efetiva de medidas preventivas (ANVISA, 2009).

A ISC, uma das causas mais comuns de complicações cirúrgicas sérias, ocorre frequentemente por deficiências na sistematização e falta de práticas e processos seguros nas instituições. A eficiência e a qualidade do trabalho das equipes cirúrgicas dependem também do conhecimento e dos padrões de comportamento e comunicação, além da habilidade e consciência sobre os riscos envolvidos. No entanto, a realidade de tensão e estresse da sala de operações (SO) exige das equipes um bom relacionamento interpessoal para reduzir os danos ao paciente (Ferraz, 2009; ANVISA, 2009).

No ambiente de centro-cirúrgico (CC) atuam profissionais de diferentes categorias e áreas trabalhando em equipe e com objetivos comuns. O trabalho envolve um ritual que se inicia pelo acolhimento e encaminhamento do paciente à SO pela enfermagem, onde é submetido à anamnese e exame físico por médicos anestesistas e cirurgiões. A partir daí segue-se uma série de eventos invasivos como, punção para acesso vascular, sondagem vesical, intubação de vias aéreas, punção para bloqueio anestésico, culminando no procedimento cirúrgico. Esses procedimentos envolvem risco de exposição e transmissão de micro-organismos pelo contato com as mãos, equipamentos, soluções, etc.

Em se tratando de instituições de ensino, além das intervenções ritualísticas, o paciente é submetido à análise por acadêmicos e residentes de várias áreas e especialidades, com vistas ao aprendizado e aprimoramento. As aulas práticas são realizadas antes, durante e após o ato anestésico-cirúrgico, e nem sempre oferecem a segurança e o conforto necessários ao momento do paciente.

É importante considerar as diferentes formações acadêmicas e vínculos institucionais dos profissionais que transitam nestes estabelecimentos. Essa realidade dificulta a padronização dos processos e práticas, atributos fundamentais na promoção da segurança

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

cirúrgica do paciente, num espaço complexo do ponto de vista de prevenção e controle das IRAS, como é o centro cirúrgico.

Na prevenção da ISC, um aspecto sabidamente conhecido é a habilidade técnica do cirurgião cuja influência se dá na diminuição da exposição do paciente aos micro-organismos. A habilidade envolve conhecimento e implica na redução da duração da cirurgia, adequação da hemostasia e das suturas, e manutenção de um bom suprimento sanguíneo tissular (Mangram *et al*, 1999; Rabhae; Ribeiro Filho; Fernandes, 2000).

A habilidade cirúrgica, embora fundamental, deve ser associada a medidas que reduzem a transmissibilidade de micro-organismos, ou seja, as *Precauções Padrão* (PP), que incluem higienização das mãos, uso de equipamentos de proteção individual (EPI), assepsia no uso de artigos, equipamentos e roupas, manuseio seguro de perfurocortantes, controle ambiental, e precauções respiratórias para gotículas, aerossóis e de contato (Siegel, 2007). Ainda que publicadas em 1996, tais medidas de controle de infecção estão longe de serem compreendidas, valorizadas e aderidas por todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

Essa preocupação tem adentrado à prática e necessita embasamento científico por meio de pesquisas sistemáticas e específicas que retratam essa realidade nos serviços e profissionais de saúde, indicando a pertinência de se abordar a segurança dos pacientes como prioridade nos serviços (Bernal-Delgado, Peiró, Sotoca, 2006).

Atualmente, a elaboração e utilização de protocolos apropriados com registro de EA e erros têm direcionado a gestão das organizações na tentativa de que os profissionais ao conhecê-los possam, sobretudo, evitá-los (Ferraz, 2009).

A compreensão dos pontos críticos nos processos e práticas relacionados às medidas de controle de infecção no CC pode contribuir para a elaboração de estratégias inovadoras na educação permanente em saúde, por meio de formas criativas de acompanhamento, investigação e controle das situações de risco, indispensáveis nos dias de hoje, nos quais a demanda dos serviços é cada vez maior e mais urgente.

Frente a tal contextualização fundamentada na literatura e na vivência como profissional de saúde, lidando com a problemática que envolve as IRAS, despertou-nos o interesse e a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a prática da equipe multiprofissional do CC acerca das medidas de controle de infecção no setor. Dessa maneira,

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

este estudo foi planejado com o objetivo de identificar e analisar os comportamentos críticos que comprometem a segurança do paciente relacionada à exposição à infecção de sítio cirúrgico, na sala operatória.

### **Metodologia**

Estudo descritivo realizado no centro cirúrgico de um hospital de ensino de Goiânia-GO, de janeiro a junho de 2010. Os participantes foram médicos cirurgiões, anestesistas e residentes, por enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentadores cirúrgicos que atuavam no local do estudo há mais de seis meses.

A coleta de dados ocorreu por meio da Técnica do Incidente Crítico (TIC) com entrevistas individuais registradas manualmente e validadas pelo sujeito, ao término. A TIC é um método indireto de análise que permite o registro de comportamentos específicos, favorecendo observações e avaliações de forma sistematizada. O incidente é “qualquer atividade humana observável que seja suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato”. Portanto, o incidente crítico prevê a análise de uma ocorrência crítica que marcou as pessoas (Flanagan, 1973).

Na entrevista, foi utilizado um instrumento com dados de identificação e duas questões norteadoras, com polaridade positiva e negativa conforme preconizado pela TIC (Estrela; Estrela, 1994): "Tente se lembrar de uma ou mais situações relacionada(s) ao período trans-operatório de um paciente, a qual considerou negativa/positiva, muito ruim/boa para a segurança do paciente relacionada ao controle de infecção". Relate a situação, o que foi feito e que resultou.

Ao término da coleta dos dados, que se deu pela saturação, ou seja, quando as respostas começaram a se repetir, iniciou-se a apreciação do material qualitativo, iniciado com a categorização segundo os três elementos do incidente crítico: situação, comportamento e consequência, destacando os comportamentos. O comportamentos foram divididos em comportamentos críticos e comportamentos adotados pelos entrevistados frente à situações relacionadas ao controle de infecção em sala operatória, sendo esses objeto de estudo separado.

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

Comportamentos críticos são os comportamentos emitidos pelos sujeitos envolvidos nos incidentes relatados que podem ser positivos ou negativos, dependendo das consequências para com os objetivos do cargo ou do sistema (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

Em seguida, os comportamentos críticos foram analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo Temática. Foi realizada a pré-análise, com leitura flutuante e exaustiva, exploração do material, formulação de unidades de registro e categorização, e análise com interpretação do material, com a proposição de inferências segundo o quadro teórico (Minayo, 2008).

Este estudo foi executado após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa (169/08) e as entrevistas ocorreram somente após anuência dos profissionais, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização formal da gerência de enfermagem e diretoria médica do setor.

### **Resultados**

Foram entrevistados 30 profissionais, sendo 7 técnicos de enfermagem, que atuam como circulantes de sala operatória, 5 enfermeiros, 4 residentes de anestesia, 4 residentes de cirurgia, 3 anestesistas, 3 instrumentadores cirúrgicos e 1 cirurgião. As categorias foram definidas por sorteio aleatório a partir de uma lista fornecida pela gerência do setor, antes de cada entrevista.

Quanto aos dados sócio-demográficos, 14 (51,8%) respondentes eram do sexo feminino e 13 (48,1%) do masculino; 16 (59,2%) tinham mais que 30 anos e 17 (63,0%) tinham mais que cinco anos de formação na área da saúde. Segundo dados ocupacionais a maioria (59,3%) atuavam a mais de cinco anos no centro cirúrgico do estudo.

Ao término da coleta de dados, foram contabilizadas 71 ocorrências. Por não conter os três elementos (situação, comportamento e consequência), 11 não foram considerados incidentes críticos e, portanto, excluídos, sendo que, nessa exclusão, 3 sujeitos foram suprimidos da amostra. Os 27 participantes, portanto, apresentaram 60 incidentes críticos, dos quais foram extraídos 62 comportamentos críticos, 45 (72,58%) negativos e 17 (27,42%) positivos, classificadas pelo próprio entrevistado segundo a sua opinião do desfecho do incidente.

Independente da opinião dos entrevistados sobre o desfecho dos incidentes, os comportamentos foram categorizados e analisados. A partir dessa análise, as categorias

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

resultantes dos comportamentos críticos, foram: *Comprometimento da segurança* e *Manutenção da segurança*, na sala operatória (SO) (Tabela 1).

Tabela 1. Frequências dos Comportamentos Críticos segundo categorias e referências positiva ou negativa do profissional. Goiânia-GO, 2011.

CATEGORIAS DE COMPORTAMENTOS CRÍTICOS	Referência		
	Positivas	Negativas	Total
Comprometimento da segurança	08	44	52 (83,87%)
Manutenção da segurança	10	-----	10 (16,13%)
Total	18 (29,03%)	44 (70,97%)	62 (100%)

Os relatos abaixo ilustram comportamentos de exposição do paciente a contaminação, pertencentes à categoria *Comprometimento da segurança*:

*O anestesista contaminava os materiais ao manuseá-los sem luvas e sem técnica asséptica (RA1).*

*...observei que a equipe utilizava a ótica sem a camisa de proteção no cabo não estéril (E2).*

*O cirurgião realizou a antisepsia, sem aguardar a degermação prévia da pele do paciente (E3).*

*O cirurgião executou a escovação cirúrgica com a aliança (E5).*

*O cirurgião fez a cirurgia sem rodar a opa do capote (E5).*

*Havia em sala operatória, 28 acadêmicos de medicina com o professor acompanhando uma cesárea de risco (I13).*

*O cirurgião entrou em campo com luva estéril, sem paramentação, nem escovação (RC14).*

*O cirurgião e um acadêmico de medicina contaminaram os campos na montagem da área operatória (RC14).*

*O cirurgião saiu da sala e entrou em outra, paramentado, voltou e continuou operando (CS25).*

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

*O anestesista punccionou um vaso periférico sem higienizar as mãos, sem luvas, sem antisepsia, além de dobrar a agulha com a mão antes da punção (RA17).*

A categoria **Manutenção da segurança** obteve somente 10 depoimentos positivos, cujos discursos se referiram a comportamentos de prevenção ao possível comprometimento da segurança do paciente, relacionadas ao uso das precauções padrão (PP), incluindo paramentação cirúrgica, técnica operatória, e outras, conforme evidenciam:

*Houve a separação do instrumental contaminado utilizado até a fase contaminada do procedimento (I12).*

*Antes da incisão, o cirurgião alertou um dos residentes sobre a máscara pendurada no pescoço (CS25).*

*O anestesista incentivou à higienização das mãos e rigor na assepsia da técnica anestésica (RA1).*

*Na paramentação, o acadêmico da medicina foi alertado a trocar o capote ao ajeitá-lo sem luva (I15).*

*Na paramentação, troquei as luvas ao identificar um furo em uma delas (C4).*

*A equipe desprezou a mangueira de látex molhada por dentro (I20).*

*O residente foi advertido e substituiu o cateter ao depositá-lo na mesa, desprotegido, para reutilizá-lo (RA17).*

*A equipe solicitou a troca dos campos e luvas encharcados antes de abrir as próteses (I12).*

Os profissionais que protagonizaram a maioria dos comportamentos relatados em ambas categorias foram da equipe médica, seja de anestesia, cirurgia ou residentes dessas. Da categoria **Comprometimento da segurança**, 86,5% (45/52) e da categoria **Manutenção da segurança**, 90,0% (09/10).

Para melhor compreensão das causas dos comportamentos críticos, tanto o **Comprometimento** como a **Manutenção da Segurança** foram subcategorizados de acordo com os padrões de conduta dos profissionais envolvidos.

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

Tabela 2. Frequências das subcategorias de comportamentos críticos com Comprometimento da Segurança. Goiânia-GO, 2011.

<b>Comportamentos Críticos com Comprometimento da Segurança</b>	<b>Total</b>
Descaso com medidas de precauções padrão e Assepsia	38 (73,08%)
Contaminação Acidental	14 (26,92%)
Total	52 (100%)

Tabela 3. Frequências das subcategorias de comportamentos críticos com Manutenção da Segurança. Goiânia-GO, 2011.

<b>Comportamentos Críticos com Manutenção da Segurança</b>	<b>Total</b>
Cuidado com Materiais e Precauções Padrão	06 (60 %)
Cuidado com a Assepsia da técnica	04 (40% )
Total	10 (100%)

### **Discussão**

O *Comprometimento da segurança* apresentou alta frequência (83,87%) de comportamentos críticos envolvendo quebra da cadeia asséptica no período transoperatório. Nessa categoria, os dados revelam que a exposição à transmissão de micro-organismos durante o ato anestésico-cirúrgico é um ponto crítico para a segurança do paciente no local do estudo, representada por comportamentos negativos (84,62%).

Nos comportamentos apresentados, a falha humana e o desrespeito aos princípios de assepsia são observados em procedimentos rotineiros e ritualísticos comprometendo a cadeia asséptica durante o ato anestésico-cirúrgico. Tais comportamentos revelam a falta de padronização nas rotinas, tornando-as de opção individual, com consequências muitas vezes irreversíveis, embora completamente preveníveis.

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.



Fatos indesejáveis e preveníveis, de natureza danosa ou prejudicial que comprometem a segurança de pacientes sob cuidados de profissionais de saúde, os chamados *eventos adversos* (EA) (Silva, 2010), poderiam definir tais ocorrências. Entretanto, a análise dos comportamentos críticos revela a discrepância na relação conhecimento, prática e comportamento profissional, realidade ainda pouco explorada em pesquisas e distante da realidade das estratégias da educação permanente das instituições.

A "falta de observação das normas técnicas", o "despreparo prático" ou a "insuficiência de conhecimento", presentes nos comportamentos, são considerados *erros*, de ação ou omissão do profissional, por imperícia. Há ainda comportamentos de imprudência, pela execução de procedimentos de risco sem respaldo científico; e outros de descaso ou pouco interesse sobre os deveres e compromissos éticos com o paciente, indicando negligência (Gomes, 2009).

Estudo realizado com auxiliares e técnicos de enfermagem de centro cirúrgico mostrou que para 29% deles não considerou o uso de EPI importante, apesar de ser uma prática muito divulgada e o uso recomendado toda vez que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, fluídos corpóreos e pele não-íntegra. Todos os respondentes (100%) consideraram importante a lavagem das mãos para diminuição da infecção de sítio cirúrgico, e descreveram adequadamente os momentos. Entretanto, 18% responderam que as precauções-padrão devam ser recomendadas segundo o diagnóstico do cliente.

Estudantes do último ano de diversos cursos da área da saúde de Goiás, entre eles enfermagem e medicina, ao serem questionados quanto ao conceito de EPIs, 89,5% os descreveram de maneira insuficiente, e apenas 64 (8,9%) responderam satisfatoriamente. Os resultados do trabalho sugerem que a temática do uso de EPIs não foi trabalhada de maneira consistente durante a vida acadêmica, demonstrando déficit no conhecimento construído durante a graduação (Souza et al, 2008).

Estratégias de prevenção e controle de infecções em serviços de assistência à saúde podem ser implantadas pela educação que atua como meio de promover o aumento do conhecimento, alterações de percepções e, acima de tudo, a mudança de práticas. Quando a educação dos estudantes para o uso de EPIs não ocorre na graduação, os mesmos apresentarão baixa adesão ao uso de EPI, pelo simples fato de não compreenderem seu significado. Essa adesão ficará na dependência da participação em atividades de educação permanente

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

desenvolvidas nos serviços de assistência à saúde nas quais haverão de atuar (Souza et al, 2008).

A subcategoria **Contaminação Acidental** foi constituída por incidentes não previstos que ocorreram com membros da equipe médica, os quais se recusaram em reconstituir os padrões de assepsia, comprometendo a segurança em sala operatória representando alto risco de infecção para o paciente.

O fato de aproximadamente 30% das infecções serem evitáveis exige da equipe de saúde e das instituições, responsabilidade ética, técnica e social no sentido de prover os serviços e os profissionais de condições de prevenção, revelando-se em um dos pontos fundamentais no controle de infecção de sítio cirúrgico (Pereira *et al*, 2005).

Por outro lado, é importante ressaltar que alguns membros da equipe médica apresentaram comportamentos críticos pertencentes à categoria **Manutenção da Segurança**, na qual houve a utilização das precauções-padrão e técnicas assépticas. Tais atitudes são importantes pelo fato de que em nosso meio a figura do médico é imitada e este profissional pode ser modelo de comportamento dependendo da sua assertividade na prática profissional.

O sucesso dos programas de prevenção e controle de infecções depende do envolvimento de todos os profissionais que atuam na prestação da assistência hospitalar. De nada adianta o conhecimento do fenômeno e das medidas preventivas, se quem assiste e executa os procedimentos de risco não as adota no seu cotidiano (Pereira *et al*, 2005).

Essa concepção foi constatada em estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva com a equipe multiprofissional que utilizava parcialmente as medidas de precauções de contato e de higienização das mãos. Essa conduta contribuiu para a disseminação de micro-organismos entre profissionais e pacientes. Os fatores como distração, descuido ou pressa foram observados na atuação dos sujeitos, reduzindo a eficácia da vigilância em relação às medidas de CI (Ferreira *et al*, 2006).

Para a redução da transmissibilidade de micro-organismos entre pacientes, é necessário que a adesão às medidas de precauções padrão (PP), seja compreendida e valorizada por todos os profissionais de forma individual. Assim, é de fundamental relevância que toda equipe tenha conhecimento da problemática que envolve a prevenção e controle das ISC e das IRAS, para que promovam uma mudança de comportamento com

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

relação às mudanças de conduta no cotidiano de trabalho/estudo, na busca por resultados positivos acerca das ISC (Ferreira *et al*, 2006).

A enfermagem não deve ser entendida como a única responsável pela prevenção da disseminação de micro-organismos entre os indivíduos que se encontram vulneráveis, mas, toda equipe multiprofissional que permeia uma assistência direta e de qualidade aos usuários dos serviços de atenção à saúde (Ferreira *et al*, 2006).

Fato ainda mais preocupante é o contato interinstitucional diário das equipes médicas o que os deixam vulneráveis à colonização por micro-organismos virulentos e às vezes multirresistentes. Desta forma, colaboram para o risco e ocorrência de surtos de infecções, pois se tornam portadores e disseminadores dessas bactérias, comprometendo a saúde dos pacientes e das comunidades de assistência à saúde (Prado-Palos, 2006).

A atuação segura da equipe multiprofissional é imprescindível para a prevenção e controle das ISCs e das IRAS fazendo-se necessário uma reflexão em torno da bioética e biossegurança, no período transoperatório. A inexistência de registros e pesquisas enfocando essa relação vem originando uma cultura de depoimentos informais e até mesmo folclóricos (Pereira; Azevêdo, 2005) que acabam se desdobrando nos rituais de preparo e assepsia para procedimentos cirúrgicos.

Um grande desafio para a segurança do paciente tem sido a assimilação, por parte dos profissionais e gestores, de que os erros são multifatoriais e todos os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometê-los quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados (Silva, 2010).

A compreensão de que sistemas falham e permitem que as falhas dos profissionais se propaguem, atingindo os pacientes e causando danos, permite à organização hospitalar rever os seus processos, estudar e reforçar suas barreiras de defesa e as falhas latentes, que estão presentes nos locais de trabalho e que tornam o sistema frágil e suscetível a erros. Investigações têm sido conduzidas para identificação e compreensão dos erros e eventos adversos, adoção de medidas corretivas e pró-ativas, análise das falhas sistêmicas e dos fatores causais, desenvolvimento de estratégias que garantam a prática segura melhorando a qualidade da assistência e, conseqüentemente, fornecendo maior segurança ao paciente (Silva, 2010).

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

Um grave problema tem sido a falta de informações sobre os eventos adversos que ocorrem e sobre seus fatores causais, impedindo o conhecimento, avaliação e a discussão sobre as consequências destes eventos para os profissionais, usuários e familiares. Esta lacuna prejudica a ação dos gestores para realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais voltadas para a adoção de práticas seguras, minimização dos eventos e melhoria da assistência, colocando em risco a segurança dos pacientes (Silva, 2010).

Os médicos foram apontados como os profissionais de saúde que apresentaram a menor adesão à higienização das mãos, dentre aqueles que executam suas atividades no ambiente hospitalar. Moret e colaboradores (2004) destacam que esse comportamento tende a influenciar os demais componentes da equipe, tendo em vista o papel modelar que o médico ocupa entre os profissionais de saúde. A baixa adesão do médico e seu papel dentro da equipe de trabalho ratificam a necessidade de investigação sobre a questão da baixa adesão à higienização como fator de prevenção à ocorrência das IRAS; de forma mais ampla, possibilita a tentativa de se compreender o processo que envolve a dinâmica do comportamento relativo à violação as normas e procedimentos preconizados, que pode ocorrer tanto nos procedimentos mais simples, como na higienização de mãos, até os que demandam maior tecnologia e complexidade.

Segundo Skinner a maioria dos padrões de comportamentos estudados tem origem social. Dentro de uma ampla seleção natural porque os membros das espécies são os mais estáveis dentro do ambiente. Sendo assim o comportamento inato social é reforçado por imitação, por exemplo, correr quando os outros correm diante de um estímulo. Outro tipo de imitação com uma ampla área de abrangência resulta do fato de que reforços contingenciais influenciam o indivíduo a agir de determinada maneira levando outros a agir da mesma maneira (Skinner, 1981).

Podemos então inferir que os padrões de comportamento expressados principalmente pela equipe médica (membros mais estáveis dentro do ambiente) influenciam todo o meio, no caso o centro cirúrgico, sendo que a grande maioria dos demais profissionais sejam eles também da equipe médica, ou da equipe de enfermagem, tende a reproduzir seus comportamentos por imitação.

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

Portanto o que seria proposto é a conscientização e preparo adequado da equipe médica em relação às PP, medidas de assepsia, e recomposição dos procedimentos de assepsia no caso de contaminação acidental, como forma de contribuir para redução da ocorrência de ISC.

### **Conclusão**

Os comportamentos críticos analisados neste trabalho mostraram ações de manutenção e comprometimento da segurança dos pacientes, evidenciados por descaso no uso de precauções padrão e assepsia e contaminação acidental, nos caso de comprometimento, e por cuidado com materiais e precauções padrão e com assepsia da técnica, no caso de manutenção da segurança.

O presente estudo mostrou que as ações de prevenção e controle do risco de ISC devem ser vividas por todos os participantes da equipe multiprofissional devendo iniciar desde a formação acadêmica. Observa-se também a necessidade de uma parceria entre as categorias médica e de enfermagem no sentido de uma atuação conjunta na adoção de medidas de prevenção e controle de ISC. A equipe médica é chave fundamental na luta para o controle de infecção devido ao papel formador de opinião e tendo seu comportamento como espelho para os demais membros da equipe de saúde.

Dessa maneira a criação de um clima institucional que vise à segurança do paciente especificamente na redução do risco de ISC, só será possível por medidas de ensino-aprendizagem desde a graduação dos profissionais de saúde, aliadas a mudanças de comportamentos vigentes, resultando em melhor adesão as medidas de prevenção de ISC.

### **Referências**

1. Bernal-Delgado E, Peiró S, Sotoca R. Prioridades de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Una aproximación por consenso de expertos. *Gac Sanit.* 2006; 20(4): 287-94. [ [Links](#) ]
2. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arquivos brasileiros de psicologia aplicada.* 1973; 25(2):99-141.
3. Gomes, JCM. Erro médico: Reflexões. *Revista Bioética*, Vol. 2, No 2.
4. Martínez Ques AA. ¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes? *Evidentia* [edición electrónica]. 2007 [citado el: 11 enero 2009]; 4(13) [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/304articulo.php> [ [Links](#) ]

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.

5. MINAYO, M.C. de S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
6. MORET, L.; TEQUI, B.; LOMBRIL, P. Should self-assessment methods be used to measure compliance with handwashing recommendations? A study carried out in a French university hospital. *American journal of infection control*, v. 32, n. 7, p. 384-390, 2004
7. Pereira, Maria das Graças Alves; Azevêdo, Eliane S. A relação médico-paciente em rio branco/ac sob a ótica dos pacientes. *Rev assoc med bras* 2005; 51(3): 153-7 153.
8. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde ; Ministério da Saúde ; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 29 p.
9. Raleigh VS, Cooper J, Bremner SA, Scobie S. Patient safety indicators for England from hospital administrative data: case-control analysis and comparison with US data. *BMJ* 2008; 337:a1702. [ [Links](#) ]
10. Silva, AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010;12(3):422. Disponível em :[www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm).
11. Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501–504.
12. Souza ACS, Silva CF, Tipple AFV, Santos SLV, Neves HCC. O Uso de Equipamentos de Proteção Individual Entre Graduandos de Cursos da Área da Saúde e a Contribuição das Instituições Formadoras. *Cienc Cuid Saude* 2008 Jan/Mar; 7(1):027-036
13. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA* 2003; 290:1868-74. [ [Links](#) ]
14. World Health Organization (WHO). WHO guidelines for safe surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives. Geneva, Switzerland, 2009.

Revisado pela orientadora

<sup>1</sup> Orientanda aluna de Iniciação Científica (PIVIC);

<sup>2</sup> Orientadora;

<sup>3</sup> Pesquisador Participante.