



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE
DE INFECÇÕES NOS PACIENTES COM CÂNCER**

NÁDIA FONTOURA SANHUDO

Rio de Janeiro
Dezembro, 2013

**LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE
INFECÇÕES NOS PACIENTES COM CÂNCER**

NÁDIA FONTOURA SANHUDO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem.

**ORIENTADORA:
PROF^a. DR^a. MARLÉA CHAGAS MOREIRA**

Rio de Janeiro
Dezembro, 2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Sanhudo, Nádia Fontoura.

Liderança em enfermagem na prevenção e controle de infecções nos pacientes com câncer/Nádia Fontoura Sanhudo - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2013.

254 fl.:il:30 cm.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN, 2013.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marléa Chagas Moreira.

1.Enfermagem Oncológica. 2.Liderança. 3.Controle de Infecções. 4.Infecção Hospitalar. 5.Gerenciamento de Segurança. 6. Gerência de Serviços de Saúde.

I. Moreira, Marléa Chagas. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna.

III. Liderança em enfermagem na prevenção e controle de infecções nos pacientes com câncer.

CDD: 610.73

Liderança em enfermagem na prevenção e controle de infecções nos pacientes com câncer. Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem).

Tese de Doutorado submetida à banca do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro -UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada por:

Prof.^a. Dr.^a. Marléa Chagas Moreira
Presidente (UFRJ)

Prof.^a. Dr.^a. Lia Cristina Galvão dos Santos
1^a Examinadora (UGF)

Prof.^a. Dr.^a. Leila Brito Bergold
2^a Examinadora (UFRJ)

Prof.^a. Dr.^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz
3^a examinadora (UFRJ)

Prof.^a. Dr.^a. Maria Júlia Paes da Silva
4^a examinadora (EEUSP)

Prof.^a. Dr.^a. Nereida Lucia Palko dos Santos
Suplente (UFRJ)

Prof.^a. Dr.^a. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo
Suplente (UFJF)

Rio de Janeiro
Dezembro, 2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho as pessoas especiais, que trazem amor, poesia e dão sentido à minha vida:

À *Maria Eduarda*, minha querida filha, que a cada dia vejo crescer e se tornar uma pessoa maravilhosa, doce e responsável.

Ao *Matheus*, meu querido filho, com suas sábias colocações sempre disposto a me ajudar.

Nas manhãs quando eu estava isolada estudando, entrava no quarto com aquele sorriso para me dar um beijo; momento lindo e de plenitude.

Ao *Wanderson*, amor da minha vida, por acreditar em mim mais do que eu mesma! Fazer o Doutorado sempre foi meu sonho, você proporcionou a concretização por meio do seu estímulo e pelas condições que me ajudou a construir para poder estudar. Obrigada por compartilhar os seus pensamentos filosóficos, sempre com uma visão crítica e apreciadora do meu trabalho. Sou eternamente grata por assumir sozinho os nossos filhos todas as vezes que precisei me ausentar, sem nunca colocar empecilhos. Tudo isso faz o nosso amor viver renascendo incessantemente. Te amo cada vez mais!!!

Em especial a minha querida mãe, *Maria*, que sempre valorizou, incentivou meus estudos e continua vibrando com as minhas conquistas, sempre acreditando em minha capacidade. Nossa relação de afetividade cada dia se torna mais intensa. Obrigada por ser forte e lutar para não ir embora, precisamos muito de você....

In memorium. Ao meu pai, *Armando*, que eu sinto tanta saudade e gostaria que estivesse compartilhando esse momento comigo, mas me reconforta pensar que estaria muito feliz por mim e saber que faz parte dessa conquista.

Agradeço a Deus a família que eu tenho!!!

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por sempre me amparar e me dar forças para eu estudar, sendo o guia dos meus caminhos e por colocar pessoas especiais em minha vida.

À minha orientadora e amiga Professora Doutora **Marléa Chagas Moreira**, que se tornou a referência em minha vida pelos sábios ensinamentos. Cinco anos se passaram desde o início do Curso de Mestrado e a cada encontro me sentia amparada e mais segura para seguir o meu caminho. Suas orientações transcenderam o aspecto acadêmico, são ensinamentos para a vida. Todas as palavras que eu escrever serão poucas para expressar toda a minha gratidão!

À Professora Doutora **Ana Beatriz Azevedo Queiroz** pela inestimável contribuição ao fornecer tão elucidativamente orientações sobre o *software*, pela sua disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos comigo.

À Professora Doutora **Maria Carmen Simões Cardoso de Melo** pela disponibilidade e abertura que proporcionaram reflexões sobre o meu estudo. Nunca vou esquecer nossos encontros, momentos de grande expectativa e aprendizado.

À Professora Doutora **Lia Cristina Galvão dos Santos** pelas excelentes contribuições e que elevaram a relevância do estudo.

À Professora Doutora **Leila Brito Bergold** pelo seu olhar criativo e crítico que me ajudou a delinear o estudo.

À Professora Doutora **Maria Júlia Paes da Silva** ao tecer considerações com uma visão crítica sobre o estudo.

À Doutora Professora **Nereida Lucia Palko dos Santos** pela disponibilidade, interesse e valiosas contribuições fornecidas ao longo da construção desta Tese.

Às todas as Professoras da EEAN, em especial ao do GESPEen, a Professora Doutora **Joséte Luzia Leite, Marlucci Andrade Conceição Stipp, e Marcelle Miranda da Silva** pelo carinho, sabedoria e interesse em ensinar.

À Professora Doutora **Vilma de Carvalho**, por despertar a importância de aprofundamento do conhecimento com forte base epistemológica. Foi um grande orgulho ter tido a oportunidade de compartilhar a sua sabedoria.

À Professora Doutoranda **Sabrina Machado** pelos momentos de escuta, acolhida, carinho e receptividade.

Aos meus colegas do curso de Doutorado, com os quais dividi muitas emoções, alegrias de descobrir e aprender juntos. Em especial a amiga *Alcinéa* com quem compartilhei todas as fases deste estudo, sempre com uma palavra de incentivo e de renovação.

À *Escola de Enfermagem Anna Nery*, por me apresentar uma enfermagem grandiosa enquanto ciência e arte. Obrigada aos professores e demais profissionais, em especial, ao *Jorge Anselmo* e *Sônia Xavier*, pela disponibilidade para ajudar sempre que foi necessário.

À minha irmã *Jussara* e sua família, *José, Josiane, Rafael, Eduardo, Fernanda*, e os meus pequenos sobrinhos *Pedro* e *Lucas*, mesmo distantes estão sempre presentes em meus pensamentos. Vocês são o meu porto seguro. Amo vocês!!

À família do meu marido, em especial ao *Helvécio e Marice*, obrigada pela acolhida, carinho e apoio em muitos momentos cuidando do nosso maior tesouro.

Às minhas amigas do coração, *Clarinês, Thaís, Bianca, Hanrieti* pelo incentivo e por entenderem nos últimos tempos meu isolamento. Obrigada pelas ligações e por não se esquecerem de mim.

À minha querida *Josi*, que continua a dividir comigo as atividades da casa e cuidou dos meus filhos com dedicação e carinho, para eu poder estudar. Obrigada por tudo, inclusive pelos inúmeros chás e cafezinhos, sem os quais não conseguiria escrever.

Aos *Enfermeiros do Instituto Oncológico*, um agradecimento especial, por compartilharem suas experiências e abrirem espaço para a pesquisa, por me permitirem compartilhar de suas vivências, conhecimentos, pelos momentos de reflexão e grande aprendizagem.

AGRADECIMENTO AO ÓRGÃO DE FOMENTO À PESQUISA

Ao **CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico** pela concessão da bolsa de estudos, sob o número do Processo: 143320/2011-4, que possibilitou minha dedicação integral ao programa de Pós-graduação e operacionalização do estudo.

RESUMO

Sanhudo, Nádia Fontoura. **Liderança em enfermagem na prevenção e controle de infecções nos pacientes com câncer**. Orientadora: Prof^a Dr^a Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem).

Este estudo discutiu a elaboração de uma proposta de estratégias de liderança em enfermagem voltadas à incorporação de medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) em pacientes com câncer. No contexto da oncologia é preciso considerar o risco de infecção que os pacientes possuem, sendo decorrente do déficit imunológico e da forma como a assistência é prestada. As estratégias de liderança em enfermagem são entendidas como possibilidades para promover a incorporação dessas medidas na perspectiva da segurança do paciente, para evitar ou minimizar o desenvolvimento de um evento adverso. Os objetivos do estudo foram: conhecer os problemas vivenciados no processo de liderança em enfermagem na incorporação de medidas de prevenção e controle de infecções em pacientes com câncer; elaborar com os enfermeiros uma proposta de estratégias de liderança voltadas à incorporação dessas medidas; discutir os desafios e as possibilidades na implementação dessas estratégias. O referencial teórico-filosófico é o pensamento complexo formulado por Edgar Morin alinhado a outros autores que focam a Enfermagem e a Liderança na perspectiva da complexidade. Configura-se numa Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) desenvolvida num processo interativo e co-participativo em um hospital habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, situado no Município de Juiz de fora em Minas Gerais. Para a produção dos dados adotou-se a noção de pequeno grupo, onde é considerado como um sistema vivo formado por indivíduos-sujeitos humanos, possuidores de linguagem, cultura e consciência e como atividade humana essencial no processo de produção e organização social. A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: na primeira com entrevistas individuais com 15 enfermeiros líderes que estão na gerência do processo assistencial de pacientes com câncer; segunda etapa, por meio de grupo de discussão com 9 enfermeiros; terceira etapa, outro grupo de discussão com 7 enfermeiros, incluindo o enfermeiro Responsável Técnico e a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). O tratamento dos dados foi realizado através do software Alceste (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto) e análise de conteúdo. O estudo obteve aprovação do CEP/HESFA/UFRJ sob o protocolo nº 14714. Os resultados indicam a multidimensionalidade das situações problemas que se integram ao processo de liderança e desfavorecem a incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS, com destaque para a inconformidade da higiene das mãos e o conhecimento incipiente dos integrantes da enfermagem. Também se destacou a influência do contexto onde os cuidados são produzidos e a relação com a enfermeira da CCIH. O pressuposto do estudo foi confirmado, uma vez que a elaboração das estratégias de liderança é uma necessidade no processo de liderança visando à incorporação, além do monitoramento da infecção como um evento cujo risco pode ser gerenciado. Os enfermeiros identificam que a elaboração das estratégias de liderança são apostas empreendidas de acordo com a situação e com a necessidade de adotar uma atitude educativa, que favoreça na mudança de comportamento dos profissionais de enfermagem, para dar conta da imprevisibilidade, visto que muitas vezes não estão presentes corporeamente no setor pelo qual são responsáveis.

Palavras-chave: Enfermagem Oncológica; Liderança; Controle de Infecções; Infecção Hospitalar; Gerenciamento de Segurança; Gerência de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Sanhudo, Nádia Fontoura. **Nursing leadership in prevention and control of infections in cancer patients.** Supervisor: Prof. Dr. Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2013. Thesis (Doctoral in Nursing).

This study discussed elaborating a proposal for nursing leadership strategies aimed at incorporating preventive measures and control of infections related to healthcare associated infections (HAIs) in cancer patients. In an Oncology context, it is necessary to consider the risk of infection patients have due to immunological deficit and the way care is provided. Nursing leadership strategies are understood as possibilities to promote the incorporation of these measures under the perspective of patient security, avoiding or mimicking the development of an adverse event. The objectives of the study were to: know the issues experienced in nursing leadership when incorporating preventive measures and control of infections in cancer patients; elaborate together with the nurses a proposal for leadership strategies aimed at incorporating these measures; discuss the challenges and possibilities of implementing the strategies. The theoretical and philosophical framework guiding this study is Edgar Morin's complex thought aligned with other authors that focus on Nursing and Leadership under a complexity perspective. A Convergent Care Research (CCR) was developed in an interactive and co-participatory process at a High Complexity Oncology Care Unit at a hospital in the city of Juiz de Fora, in the state of Minas Gerais. Defined as a living system comprised of human individuals possessive of language, culture and conscience and essential human activity in a process of social production and organization, a small group was chosen for production of the data. The research was conducted in three stages: first, by conducting individual interviews with 15 nursing leaders in charge of managing the care process of cancer patients; the second stage consisted of a discussion group with nine nurses; and the third consisted of a second discussion group with seven nurses, including the responsible nursing technician and the Infection Control Committee (ICC) nurse. Data analysis was performed using the Alceste (Analysis of the Co-Occurring Lexemes within the Simple Statements of a Text) software and content analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of the São Francisco de Assis Teaching Hospital (CEP/HESFA/UFRJ) under protocol No. 14714. Results indicate a multidimensionality of problem situations integrated into the leadership process that hinder the incorporation of preventive measures and control of HAIs, especially by the non-compliance with hand hygiene and the incipient knowledge of nursing practitioners. The context in which care is produced and the relationship with the ICC nurse were also highlighted as influential. The hypothesis of the study was confirmed, as the elaboration of leadership strategies are necessary in a leadership process aimed at incorporation as well as in monitoring infection as an event in which risk can be managed. The nurses identified that the elaboration of leadership strategies are undertaken in accordance with the situation and with the need to adopt an educational attitude that favors behavior change among nursing practitioners in order to handle unpredictability, since, many times, they are not physically present in the sector they are responsible for.

Key words: Oncology Nursing; Leadership; Infection Control; Cross Infection; Safety Management; Health Services Administration.

RESUMEN

Sanhudo, Nádia Fontoura. **El liderazgo de enfermería en la prevención y control de las infecciones en pacientes con cáncer.** Orientadora: Dr^a Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2010.

Este estudio discutió el desarrollo de una propuesta de estrategias de liderazgo de enfermería dirigidos a incorporar la prevención y el control de las infecciones relacionadas con la atención a la salud, en pacientes con cáncer. En el contexto de la oncología es necesario tener en cuenta el riesgo de infección que los pacientes tienen, y el déficit inmunológico resultante y cómo se presta la asistencia. Estrategias para el liderazgo de enfermería son vistos como oportunidades para promover la incorporación de estas medidas desde la perspectiva de la seguridad del paciente, para prevenir o imitar el desarrollo de un evento adverso. Los objetivos del estudio son: conocer los problemas experimentados en el proceso de liderazgo de enfermería en la incorporación de la prevención y control de las infecciones en pacientes con cáncer con las enfermeras a desarrollar una propuesta de estrategias de liderazgo orientados a la incorporación de estas medidas, discutir desafíos y oportunidades en la aplicación de estas estrategias. El pensamiento teórico y filosófico es complejo formulado por Edgar Morin alineado con otros autores que se centran en Liderazgo de Enfermería y la perspectiva de la complejidad. Situado en una investigación de atención convergente desarrollaron un proceso interactivo y participativo en un hospital habilitado como Asistencia Unidad de Oncología de alta complejidad, que se encuentra en la ciudad de Juiz de Fora, en Minas Gerais. Para la producción de los datos, adoptamos el concepto de pequeño grupo, que se considera como un sistema vivo compuesto por individuos- sujetos humanos, poseedores de la lengua, la cultura y la conciencia, y cómo la actividad humana esencial en el proceso de producción y la organización social. La investigación se llevó a cabo en tres etapas: en primer lugar, con entrevistas individuales con 15 enfermeras que son líderes en la gestión del proceso de atención para los pacientes con cáncer, la segunda etapa, a través de discusiones de grupo con nueve enfermeras, tercera etapa, otra discusión de grupo con 7 enfermeras, incluidas las enfermeras y enfermeros de la Comisión Técnica del control de Infecciones Hospitalarias. Los datos fueron analizados utilizando el software Alceste (léxico Análisis contextual de un conjunto de segmentos de texto) y el análisis de contenido. El estudio fue aprobado por el CEP /HESFA/UFRJ bajo protocolo n ° 14714. Los resultados indican la multidimensionalidad de las situaciones problemáticas que integran el proceso de liderazgo y la desaprobación de la inclusión de medidas de prevención y control de infecciones hospitalarias, con énfasis en la no conformidad de la higiene de manos y el conocimiento incipiente de los miembros de la enfermería. También se observó la influencia del contexto en el que se produce la atención y la relación con la enfermera. La hipótesis del estudio se confirmó, ya que la elaboración de estrategias de liderazgo es una necesidad en el proceso de liderazgo con miras a la incorporación, además de la vigilancia de la infección como un evento cuyo riesgo puede ser manejado. Las enfermeras identifican la recopilación de liderazgo estrategias apuestas se llevan a cabo de acuerdo con la situación y la necesidad de adoptar una actitud de la educación, lo que favorece el cambio de comportamiento del personal de enfermería, para dar cuenta de la imprevisibilidad, ya que a menudo no lo hacen están presentes corporalmente en el sector de las que son responsables.

Palabras clave: Enfermería Oncológica; Liderazgo; Control de Infecciones; Infección Hospitalaria; Administración de la Seguridad; Administración de los Servicios de Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 1- Quantitativo de produções científicas no LILACS, SCIELO e BDENF...	30
Quadro nº 2- Quantitativo de produções científicas no PUBMED e CINAHL.....	31
Quadro nº 3- Caracterização da Instituição, quanto ao perfil dos pacientes, quantitativo de leitos e dimensionamento de pessoal de enfermagem, Juiz de Fora, 2013.....	65
Quadro nº 4- Informações pessoais e profissionais dos participantes do estudo.....	66
Quadro nº 5- Indivíduos participantes de acordo com as etapas do estudo.....	67
Quadro nº 6- Síntese das etapas percorridas no implemento de pesquisa.....	86
Quadro nº 7- Dinâmica utilizada na condução da reflexão do grupo de discussão I.....	93
Quadro nº 8- Bloco temático de acordo com a composição das classes- Entrevistas Individuais.....	103
Quadro nº 9- Denominação dos blocos temáticos para análise do grupo de discussão I.....	156
Quadro nº 10 - Síntese das tendências das situações-problema e das tendências das estratégias de liderança, Juiz de Fora, 2013.....	195
Quadro nº 11- Categorização para análise dos dados do grupo de discussão II.....	197

LISTA DE TABELAS

Tabela nº 1 – Codificação das variáveis, Juiz de Fora, 2013.....	90
Tabela nº 2 – Presenças mais significativas na classe 1- entrevistas individuais.....	104
Tabela nº 3 – Presenças mais significativas na classe 4- entrevistas individuais.....	116
Tabela nº 4 – Presenças mais significativas na classe 2- entrevistas individuais.....	126
Tabela nº 5 – Presenças mais significativas na classe 3- entrevistas individuais.....	131
Tabela nº 6 – Presenças mais significativas na classe 5- entrevistas individuais.....	136
Tabela nº 7 – Presenças mais significativas na classe 1- grupo de discussão I.....	157
Tabela nº 8 – Presenças mais significativas na classe 2- grupo de discussão I.....	161
Tabela nº 9 – Presenças mais significativas na classe 4 - grupo de discussão I.....	175
Tabela nº 10 – Presenças mais significativas na classe 3- grupo de discussão I.....	178
Tabela nº 11 – Presenças mais significativas na classe 5- grupo de discussão I.....	181

LISTA DE FIGURAS

Figura nº1- Quantitativo de Dissertações e Tese com o cruzamento do descritor infecção hospitalar do período de 2000 a 2009.....	31
Figura nº2- Quantitativo de Dissertações e Tese com o cruzamento do descritor controle de infecções do período de 2000 a 2009.....	32
Figura nº 3- Anel recursivo da fase de perscrutação.....	69
Figura nº 4 - Distribuição percentual das uce e o número de palavras analisáveis em cada classe formada- entrevistas individuais.....	100
Figura nº 5- Dendograma da classificação hierárquica descendente realizada pelo programa Alceste dos dados obtidos nas entrevistas individuais.....	102
Figura nº 6 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 1 - entrevistas individuais.....	106
Figura nº 7 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 4 - entrevistas individuais.....	118
Figura nº 8 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 2 - entrevistas individuais.....	128
Figura nº 9 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 3 - entrevistas individuais.....	133
Figura nº10 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 5 - entrevistas individuais.....	138
Figura nº 11- Representação dos aspectos que se integram na prevenção e no controle de IRAS em pacientes com câncer.....	141
Figura nº12- Circuito entre as relações do enfermeiro líder com a enfermeira da CCIH	148
Figura nº13 – Dinâmica das situações-problema que influenciam na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS no cenário investigado, atenção oncológica de alta complexidade.....	152
Figura nº14- Distribuição percentual das uce e o número de palavras analisáveis em cada classe formada no grupo de Discussão I.....	154
Figura nº 15- Dendograma da classificação hierárquica descendente realizada pelo programa Alceste dos dados obtidos no grupo de discussão I.....	155
Figura nº 16 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 1 – grupo de discussão I.....	158
Figura nº 17 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 2 – grupo de discussão I.....	162
Figura nº 18 – O enfermeiro líder no processo de trabalho da enfermagem para prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.....	165
Figura nº 19 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 4 – grupo de discussão I.....	176
Figura nº 20 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 3 – grupo de discussão I.....	179
Figura nº 21 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 5 – grupo de discussão I.....	182
Figura nº 22- A necessária integração no trabalho dos profissionais de enfermagem para incorporar as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.....	206
Figura nº 23- Promover condições para o conhecimento sobre IRAS nos pacientes com câncer para incentivar os profissionais na incorporação de medidas de prevenção e controle.....	218

LISTA DE SIGLAS

EEAN - Escola de Enfermagem Anna Nery

CVC - Cateter Venoso Central

CDC - *Center for Disease Control and Prevention*

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

HM- Higiene das Mãos

IH - Infecção Hospitalar

IRAS - Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

GESPEen - Núcleo de Pesquisa e Gestão em Saúde e Exercício Profissional

SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

PNAO- Política Nacional de Atenção Oncológica

PNH- Política Nacional de Humanização

PNSP- Programa Nacional de Segurança do Paciente

TCTH - Transplante de Células Tronco-Hematopoética

ONS - *Oncology Nursing Society*

UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	17
Aproximação com a temática.....	17
Construção da problemática e do Objeto de Tese.....	21
Objeto de Estudo.....	27
Questões Guias.....	28
Objetivos.....	28
Justificativa e Relevância do Estudo.....	28
Contribuições do estudo	34
 CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	 35
 CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	 40
2.1. Liderança: de onde viemos e para onde vamos?	40
2.2. O enfermeiro líder no gerenciamento de risco na prevenção e controle de infecções associado ao cuidado de enfermagem.....	48
2.3. A infecção relacionada à assistência a saúde: aspectos da legislação do controle de infecções e sua aproximação aos cuidados de enfermagem na oncologia.....	53
 CAPÍTULO III- REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	 60
3.1. Pesquisa Convergente Assistencial.....	60
3.1.1. Fase de Concepção.....	61
3.1.2 Fase de Instrumentalização: decisões metodológicas.....	62
3.1.3. Fase de Perscrutação.....	68
3.1.4. Fase da Análise e Interpretação dos dados.....	75
 CAPÍTULO IV- DA SINGULARIDADE À PLURALIDADE DO ENFERMEIRO LÍDER: NOÇÕES ADOTADAS NOS GRUPOS DE DISCUSSÃO PARA ELABORAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE LIDERANÇA.....	 89
 CAPÍTULO V - A MULTIDIMENSIONALIDADE DAS SITUAÇÕES-PROBLEMA QUE IMPLICAM NO PROCESSO DE LIDERANÇA DA ENFERMAGEM NA INCORPORAÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE IRAS NOS PACIENTES COM CÂNCER.....	 99
5.1. As mãos na prevenção e controle de IRAS.....	104
5.2. O contexto e as relações intersetoriais na prevenção e no controle de IRAS nos pacientes com câncer.....	115
5.3. A enfermagem e o conhecimento sobre a prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.....	126
 CAPÍTULO VI- ESTRATÉGIAS DE LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA INCORPORAÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE IRAS NOS PACIENTES COM CÂNCER.....	 153
6.1. O enfermeiro no processo de liderança para prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer no contexto hospitalar.....	156
6.2. Estratégias de liderança em enfermagem frente à prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer.....	174

CAPÍTULO VII- DESAFIOS E POSSIBILIDADES: TECENDO A COMPLEXIDADE DAS ESTRATÉGIAS DE LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA INCORPORAÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE IRAS NOS PACIENTES COM CÂNCER.....	197
7.1. A necessária integração no trabalho dos profissionais de enfermagem para incorporar as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.....	198
7.2. Promover condições para o conhecimento sobre IRAS nos pacientes com câncer para incentivar os profissionais na incorporação de medidas de prevenção e controle..	207
7.3 Avaliação do processo de pesquisa implementado na elaboração das estratégias de liderança	219
CONSIDERAÇÕES FINAIS	221
REFERÊNCIAS.....	234
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	245
APÊNDICE B - Caracterização e roteiro da entrevista individual.....	246
APÊNDICE C – Roteiro para entrevista coletiva – segunda etapa do estudo.....	247
APÊNDICE D- Roteiro para entrevista coletiva – terceira etapa do estudo.....	248
APÊNDICE E - Carta para Instituição- Resultados do Estudo.....	249
APÊNDICE F- Autorização da Instituição para realizar a pesquisa.....	253
ANEXO A- Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa	254

Considerações Iniciais

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Aproximação com a temática

O interesse em aprofundar a compreensão acerca da temática Liderança em Enfermagem e as ações para prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)¹ na atenção oncológica, dá continuidade ao estudo desenvolvido na Dissertação de Mestrado. A motivação inicial surgiu da observação da prática dos profissionais de saúde, inclusive de enfermagem, na adoção incipiente aos protocolos institucionais de controle de infecções em pacientes com câncer.

A observação dessa realidade como enfermeira assistencial e docente em uma instituição especializada na atenção oncológica vinculada ao Sistema Único de Saúde da cidade de Juiz de Fora em Minas Gerais, despertou-me o interesse em conhecer como tal assunto era abordado na literatura, bem como as experiências exitosas de ações implementadas por enfermeiros para mudança desse panorama, através de uma investigação orientada pelo método da revisão sistemática.

As evidências oriundas do estudo apontaram que ações mais preconizadas para o controle de infecções na atenção oncológica estão voltadas às diretrizes operacionais que envolvem aspectos técnicos focalizados na higiene das mãos, manipulação dos dispositivos vasculares, curativos dos cateteres venosos centrais e controle do ambiente. Apontam ainda para necessidade do saber-fazer subsidiado em protocolos que, se por um lado são importantes no controle de IRAS, por outro, somente a existência não garante sua incorporação pelos profissionais de enfermagem (SANHUDO; MOREIRA; CARVALHO, 2011).

Os resultados evidenciaram também o programa educativo como a estratégia com maior destaque ao potencial de influenciar os membros da equipe para a incorporação das medidas de prevenção e controle de infecções. Contudo, a tendência identificada foi de programas que focalizam, prioritariamente, o treinamento dos profissionais sem considerar os vários fatores que influenciam a prevenção e controle de infecções. O que pode, de certo

¹Conforme consta no manual de controle de infecção da *Joint Commission*, existe uma tendência dos termos infecção hospitalar (IH) e Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) serem adotados com um mesmo sentido. Visto que, de acordo com essas diretrizes que focalizam a prevenção e o controle de infecção, a sua ocorrência está relacionada com a prestação da assistência, independentemente do cenário onde se encontra o paciente (ARIAS e SOULE, 2008).

modo, fortalecer a visão da estratégia educativa como um objeto determinado, a ser transferido pronto aos profissionais, corroborando com ações que mantêm o distanciamento do sujeito do processo de construção do seu próprio conhecimento. E que acarreta implicações para o enfermeiro líder, ao buscar a promoção de mudanças de atitude dos profissionais, para incorporarem a prevenção e o controle de infecções na prática dos cuidados de enfermagem (SANHUDO; MOREIRA; CARVALHO, 2011).

Cabe ressaltar que medidas de prevenção e controle de infecções desenvolvidas pelo Programa de Controle de Infecções Hospitalar (PCIH)² que abarca uma série de ações para prevenir as IRAS, determinam que sua implementação depende, principalmente, da participação efetiva dos profissionais envolvidos na assistência direta, pelo aumento do risco de infecções, quando não adotam adequadamente as medidas de prevenção e controle determinadas (CUCOLO; FARIA; CESARINO, 2007; FERNANDES, 2008; MENEZES, 2009; GIAROLA et al., 2012).

Conforme Arias e Soule (2008), as infecções estão dentre os riscos mais frequentes nas instituições de saúde e, quando associadas à contaminação cruzada, ou seja, de fontes exógenas, representam um evento adverso que acomete a segurança dos pacientes.

Para Feldman (2011) a ocorrência de IRAS é fenômeno multifatorial e complexo; relaciona-se não somente aos riscos inerentes aos pacientes, mas coloca-se, sobretudo, no modo como acontece a implementação das medidas de prevenção e controle de infecções em decorrência de situações iatrogênicas por problemas na assistência ou no equipamento, além de erro profissional.

Tal perspectiva demanda das instituições um enfoque no gerenciamento da segurança/gerenciamento de riscos³, para instituir ações efetivas de prevenção e controle de infecções, onde a complexidade e a imprevisibilidade da assistência de enfermagem requerem profissionais alertas, com conhecimento científico e habilidades técnicas para prevenir erros, identificando, evitando ou minimizando os possíveis eventos adversos (BOHOMOL; DENSER; HARADA, 2011).

As leituras realizadas e as discussões com outras enfermeiras acerca da temática me dão subsídios para inferir que é preciso repensar o modo como estamos conduzindo as

²O Programa de Controle de Infecção Hospitalar, regulamentado pela Lei nº 9.431 de 1997, do Ministério da Saúde, que estabelece recomendações para sua formação, estrutura e operacionalização nas instituições prestadoras de assistência a saúde (BRASIL, 1997).

³Neste estudo os termos gerenciamento da segurança e gerenciamento de riscos serão adotados como sinônimos, tal decisão segue a terminologia dos Descritores em Saúde.

estratégias de liderança da equipe de enfermagem para favorecer a prevenção e controle de infecções na atenção oncológica. Situação considerada prioritária para ser estudada visto que é um importante agravo à saúde, pelo crescente aumento das taxas de morbi-mortalidade nos pacientes com câncer (DEVITA, 2005).

Para Wheatley (2006) que estuda fenômenos relacionados à Liderança e a Nova Ciência, as mudanças científicas no campo da biologia, da química e da física nos oferecem subsídios para reformular nossa visão de mundo. O que favorece buscar “novas formas de compreender os problemas que mais afligem as organizações: o caos, o controle, a liberdade, a comunicação, a participação, o planejamento e a previsão”. No entendimento da autora, no contexto de constantes mudanças que caracterizam o mundo contemporâneo, é necessário criar estruturas flexíveis e adaptáveis com valorização das especificidades de cada contexto e das interações entre os diferentes sujeitos. Por isso acredita que o fracasso nos resultados e mudanças almejados nas organizações está relacionado, principalmente, à negação de que as dinâmicas humanas devem ser o enfoque principal na busca da solução de problemas.

Na busca de uma nova forma de compreender a temática penso que o enfermeiro líder⁴, ao gerenciar o processo assistencial da enfermagem, assume papel de destaque ao influenciar positivamente a equipe na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS.

O sentido que será adotado ao longo do estudo para a palavra incorporação tem suas bases no entendimento de que a palavra incorporação origina-se do latim, *incorporatione*, ato ou efeito de incorporar, dar forma corpórea, juntar num só corpo, dar unidade a, reunir (FERREIRA, 1986). No campo das Ciências Sociais, a palavra incorporação pode ser compreendida na perspectiva da psicanálise, significando ação pela qual um indivíduo assimila um objeto, quer comendo-o, quer apropriando-se da sua imagem; funciona segundo o princípio do prazer, ou seja, o indivíduo incorpora aquilo que lhe dá prazer, aquilo de que gosta, correlativamente, elimina o que é supérfluo (THINES; LEMPEREUR, 1992).

Assim, a ideia é que as estratégias de liderança possam ser adotadas para favorecer a incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS no dia a dia dos profissionais de enfermagem, com isso almeja-se que sejam materializadas como algo inerente aos cuidados de enfermagem.

⁴A expressão enfermeiro líder será adotada para o enfermeiro que está na gerência do processo assistencial liderando a equipe de enfermagem de nível médio. Encontra-se na linha de frente, ou seja, no planejamento operacional com a importante competência de pôr em prática, junto a sua equipe, os protocolos institucionais preconizados para a prevenção e controle de IRAS.

A condução do estudo obedece aos critérios de um estudo de intervenção, pois interveio diretamente no contexto estudado, com a elaboração das estratégias de liderança pelos enfermeiros líderes. Vislumbra-se gerar constructo para o conhecimento da enfermagem, que vai ao encontro de premissas difundidas em instituições que se preocupam com a qualidade do serviço prestado. Na medida, em que a equipe de enfermagem pode melhorar seus processos de trabalho, inclusive participar de mecanismos e desenvolver estratégias para atuar no gerenciamento da segurança no controle e prevenção de IRAS.

Para Wheatley (2006) o foco do conhecimento nas instituições deve centrar-se em descobrir mecanismos que funcionam melhor e não buscar uma realidade concreta no sentido de verdade absoluta, até mesmo pelo fato de não existir uma realidade objetiva, ela é co-criada pelos atos de observação, escolhas com relação ao que observar, e com o que se preocupar.

Nesse sentido, ao se desenvolver esse estudo num processo participativo e integrativo do pesquisador e participantes se vislumbrou a integração dos saberes de enfermeiros líderes a partir da faceta da multiplicidade de olhares para o mesmo foco. Cada enfermeiro contribuiu com suas experiências na organização de estratégias, uma questão complexa pela perspectiva de mudança na atitude dos profissionais na prevenção e controle de infecções.

A própria palavra controle remete a algo que deve ser padronizado para que as ações sejam realizadas muitas vezes, por diferentes profissionais da mesma forma. A elaboração de protocolos de prevenção e controle de infecções tem a intenção de garantir o mesmo resultado a partir de bases técnicas-científicas, para que os procedimentos aconteçam da maneira mais segura possível.

No entanto, somente a existência de protocolos não é garantia de qualidade na assistência. Os **profissionais da técnica**⁵ são indivíduos diferentes, com talentos, sentimentos e conhecimentos particulares, o que acarreta atitudes diversas no modo de agir e cuidar em enfermagem. O sucesso das ações de prevenção e controle de infecções não pode ser tratado como algo isolado de seu contexto, deve ser integrado aos sistemas complexos e múltiplos da estrutura gerencial das instituições (BRANNIGAN; MURRAY; HOLMES, 2009).

Embora a implementação desses procedimentos de prevenção e controle de infecções apresente tendência a privilegiar o âmbito da técnica, deve ser tecida juntamente com a subjetividade envolvida no cuidado de enfermagem. Visto que o cuidado de

⁵ *Grifo meu*

enfermagem depende da capacidade de relacionar-se com o outro, essência do ser humano (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010).

O pensamento complexo articulado por Morin trouxe a base filosófica para sustentar este estudo, pela demanda do enfermeiro em encarar a diversidade de situações no cotidiano gerencial, para integrar, aglutinar e articular as ações da equipe de enfermagem, num modelo que favorece a segurança do cliente. Ao contrário do pensamento fragmentado e unilateral que ensina a disjuntar, a simplificar e reduzir, o pensamento complexo é entender o pensamento que não separa, mas une e busca as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida, integra os diferentes modos de pensar linear e sistêmico (TERRA et al., 2006).

Atualmente, o enfermeiro líder enfrenta o desafio para contribuir significativamente na transformação do cuidado mecanicista para o cuidado na perspectiva da complexidade. Nesse aspecto, o profissional de enfermagem constrói o conhecimento na dimensão sensível, mas também precisa de instrumentos técnicos e científicos, ambos necessários para relacionar as necessidades do indivíduo, considerando-o singular e plural, a parte e o todo que se representa pela visão da integralidade e multidimensionalidade (TERRA et al., 2006).

Para Morin (2007) o termo latino “*complexus*” expressa o que é tecido junto, do que se compõe de elementos diversos, do que está tecido em conjunto, significa que os elementos diferentes são inseparáveis. Transpor esse pensamento para a prevenção e o controle de infecções é a possibilidade de contemplar habilidades técnicas com habilidades humanas, ambas necessárias à prestação dos cuidados de enfermagem (CABRAL, 2006).

As diretrizes de prevenção e controle de infecções estão inseridas na proposição da qualidade dos serviços de saúde, desde que sua concretização traga impactos positivos na prática. Para isso acontecer destaca-se que as medidas de prevenção e controle de IRAS devem envolver as melhores evidências científicas, condições para sua implementação e a convergência com a prática para sua incorporação, o que envolve diretamente estratégias adotadas pelo enfermeiro líder.

Construção da problemática e do Objeto de Tese

No Brasil a IRAS é um problema de grande magnitude, o percentual poderá variar de acordo com as características das instituições, e os dados estatísticos de taxas de infecções são precários, não existe uma base de dados disponível para consulta que demonstre a realidade nacional. Um estudo que ainda na atualidade é uma referência Nacional, foi

desenvolvido na década de 90 em 99 hospitais, totalizou os seguintes indicadores, as infecções respiratórias inferiores correspondiam a 28,9%, cirúrgicas 15,6%, pele 15,5%, urinárias 11% e sepses 10%. Outras infecções apareceram em 18% das ocorrências (PRADE et al., 1995).

Cabe ressaltar, que a prevenção e o controle de IRAS configuram-se como prioridade em todos os cenários de prestação da assistência à saúde. Então precisamos entender como esse fenômeno acontece na atenção oncológica que presta assistência de alta complexidade, por apresentar suas características próprias onde os pacientes têm maior risco em adquirir IRAS (DEVITA, 2005; FRIEZE, 2007).

Há poucos estudos epidemiológicos que forneçam dados sobre a incidência de IRAS na oncologia, destaca-se um estudo desenvolvido em 1997, num centro de terapia intensiva (CTI) no Instituto Nacional de Câncer (INCa), que apresentou uma taxa global de infecção de 50%. Acompanhou 623 clientes, destes 370 desenvolveram infecções, sendo os tipos principais, a pneumonia (28,9%), a infecção no trato urinário (25,6%) e na corrente sanguínea (24,1%). As taxas de infecção quando associadas ao uso de procedimento invasivo, apresentaram os seguintes dados: pneumonia associada à ventilação mecânica (41,7%); infecção do trato urinário associada ao cateter urinário (27,5%); e infecção na corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (25,6%) (VELASCO et al., 1997).

Embora seja reconhecido o risco do cliente com câncer em adquirir infecções, esse evento não pode ser entendido como inevitável, ou seja, como algo inerente, exclusivamente, às suas condições clínicas. Uma visão ampla do controle e prevenção do evento IRAS está atrelada a vulnerabilidade dos clientes com câncer em desenvolver infecções ser um fenômeno multifatorial e, pode estar associada à queda de linfócitos e granulócitos decorrente da quimioterapia ou pelo próprio tipo de câncer, a quebra de barreiras do sistema tegumentar como nos procedimentos invasivos e nas cirurgias, presença de cateter vascular, deficiências nutricionais, comorbidades, sendo que em muitos casos os clientes apresentam muitos fatores ou todos concomitantemente (DEVITA, 2005; FRIEZE, 2007).

O significado do termo risco, adotado neste estudo, refere-se à chance de exposição dos pacientes com câncer à ocorrência da infecção como evento adverso, resultante de um conjunto de aspectos. Ainda que se refiram imediatamente ao paciente, aos seus aspectos individuais, o recoloca na perspectiva das condições de prestação da assistência à saúde, ou seja, o paciente apresenta-se em risco em adquirir IRAS pelo próprio contexto que se encontra em decorrência de uma prática profissional que não adote diretrizes de segurança

para prevenção e controle de infecções (ARIAS; SOULE, 2008; FELDMAN, 2009; GIAROLA et al., 2012).

Atualmente, no Brasil, a legislação que regulamenta o controle de infecções é orientada pela Portaria 2616/de 1998 do Ministério da Saúde (MS), que trata da implementação nas Instituições prestadoras de assistência à saúde, do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. O conteúdo dessa Portaria aborda questões conceituais sobre infecções hospitalares, estabelecem critérios para diagnóstico, bem como, as atribuições dos profissionais membros que compõem a Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH)⁶ (BRASIL, 1998).

Esta portaria foi um importante marco na definição de Políticas Nacionais para o controle de infecções, pois a partir de sua publicação instituir medidas de controle de infecções nas Instituições prestadoras de assistência à saúde, passou a ter um caráter obrigatório amparado pela legislação. A ocorrência de infecção adquirida no ambiente de assistência à saúde, hospitalar ou não, passou a ser vista como um indicador desfavorável da qualidade dos serviços prestados. Ao ponderar que 30% das IRAS são possíveis de prevenção, o MS lança uma proposta para que as Instituições de Saúde fortaleçam as medidas eficazes de prevenção e controle de infecções (BRASIL, 2010).

Para a efetivação da prevenção e do controle de infecções, as competências da enfermagem estão envolvidas na esfera legislativa e executiva, como também operacional, ao implementar as diretrizes preconizadas pelas Instituições. No Brasil, a enfermagem e outros profissionais de saúde, seguem as diretrizes do MS como forma de condução às melhores práticas, por meio de publicações com recomendações para os profissionais adotarem em seu dia a dia, com a intenção de diminuir as taxas de infecções hospitalares.

Nessas recomendações, destaca-se o fato das infecções deixarem de ser associadas exclusivamente ao cenário hospitalar, e incluir todas as Instituições que prestam assistência à saúde (ARIAS; SOULE, 2008).

Nesse ponto de vista, existe uma maior responsabilidade por parte dos profissionais de saúde na incidência de infecções de origem exógena, no sentido que envolve os profissionais na cadeia de disseminação e na implementação de mecanismos que interrompam a transmissão de microorganismos entre os profissionais, pacientes e ambiente. A publicação pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) em 2002, do manual

⁶ Neste estudo adoto o termo profissionais/enfermeira da CCIH para designar os membros da Comissão/ Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e, portanto, são encarregados do planejamento, execução e avaliação das ações programadas de controle de infecção hospitalar.

de higienização das mãos, atribui a todos os profissionais de saúde a incorporação da higienização das mãos em sua prática assistencial, dada sua importância como estratégia que congrega evidências científicas no controle e prevenção de infecções.

Tal publicação constitui um forte estímulo para o desenvolvimento de uma cultura institucional, na perspectiva do gerenciamento dos riscos desse agravo, que coloca os profissionais de saúde e os pacientes como protagonistas dos processos de promoção da saúde, de trabalho, de educação, de gestão em saúde (ARIAS; SOULE, 2008).

Para Feldman (2009), pensar na ocorrência e controle de IRAS é refletir sobre os fatores envolvidos, num modelo gerencial que considere as particularidades dos clientes, das instituições e dos profissionais em seu contexto. Ou seja, o gerenciamento de riscos possibilita a análise, planejamento e a direção de eventos adversos e de fatores potenciais de risco sob condições de incerteza, cujo ponto crucial está na habilidade para pesquisar o território de risco inteiro, o espaço abrangente e complexo, para descobrir onde está a falha (FELDMAN, 2011).

Dessa forma, entendo que o reconhecimento do contexto social é fundamental para operacionalização do estudo, no sentido de problematizar o tema IRAS na atenção oncológica de alta complexidade na rede de saúde do Município, que abrangerá o cenário desse estudo. O Município de Juiz de Fora-MG é considerado o pólo da macrorregião Sudeste do Estado de Minas Gerais, fornece o atendimento de média e alta complexidade para 33 municípios, conforme estabelecido no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (ALVES et al., 2010).

Além disso, existe um fluxo oscilante diário até Juiz de Fora da população de outras regiões, principalmente da fronteira do estado do Rio de Janeiro. Um aspecto que pode explicar essa migração é o fato de Juiz de Fora se encontrar localizada entre Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, cujo acesso é tido como fácil, apesar da distância física, mas com complexidade urbana e tecnológica que motiva à sua busca pelos residentes de cidades menores localizadas em meio a esse “triângulo” (SOUZA et al., 2007; ALVES et al., 2010).

Independente da procedência das pessoas que necessitam de assistência oncológica, o atendimento é realizado em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs)⁷. Em Juiz de Fora, as UNACONs são ambientes assistenciais de alta complexidade, não públicos, mas credenciados para oferta de serviços ao SUS. Atualmente

⁷ A Portaria nº 102 de 03 de fevereiro de 2012 do Ministério da Saúde atualizou as instituições credenciadas como UNACON e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Entende-se por UNACON, o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer (BRASIL, 2012).

são três as instituições: Associação Feminina de Prevenção de Combate ao Câncer (ASCOMCER), Instituto Oncológico de Juiz de Fora e Hospital Dr. João Felício (BRASIL, 2012).

Conforme os dados disponibilizados pelo Registro Hospitalar de Câncer (RHC)⁸, no Município de Juiz de Fora em 2008, foram internados nas UNACONs 1.164 clientes, destes, 475 internaram para radioterapia, 168 para oncologia cirúrgica, 321 para oncologia clínica, e os demais clientes para clínicas especializadas. Desse grupo, 543 clientes têm idade superior a 65 anos, 309 são alcoólatras e 398 são tabagistas. Em relação à classificação de tumores malignos segundo a classificação TNM⁹, no estágio 1 foram classificadas 119 clientes, no estágio 2 foram 392 clientes, no estágio 3 foram 72 clientes, no estágio 4 foram 147, e classificados como sem identificação ou estadiamento não se aplica para 367 clientes. A identificação do perfil dos pacientes representa um alerta, considerando que são situações que contribuem com o risco à infecção. Esses aspectos são aprofundados no Capítulo II que trata da fundamentação teórica que compõe esta Tese.

Em estudo acerca de um diagnóstico situacional dos Programas de Controle de Infecções em instituições hospitalares no Município de Juiz de Fora, foram apresentadas evidências das dificuldades para realizar capacitações para os profissionais que estão na prestação da assistência, e quando estas são realizadas, por muitas vezes, o que tem sido desenvolvido acontece de modo inadequado. Além disso, nesse mesmo estudo, também foi apontado um distanciamento entre os profissionais da CCIH com os profissionais de saúde inseridos na assistência direta aos pacientes, quando não existe participação desses nas decisões e, na maioria das vezes os profissionais não têm acesso às informações referentes às infecções, bem como, não participam em sua maioria, na elaboração dos protocolos e rotinas para o controle de infecções (DELAGE; SILVA, 2011).

Entendo que todas essas situações comprometem a incorporação de medidas de prevenção e controle de infecções no dia a dia, visto que instituir medidas eficazes é um desafio na prática profissional. Por outro lado, percebe-se uma preocupação e esforço que vão além da detecção de IRAS por meio de medidas de controle, como a vigilância intensiva das

⁸ O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) informatizado foi instituído na Portaria nº 741 SAS/MS no Art. 5º, estabelece a sua implantação nas UNACONs, CACONs, e nos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. (BRASIL, 2005).

⁹ O Sistema TNM para descrever a extensão anatômica da doença tem por base a avaliação de três componentes: 1) T - a extensão do tumor primário; 2) N - a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais; 3) M - a ausência ou presença de metástase à distância.

infecções associada com a compreensão de como evitá-las por meio de medidas de prevenção, situação que também depende dos profissionais que prestam à assistência à saúde.

Entretanto, seria reducionismo responsabilizar apenas os profissionais pela ocorrência de eventos adversos, entende-se que pensar na adoção de medidas de prevenção e controle de infecções não dependa exclusivamente dos profissionais, requer uma visão sistêmica, de outros fatores que intervêm e, muitas vezes são determinantes na atitude e na conduta dos profissionais em incorporar ou não essas medidas (FELDMAN, 2009).

Como por exemplo, as condições de segurança dos trabalhadores da área da saúde dependem de características do cenário, qualidade de material utilizado, perfil do cliente assistido, informação e formação da equipe, dentre outros fatores. Trata-se de uma questão multidimensional, como é apontado em estudos que verificaram que os aspectos relacionados à adesão as precauções padrão acontecem concomitantemente aos fatores individuais, relativos ao trabalho, e organizacionais (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2009; OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010).

Em relação à assistência à saúde, pensar na perspectiva multidimensional, demanda a integração das dimensões do profissional, do paciente e da instituição, que interferem no processo de trabalho para implementação de medidas de prevenção e controle de infecções, cito algumas situações: experiências dos profissionais, habilidades de liderança do enfermeiro, expectativas, demanda de revisão de técnicas e condutas dos profissionais da equipe; condições de trabalho oferecidas pela instituição, as quais envolvem os recursos materiais e humanos; processos de trabalho; relações interpessoais; fluxograma inadequado de materiais contaminados, dispersando microorganismos no ambiente; vulnerabilidade dos clientes no processo de adoecimento e tratamento; qualidade dos dispositivos e equipamentos que propiciam maior exposição dos pacientes; perfil microbiológico dos pacientes atendidos; dentre tantos outros fatores.

Tais fatores são situações geradoras de riscos e o enfermeiro, ao detectá-las e assumir o papel de líder, pode traçar estratégias para tomada de decisão, no seu agir individual ou contribuir de maneira significativa para resolução, quando requer atuação de outros profissionais (*JOINT COMMISSION*, 2008).

Estudos apontam a importância da liderança em enfermagem para incorporação de medidas de prevenção e controle infecções. O enfermeiro pode contribuir expressivamente na promoção de segurança de seus liderados e pacientes, quando detecta quais os riscos em suas várias dimensões estão presentes em sua realidade, ao identificar as situações que tornam os pacientes com maior risco, e instituir junto à equipe de enfermagem a articulação de medidas

de prevenção e controle de infecções na prática cotidiana (PEREIRA; BELLATO, 2004; BRANNIGAN; MURRAY; HOLMES, 2009).

Porém, compreendo que existe um distanciamento entre os enfermeiros líderes e as diretrizes para prevenção e controle de infecções preconizadas pelas instituições. Por muitas vezes os manuais permanecem em gavetas, não sendo utilizados como um valioso recurso norteador das ações dos profissionais na prevenção de IRAS.

Resultados encontrados em estudo que avaliou a existência e utilização dos procedimentos operacionais padrão (POPs) pelos profissionais de enfermagem, apontou que 56,7% dos profissionais acessam o POP somente quando têm dúvidas; 54,02% dos técnicos e auxiliares e 62,86% dos enfermeiros não acreditam no seu seguimento (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008).

Destaco que os POPs relativos ao trabalho de enfermagem são desenvolvidos pelos próprios enfermeiros com a finalidade de contribuir com a sistematização da assistência de enfermagem. Porém, percebo que a existência de protocolos nem sempre é traduzida em atitudes e práticas; é um dos passos para produzir um cuidado com qualidade e reflete os critérios necessários para segurança dos pacientes e dos profissionais (FONTANA; LAUTERT, 2006; PEREIRA, et al., 2005).

De acordo Ribeiro (2009), a atitude dos profissionais na incorporação ou não de medidas de prevenção e controle de infecções é fruto da construção de ações individuais e coletivas. Dessa forma, o enfermeiro pode despertar em sua equipe uma sensibilização para instituir a prevenção e o controle de infecções integrado aos cuidados de enfermagem. Ações estas, que não se resumem exclusivamente à higienização das mãos, embora de extrema relevância, outras medidas também precisam ser adotadas de forma integrada e dependente de todos os indivíduos.

Com base na problemática apresentada, delineou-se como **objeto de estudo**: estratégias de liderança em enfermagem para incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer.

A conformação do objeto, parte do **pressuposto** que as situações-problema que provocam as IRAS em pacientes com câncer têm caráter multidimensional e se configuram como desafios para os enfermeiros, o que requer estratégias de liderança que contemplem a dinamicidade do contexto de atuação e a dialogicidade entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Para interpretar esse fenômeno emergente na realidade dos enfermeiros líderes, buscando suas interações no contexto investigado, foram definidas como **questões guias**:

1. Que situações-problema são reconhecidas pelas enfermeiras para incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer pela equipe de enfermagem?
2. De que modo os enfermeiros elaboram estratégias para favorecer a incorporação de medidas de prevenção e controle das IRAS em pacientes com câncer pela equipe de enfermagem, diante dos desafios emergentes na prática cotidiana como líder da equipe?

Objetivos:

1. Conhecer os problemas vivenciados no processo de liderança em enfermagem para incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer.
2. Elaborar com os enfermeiros uma proposta de estratégias de liderança voltada à incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer pela equipe de enfermagem.
3. Discutir os desafios e as possibilidades para implementação das estratégias de liderança voltadas à incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer pela equipe de enfermagem.

Justificativa e Relevância do estudo

Nas Políticas Públicas Nacionais, o controle de infecção é foco crescente dentro do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013). Para demonstrar o interesse na temática foi instituída a Portaria nº 961 de 16 de julho de 2010 para compor o grupo de trabalho no âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de elaborar e propor ações preventivas relativas ao seguimento de surtos de IRAS (BRASIL, 2010).

A meta do MS é reduzir em 30% à incidência de infecções nas instituições prestadoras de assistência a saúde, o que reflete como um importante tema para investigação no cenário da oncologia devido à alta incidência de infecção nesse grupo. No Brasil, as pesquisas concernentes ao controle de infecções despertam interesses dos órgãos de fomento; em setembro de 2010 foi publicado o Edital no Diário Oficial da União com a intenção de apoiar a realização de pesquisas que contribuam para ampliar o conhecimento acerca de

IRAS no Brasil. O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e MS esperam com isso mapear a incidência de infecções e reduzir as taxas de mortalidade e os custos por infecções hospitalares.

Dada sua relevância, a infecção é um dos temas prioritários para pesquisa na enfermagem em oncologia na proposta da *Oncology Nursing Society* (ONS) na agenda 2009-2013. Na linha de investigação *Nursing-Sensitive Patient Outcomes* do referido documento, a infecção é focalizada enquanto evento evitável, destacando-se a necessidade de estudos de avaliação de estratégias para a identificação e prevenção desse evento adverso relacionado ao tratamento (*ONCOLOGY NURSING SOCIETY*, 2010).

Na quinta Conferência Internacional sobre IRAS, ocorrida em Atlanta, em março de 2010, houve destaque à ausência de discussões centradas nas habilidades de liderança e a necessidade de desenvolver estratégias para influenciar os profissionais na implementação de medidas de prevenção e controle. Considera-se de fundamental relevância a ampliação das discussões que envolvam os enfermeiros, pois é de sua competência avaliar os resultados alcançados pela equipe de enfermagem (MANNING, 2010).

Diante da magnitude da infecção em pacientes com câncer, a realização deste estudo justificou-se pela necessidade de elaborar estratégias de liderança em enfermagem para incorporação de medidas de prevenção e controle IRAS nos pacientes com câncer. Para compreender essa questão, procurei desenvolver o estudo na vertente gerencial de enfermagem, linha que este estudo encontra-se inserido. Por entender que o enfermeiro precisa desenvolver a capacidade de influenciar positivamente e assumir o papel de líder na condução da equipe de enfermagem.

Para desenvolver esta Tese, na construção do estado da arte procurei me abrir para o desconhecido. Busquei uma visão ampla da temática com a finalidade de compreender na contemporaneidade qual o papel do enfermeiro líder em relação à incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS.

Para operacionalizar o estado da arte, foram adotadas as seguintes etapas: a) formulação de uma questão de pesquisa; b) busca na literatura para identificar o tema escolhido; c) seleção dos estudos a serem incluídos na revisão; d) avaliação da literatura; e) análise e síntese dos dados.

A pergunta de pesquisa é essencial para potencializar e atingir aos objetivos do estudo, sendo definida como: Quais são as linhas de atuação na enfermagem para promover a incorporação ao controle e prevenção de infecção associada à prestação da assistência à saúde?

Para buscar as produções científicas estabeleceu-se como recorte temporal o período de 2000 a 2011. Considero o estabelecimento desse período como um marco representativo da demanda da Sociedade em relação ao atendimento a saúde, além do acesso aos serviços, desponta a qualidade oferecida, que tem como pressupostos a valorização das pessoas nos processos. Para prevenção e controle de infecção, essa é uma questão emergente desde o ano de 2002; os órgãos internacionais que traçam as diretrizes da qualidade da assistência à saúde mostram uma preocupação crescente com a aderência dos profissionais às normas preconizadas nas legislações e nas evidências científicas (ARIAS; SOULE, 2008).

Nesse sentido, destaco como marco a publicação em 2002 pelo HICPAC (*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*) do *Guideline* de higienização das mãos, que enfoca uma maior participação dos profissionais de saúde na prevenção e controle de infecção.

O acesso as bases de dados ocorreu pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), (BDENF) e biblioteca eletrônica SCIELO, com o cruzamento dos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) apresentados no quadro 1.

Quadro nº 1- Quantitativo de produções científicas no LILACS, SCIELO E BDNF.

DESCRITORES	LILACS	SCIELO	BDNF
INFECÇÃO HOSPITALAR	970	88	151
INFECÇÃO HOSPITALAR AND CÂNCER	25	0	1
INFECÇÃO HOSPITALAR AND ONCOLOGIA	6	0	1
CONTROLE DE INFECÇÕES	321	300	36
CONTROLE DE INFECÇÕES AND ENFERMAGEM	3	6	1
CONTROLE DE INFECÇÕES AND CÂNCER	5	7	0
CONTROLE DE INFECÇÕES AND ONCOLOGIA	2	1	0

No *National Library of Medicine* (PUB MED) e *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) com cruzamento dos *MeSH*, conforme consta no quadro 2.

Quadro nº 2- Quantitativo de produções científicas no PUBMED e CINAHL.

<i>MESCH</i>	<i>PUBMED</i>	<i>CINAHL</i>
<i>CROSS INFECTION</i>	29.975	8.387
<i>CROSS INFECTION AND NEOPLASMS</i>	263	70
<i>CROSS INFECTION AND MEDICAL ONCOLOGY</i>	14	1
<i>INFECTION CONTROL</i>	13.666	15.279
<i>INFECTION CONTROL AND NEOPLASMS</i>	366	163
<i>INFECTION CONTROL AND MEDICAL ONCOLOGY</i>	18	0

Foram identificadas produções científicas, nas quais foi procedida a leitura dos resumos, das produções encontradas através do cruzamento dos descritores, obedecendo aos critérios de inclusão: pesquisas com acesso ao resumo; publicadas entre 2000 a 2011 e que respondiam a questão elaborada.

Os motivos de exclusão das produções estão relacionados por: não tratar de IRAS; sem acesso ao resumo ou artigo na íntegra; não ser pesquisa; o idioma de publicação não ser em inglês, português ou espanhol; e duplicações nas bases de dados.

Para organização do material empregou-se um instrumento de análise estruturado, onde foram apontados os dados de interesse. As Teses e Dissertações foram acessadas através do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), no Banco de Teses, na busca por assunto foram empregados os descritores isolados e cruzados.

Com o emprego dos descritores por assunto: Infecção Hospitalar, Infecção Hospitalar *and* Câncer, Infecção Hospitalar *and* Oncologia, o quantitativo é apresentado na figura 1.

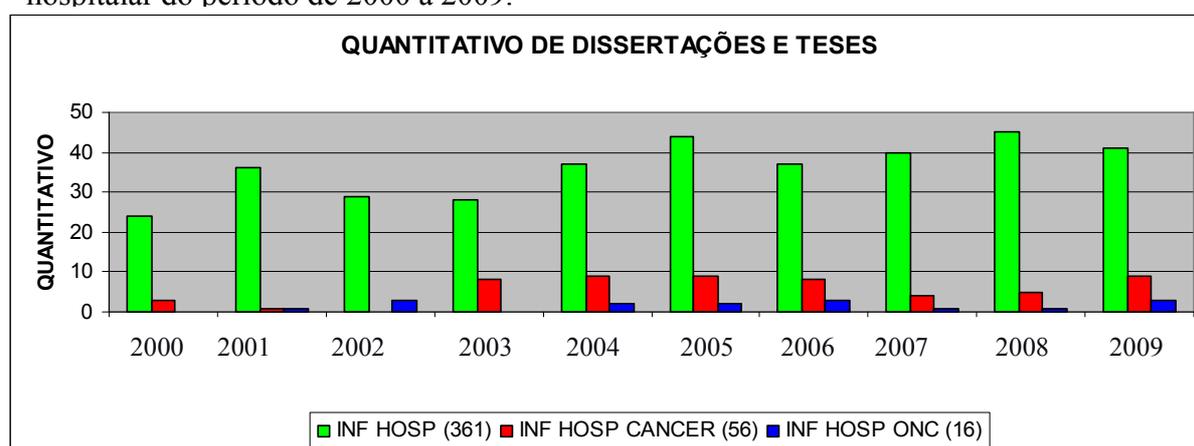
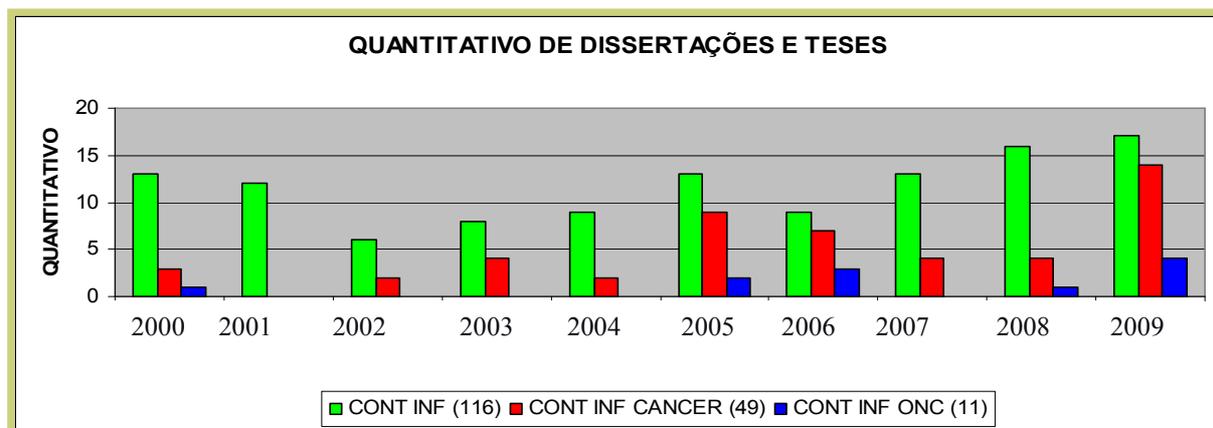
Figura nº1- Quantitativo de Dissertações e Teses com o cruzamento do descritor infecção hospitalar do período de 2000 a 2009.

Figura nº2- Quantitativo de Dissertações e Teses com o cruzamento do descritor controle de infecções do período de 2000 a 2009.



A análise qualitativa da literatura demonstra a necessidade de aprofundar o conhecimento por meio de estudos que considerem os vários elementos que estão envolvidos na prevenção e controle de infecções. Há evidências que vários aspectos do comportamento humano, incluindo a falsa percepção de um risco invisível e subestimação da responsabilidade individual na elevação das taxas de IRAS, podem ser fatores importantes na inobservância das medidas de prevenção e controle (OLIVEIRA; DAMASCENO; RIBEIRO, 2009).

Estudos demonstram a relação entre o conhecimento, atitude e a prática em ações consagradas de prevenção e controle de infecções. Dentre as práticas eficazes para a prevenção e controle de infecções destaca-se o programa educativo enquanto estratégia efetiva para reduzir as taxas de infecções relacionadas à assistência à saúde (ABOELELA; STONE; LARSON; 2007).

O conhecimento inadequado mostrou aumentar a probabilidade de uma prática imprópria. Esses resultados apontam para a necessidade de novas estratégias de intervenção capazes de motivar os profissionais de saúde à maior adesão da higiene de mãos (SENNA, 2010).

Menezes (2009) salienta sérias implicações ligadas a não implementação de medidas de prevenção e controle de infecção, pois pode representar no aumento da incidência de infecção cruzada no setor, favorecer o surgimento de surtos, elevar os custos para o tratamento, e aumentar as taxas de mortalidade. Ainda, reitera que os protocolos parecem surtir pouco efeito nas atitudes dos profissionais quando não analisados os contextos nos quais as recomendações são destinadas.

Brevidelli e Cianciarullo (2009) construíram um modelo explicativo da adesão às precauções-padrão; apontam aspectos importantes para subsidiar a elaboração de programas de prevenção de exposição ocupacional a material biológico. O que implica desenvolver, durante o treinamento, habilidades cognitivas, psicomotoras e comportamentais que possam ajudar os profissionais a ultrapassar os obstáculos percebidos. Outro aspecto que o estudo trouxe, foi relacionado à relevância dos fatores organizacionais, isso indica que é importante enfatizar todo suporte estrutural existente na instituição que favorece adoção das precauções padrão, tais como, suprimento e disponibilidade do equipamento de proteção individual adequados; supervisão e *feedback* do uso das precauções padrão e políticas institucionais que apóiem a segurança.

Na legislação e na literatura o PCIH está atrelado a desenvolver avaliação de resultado. Ao identificar a prevalência e a incidência de casos de IRAS, classifica segundo topografia, especialidade, local e outras características, para estabelecer fatores de risco. Porém, um fato importante constatado no estudo de Silva e Lacerda (2011):

Tais avaliações, no entanto, são insuficientes para reconhecer ou determinar a qualidade das práticas assistenciais realizadas e atuar preventivamente. Deve-se também reconhecer a própria qualidade dos PCIH para avaliar e intervir na qualidade dessas práticas assistenciais.

Avaliar a realidade é um grande desafio, na perspectiva da complexidade é juntar a causa e o efeito do fenômeno investigado, e sua retroação. Orientar-se por esse olhar sistêmico-complexo implica ter um olhar aberto, crítico e multidimensional, em vez de eficiência apenas individual, demanda em desenvolver referenciais capazes de atribuir um sentido à sua realidade e apreender amplamente a complexidade das questões (DANTAS, 2008).

A eleição pelo olhar sistêmico-complexo para investigar o objeto, está ancorada no fato de que os métodos tradicionais em um nível teórico e prático vêm mostrando que são cada vez menos eficientes para intervir de forma pró-ativa e resolutiva nas chamadas questões sociais e de saúde, visto que o ser humano está inserido numa rede de relações e interações complexas, compreendidas somente à luz de referenciais que abarcam a multidimensionalidade dos fenômenos (BACKES, 2008; MENOSSI, 2009).

Em síntese, é possível estimar que a tendência da produção do conhecimento acerca da prevenção e do controle de IRAS é convergente à necessidade de adoção pelos profissionais aos protocolos institucionais.

Contribuições do Estudo

O estudo pretende construir proposições e desencadear reflexão para os enfermeiros (re)considerarem sua prática, na elaboração de estratégias na incorporação de medidas de prevenção e de controle de IRAS nos pacientes com câncer. Essa intenção é convergente com o propósito do método eleito, a Pesquisa Convergente Assistencial, ao buscar a construção de conhecimento com os participantes do estudo a partir da realidade assistencial, visando a resolução de problemas de natureza prática ou teórica ao introduzir inovações no campo da prática de maneira participativa.

O produto do estudo pode colaborar na tomada de decisão no âmbito da gerência do processo assistencial em enfermagem, para dar mais visibilidade ao conceito e práticas de liderança em enfermagem, bem como, para os profissionais que atuam no planejamento operacional, tático e estratégico no planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção e do controle de IRAS.

No processo de socialização do construto teórico, espera-se contribuir com a assistência prestada por meio dos reflexos na atuação da enfermagem. Entendo que a incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS repercutirá na redução da incidência desse evento no cenário de pesquisa, bem como na possibilidade de replicação em outros cenários.

Ainda, desejo contribuir para a produção científica de enfermagem na temática. Nesse momento é importante ressaltar que no estado da arte predominam publicações internacionais. Não identifiquei nenhuma produção nacional desenvolvida por enfermeiros que abarque estratégias gerenciais para a prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer. Percebo este fato como preocupante, o que requer a construção de estudos para contribuir com o progresso do conhecimento contextualizado em nossa cultura.

Além disso, o estudo pode contribuir para o ensino de enfermagem em nível da formação nos cursos de graduação e pós-graduação ao ampliar as discussões acerca da atuação do enfermeiro líder que vem sendo realizada no contexto internacional.

De outro modo, os resultados fortalecem as discussões e produção científica do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem (GESPEN) da Escola de Enfermagem Anna Nery, ao qual a tese encontra-se vinculado, em especial nos estudos desenvolvidos no Grupo de Pesquisa Gerência da Enfermagem na Atenção Oncológica (UFRJ/CNPq).

Referencial Teórico-Filosófico

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

O pensamento complexo formulado por Edgar Morin é o referencial teórico-filosófico adotado para nortear a elaboração dessa Tese, auxiliado por outros autores que discutem a complexidade. A eleição do paradigma da complexidade tem a intenção de apreender a complexidade que envolve o objeto de estudo, o concreto e o abstrato são tecidos num desenho de pesquisa que congrega pesquisador e sujeitos, por meio de uma articulação dialógica para conhecer a complexidade necessária para uma mais efetiva intervenção na realidade.

A necessidade de aprofundar o conhecimento sob a luz da complexidade utiliza a complexidade como referencial e não como acomodação, conforme destaca Morin (2007), é para atingir uma camada mais profunda da realidade, na busca do caráter multidimensional de toda a realidade que permeia o fenômeno estudado.

Não almejo a completude do saber, até mesmo por que a totalidade não é possível, e sim a integração das partes, não escapando da incerteza e da imprevisibilidade que as estratégias para incorporação de medidas de controle de infecções abarcam em sua aplicabilidade a prática dos profissionais.

Pensar em complexidade é expressar o incômodo por um paradigma que fortalece a redução e a simplificação (disjunção ou redução), que nos impõe escolher entre matéria ou espírito, substância ou forma, análise ou síntese, mecânica ou orgânica, determinismo ou acaso, unidade ou pluralidade, permanência ou mudança, aparência ou essência (MORIN, 2008).

A multidisciplinaridade sem articulação dos conhecimentos remete a grave contradição no paradigma da saúde, que vislumbra tratar o cliente com um ser integral, mas por outro lado, existe uma super especialização dos profissionais que fragmenta o atendimento, com cada profissional fazendo sua parte segregada dos demais. Situação essa que Morin (2007) chama de uma inteligência cega, a qual destrói os conjuntos e a totalidade, isola os objetos de seus contextos, por meio de um pensamento simplificador, que é incapaz de integrar o uno e o múltiplo.

Nesse mesmo pensamento, para Mariotti (2007), o reducionismo desencadeia uma “doença do pensamento”, uma inteligência cega, a qual direciona uma visão mutiladora e unidimensional; unifica abstratamente e anula a diversidade das partes, ou ao contrário, sobrepõe a diversidade sem conceber a unidade.

De acordo com Morin (2007), raciocinar empregando os princípios da complexidade permeia uma atividade mental que procura integrar os modos de pensar linear e sistêmico, simplificadores e totalizantes da era moderna, num esforço do pensamento para promover a conexão da multidimensionalidade.

A complexidade, para Morin, (2007, p.13) é entendida como:

A um primeiro olhar, a complexidade é um tecido (*complexus*: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Num segundo momento, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico.

Essa forma de pensar não é algo novo, ficou encoberta no campo do conhecimento científico por conta do paradigma do positivismo. O retorno ao pensamento complexo se fortaleceu pela física quântica, no mundo de ordem na desordem, com os princípios do fenômeno auto-eco-organização extraordinariamente complexos que produz autonomia, mudança com a transformação e a manutenção da vida (WHEATLEY, 2006).

Para Morin (2007) a aceitação da complexidade é a anuência com a existência da contradição, é a idéia que não se pode esconder as incoerências numa visão eufórica do mundo. O conhecimento complexo permite, ao ser humano, avançar no mundo concreto e real dos fenômenos, num esforço por compreender melhor a si mesmo, o outro e a realidade (BACKES, 2008).

Morin (2007) destaca que estamos no começo num plano de pensamento consciente, ainda estamos submissos a modas mutiladoras e disjuntivas do pensamento, e assume que ainda, é muito difícil pensar de modo complexo. A dificuldade do pensamento complexo se deve ao enfrentamento emaranhado da realidade criada pelos sujeitos, configurando-se no jogo infinito das inter-retroações, a dependência recíproca dos fenômenos, a obscuridade, a incerteza e a impossibilidade.

Por outro lado, Morin também aponta a possibilidade de elaborar algumas ferramentas conceituais e alguns de seus princípios, assim, poderemos vislumbrar a expressão paradigma do pensamento da complexidade.

Os princípios descritos por Morin (2007) são destacados enquanto possibilidade para auxiliar na construção do pensamento complexo:

1. O primeiro princípio é o dialógico que associa dois termos ao mesmo tempo complementares e antagônicos (tem dois sentidos). Colaboram e produzem a organização e a complexidade, há duas lógicas, são dois princípios necessários à existência de ambas as partes.

2. Segundo princípio é o da recursão organizacional, um processo recursivo é um processo onde os produtos e os efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores do que produz. Como nas sociedades, que são frutos das interações entre os indivíduos, mas uma vez produzidas retroagem sobre os indivíduos e os produz. Ou seja, os indivíduos produzem a sociedade, que produz os indivíduos.

3. O terceiro princípio é o princípio hologramático, representado pelo holograma físico, onde o menor ponto da imagem do holograma contém a quase totalidade da informação do objeto selecionado, configurando-se numa representação onde não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte. Nessa lógica recursiva, o conhecimento adquirido das partes volta-se sobre o todo, partindo do conhecimento das partes pelo todo e do todo pelas partes, num mesmo movimento produtor de conhecimentos.

Os princípios do pensamento complexo são princípios que se baseiam no predomínio da disjunção, de conjunção, e de implicação. Une a causa e o efeito e aceitam que o efeito voltar-se-á sobre a causa dos fenômenos por retroação, onde o produto também será produtor.

Estes princípios acomodados ao objeto dessa Tese têm como produtor ou causa do fenômeno investigado as estratégias de liderança em enfermagem, e como produto ou efeito a incorporação das medidas de prevenção e controle infecções pela equipe de enfermagem.

Por retroação o efeito voltar-se-á sobre a causa, ou seja, a incorporação das medidas de prevenção e controle de infecções pela equipe de enfermagem composta por sujeitos com capacidade de mudar sua realidade, podem contribuir na (re)produção das estratégias de liderança em enfermagem.

A visão fragmentada do indivíduo está ancorada na perspectiva da ciência ocidental acerca da relação do sujeito e do objeto, onde existe a valorização do objeto em detrimento do sujeito. A visão do objeto é relacionada como conhecível, determinável, isolável, e por consequência manipulável. Enquanto o objeto prende a verdade objetiva e, neste caso, ele é “*tudo*” para a ciência, porém se manipulável pela técnica, ele não é “*nada*”. O sujeito é o desconhecido, porque é indeterminado, reflete o mundo, é estranho e abrange a totalidade, assim o sujeito é *tudo-nada*, nada existe sem ele, mas tudo o exclui (MORIN, 2007).

Referente a essa questão Ribeiro (2009) ressalta, no pensamento complexo o ser humano não pode ser enxergado na totalidade, como é proposto pelo Holismo, mas é na

dialógica todo/partes, partes/todo, e através da recursividade, que em movimentos espirais, o ser humano inserido no seu contexto que poderá ser progressivamente compreendido.

A concepção complexa que Morin (2007) defende dá os meios para desenvolver autocrítica, aponta para a evolução natural um segundo olhar epistemológico, ela traz verdades vivas que podem ser transformáveis. Nessa concepção aberta da relação do sujeito-objeto, o objeto deve ser concebido em seu ecossistema e mais amplamente num mundo aberto, que o conhecimento não consegue preencher em sua plenitude.

Conforme Mariotti (2007) afirma a noção de sujeito só toma sentido num ecossistema, como por exemplo, no ambiente de trabalho; bem como, deve ser associada à construção de múltiplos pontos de vista, onde o sujeito e o objeto são integrados um ao outro. Como neste projeto, onde o objeto de investigação encontra-se conectado e contextualizado na área da oncologia.

Nesse sentido, o estudo somente terá aceção se identificarmos os aspectos intervenientes relacionados ao ambiente/instituição, com a valorização da subjetividade ante as estratégias de liderança em enfermagem adotadas para promover a incorporação de habilidades técnicas do saber o que fazer e como fazer pelos profissionais. Tudo isso, configurado e integrado na prática do controle de infecções indissociável dos cuidados de enfermagem, de maneira que acarrete melhorias para os sujeitos envolvidos nesse processo, clientes e profissionais.

Morin (2008) defende a premissa que o conhecimento só pode ser desenvolvido se apreendidos os julgamentos de valor e obedecida uma ética do conhecimento, uma consciência moral e intelectual, ou seja, uma Ciência com Consciência, que proporcione avanço benéfico para a sociedade.

O enfermeiro no processo de liderança deve considerar que a equipe de enfermagem é composta por diferentes profissionais, que são pessoas únicas, cada qual com suas peculiaridades individuais que os caracterizam enquanto sujeitos que cuidam de outros sujeitos, com particularidades também distintas. Nesse contexto, composto por relações interpessoais, o estabelecimento do ser sujeito enquanto indivíduo é quando se coloca no centro do seu próprio mundo, é o ocupar o lugar do “eu”. Então vários sujeitos, cada um com seu próprio “eu”, irão compor uma equipe e daí permear os fatores intervenientes nos processos de trabalho.

A sociedade vive para o indivíduo, o qual vive para a sociedade; nesta perspectiva a prevenção e o controle de infecções são instituídos de cenários que constam de relações entre

os indivíduos, que são ao mesmo tempo produzidos e produtores do ambiente, da cultura e da própria prática (BACKES, 2008).

Segundo Morin (2007) programa é caracterizado como algo previsível, composto de sequências integradas, a um meio ambiente estável, não obriga a estar atento, inovar, enfim, não comporta a capacidade de transformação. Por outro lado, a ação é estratégia que supõe a complexidade, é pensar em movimento, acaso, imprevisto, iniciativa, consciências das derivas e das transformações. O campo da ação é muito aleatório, muito incerto e nos impõe a reflexão sobre a sua própria complexidade.

Ao empregar a base filosófica defendida por Morin necessita-se desenvolver reflexões que ajustem e interajam estratégias com múltiplos fragmentos para abordar as diversas variáveis envolvidas no sucesso ou fracasso da prevenção e controle de infecções. As estratégias devem ser interligadas às questões do aprendizado das técnicas com a subjetividade dos profissionais no seu fazer, visto que o encontro dessas dimensões irá atuar no processo de construção do conhecimento tendo o sujeito e objeto como constituintes um do outro.

A grande questão do pensamento complexo, para Ribeiro (2009), é combinar a simplicidade com a complexidade, exercitando a contextualização desse paradigma no cuidar em enfermagem e de como poderemos caminhar para um cuidar mais flexível e humano, ou seja, um cuidar complexo.

Conforme Mariotti (2007) é imprescindível gerenciar as pessoas enquanto um sistema de organização viva, aberta, auto-organizadora em seus contextos de trabalho, na busca de seu melhor desempenho e evolução para os profissionais e profissão.

Nesse olhar, o enfermeiro pode influenciar a equipe de enfermagem, quando avalia que os resultados do controle de infecções não são tratados separadamente, dizem respeito ao impacto das ações individuais e coletivas na prevenção de eventos adversos, o que repercute nas taxas de morbi-mortalidade dos clientes.

Após apresentar a base filosófica que sustenta o referencial teórico, com suas ideias principais e os princípios que norteiam sua articulação com o objeto de investigação dessa Tese, ressalto que estamos habituados a pensar linearmente, e pensar de maneira complexa exige uma visão multidimensional e uma reflexão profunda sobre o fenômeno que estamos estudando. A interpretação à luz do pensamento complexo, onde a estratégia é uma ação que desencadeia uma retroação e assim, sucessivamente, constituirá a essência para análise.

Fundamentação Teórica

CAPITULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão discutidas as abordagens que constituem a fundamentação teórica do estudo. Inicialmente trata dos aspectos conceituais da liderança, na segunda parte apresenta o enfermeiro líder no gerenciamento de risco para a prevenção e o controle de infecções associado ao cuidado de enfermagem e as multidimensões envolvidas na incorporação pela enfermagem dessas medidas, e para finalizar, a infecção relacionada à assistência à saúde: aspectos da legislação da prevenção e controle de infecções, e sua aproximação aos cuidados de enfermagem na oncologia.

2.1. Liderança: de onde viemos e para onde vamos?

Antes de expor minha visão, e conseqüentemente uma fundamentação teórica sobre os princípios de liderança adotados neste estudo, apresento um breve resumo sobre as teorias administrativas e a evolução dos seus aspectos teóricos.

De acordo com Chiavenato (2012), a evolução das teorias administrativas compõe três períodos em sua trajetória, o período cartesiano e newtoniano da administração, o período sistêmico da administração e o período atual da administração. Nesse capítulo, a apresentação das teorias da administração segue esta lógica temporal. Entendo que tal exposição justifica-se pelo fato da liderança ser uma ferramenta que surgiu da administração e continua em evolução, os termos e variáveis que envolvem a sua compreensão acompanham um processo dinâmico em sua evolução histórica.

O termo líder está em uso desde o século XIV, mas foi o termo liderança que ficou conhecido na língua inglesa na primeira metade do século XIX. Embora o emprego do termo liderança seja relativamente jovem, seu significado traz vários sentidos, cada teoria de administração, bem como os modelos de liderança, apresentam diferentes variáveis que historicamente caracterizam as teorias, a liderança e o líder (MARQUIS; HUSTON, 2010).

O início da teoria da administração moderna surge em 1911, quando Taylor publicou *The principles of scientific Management*, essa produção revolucionou o modelo de trabalho nas organizações nos Estados Unidos. Essa mudança levou ao uso do método científico para determinar a melhor maneira de um trabalho ser desenvolvido (MCEWEN; WILLS, 2009).

Fayol em 1925 identificou inicialmente as funções administrativas de planejamento, organização, comando, coordenação e controle. Luther Gulick, em 1937 ampliou as funções

administrativas de Fayol na apresentação das “sete atividades da administração”, sendo elas: planejamento, organização, recrutamento de pessoal, direção, coordenação, elaboração de relatório de orçamentos. Tais funções pouco se alteraram com o passar do tempo, o que mudou foi a sua denominação para processo administrativo (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Max Weber, um teórico político e sociólogo alemão, aproximadamente na mesma época de Taylor, iniciou um estudo em organizações, em larga escala para determinar o que tornavam algumas mais eficientes do que outras. Percebeu a necessidade de uma autoridade legal, formal, regras e regulamentos consistentes para os funcionários que ocupavam cargos diferentes (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Sua obra intitulada Burocracia, foi escrita em 1922, apresentava a proposta da burocracia como plano organizacional, essa teoria salientava os conceitos de autoridade, comando, poder, dominação e disciplina. Muito do seu trabalho e princípios na forma organizacional e burocrática ainda estão evidentes em várias instituições, inclusive nas organizações de atendimento à saúde (MCEWEN; WILLS, 2009; MARQUIS; HUSTON, 2010).

Nesse período da administração, as abordagens foram prescritivas e normativas, o pensamento linear, mecanicista e lógico condicionou a teoria administrativa e ainda hoje, as muitas instituições têm seus traços nos modelos de gestão adotados.

As teorias pioneiras de liderança desenvolveram-se considerando que os líderes nascem, não são criados. A ênfase é na teoria das relações humanas, surgem teorias do traço que afirmam que os líderes possuem determinadas características, inclusive determinavam as características físicas (MARQUIS; HUSTON, 2010).

A administração das relações humanas aparece em 1920, com os primeiros sinais de inquietação da classe trabalhadora como resultado da revolução industrial e da necessidade de qualificação profissional para atender a demanda de produção do mercado. A ênfase na valorização das pessoas, então surge nos conceitos de administração humanística e participativa, onde os cientistas da administração e teóricos organizacionais começaram a valorizar o papel da satisfação dos funcionários na produção, até então negligenciados (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Com o passar do tempo, os pesquisadores conduziram seus estudos buscando analisar o estilo de liderança do líder e não mais para estudos específicos dos traços do líder. Esse movimento inicia a partir de 1940, distancia-se da teoria do traço, a qual se preocupava com as características individuais do líder, passando a explicar as ações específicas do líder e a definição de liderança (MCEWEN; WILLS, 2009).

Os estudiosos Lewin (1951) e White e Lippitt (1960) avançaram isolando os estilos comuns de liderança que receberam a denominação de autoritário, democrático e *laissez-faire*, agora a ênfase é na teoria comportamental.

A liderança autocrática beneficia a centralização do poder, estimulando um comportamento dependente e submisso dos membros do grupo de trabalho, com presença de sentimentos de tensão e frustração. Por outro lado, as ações do grupo são claramente definidas, previsíveis passando aos membros do grupo uma sensação de segurança. A produtividade costuma ser alta, no entanto a criatividade, automotivação e a autonomia são baixas (MARQUIS; HUSTON, 2010).

A liderança democrática retrata o trabalho em conjunto, onde todos são informados, sobre os propósitos da organização e do processo que está sendo desenvolvido, bem como qual o seu papel dentro desse contexto. Os líderes democráticos trabalham com as pessoas não pelo domínio, mas pela sugestão, persuasão e pelo ensino. Com um líder democrático existe uma produção em menor escala, porém com melhor qualidade, quando comparado com os outros estilos de liderança, autocrática ou *laissez-faire* (MARQUIS; HUSTON, 2010; MCEWEN; WILLS, 2009).

Nesta modalidade, também entendida como liderança participativa, o líder precisa ter segurança no seu saber, com base sólida de conhecimento, desenvolvendo competências técnica e de relações humanas para intervir com orientações e aconselhamento, sendo fortalecida a autonomia do grupo para a tomada de decisão no seu trabalho.

Na liderança *laissez-faire*, o líder *laissez-faire* caracteriza-se pela ênfase no grupo, ausência de controle, oferece pouca ou nenhuma orientação, usa a comunicação de forma verticalizada entre os membros e dispersa por todo o grupo a tomada de decisão (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Quando uma pessoa é designada como líder e não desempenha a liderança ou se a faz é de maneira mínima, as pessoas rapidamente perderão o senso de iniciativa e o senso de realização. O líder sendo permissivo, com pouco ou sem controle, o trabalho em pouco tempo se demonstrará desorganizado, as pessoas não sabem nem se importam com aquilo que devem fazer. Entretanto, quando todos os membros estão altamente motivados e autodirecionados, esse tipo de liderança pode acarretar em muita criatividade e produtividade (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Com a evolução das pesquisas acerca da liderança foi reconhecido que as características, os traços e comportamento do líder, não eram suficientes para explicar o conceito. A ênfase dos estudos passou a incluir os componentes da situação ou do ambiente

para determinar o estilo de liderança mais eficaz para determinada situação (MCEWEN; WILLS, 2009).

A visão inicial da instituição como um sistema social de contingências, que requer que o estilo de liderança mude de acordo com a situação ou os indivíduos envolvidos, foi publicada numa série de livros entre 1896 e 1933 pela consultora de administração Mary Parker Follett, porém eram muito avançadas à época, e não recebeu o reconhecimento apropriado, fato que muda a partir da década de 70 (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Na abordagem contingencial que Follett ressaltou em seus estudos em 1926 é destaque a necessidade de integração, ou seja, que envolva o encontro de uma solução onde ambos os lados fiquem satisfeitos, sem dominação de qualquer direção. A “lei da situação” que propôs, defendia que a situação deveria determinar os comandos dados depois que todos estivessem cientes do problema.

No século XX, como reflexo das ciências sociais e da mudança de perspectiva dos processos das relações humanas, o foco principal da liderança passa a ser o comportamento interpessoal entre líderes e liderados, entre a pessoa que influencia e as pessoas influenciadas. Seguindo nesse referencial, outros pesquisadores contribuíram para a evolução dessa teoria, na abordagem contingencial, onde defenderam, como por exemplo, não haver um único estilo ideal de liderança, com isto o líder, dependendo da situação vai do democrático ao autocrático.

A Teoria da Contingência é uma teoria administrativa que considera a relatividade das situações, tudo é relativo, tudo depende, isto é, não há nada de absoluto nas instituições ou na própria teoria. O que há, é uma relação funcional entre as condições do ambiente e as técnicas administrativas apropriadas para o alcance eficaz dos objetivos da instituição, as funções normativas da instituição são substituídas pelo critério de ajuste entre a instituição, o ambiente e a tecnologia. A abordagem contingencial é considerada interativa, por absorver conceitos de diferentes teorias administrativas, não admitindo conceitos absolutos (CHIAVENATO, 2008).

Em síntese, o período sistêmico da administração cresce a partir da década de 1960, sofreu influência da teoria dos sistemas no desenvolvimento organizacional e na teoria contingencial, buscou substituir o pensamento cartesiano pela abordagem sistêmica, que privilegia a busca pelo equilíbrio na dinâmica organizacional em sua interação com o ambiente, considerando as mudanças e a busca da adaptabilidade no mundo das organizações (CHIAVENATO, 2012).

Como foi visto, o foco principal nas teorias iniciais sobre liderança centrava-se na figura do líder e nas suas características pessoais, procurando as diferenças de atributos entre líderes e não-líderes. Na evolução das pesquisas acerca da liderança, os estudiosos a partir da década de 70 expandiram o número de variáveis que afetam a liderança efetiva, incluindo o aumento da complexidade do ambiente de trabalho, a cultura da organização e a influência do líder (MARQUIS; HUSTON, 2010).

A teoria da complexidade apresenta uma contribuição com seus princípios, que nos ajudam a perceber a fragilidade dos modelos de gestão tradicional, que adotam a perspectiva de buscar certezas, previsibilidade, ênfase no controle dos acontecimentos, visão fragmentada dos fatos internos e externos da organização, análise de problemas com uma pretensa imparcialidade técnica e a hiperespecialização tornaram-se insuficientes para abordar as instituições e obter os resultados almejados (FERREIRA, 2009).

O período atual da administração, a teoria administrativa passa por profunda e intensa revisão, os modelos de gestão enfatizam a mudança, devido à profunda influência da teoria do caos e da complexidade no campo da gestão organizacional (CHIAVENATO, 2012).

Uma das principais teorias contemporâneas de liderança existentes é a liderança transacional e transformacional, defende a existência de dois tipos de líderes na administração, o transacional e o transformacional. O líder transacional é caracterizado como o administrador tradicional, aquele que foca seu trabalho com as operações do cotidiano. O líder transformacional é um visionário em longo prazo, capaz de inspirar e delegar poder aos outros com sua visão, fortalecendo e influenciando os outros (MARQUIS; HUSTON, 2010; MCEWEN; WILLS, 2009).

Essa é uma nova tendência da liderança, as organizações de saúde são chamadas a ancorar os princípios de sua gestão na liderança transformacional, por ser considerado o modelo de mudança da pós-modernidade (STRAPASSON; MEDEIROS, 2009).

Porém, os teóricos da moderna administração alertam que tanto as habilidades tradicionais da administração que compõem a liderança transacional, quanto as habilidades da transformacional devem fazer parte do repertório do líder eficaz para atingir as metas da organização (MCEWEN; WILLS, 2009).

Nos pressupostos da liderança transformacional, o líder deve identificar valores comuns, é comprometido, inspira os outros com a visão, tem uma visão a longo prazo, busca os efeitos e delega poder. Embora o líder transformacional seja entendido como o ideal de nosso tempo, as características do líder transacional não podem ser deixadas de lado no processo de liderança, como visto anteriormente. Portanto, é preciso que o líder considere e

não perca de vista as tarefas administrativas, o zelo, a negociação para alcançar as metas, os valores partilhados, o exame das causas e a recompensa por contingência (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Num estudo acerca da liderança transformacional na enfermagem, Strapasson e Medeiros (2009), identificaram que os enfermeiros, embora reconheçam a importância dos pressupostos da liderança transformacional estas não estão totalmente presentes no seu cotidiano. Ressaltam a falta de estímulo ao aprimoramento intelectual e desenvolvimento da criatividade, como também a dificuldade de comunicar aos liderados as suas expectativas e da organização, pois o próprio enfermeiro não tem clareza dessas questões.

Outras teorias de liderança e administração surgiram no XXI, para explicar a complexidade das relações entre líderes e liderados, considerando o contexto onde o trabalho é desenvolvido e o alcance das metas. Para Marquis e Huston (2010) surge como parte do repertório do líder-administrador ideias como a liderança servil, a liderança autêntica, a teoria do capital humano e social, a inteligência emocional e da ponte cultural estão centradas nas relações, tratando da complexidade da relação entre líder e seguidores.

Esses autores ainda apontam a liderança *quantum* ou quântica, fundamentada na física quântica, que sugere que a realidade costuma ser descontínua e paradoxal, o ambiente de trabalho onde as pessoas trabalham são complexos e dinâmicos, são sistemas abertos, que causam impacto direto na produtividade da instituição.

A liderança *quantum* é adotada pela enfermagem para compreender melhor a dinâmica dos ambientes onde os profissionais prestam atendimento à saúde. O líder quântico é capaz de controlar os ambientes de turbulência entre presente-futuro, e resolver, com correção, esses conflitos, proporcionando um ambiente de cura (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Como foi visto, buscar uma definição de liderança é um grande desafio, pois depende o olhar e do modelo de liderança que o autor adota, não existe uma construção conceitual do seu significado.

As teorias de lideranças contemporâneas ressaltam que ocupar um cargo não é suficiente para tornar uma pessoa um líder, somente o seu comportamento irá determinar o tipo de liderança que ele exerce, o líder idealizado é aquele que faz acontecer a ação, tem as responsabilidades e conduz o trabalho, influencia e direciona as opiniões e sentido das ações (MARQUIS; HUSTON, 2010).

A partir da reflexão desse pressuposto, o nosso entendimento para líder está baseado na premissa que todos os enfermeiros que estão à frente de uma equipe, são líderes, algum tipo

de liderança eles irão exercer, seja a liderança das teorias iniciais das relações humanas ou uma liderança mais inovadora para influenciar os profissionais a criar um ambiente de cura.

Entende-se que o líder emergirá em função de um grande conjunto de variáveis em determinado contexto, onde as situações mudam continuamente e exigem das pessoas que influenciam compreender liderança enquanto um fenômeno, que envolve a relação entre o líder e seus liderados. Para existir um, tem que existir outro. Portanto, considera-se que a liderança não é inata ao indivíduo, sendo ele capaz de desenvolver essa capacidade, independente das características de sua personalidade. É o que se espera de um líder o treino dessas funções, ou seja, a construção desses conceitos no pensamento daqueles que exercem a função de liderança (CHIAVENATO, 2005).

A liderança sendo um fenômeno relacional, a postura assumida pelo líder no processo de relação com os liderados e o estilo de liderança a ser adotado, dependerá do contexto onde os cuidados são prestados, assim como, as características e expectativas da equipe de trabalho que compõe o quadro de pessoal; o comportamento dos membros do grupo indicará as ações pertinentes (BALSANELLI; CUNHA, 2006).

Porém, segundo Strapasson e Medeiros (2009), no exercício das habilidades de liderança no cotidiano dos enfermeiros, ainda é evidenciado na prática gerencial o foco no controle sob os liderados, entendendo a liderança como imposição dos líderes sobre os liderados. Em contraposição, a liderança eficaz, para essas autoras, está expressa pela busca do conhecimento, do trabalho em grupo e do desenvolvimento de novas habilidades para gerenciar e liderar sua equipe à autoeficácia, à qualidade da assistência e atenção aos objetivos da instituição.

Corroboro com o pensamento dessas autoras, o que me faz refletir sobre a importância do contexto das relações onde acontece o fenômeno liderança. Visto que, vejo a liderança como um fenômeno individual e coletivo, onde o enfermeiro líder influencia o comportamento de seus liderados, e por eles é influenciado. Para tanto, o cerne de atuação do enfermeiro é ampliar cada vez mais a sua capacidade de desenvolver estratégias contextualizadas, que valorizem a dialogicidade, a autonomia e a condição das incertezas. Nesta liderança, não busca determinar e impor a forma do comportamento dos profissionais por um raciocínio linear.

Nesse entendimento, o que se busca com a liderança enquanto um fenômeno relacional é influenciar a mudança de atitude dos profissionais. Torna-se importante trazer o significado de influenciar, no dicionário de língua portuguesa, influenciar é a capacidade de alguém ter poder, de atuar na condução de outro indivíduo ao alcance de determinado objetivo. Porém a

influência que me refiro, vai além, é a capacidade de alguém despertar mudança no outro, é tirar do *status quo*.

Para não parecer que caí no simplismo de dizer que tudo é complexo, para esclarecer meu posicionamento, entendo a liderança em enfermagem como um fenômeno relacional que requer a inter-relação de vários aspectos. Algo extremamente difícil de se materializar na prática, pois envolve influenciar o comportamento do outro, com vistas à mudança. Nisso, o pensar complexo me ampara, por aceitar e procurar entender as mudanças constantes do mundo real e não tem a pretensão de negar ou ocultar a contradição, a diversidade e a incerteza, mas procura compreendê-la e aprender a conviver com ela (MARIOTI, 2007).

Na perspectiva do pensamento complexo, mudar não significa exclusivamente substituir, e sim complementar; a complementação do pensamento cartesiano pelo pensamento complexo, pois as questões complexas não podem ser resolvidas por meio de simplificações (MORIN, 2002).

Remetendo essa percepção ao estudo, requer considerar que a equipe de enfermagem é composta por indivíduos, cada um com sua própria subjetividade, e ao mesmo tempo, juntos, são os formadores do grupo, no caso da equipe de enfermagem. Esse princípio hologramático, a parte está no todo e o todo está na parte, confere a necessidade do enfermeiro líder considerar as questões individuais na perspectiva do grupo e também as questões grupais, não perdendo o foco no indivíduo.

Dessa forma, nesse estudo, influenciar não se aproxima da tentativa de moldar o comportamento dos indivíduos e/ou grupo, até por acreditar na impossibilidade desse fato. Caminhamos na perspectiva do pensamento complexo, onde acreditamos que o enfermeiro precisa lançar estratégias para influenciar o comportamento do indivíduo e equipe e vice versa. Visto que um reflete no produto do outro, quando o processo de mudança é desencadeado junto ao indivíduo, reflete no comportamento do grupo; na enfermagem esse aspecto é fundamental, visto que o trabalho de enfermagem configura-se num trabalho em equipe.

Sobretudo, ter essa visão é ir além da identificação dos multifatores envolvidos no fenômeno da liderança, precisamos relacionar os aspectos, pois a complexidade surge das inter-relações desses vários aspectos. Quando uma única variável é alterada, todo o processo modifica-se, daí a necessidade do enfermeiro líder saber avaliar cada situação e adotar estratégias contextualizadas, ou seja, inovadoras para cada situação.

Nesse estudo considera-se que a prevenção de infecções é inerente aos cuidados de enfermagem, mas ao mesmo tempo pode ou não acontecer, devido às incertezas, a

imprevisibilidade da ocorrência de fatores que possam intervir na incorporação das medidas de prevenção pela equipe de enfermagem. Aprofundando a ideia, o enfermeiro pode influenciar positivamente a equipe, ao reconhecer as situações problemas, para intervir com ações pró-ativas voltadas à mudança do comportamento dos indivíduos.

Com todo esse movimento dinâmico, que envolve o comportamento da equipe de enfermagem e traz implicações para gerência do cuidado de enfermagem, o enfermeiro não daria conta com ações padronizadas que serviriam para todas as situações. Vale lembrar que estratégia, segundo a perspectiva do pensamento complexo, é ação, portanto, algo dinâmico, que requer considerar o contexto para determinar uma abordagem, não admite ações que são formatadas para todas as situações (MORIN, 2008).

As estratégias não lineares, de forma espiral, irão repercutir no comportamento da equipe que irá refletir na instituição, que irá refletir no indivíduo, e assim sucessivamente, recebendo e exercendo repercussão uns sobre os outros.

Nessa perspectiva, os enfermeiros líderes contemporâneos devem buscar um tenuous equilíbrio entre a liderança e as ferramentas do processo administrativo. Penso que, o gerenciamento do cuidado quando calcado em estratégias operacionais é insuficiente, por não apreender as mudanças no contexto, as estratégias precisam trabalhar com as incertezas que circundam o mundo vivido dos profissionais. Os cuidados de enfermagem dependem essencialmente das pessoas que são influenciadores e ao mesmo tempo são influenciadas pelo contexto, nenhuma estratégia pode ser vista linearmente como eficiente em todas as situações.

Nesse sentido, a marca da liderança adotada nesse estudo é da era das relações, como o fortalecimento das habilidades pessoais dos enfermeiros líderes e dos liderados, que favoreça a confiança para o fortalecimento da equipe de trabalho, não perdendo de vista o indivíduo ao ressaltar e valorizar as competências individuais. As estratégias de liderança irão caminhar no sentido que cada profissional reconheça o propósito e o significado de seu trabalho, coopere, busque sentido e dê valor às informações.

2.2. O enfermeiro líder no gerenciamento de risco na prevenção e controle de infecções associado ao cuidado de enfermagem

A atuação dos enfermeiros por meio de sua competência gerencial tem sido determinante para as instituições prestadoras de Assistência à Saúde atingirem seus resultados e metas. Dentro da complexidade na gerência do processo assistencial de

enfermagem e das particularidades dos pacientes com câncer, quando o enfermeiro assume o papel de líder, requer desenvolver estratégias para lidar com a diversidade do conhecimento e das habilidades dos indivíduos que compõem a equipe.

Faz parte das atribuições dos enfermeiros no processo de liderança proporcionar a renovação do conhecimento para si e para seus liderados, ao conduzir os cuidados aos clientes com câncer. Destaca-se pela responsabilidade ética e legal de instituir as medidas de controle de infecções junto com demais profissionais de saúde, principalmente de origem exógena ao cliente, cujo risco pode ser gerenciado.

O gerenciamento de risco compõe o modelo que envolve análise sistêmica e gestão dos riscos por meio de um amplo conjunto de atividades e ações que devem estar integradas e unificadas para reduzir os riscos identificados na instituição, pois as decisões de uma determinada área podem influenciar ou impactar nas demais áreas (FELDMAN, 2009).

Apesar de sua importância para favorecer condições mínimas geradoras de segurança em ambientes hospitalares, ainda não é uma prática comum nos hospitais brasileiros adotar o modelo assistencial baseado na perspectiva da gestão de risco. Tal perspectiva impulsiona mudança de cultura institucional e profissional, incentiva atitudes não punitivas, possibilita correção dos pontos vulneráveis do sistema, permite prevenção das falhas, busca proporcionar segurança aos clientes e profissionais (FELDMAN, 2011).

Uma das principais dificuldades para a sua disseminação é o desconhecimento dos profissionais acerca das técnicas, conceitos e âmbito de atuação envolvido no gerenciamento de risco. O gerenciamento de risco possui cinco pilares, farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância, gestão de resíduos, e controle de infecção hospitalar, as ações são direcionadas ao controle, detecção, avaliação, compreensão ou prevenção dos eventos (PAVAN; HERNANDEZ, 2009).

Uma etapa fundamental para o desenvolvimento do gerenciamento de risco é a sensibilização coletiva, com envolvimento de todos os indivíduos no processo; a infraestrutura de instrumentos, papéis e modelos são necessários, mas tornam-se insuficientes quando não é preparado o ambiente (FELDMAN, 2009).

Atuar na perspectiva do gerenciamento de risco inclui as seguintes atividades: definição e análise de indicadores; análise e notificação dos eventos adversos; emissão de pareceres relacionados a eventos adversos notificados; investigação de evento sentinela; desenvolvimento de ações preventivas, tais como: manutenção preventiva de equipamentos, avaliação de fornecedores, de protocolo de prevenção de úlcera, quedas, etc (GEROLIN; SANTORO, 2009; FELDMAN, 2011).

A elaboração de medidas prevenção e controle, seguidos de educação aos profissionais para sua incorporação, é uma intervenção para a prevenção de infecções. Estratégias que tenham a finalidade de proporcionar melhorias são resultantes da combinação de habilidades e conhecimentos dos profissionais (ARIAS; SOULE, 2008; RUTHES; CUNHA, 2009).

A visão sistêmica difere da visão individual do evento, onde não há medidas preventivas, a visão sistêmica pede uma visão ampla, o profissional é parte de um todo, o erro é evidência de falha no processo, com a oportunidade de revisão do processo e a existência de ações de prevenção de recorrência do problema ou evento inesperado (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

Na gestão de riscos, os programas preventivos destinados à segurança dos profissionais são considerados fundamentais e os enfermeiros podem desenvolver atividades com o intuito de estimular o profissional a conscientizar dos riscos ao trabalho (MALAGUTI et al., 2008).

Os enfermeiros devem vencer os contratempos e buscar alternativas para investir no seu conhecimento e de sua equipe, visto que há necessidade de profissionais capacitados para corresponderem ao desempenho qualificado de seu compromisso social. Numa visão empreendedora, o enfermeiro pode ser considerado empreendedor social, pela sua capacidade de dinamizar, encaminhar e resolver as diferentes questões no âmbito das práticas de saúde (BACKES, 2008; DANTAS, 2008).

As instituições de saúde, de maneira crescente vêm reforçando a idéia de mudanças de comportamento em seu staff, isso requer refletir sobre os valores e crenças dos profissionais, o que pode fazer diferença nas ações gerenciais dos enfermeiros. Assim as características pessoais como, sensibilidade interpessoal, energia e iniciativa para resolver problemas, disponibilidade para ouvir e receber o feedback de seus pares, liderados e líderes, interesse, curiosidade e criatividade, podem ser despertadas e fortalecidas, uma vez que o comportamento pode ser modificável na obtenção de maior participação dos profissionais (RUTHES; CUNHA, 2009).

O pensamento Moriniano traz o ser humano enquanto indivíduo que une em si o contraditório, o diverso, as ambiguidades e incertezas, na tentativa de compreendê-lo, não pode reduzi-lo a uma ou a algumas de suas características (MARIOTTI, 2007).

A colaboração é processo complexo que demanda das pessoas participarem e trabalharem juntas na busca de metas em comum. Um estilo de liderança pró ativo, baseado na participação da equipe, tem sido relacionado à satisfação da equipe e do cliente, enquanto

que o estilo *laissez-faire* ou estilo responsivo somente quando os problemas acontecem, resultam em experiência negativa do trabalho (GRIFFITHS et al., 2009).

Considerando as multidimensões envolvidas na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS, não podem ser competência e responsabilidade de um único indivíduo ou até mesmo de uma pequena equipe, mas sim, deve ser uma prioridade em todos os níveis e integrada em todos os sistemas de gestão, incluindo a pesquisa e cumprimento de agendas educacionais (BRANNIGAN; MURRAY; HOLMES, 2009).

A prevenção e o controle de IRAS requerem de um conjunto com vários elementos subsidiados cientificamente em melhores evidências para melhorar o resultado clínico, composto por práticas eficazes e, a ponderação da natureza multifatorial do desenvolvimento de infecções, deve ser usada em combinação, para obter um maior impacto sobre a sua incidência (ABOELELA; STONE; LARSON, 2007).

Em ampla revisão acerca das evidências dos fatores de organização e gerenciamento no controle de infecções em hospitais gerais, os autores identificaram os seguintes problemas que aumentam os riscos de ocorrência de infecção: liderança ineficiente junto à equipe prestadora de assistência direta bem como; ausência de diretrizes claras e responsabilidades na gestão clínica; falta de identificação de papéis e responsabilidades para o controle de infecções; falta de políticas claras e de apoio ativo aos programas de educação em serviço; ausência de uma equipe de controle multidisciplinar eficaz como exercício positivo de liderança entre os profissionais; alta rotatividade de pessoal; baixa moral do pessoal; alta carga de trabalho que não acompanha com recursos humanos disponíveis; e alta taxa de ocupação de leitos; tudo isso se articula e se integra na prática para contribuir com a ocorrência de IRAS (GRIFFITHS et al., 2009).

No estudo de Menezes (2009) acerca da avaliação das conformidades de prevenção de pneumonia, durante as suas observações identificou que os mesmos profissionais ora realizam procedimentos em conformidades, ora não. Esta autora relaciona tal situação não ao desconhecimento sobre a realização adequada do procedimento e, sim, ao contexto dos momentos de atuação, condições individuais do cliente, excesso de trabalho e falta de recursos materiais.

O número insuficiente de profissionais e a sobrecarga de trabalho são apontados como barreiras que impedem ou dificultam à adesão as práticas preventivas. O impacto do gerenciamento dos recursos humanos sobre o risco de infecções tem se mostrado fortemente relacionada com o quantitativo e treinamento de pessoal. Porém, outras questões como, padrões de trabalho, formação de equipe e mix de habilidades também estão intimamente

ligados aos resultados do controle de infecções. Estas são apoiadas por outras atividades incluindo o recrutamento e retenção de pessoal, avaliação do pessoal, descrições de cargos, gestão de férias e rotatividade dos profissionais (BRANNIGAN; MURRAY; HOLMES, 2009).

Em outro estudo que trata sobre adesão as normas de biossegurança pela equipe na prevenção de infecções, o número insuficiente de profissionais e a sobrecarga de trabalho são apontados como barreiras que impedem ou dificultam a incorporação às práticas preventivas. Nesse estudo, a não adesão às precauções padrão e a falta de informações sobre os riscos foram citadas como as principais barreiras relacionadas aos profissionais de enfermagem, evidenciando-se a importância dos enfermeiros com cargos de coordenação se envolver na educação em serviço (MALAGUTI et al., 2008).

Conforme Huston e Marquis (2010) é importante o enfermeiro acompanhar o desempenho de seus colaboradores para identificar alguma carência na prática de medidas previstas para a prevenção e controle de infecções. Nesse sentido, a relação interpessoal entre o pessoal do controle de infecções, as lideranças e a equipe do setor é fundamental desde o planejamento até a avaliação das intervenções.

O sucesso das intervenções está correlacionado com a intensidade do relacionamento cooperativo entre todos os profissionais que participam dos projetos. As intervenções na prevenção de infecções estão condenadas ao fracasso se as lideranças e os membros das equipes das áreas selecionadas para as melhorias não participarem ativamente desde a fase inicial dos processos (ARIAS; SOULE, pg.138, 2008).

A melhoria do desempenho da equipe é integrada aos objetivos do programa de controle de infecções. O objetivo principal é dar base à cultura de tolerância zero à incidência das infecções evitáveis associada à Assistência a Saúde, eliminando a inobservância às práticas de prevenção e controle de infecção (ARIAS; SOULE, 2008).

Aprendizagem e a construção de uma cultura numa instituição requerem a criação de um ambiente que permita a aprendizagem contínua e a melhoria da qualidade, compartilhados entre todos os profissionais. Numa abordagem baseada em sistemas incorporados no âmbito da organização devem ser adotados para a sustentabilidade da instituição. Esses autores explicam ainda, que estes sistemas devem ser formados e apoiados por profissionais envolvidos na assistência direta e na coordenação com experiência em gestão, dentro de uma cultura que apóia o controle de infecções continuamente e reforça como prioridade o necessário comportamento e valores (BRANNIGAN; MURRAY; HOLMES, 2009).

Na divulgação das medidas de controle de infecções para a equipe, é indicado que a abordagem dos conteúdos considere problemas e situações reais de sua efetivação. Uma das estratégias empregadas é o programa educativo, sendo esse uma forma sistematizada de educação em serviço que deve permitir que todos os membros de uma organização tenham plena consciência dos papéis que irão desempenhar nas atividades de prevenção e controle de infecções (ARIAS; SOULE, 2008).

A educação em serviço enquanto estratégia de formação e transformação do trabalho pode auxiliar no desenvolvimento de ações mais individualizadas e eficazes, com base na realidade encontrada no cotidiano (MALAGUTI et al., 2008).

2.3. A infecção relacionada à assistência à saúde: aspecto da legislação do controle de infecções e sua aproximação aos cuidados de enfermagem na oncologia

No Brasil a terminologia IRAS encontra-se estabelecida nos estudos que abordam a temática prevenção e controle de infecções adquirida em ambiente hospitalar e demais instituições prestadoras de assistência à saúde, bem como, na legislação. Por meio de Portarias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que ditam as diretrizes para prevenção de infecções nas instituições prestadoras de assistência à saúde, tais como: Critérios Nacionais de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – Trato Respiratório, (2009); Critérios Nacionais de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – Trato Urinário, (2009); Critérios Nacionais de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – Sítio Cirúrgico, (2009); Critérios Nacionais de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – Corrente Sanguínea (2009); Manuais de Orientação para prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – Trato Respiratório, (2009); Manuais de Orientação para Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – Corrente Sanguínea, (2010); Manual dos Indicadores Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2010); Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies, (2010).

No Brasil, as ações de prevenção e controle de infecções hospitalar estão regulamentadas pela portaria n 2.616 do Ministério da Saúde de 12 de maio de 1998, que fornece as diretrizes para a estrutura e funcionamento do controle de infecções no país. Define infecção hospitalar como toda a infecção adquirida ou transmitida após a admissão do paciente, cuja manifestação clínica ocorreu durante o período de internação ou após a alta

hospitalar, podendo ser associada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

Embora não esteja atualizada em relação à terminologia infecção hospitalar, a Lei nº 9.431, 06 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de PCIH pelos hospitais no Brasil. Aos profissionais que compõem a CCIH, incumbe o planejamento e implementação do PCIH; dentro de suas ações se encontram a elaboração e divulgação das medidas de prevenção e controle de infecções para todos os profissionais envolvidos com assistência à saúde (BRASIL, 1997).

No cenário Nacional as ações para controle de infecções em serviços de saúde no âmbito Federal, são planejadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na gerência de investigação e prevenção das infecções e dos eventos adversos (GIPEA), que incentiva medidas voltadas a prevenção de riscos e promoção da segurança do paciente. Em conformidade com a Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), vem desenvolvendo ações relacionadas à higienização das mãos, com o objetivo de aprimorar e aumentar a adesão pelos profissionais de saúde a esta estratégia. Nas diretrizes do Ministério da Saúde o Programa de Controle de Infecção em serviços de saúde é sinônimo de controle de qualidade que almeja a segurança dos pacientes e a qualidade assistencial (BRASIL, 2009a).

Os mecanismos de disseminação de micro-organismo dentro de instituição prestadora de assistência à saúde envolvem por três elementos: a fonte, o mecanismo de transmissão e o hospedeiro susceptível. A fonte ou reservatório de microorganismos, geralmente são os profissionais de saúde, pacientes, ocasionalmente visitantes e os artigos hospitalares contaminados por microorganismos patogênicos. A transmissão de microorganismos em hospitais pode ocorrer por diferentes vias: transmissão aérea por gotículas, transmissão aérea por aerossol e transmissão por contato (BRASIL, 2009a).

Em relação ao hospedeiro, pode desenvolver a doença clínica ou estabelecer uma relação comensal com o microorganismo tornando-se colonizados. O hospedeiro na infecção hospitalar é o elo mais importante da cadeia epidemiológica, pois veicula os principais microorganismos que na maioria dos casos desencadeiam processos infecciosos (FERNANDES, 2008).

As características imunológicas do paciente com câncer o tornam mais suscetível em adquirir infecção e a enfermagem pode assumir o importante papel na sua prevenção. Pensar em prevenção de infecção nas pessoas com câncer é um grande desafio, pois, representam um

importante agravo à saúde, devendo ser valorizada e considerada como um efeito esperado em algumas situações e evitáveis em outras (FERNANDES, 2008).

Considerando os tipos de infecções e a possibilidade de prevenir alguns casos, os serviços de saúde priorizam a prevenção e o controle das infecções associadas ao atendimento prestado, pois, quando acontece transmissão de microorganismos através dos mecanismos exógenos ao cliente, pode ser avaliado como um evento adverso, refletindo negativamente na qualidade da assistência.

É preciso ressaltar a participação de todos os profissionais de saúde executores da assistência direta, pois podem atuar para o aumento ou diminuição das taxas de incidência de IRAS, fato que depende da adoção de medidas de controle e prevenção. Podem contribuir no aumento das taxas de infecções quando são veículos na disseminação de micro-organismos entre os pacientes, destaca-se a higiene das mãos insuficiente, a contaminação ambiental com micro-organismos multirresistentes aos antibióticos, reprocessamento inadequado de equipamentos hospitalares, e as relacionadas à assistência direta, tais como a quebra de técnicas assépticas durante a manipulação de cateteres venosos, sondas e curativos (BRASIL, 2009a).

Nos pacientes com câncer os micro-organismos que predominam nas IRAS raramente causariam infecções em outras situações já que apresentam baixa virulência, mas em decorrência do seu inócuo e da queda de resistência do hospedeiro, o processo infeccioso desenvolve-se (FERNANDES; FERNANDES; RIBEIRO FILHO, 2000; FRIESE, 2007).

As evidências científicas produzidas pela enfermagem oncológica, quanto à origem exógena ou endógena das infecções, identificou-se que a preocupação dos enfermeiros, relativa à prevenção abrange as duas esferas. Traz ações para prevenir a infecção como reação adversa, pelas implicações do tratamento e da doença, como também traz estratégias para prevenir a infecção enquanto um evento adverso, decorrente de fatores extrínsecos, com realce à manutenção do cateter venoso central em pacientes submetidos à quimioterapia (SANHUDO; MOREIRA; CARVALHO, 2011).

Ressalta-se que a IRAS, adquiri especial interesse na atenção oncológica, pois sua ocorrência representa a mais prevalente emergência e seu evento está atrelado ao aumento das taxas de morbi-mortalidade (ZITELLA, 2007; KAMBOJ; SEPKOWITZ, 2009).

A IRAS não pode ser encarada como inevitável, trabalhar com a ideia do risco é distanciar-se do fatalismo e (re)conhecer os vários fatores de risco que os clientes possuem para sua ocorrência. Quando se pensa em IRAS como um fenômeno multifatorial e complexo é preciso ir além do aspecto unicausal e simplista do microorganismo como condição

necessária e suficiente para o seu desenvolvimento, refere-se à chance de exposição dos indivíduos à ocorrência da infecção resultante de um conjunto de fatores (PUCCINI, 2011).

Entretanto ainda permanece a ideia da infecção nos pacientes com câncer ligado principalmente ao déficit imunológico (KAMBOJ; SEPKOWITZ, 2009). Perpetuando um pensamento reducionista ao negligenciar outros aspectos que se integram para sua ocorrência. Avançando neste pensamento, é imprescindível entender que a sua ocorrência também requer a integração de múltiplos fatores relaciona-se preponderantemente, mas não exclusivamente, as particularidades fisiopatológicas dos indivíduos, repercussões das terapêuticas instituídas, perfil de atendimento das instituições e incorporação pelos profissionais que prestam assistência à saúde as medidas de prevenção e de controle de infecção (FERNANDES, 2008; SOUZA; ROCHA; GABARDO, 2011; SANTOS et al., 2012).

Identificou-se numa revisão integrativa, que vários fatores envolvem a prevenção e o controle de infecções no processo de adoecimento dessa clientela, que necessita de recursos tecnológicos diagnósticos e terapêuticos, há ênfase nas reações que a doença e ou tratamento repercutem no sistema imunológico, o que reflete na pulverização dos temas abordados nos artigos, destacando-se a setorização na oncologia clínica no atendimento aos pacientes com transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH), e os que utilizam o cateter venoso central para administração de quimioterapia (SANHUDO; MOREIRA; CARVALHO, 2011).

O câncer em relação ao tratamento pode ser tratado de forma associada ou exclusiva com cirurgia, quimioterapia e radioterapia; depende do tipo e do estadiamento de acordo com a proposta terapêutica editada pelo Ministério da Saúde. Assim, considera-se que no processo de saúde-doença-cuidado os indivíduos com câncer têm risco de infecções decorrentes de vários fatores, inclusive das reações adversas dessas modalidades terapêuticas. (ZITELLA et al., 2006).

Na fase do diagnóstico o estadiamento oncológico caracteriza o momento evolutivo da doença, inclusive deve ser empregado para definir o tratamento e o prognóstico (DEVITA, 2005). No que tange a recorrência da maioria dos casos de câncer ter o diagnóstico em estágio intermediário e avançado, relaciona-se aos sinais e sintomas que muitas vezes são inespecíficos principalmente nas fases iniciais da doença. Além disso, o retardo do diagnóstico de câncer segue a lógica da assistência à saúde, onde infiro que se integram outros motivos, tais como: a dificuldade do acesso à prevenção na rede de atenção básica; a insuficiência da construção de fluxos em rede para precocemente haver intervenção; desinformação da população; falta de estímulo em buscar pelo acesso aos serviços quando ainda não se apresenta funcionalmente comprometido.

Num olhar sobre as implicações do risco fisiopatológico e terapêutico, entende-se que o diagnóstico tardio do câncer favorece a evolução mais avançada da doença e confere um maior risco para infecção, pois pode acarretar um tratamento mais intervencionista, aumentar a necessidade de internação hospitalar, o uso de dispositivos que rompem a barreira cutânea mucosa pelo uso de cateteres vasculares, urinários, suporte ventilatório e nutricional, além da combinação de diferentes modalidades diagnósticas e terapêuticas (DEVITA, 2005). Também é preciso considerar que o organismo encontra-se mais debilitado quando a doença está mais avançada, o que corrobora para o déficit imunológico (PEIXOTO et al., 2010).

Conforme as estimativas divulgadas pelo INCa para o ano de 2012-2013, em relação ao tipo de câncer no sexo masculino, destaca-se o câncer de próstata, apontam um aumento exponencial da incidência desse tipo de câncer entre homens com idade igual ou superior a 50 anos. O tratamento do câncer de próstata pode conferir risco de infecção do sítio cirúrgico (ISC), quando o cliente é submetido à prostatectomia. Também à infecção urinária quando é realizada a manipulação do sistema urinário ou uso de cateter vesical de demora, que muitas vezes é necessário por período prolongado (FERNANDES; FERNANDES; RIBEIRO FILHO, 2000).

No Brasil, em relação ao sexo feminino o câncer de mama foi o mais recorrente conforme as estimativas divulgadas pelo INCa 2012-2013. Em termos de evolução da doença, predomina o estágio intermediário, que muitas vezes é conduzido para cirurgia e acarreta o risco de ISC.

No Brasil, o câncer de pulmão é o tipo de tumor mais letal, relaciona-se a uma das principais causas de morte, a sua ocorrência é atrelada em 90% ao uso do cigarro, os fumantes quando comparados com os não fumantes têm cerca de 20 a 30 vezes mais risco de desenvolver o câncer de pulmão (INCa, 2013). Para o indivíduo com diagnóstico de câncer de pulmão, destaca-se que a pneumonia tem alta incidência, ocorre devido às deficiências presentes e secundárias a fatores predisponentes, tais como, bronco aspiração associado ao uso de medicações que rebaixam o nível de consciência, e outras situações que desencadeiam distúrbios na deglutição, além da dificuldade de eliminação de secreção devido a doença endobrônquica (DEVITA, 2005).

Em relação ao tabagismo além de estar associado à alta incidência de câncer, também está associado a outras morbidades que predis põe o fumante ao desenvolvimento de doenças que acometem o sistema respiratório. Um estudo que avaliou a notificação do uso de álcool associado ao tabaco nos pacientes com câncer avançado, identificou que (50%) dos fumantes declaram sintomas relativos a alterações no aparelho respiratório, os pacientes que têm um

histórico de abuso de tabaco possuem sintomas mais acentuados de dor e dispnéia e também são mais susceptíveis de ser prescritos opióides, o que aumenta o risco de desenvolver pneumonia (DEV et al., 2011).

Os indivíduos com câncer no sistema hematopoiético e reticuloendotelial, como a leucemia aguda são submetidos a altas doses de quimioterapia, fato que os tornam mais predisponentes a desenvolver infecção a partir de sua flora endógena, e concomitantemente estão mais vulneráveis à infecção exógena, diante disso, existe a intensificação da adoção de isolamento protetor, uso de barreiras e uso de profilaxia com antifúngico e antibiótico, medidas que se tem demonstrado efetivas na redução das taxas de infecções. (SCHLESINGER et al., 2009).

Os indivíduos que são diagnosticados com câncer no sistema digestório (esôfago, estômago, cólon e reto) quando submetidos à cirúrgica apresentam risco de ISC, o uso neoadjuvante da quimioterapia/radioterapia foi citado como um dos fatores de risco para o aumento das taxas de ISC (CASTRO et a., 2011).

Em relação às modalidades terapêuticas para o câncer, a quimioterapia é uma modalidade terapêutica bastante adotada, que pode ser utilizada de forma adjuvante ou neoadjuvante a radioterapia e a cirurgia, cuja principal complicação é o estado de imunossupressão, que se apresenta em graus variados e distintos de repercussões para cada indivíduo (SHLESINGER et al., 2009).

A presença de neutropenia no indivíduo com câncer intensifica o risco e a repercussão das infecções, que muitas vezes é decorrente de sua própria flora endógena, além disso, os sinais e sintomas típicos de uma infecção podem estar atenuados ou ausentes. Estes aspectos evidenciam a dificuldade de prevenir e detectar precocemente as infecções, como a pneumonia em clientes neutropênicos (KAMBOJ; SEPKOWITZ, 2009).

A idade mais avançada repercute na incidência de vários tipos de câncer, visto que o envelhecimento traz consigo um aumento da prevalência de doenças degenerativas, incluindo doenças malignas, relaciona-se, por exemplo, em razão de maior tempo de vida do indivíduo com exposição a fatores de risco (CHEN; NADALIN, 2010).

Dessa forma, a faixa etária avançada aumenta o risco de desenvolver IRAS pela integração das características fisiológicas associada ao comprometimento imunológico, o que consequentemente também aumenta o número de internações. A presença de co-morbidade subjacente tais como, hipertensão, diabetes; déficits funcionais, déficit de deglutição, diminuição do reflexo de tosse; sinais de infecção sutis, o que acarreta o seu diagnóstico tardio; assim quando comparados com pacientes mais jovens, os estudos tem mostrado maior

taxa de morbi-mortalidade associada à infecção, como por exemplo, a pneumonia (HIGH, 2005).

Para o paciente com câncer com indicação para tratamento irradiante, deve-se ter em mente que há sempre a possibilidade deste já ter sido ou ser submetido a outras modalidades de tratamento, com perspectivas de mielotoxicidade severa, como a quimioterapia, o que implica, por exemplo, anemia sintomática, pancitopenia e risco de aquisição de infecções, com progressão para sepse e morte (CHEN; NADALIN, 2010).

Diante da magnitude do problema na atenção oncológica, a prevenção e o controle são condizentes com a proposta da Política Nacional de Atenção Oncológica, que visa reduzir os agravos nos pacientes com câncer, relacionada ao perfil dos indivíduos no processo de adoecimento e tratamento que os colocam em risco para desenvolver IRAS (BRASIL, 2005).

Caminho Metodológico

CAPITULO III

CAMINHO METODOLÓGICO

Este capítulo destina-se a apresentação do caminho percorrido para a produção e análise dos dados, considerando o objeto de estudo, a questão guia, e os objetivos delineados para a investigação.

O estudo se configura numa pesquisa de campo, com abordagem qualitativa e tratamento dos dados textuais com a adoção do Programa Alceste¹⁰. O método eleito é a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), concebida por Trentini e Paim (2004), cujo desenho busca delinear o encontro que envolve questões da prática assistencial e da investigação científica.

A abordagem qualitativa foi escolhida, pois utiliza a interpretação da fala de enfermeiros líderes, para responder quais são as estratégias de liderança que favoreçam na incorporação pela equipe de enfermagem das medidas de prevenção e controle de infecções em clientes com câncer. Além disso, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que ocorrem numa dada realidade (MINAYO, 2008).

De acordo com Paim et al. (2008), a PCA possui sua origem na pesquisa-ação, que se configura como um método cujo processo de pesquisa está baseado na abordagem de pesquisa social; permite a troca de informações e a reflexão entre os pesquisadores e sujeitos de pesquisa, e busca intervir para melhorar a realidade pesquisada (THIOLLENT, 2004).

Lacerda et al. (2008) ressaltam que a diferença principal da PCA para a pesquisa-ação está fundamentada no seu propósito, na forma de escolher o tema e na maneira de conduzir o processo de pesquisa, onde não se estabelecem métodos e técnicas específicas de pesquisa, mas se aceitam métodos baseados nos mais variados paradigmas da ciência.

Os princípios da PCA incluem a resolução de problemas de natureza prática ou teórica, introduzir inovações no campo da prática, ser desenvolvida concomitantemente com o trabalho do pesquisador ou o pesquisador inserir-se no contexto assistencial da pesquisa, envolver de maneira participativa os indivíduos investigados e reconhecer dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa. Tal tipo de pesquisa inclui um gesto

¹⁰ O Alceste (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto) será descrito com mais detalhes na fase da Análise. Trata-se de um programa informatizado que quantifica os dados textuais.

de cuidar, contudo a pesquisa no seu todo não se consubstancia como ato de cuidar ou de assistir somente (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA pode ser empregada em várias áreas de atuação, desde que envolva atividades da prática assistencial, e contemple três elementos básicos: pesquisa, assistência e participação. Dessa forma, optamos por esta modalidade de pesquisa como referencial metodológico, pela possibilidade de apreender o objeto de estudo no contexto real de seu acontecimento, relacionando-se estreitamente com a situação social, com o intuito de solucionar possíveis problemas, e assim, deflagrar mudanças e introduzir inovação na situação social (LACERDA et al., 2008).

Cabe destacar, que o tema do presente estudo emergiu da observação da prática assistencial, tem como característica principal a íntima relação com a prática da equipe de enfermagem na prevenção de infecções; como as estratégias de liderança são abordadas para incorporar as medidas de prevenção e controle de infecções pelos profissionais de enfermagem. Neste estudo se enfatizam as dimensões do pensar e do fazer, entendendo que o conhecimento teórico e a prática profissional, não podem ser dissociados quando pensamos na construção da ciência da enfermagem.

De acordo com Paim et al. (2008) a PCA é comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado; nessa premissa, a introdução da pesquisa no cotidiano do processo de trabalho do enfermeiro é um dos critérios básicos. Num processo integrativo e participativo junto aos enfermeiros, o estudo desenvolve uma proposta que o auxilie no “aprender a fazer” as estratégias de liderança, para incorporação pela equipe de enfermagem das medidas de prevenção e controle de infecções em pacientes com câncer, a partir das experiências de enfermeiros.

Trajatória do Estudo- Pesquisa Convergente Assistencial

Atendendo a trajetória do método, segue a descrição das etapas que foram empreendidas no processo de investigação, incluindo as seguintes fases da PCA: concepção; instrumentalização; perscrutação; análise e interpretação.

a) Fase de Concepção

A fase da concepção é a primeira etapa do plano de pesquisa, iniciou-se com a definição do tema de pesquisa, formulação de definições, procedência a delimitações, inter-relações, argumentações e contextualizações, ou seja, constitui o processo de construção de um protocolo de pesquisa.

A eleição do tema “a prevenção e controle de IRAS na atenção oncológica” emergiu da prática assistencial a partir da vivência e observação da dificuldade encontrada por enfermeiros líderes na incorporação pela equipe de enfermagem de medidas de prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer.

O problema de pesquisa foi sedimentado durante a construção do estado da arte, respaldou-se nos estudos a partir do destaque para o enfermeiro líder no processo de incorporação de medidas de prevenção e controle de infecções, para diminuir o problema de baixa adesão da equipe de enfermagem.

b) Fase de Instrumentação: decisões metodológicas

Concluída a primeira fase, a atenção do pesquisador deve estar voltada para os aspectos metodológicos que sejam capazes de atender a questão guia ou afirmação guia, e do propósito do plano de pesquisa.

Consiste em demonstrar os procedimentos metodológicos, que incluem: a escolha do espaço da pesquisa, escolha dos participantes e escolha das técnicas para produção dos dados e análise das informações obtidas.

➤ Apresentação do Cenário de Pesquisa

O cenário de pesquisa é um hospital especializado na prevenção, no diagnóstico e no tratamento do câncer. É um dos três hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia, todos classificados como UNACON, situado no Município de Juiz de Fora em Minas Gerais (BRASIL, 2012).

O motivo de escolher esta instituição como local de pesquisa reside no fato de ser referência no tratamento do câncer no Município e em outras regiões. Além disso, a instituição conta com PCIH estruturado e atuante, diretrizes estabelecidas para o controle de infecções, bem como, treinamento periódico para os profissionais de enfermagem. E por outro lado, os sujeitos vivenciam o problema de pesquisa que este estudo investigou.

Nessa escolha, outro motivo considerado foi minha experiência profissional na instituição, tanto na assistência quanto na supervisão de estágio do ensino de graduação de enfermagem, quando tive a oportunidade de conhecer a dinâmica dos processos de trabalho lá realizados e as dificuldades expressas pelos enfermeiros líderes para lançar estratégias para promover a segurança do paciente referente a IRAS.

A instituição com capacidade para 100 leitos possui convênio com o Sistema Único de Saúde, planos de saúde e rede particular. Oferece centro especializado de quimioterapia,

radioterapia, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva. A gravidade dos clientes é diversa, executa cirurgias de alta complexidade, atende clientes em nível ambulatorial ou internados para a radioterapia e quimioterapia, complicações clínicas decorrentes do processo de tratamento e adoecimento, suporte paliativo, dentre outras situações.

A Instituição¹¹ foi idealizada por dois médicos, um radioterapeuta e o outro cirurgião, em 1962, quando se iniciava a jornada para utilização da Bomba de Cobalto para radiação dos tumores. E Juiz de Fora passou a ser, então, a quarta cidade do país a possuir equipamento deste porte.

Em 1963 a instituição foi inaugurada, com atendimento para pacientes ambulatoriais. Em 1967 o serviço foi transferido de sede e passou a receber clientes para internação, contava na época com 18 leitos. A instituição foi ampliada em 1974, com a construção de outros três andares, ainda nesta década, foi inaugurado o serviço de mastologia, o serviço de radiodiagnóstico, o banco de sangue, além do exame anatomo-patológico e citopatologia.

A década de 90 foi marcada como fase de investimento na estrutura física da instituição com a construção do centro médico de diagnóstico computadorizado, tomógrafo computadorizado, endoscopia, cintilografia miocárdica, além do centro de mastologia. O centro de terapia intensiva, o centro cirúrgico e novos apartamentos para internações foram inaugurados em 1996.

Atualmente conta com um segmento para atender exclusivamente aos clientes internados pelo SUS em três enfermarias, destinadas a internação exclusiva para clientes com câncer. O outro segmento da instituição se destina ao atendimento de clientes conveniados aos planos de saúde particulares e rede particular. Também são três setores, além de internarem pacientes com câncer podem internar pacientes com outras patologias, contudo, a predominância é para a oncologia.

O centro cirúrgico, central de material e esterilização, unidade de terapia intensiva e o setor de radioterapia são de uso comum para todo o hospital. São dois setores de quimioterapia, um atende aos clientes do SUS e o outro se destina aos clientes particulares, funcionam em diferentes espaços físicos e com equipe de enfermagem específica.

No quadro 3 apresento um espelho das unidades/setores de internação que compõem a instituição, a denominação das unidades de internação obedece à mesma adotada pelos profissionais que lá atuam. Consta da caracterização da instituição quanto ao perfil dos

¹¹ As informações contidas nesta descrição foram obtidas no site do hospital.

clientes e o quantitativo de leitos com o respectivo dimensionamento de pessoal. O número total de profissionais de enfermagem na escala do mês de novembro de 2012 é de 141, nesse quantitativo incluem os afastamentos por licença de saúde e férias.

Na instituição investigada, o número total de enfermeiros é de 20, sendo que 16 estão no plantão diurno e 4 no plantão noturno. Em relação a sua função, 12 estão na gerência do processo assistencial nas unidades de internações, 2 nas unidades de quimioterapia, 2 no centro cirúrgico, 1 na central de materializado, 1 na CCIH, 1 na direção do serviço de enfermagem como Responsável Técnico (RT) e 1 enfermeira que cobre as férias. O horário de trabalho é regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas, com 44 horas semanais distribuídas no período da manhã ou tarde, completando a carga horária nos plantões no final de semana. Em relação aos enfermeiros do plantão noturno, os quais fazem uma escala de 12/36 horas, são dois por plantão, um assume as enfermarias do SUS e o centro cirúrgico e o outro assume os setores de internações do convênio/particular e o centro de terapia intensiva.

Quadro nº 3- Caracterização da Instituição, quanto ao perfil dos pacientes, quantitativo de leitos e dimensionamento de pessoal de enfermagem, Juiz de Fora, 2013.

Setor e tipo de convênio	Características dos pacientes quanto ao perfil de tratamento	Número de leitos por Setor		Dimensionamento de pessoal					
				Quantitativo de profissionais da equipe de nível médio		Distribuição dos enfermeiros nos setores, de acordo com turno de trabalho			
		Leitos	Enf.	Diurno	Noturno	Mn	Td	Nt1	Nt2
Enfermaria primeiro andar-SUS	Tratamento clínico e cuidado paliativo	22	6	4P e 2D	3P	01	01	01	01
Ambulatório Consultório				1P	1P				
Centro de Terapia Intensiva	Tratamento clínico e cirúrgico	6	6	3P	3P	01	01	01	01
Enfermaria-segundo andar-SUS	Tratamento cirúrgico	13	3	2P e 1 D	2P				
Enfermaria-terceiro andar –SUS	Tratamento clínico	21	5	3P e 1D	3P	01	01	01	01
Segundo-andar convênios	Tratamento clínico e cirúrgico	8	8 quartos	2P e 1D	2P				
Terceiro-andar convênios	Tratamento clínico e cirúrgico	7 privativos e 10 duplos	11 quartos	2P e 1D	2P	01	01	01	01
Quarto-andar convênios	Pediatria	7	6 quartos	1P e 1D	1P				
Centro Cirúrgico	Cirurgias de pequenos, médio e grande porte	5 salas	4 salas	4D e 3D	1P	01- Exclusivo para o setor		01- Exclusivo para o setor	
Quimioterapia SUS	Pacientes ambulatorial	13 cadeiras		2P e 2D	Não funciona à noite	01- Exclusivo para o setor- diarista			
Quimioterapia Particular	Clientes ambulatorial	14 Cadeiras e 01 maca		2D	Não funciona à noite	01- Exclusivo para o setor- diarista			
Central de material e esterilização				2P e 2D	1P	01-Exclusivo para o setor- diarista			
Responsável Técnico Enfermeira da CCIH Enfermeira para cobertura de férias						01- diarista 01- diarista 01- depende da escala			
Quantitativo de Profissionais						20 Enfermeiros			

P- Plantonista -12/36 horas D- Diarista

➤ **Participantes do estudo**

No quadro 4 apresento algumas particularidades dos enfermeiros que participaram deste estudo. Com isto busco trazer uma caracterização a partir de informações de cunho pessoal e profissional, contribuindo para compreender a visão deles acerca das situações-problema referente à prevenção e ao controle de IRAS, bem como as estratégias de liderança propostas pelos enfermeiros que participaram dos grupos de discussão.

Em conformidade com as questões éticas da pesquisa, os dados contidos no quadro 4 não foram cruzados com qualquer forma de informação que pudesse sinalizar e identificar os participantes. Na apresentação dos resultados os participantes são identificados como suj-01 a suj_17, independente de sua posição no quadro 4.

Quadro nº 4- Informações pessoais e profissionais dos participantes do estudo.

Gênero	Idade Anos	Formação Anos	Atuação Oncologia Anos/Meses	Atuação na instituição Anos/meses	Sector de atuação	Horário de trabalho
F	29	7	5	5	CTI	Tarde
F	30	3	6 meses	6 meses	CTI	Manhã
F	56	30	8	8	Enf. SUS	Manhã
F	37	10	10	10	Enf. SUS	Noite
F	31	7	2	2	Enf. SUS	Noite
F	31	5	1	1	Enf. SUS	Tarde
F	32	5	1	1	Conv./particular	Tarde
F	24	1	6 meses	6 meses	Enf. SUS	Tarde
F	37	11	10	10	Conv./particular	Noite
F	34	8	6	6	Conv./particular	Noite
F	51	5	10	10	Conv./particular	Manhã
M	45	7	5	5	Enf. SUS	Tarde
M	34	4	1	1	Conv./particular	Manhã
M	33	3	1	1	QT- SUS	Manhã
F	29	7	4	4	CTI	Tarde
M	31	5	2	2	Responsável Técnico	Manhã/tarde
F	31	2	3 meses	3 meses	CCIH	Manhã/tarde

Conhecer o perfil dos participantes compõe a primeira etapa do método, pois são eles, os enfermeiros líderes os deflagradores das mudanças no contexto estudado. A escolha dos participantes da pesquisa na PCA deve ser constituída pelos indivíduos envolvidos no problema, sendo os que possuem mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Entendo que os indivíduos capazes de responder as questões guia do estudo são os enfermeiros líderes, ou seja, são os enfermeiros que atuam na gerência dos cuidados diretos em unidades de internação, centro cirúrgico e quimioterapia, pela similaridade nos processos de trabalho voltados à prevenção e ao controle de IRAS nesses setores.

Os critérios iniciais de inclusão estipulados foram: ser enfermeiro líder atuante na gerência do processo assistencial nos setores de internação (enfermaria clínica, enfermaria cirúrgica e na unidade de terapia intensiva), quimioterapia e centro cirúrgico na instituição hospitalar cenário da pesquisa; aceitar participar do estudo em todas as etapas; preencher o TCLE (APÊNDICE A).

No quadro 5 destaco o quantitativo de participantes de acordo com as etapas do estudo.

Quadro nº 5- Sujeitos participantes de acordo com as etapas do estudo.

Sujeitos participantes do estudo	Entrevistas individuais	Grupo de discussão I	Grupo de discussão II
Suj_01	X	X	X
Suj_02	X	X	
Suj_03	X	X	
Suj_04	X		
Suj_05	X		
Suj_06	X	X	X
Suj_07	X		
Suj_08	X		
Suj_09	X	X	
Suj_10	X	X	X
Suj_11	X	X	X
Suj_12	X		
Suj_13	X	X	
Suj_14	X		
Suj_15	X	X	X
Enfermeira CCIH			X
Enfermeiro RT			X
Participantes em cada etapa	15	9	7
Total de participantes no estudo			17

Participaram do processo de pesquisa 17 enfermeiros, sendo que 15 são enfermeiros líderes, sujeitos centrais do estudo. O enfermeiro RT e a enfermeira da CCIH foram incluídos na última etapa do estudo, para contribuir na discussão das estratégias de liderança.

➤ **Técnicas selecionadas para obtenção dos dados**

Atendendo aos requisitos da PCA, no caminho e instrumental próprio para abordagem da realidade, procurei explorar o conhecimento profissional dos enfermeiros já incorporados em seu fazer e propor soluções para os problemas, na ótica indagante da pesquisa no próprio âmbito assistencial.

A técnica empregada para obtenção dessas informações foi a linguística verbal, onde busquei captar as ideias individuais e coletivas por meio da entrevista individual e do grupo de discussão. As técnicas são discutidas na fase seguinte, já associadas às estratégias de obtenção dos dados de acordo com as etapas do estudo.

c) Fase de Perscrutação

A fase de perscrutação consta da aproximação dos sujeitos e as etapas da investigação em si. Esse movimento nasce da criatividade dos pesquisadores numa abordagem que inclui respeito à compatibilidade de recursos e adequação aos próprios métodos.

Como em qualquer outro tipo de pesquisa, a obtenção de dados deve ser compatível com o objeto de estudo e ser capaz de atingir os objetivos do estudo. Na PCA, a conjunção de técnicas distintas deve inserir-se com exigência de rigores e a criação de estratégias próprias para a obtenção das informações.

O caminho de aproximação do cenário de pesquisa foi percorrido há longo tempo. Iniciou a partir de minha inserção no cenário como preceptora de ensino clínico e supervisora de estágio do curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade conveniada com a instituição. Durante o Curso de Mestrado, o conhecimento adquirido favoreceu as discussões sobre a temática com a responsável técnica de enfermagem e os demais enfermeiros.

Com o meu ingresso no Curso de Doutorado, obtive afastamento de minhas atividades docentes, o que também coincidiu com a mudança da enfermeira responsável técnica pela enfermagem, o que exigiu novos contatos para garantir autorização para desenvolver o estudo no cenário, quando obtive anuência da mesma.

Nesse período, intensifiquei um diálogo com os enfermeiros, com a finalidade de aprofundar minha compreensão sobre a complexa problemática que envolve a prevenção e controle de IRAS, bem como, esse foi um momento de aproximação e uma estratégia de sensibilização para obter a participação deles no estudo.

Na figura 3 apresento um esquema representativo onde é possível visualizar o processo de investigação referente à fase de perscrutação. Dessa forma, a operacionalização do estudo ocorreu num processo científico interativo com os enfermeiros, em três etapas:

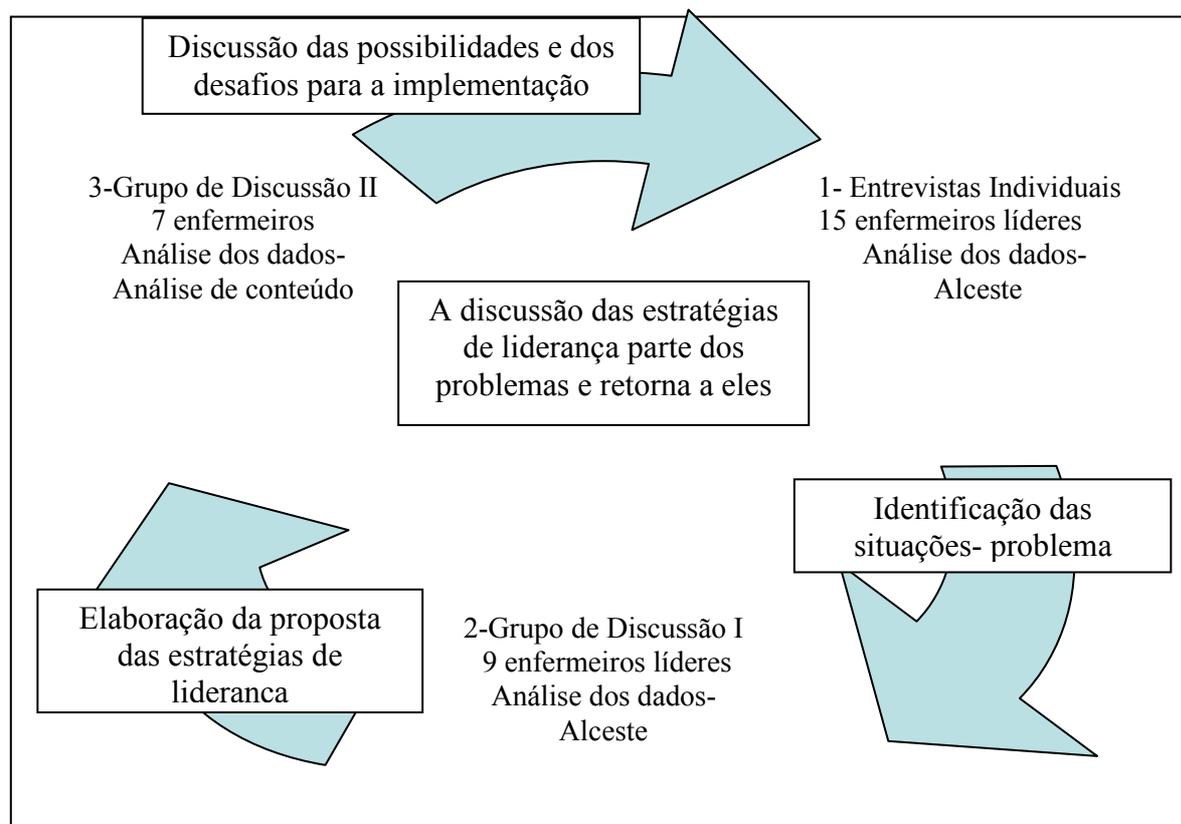
1) Primeira etapa, inclui a exploração do contexto, das situações-problema vivenciadas pelos enfermeiros relativo a prevenção e controle de IRAS;

2) Segunda etapa, consta da elaboração da proposta para a solução do problema, com o desenvolvimento de estratégias de liderança que favoreçam na incorporação pela equipe de enfermagem das medidas de prevenção e controle de infecções, naquele contexto;

3) Terceira etapa, discussão pelos próprios enfermeiros que elaboraram as estratégias de liderança.

Nesse tipo de pesquisa, no movimento de participação sujeito-pesquisador, primeiro deve ser sintetizado o que o profissional faz, assim parte da realidade e a ela retorna, mantém a mesma premissa da pesquisa- ação.

Figura nº 3- Anel recursivo da fase de perscrutação.



➤ **Primeira etapa do Estudo- Exploratórias das situações-problema vivenciadas pelos enfermeiros líderes, relativo à prevenção e controle de infecções.**

A opção pela entrevista individual para abordar essa questão justifica-se, pois entendemos que a posição assumida em relação à prevenção e ao controle de infecção quando abordada de forma individual, possibilita obter mais informações acerca das situações-problemas vivenciadas por cada sujeito. Além disso, esse momento, também oportunizou um fortalecimento da integração do pesquisador com o sujeito, visando dar seguimento aos grupos de discussões.

Sobretudo, esse momento foi ao encontro das premissas do método e do referencial teórico adotado, fortalecendo o pólo técnico e o epistemológico do estudo, visto que existe uma convergência em ambos que se refere à necessidade de explorar o contexto do cenário onde o estudo é realizado.

Para iniciar a coleta de dados no campo, iniciei uma aproximação individual junto aos enfermeiros que atendessem aos critérios de inclusão do estudo, para convidá-los a participar do processo de pesquisa.

Nesse momento de aproximação inicial, os enfermeiros já sabiam da realização do estudo, o que facilitou a estratégia de aproximação. Mas mesmo assim tornava a falar sobre o estudo, seu propósito, suas etapas e esclarecia as dúvidas. Com isso esperava obter maior participação e confiança, visto que o princípio da PCA é a integração da pesquisa e da assistência. Visou criar e fortalecer um espaço dialógico com enfermeiros, para sensibilizá-los em relação à importância de sua participação na pesquisa.

Com o aceite, agendávamos o dia e o horário para realizar a entrevista, de acordo com a disponibilidade e interesse dos enfermeiros. No dia previsto, antes de iniciar a entrevista obtinha a assinatura do TCLE e também o registro de algumas questões para caracterizar os sujeitos, que posteriormente compuseram as variáveis no programa Alceste.

Reitero que o número de enfermeiros na instituição é 20; sendo que 4 não estão na gerência do processo assistencial (o enfermeiro RT, a enfermeira da CCIH, a enfermeira da CME e uma enfermeira que estava de férias). Os demais enfermeiros foram convidados a participar do processo de pesquisa, 16 enfermeiros foram abordados, todos aceitaram participar. Porém um dos sujeitos, nas três tentativas de entrevistá-lo alegou que o setor estava muito tumultuado e não poderia se ausentar, então propus agendar fora do seu horário de trabalho, mas ele não tinha essa disponibilidade.

Os demais participantes, 15 enfermeiros, foram entrevistados nos dias agendados previamente, as entrevistas duraram em média trinta minutos, onde a mais rápida durou 18 minutos e a mais longa 45 minutos.

O conteúdo da entrevista foi composto pela seguinte questão aberta: Fale-me como acontecem as situações vivenciadas em sua prática nesta instituição, em relação à implementação das medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (APÊNDICE B).

Durante a entrevista os pontos de interesse do estudo foram ressaltados, num espaço dialógico entre o pesquisador e o sujeito.

Pontos que foram esclarecidos:

- Destacar as situações-problema que os enfermeiros vivenciam.
- Qual(s) medida(s) você entende ser mais importante?
- Você prioriza alguma?
- Em relação ao setor, você considera algum como prioritário?
- Como acontece a abordagem da equipe de enfermagem?
- Nesse contexto, o que você entende por liderança em enfermagem? (perguntar caso a resposta não tenha sido contemplada na questão acima?)

➤ **Segunda Etapa – Elaborar uma proposta com estratégias de liderança em enfermagem**

Esse momento teve como foco atender prioritariamente ao segundo objetivo, na intenção de buscar soluções para o problema, visou elaborar as estratégias de liderança em enfermagem que favoreçam na incorporação das medidas de prevenção e controle de infecções no cenário investigado.

O grupo de discussão foi adotado visando favorecer a construção das estratégias de liderança em enfermagem pelos enfermeiros líderes de forma coletiva. Antes de iniciar a discussão foi reiterado aos participantes o propósito do estudo de focar as estratégias de liderança já implementadas e as possibilidades de implementação de outras estratégias de liderança em sua prática assistencial. Este ponto é crucial na PCA, e foi salientado em todas as oportunidades de interação do pesquisador com os enfermeiros.

Para os aspectos operacionais na realização do grupo discussão I segui as orientações de Mota e Munari, o qual se constitui em um conjunto de aspectos inerentes ao processo grupal, prevê uma série de detalhes que o grupo necessita para atingir os objetivos propostos, ao mesmo tempo em que dá subsídios ao coordenador para uma atuação mais efetiva

(MOTA; MUNARI, 2006). Esses autores destacam o planejamento, o aquecimento e o trabalho teórico como as atividades referentes ao enquadre do trabalho grupal.

Planejamento do grupo de discussão I

A eleição da data e horário mais propício para realização do grupo de discussão I ocorreu após conversar com os enfermeiros dos turnos da manhã, tarde e noite, agendado para o dia 05 de novembro de 2012 de 12h30min às 15h30min. Todos os 15 enfermeiros que participaram da etapa anterior do estudo foram convidados a participar do grupo de discussão I.

A confirmação da data e horário de realização do grupo de discussão I com os enfermeiros foi realizada nos dias 30 e 01 de novembro. Nesse momento, entreguei em mãos, um convite que constava a data e horário de início e previsão de término, e reiteração do motivo de realizar o grupo. Também solicitei ao responsável técnico, para registrar um lembrete para os enfermeiros no caderno de recados que permanece na sala de enfermagem. Porém, no dia agendado para acontecer o grupo de discussão I, às 08h45min, um dos enfermeiros ligou-me, comunicando que vários enfermeiros não poderiam estar presentes conforme o previsto. Então solicitei que os próprios enfermeiros remarcassem o grupo de discussão para a melhor data e horário para eles, que foi o dia 08 de novembro às 11:00 horas.

Tornei a conversar com os enfermeiros pessoalmente, e reiterar o dia e hora agendada para acontecer o grupo. Na noite anterior liguei para quem não consegui falar pessoalmente, os enfermeiros da noite, lembrando a realização do grupo no dia seguinte. Toda essa preocupação teve como intenção obter a participação dos enfermeiros, sem os quais não haveria o grupo de discussão.

Para o desenvolvimento da atividade foi providenciado auxiliares de pesquisa, para o registro da dinâmica do grupo. Uma ficou responsável pela observação e pelo registro das participações dos sujeitos, saídas da sala, conversas paralelas, e outros achados pertinentes. Além disso, também registrou toda a dinâmica do grupo em relação ao horário de início e término, e as inscrições para falar. As outras duas auxiliares ficaram responsáveis pelo registro das falas dos sujeitos, tópicos da ideia principal, para facilitar posteriormente a transcrição das falas gravadas.

Para os critérios de eleição das auxiliares de pesquisa, buscou-se selecionar pessoas que a presença não interferisse na dinâmica do grupo, para que os enfermeiros ficassem a vontade para expressar seu pensamento. Foram eleitas duas acadêmicas de enfermagem, que

cursavam o último ano e estagiavam na instituição, de certa forma são familiares aos enfermeiros líderes e a terceira é uma enfermeira que pretende trabalhar na instituição.

Aquecimento do grupo de discussão I

No dia previsto para acontecer o grupo, dia 08 de novembro de 2012, cheguei mais cedo para organizar o ambiente e testar os gravadores, levei três aparelhos para colocar em diferentes locais. Com a chegada dos enfermeiros colocamos as cadeiras em círculo, à medida que os enfermeiros foram chegando, os convidava para lanchar, pois a maioria ainda não havia almoçado, foi um momento de acolhimento e interação entre os 9 enfermeiros que compuseram o grupo de discussão I.

Às 11h15min os convidei para iniciarmos as atividades do grupo, quando todos estavam sentados, agradei a presença e lembrei o motivo de estarmos nos reunindo. Solicitei autorização para ligar o gravador. Expliquei a dinâmica planejada para que o grupo discutisse as estratégias de liderança. Nesse momento as auxiliares de pesquisa já estavam registrando.

Trabalho teórico do grupo de discussão I

Para dar um *feedback* aos enfermeiros, fiz uma breve exposição sobre os resultados obtidos pela análise dos dados através do programa Alceste, identificados na primeira etapa do estudo. Onde surgiram cinco classes¹² que representam as situações problemas vivenciadas por eles e foram os temas geradores de discussão. Seguindo essa concepção, as questões foram apresentadas, entendendo o indivíduo enfermeiro numa esfera coletiva, o grupo de enfermeiros, então, intencionalmente todas as perguntas, iniciaram com a seguinte expressão, “Como, nós enfermeiros podemos desenvolver estratégias para”

Para alcançar essa dinâmica no grupo, foram elaboradas questões iniciais, as quais foram lançadas na intenção de instigar a discussão e refletirmos sobre as estratégias de liderança, que poderiam adotar ou já adotam para atuar naquela questão.

¹² No programa Alceste, as classes representam o contexto que foi abordado pelos sujeitos, maiores detalhes serão realizados mais a frente.

➤ **Terceira etapa- discutir os desafios e as possibilidades das estratégias de liderança em enfermagem**

Para dar seguimento ao estudo foi realizado outro grupo de discussão, denominado grupo de discussão II, onde foram mantidos os aspectos operacionais de acordo com as orientações de Mota e Munari (2006), já descritos anteriormente.

Esta etapa focalizou atender prioritariamente ao terceiro objetivo, sua finalidade foi discutir e avaliar as possibilidades e desafios das estratégias de liderança em enfermagem na incorporação pela equipe de enfermagem das medidas de prevenção e controle de infecções na aquela instituição.

Essa discussão foi conduzida sob a noção de estratégia no pensamento complexo. Na concepção de Morin “a estratégia procura incessantemente reunir as informações colhidas e os acasos encontrados durante todo o percurso” (MORIN, 2008, p.62). Por meio da fala dos enfermeiros, buscou-se discutir os desafios e possibilidades atrelados aos aspectos multifatoriais presentes na sua prática, (Apêndice D).

Planejamento e execução grupo de discussão II

Destaca-se que na perspectiva da PCA, há possibilidade de incluir no estudo novos sujeitos com a finalidade de contribuir para a resolução do problema proposto. O que atende as premissas da PCA, referente à participação dos sujeitos em todas as etapas do estudo.

Assim, os convites para o Responsável Técnico e para a Enfermeira da CCIH participarem desse grupo emergiu da interpretação dos dados, tanto das entrevistas individuais quanto do grupo de discussão I, inclusive sendo formada uma classe no Alceste. Esse aspecto foi confirmado com os enfermeiros-líderes, quando os mesmos foram consultados sobre a inclusão ou não do Enfermeiro RT e da Enfermeira da CCIH no grupo de discussão II.

A eleição da data e horário mais propício para realização do grupo de discussão II ocorreu após conversar com todos os enfermeiros e identificar a melhor disponibilidade. A realização do grupo aconteceu no dia 12-03-2013 de 13h00min as 15h00 horas, na sala de reunião da instituição. Participaram 7 sujeitos, sendo 5 enfermeiros líderes, o RT e a enfermeira da CCIH.

Aquecimento do grupo de discussão II

Como forma de promover o acolhimento e a interação entre os enfermeiros, um lanche foi disponibilizado antes de iniciar as discussões. Às 13h00min os convidei para

iniciarmos as atividades do grupo, quando todos estavam sentados, agradei a presença e relembrei o motivo de estarmos nos reunindo. Solicitei autorização para ligar o gravador.

Nesse momento, a auxiliar de pesquisa, uma das pessoas que participou da etapa anterior, já estava registrando a dinâmica do grupo.

Trabalho teórico do grupo de discussão II

Para organizar a dinâmica de trabalho do grupo II, foi fornecido para os enfermeiros um material impresso contendo a relação das situações problemas com as estratégias de liderança propostas por eles na etapa anterior do estudo. Após as explicações foram disponibilizados cinco minutos para lerem o referido material e visualizarem a relação representada no formato de uma figura.

Confirmado esse entendimento, buscou-se explorar os aspectos referentes à implementação das estratégias, considerando as peculiaridades existentes naquele contexto de cuidar de clientes com câncer. A discussão foi conduzida na intenção de explorar e aprofundar os desafios e possibilidades na implementação das estratégias de liderança propostas, e consequentemente na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.

d) Fase da Análise e interpretação dos dados

Fase da Análise

Esse momento da pesquisa é a fase de análise das informações obtidas. Os métodos de análise para a PCA são múltiplos, porém alguns indicativos são úteis na análise dos dados. São quatro processos genéricos que ocorrem de maneira mais ou menos sequencial: apreensão; síntese; teorização; recontextualização (TRENTINI ; PAIM, 2004).

Neste estudo, o programa Alceste (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto) foi utilizado para analisar os dados obtidos na entrevista individual e no grupo de discussão I. Concluí que fosse necessário apresentar uma explicação sobre esse programa, pois é uma ferramenta tecnológica que auxilia o pesquisador a analisar os dados, que gradativamente vem despertando o interesse na área do conhecimento da enfermagem.

O Alceste é *software* para análise de dados textuais que surgiu no CNRS (Centro Nacional Francês de Pesquisa Científica), com apoio da Agência Nacional Francesa de Valorização à Pesquisa, foi desenvolvido e comercializado pela empresa IMAGE, especializada em matemática aplicada e desenvolvimento de *software* científico e de apoio à decisão (IMAGE, 2010).

De acordo com Camargo (2005), na França existem vários programas informáticos que são adotados em estudos, principalmente nas Ciências Sociais. Esse *software* permite realizar de maneira automática a análise de dados textuais, utiliza a linguagem escrita ou transcrita de material das falas durante uma entrevista individual ou coletiva, depoimentos, relatos, compilações de textos diversos como obras literárias, artigos de revistas, dentre outros. Esse autor salienta que ao adotar a análise quantitativa desses dados, não deixa de considerar a qualidade do fenômeno estudado, e ainda fornece critérios oriundos do material para a consideração do mesmo como indicador de um fenômeno de interesse científico.

O Alceste foi concebido por Max Reinert, estatístico, semiólogo, conhecedor de Filosofia e de Psicanálise, com o propósito de por em evidência o caráter dinâmico do sentido e a dificuldade de acesso ao momento inaugural de um discurso produzido por um sujeito enunciador (LIMA, 2008).

No Brasil, a introdução do Alceste ocorreu em 1998, por Veloz, Nascimento- Shulze e Camargo e desde então, crescentemente vem sendo adotado em estudos qualitativos, com o objetivo de quantificar um texto, para extrair as estruturas mais significativas através da análise lexical (CAMARGO, 2005).

O Alceste realiza cálculos efetuados sobre as co-ocorrências de palavras em segmentos do texto, conjuga uma série de procedimentos estatísticos aplicados a bancos de dados textuais; fundamenta-se na ideia de relação entre o contexto linguístico e representação coletiva ou entre uma representação elementar, um sentido ou um enunciado mínimo em seu discurso (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

O Alceste trabalha com o mundo da linguagem, dos vocábulos, dos léxicos, fundamenta-se que, na prática, todo falante é um sujeito plurilíngue, porque conhece e adota em suas relações sociais, construídas historicamente, diversos estilos, uma série de línguas funcionais, que efetivamente usa em seu falar, considerando um mesmo e único sistema linguístico (DAMASCENO, 2007).

Propõe-se a operar numa abordagem pragmática do texto centrada na co-ocorrência lexical, na co-presença do léxico numa unidade contextual do texto. Não se trata de divisões superficiais provenientes das significações de palavras isoladas, mas ao contrário, as ressonâncias de sentido que se estabelecem devido à co-ocorrências de alguns vocábulos que aparecem reunidas em certas regiões do texto, que caracterizam o discurso em variados momentos (LIMA, 2008).

Como é possível perceber, o programa possui fundamento lexicométrico, significa isto que, a repetição de uma palavra por parte do enunciador pode ser um indicador da

significância das palavras-ocorrências, pois a inclusão de um novo elemento em enunciados pleiteia um esforço maior, e, por isso o enunciador lança mão da repetição de palavras, enquanto avança ou varia sua fala (DAMASCENO, 2007).

Neste estudo, a decisão de usar o Alceste deflagrou-se durante o processo de transcrição das informações obtidas nas entrevistas individuais, representando grande quantitativo de dados. Inicialmente elaborei uma categorização temática, mas percebi a necessidade de uma ferramenta tecnológica, que me auxiliasse no difícil caminho de explorar os vários problemas que os enfermeiros mencionaram na implementação das medidas de prevenção e controle de IRAS naquela instituição.

Num primeiro olhar, pode parecer incongruente adotar num mesmo estudo, um tratamento quantitativo e um referencial teórico-filosófico que configure um modo compreensivo de ver os fenômenos do mundo. A afinidade epistemológica do Alceste ao referencial teórico, parte do pressuposto que adotar o pensamento complexo, é partir de um entendimento que é preciso saber distinguir e saber integrar, não é um pensamento excludente das formas de ver o mundo, bem pelo contrário, se busca a integração de várias formas de pensar e ver o mundo. Onde a objetividade é entendida como um produto de um processo em anel, que só pode ser produzido se a objetividade intervier de uma forma produtora, isto quer dizer que a objetividade não exclui o espírito humano, o sujeito individual, a cultura, a sociedade, os mobiliza (MORIN, 2002).

Dessa forma, a opção pelo tratamento quantitativo dos dados textuais foi para estabelecer certa objetividade aos dados. Quando me refiro à objetividade estou vislumbrando a possibilidade de garantir uma análise sistemática dos dados. Morin (2002) destaca que a objetividade dos dados vem da observação e para ser reconhecida requer: a) concordância dos resultados, estabelecida por observadores ou experimentadores diferentes, que, eventualmente, têm opiniões antagônicas; b) instrumentos, técnicas de observação que relevam o estado tecnológico de uma cultura, de uma Sociedade, c) comunicação intersubjetiva entre observadores e experimentadores. Então, é possível inferir que concomitantemente a objetividade é um fundamento primeiro e consequência última em um estudo científico.

Ao adotar o Alceste, busco contribuir para a objetividade na produção e análise das informações, no sentido de dar um refinamento ao tratamento dos dados, como fundamento inicial no processo dinâmico de produção da objetividade do estudo. Sobretudo, o Alceste é um programa estatístico que confere uma análise sistematizada dos dados textuais, compete ao pesquisador a tarefa de explicar os fatores, que muitas vezes são subentendidos, e que

determinaram a divisão das classes, de maneira que se possa compreender as forças implícitas responsáveis pelo reagrupamento dos vocábulos tal como se encontra (LIMA, 2008).

O que é possível objetivar é os dados, porque as teorias não são objetivas, são subjetivas-objetivas, tratam dados objetivos, mas são construções, sistemas de ideias que se encontram aplicados ao mundo real no aprofundamento do que está escondido por traz dos fenômenos (MORIN, 2002).

A visão do pensamento complexo buscou dar as conexões e os sentidos que pairam naqueles mundos lexicais; estudar um objeto pelo olhar do pensamento complexo é preciso dissociar e religar, identificando as multirrelações dos aspectos que contribuem para ocorrência do fenômeno, para conhecer, entender e compreender o que está presente no mundo vivido pelos enfermeiros.

➤ **Operacionalização do Programa Alceste**

O programa processa os dados em único arquivo e é compatível com o Word, porém requer um preparo do *corpus* que atenda as especificações do Alceste. Reinert denominou unidade de contexto iniciais (uci) as partes que em conjunto irão compor o *corpus* textual de análise; as uci são as unidades a partir da qual o Alceste efetuará a fragmentação inicial.

Quando se tratar de entrevistas individuais, por exemplo, cada entrevista será uma uci, então teremos o quantitativo de uci de acordo com o número de entrevistas (CAMARGO, 2005). Outros exemplos de materiais possíveis de análise são capítulo de livro, uma matéria jornalística, uma letra de música, nesses casos poderá haver uma única uci (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

No *corpus* as uci são separadas por linhas de comando, também chamadas de “linhas com asteriscos”. Quando forem entrevistas, cada entrevista é uma uci, a qual deve ser precedida por uma linha de comando, que contempla as variáveis estipuladas pelo pesquisador, importantes para o delineamento do estudo (CAMARGO, 2005).

No caso do grupo I de discussão foi adotada uma única uci, portanto, também teve uma única linha de comando.

Este autor salienta que embora seja o pesquisador que define as uci nem sempre é ele quem controla a divisão do *corpus* em segmentos de texto, ou seja, nas unidades de contexto elementar (uce), que são definidas segundo critérios de tamanho do texto, como o número de palavras analisadas e pontuação (CAMARGO, 2005).

O programa permite mais de um tipo de configuração para analisar os dados. A princípio, a intervenção do usuário pode ser limitada à utilização das funções básicas, em um segundo momento, o pesquisador poderá refinar a análise, verificar ou testar novas hipóteses interpretativas, alterando os parâmetros de processamento (IMAGE, 2010).

Entretanto, há duas condições para se obter um resultado significativo: a primeira é que o *corpus* se apresente como um todo, com certa coerência em relação à temática, deverá ser monotemático, a segunda é que o *corpus* seja grande o suficiente para que o elemento estatístico seja levado em consideração (IMAGE, 2010).

Porém, o manual do programa não especifica que tamanho seria este. Já Camargo (2005) refere que o tamanho do *corpus* para o funcionamento ótimo do Alceste deve ser em torno de 1000 linhas, o texto teria 70.000 caracteres, o que corresponde aproximadamente a 20 páginas de texto na fonte courier 10, com espaçamento simples. No entanto, salienta que foram realizadas análises com a metade do tamanho recomendado e com sucesso, como é o caso da análise utilizada no exemplo que apresenta em seu material.

É importante ressaltar que para familiarizar com essa ferramenta, fiz um Curso Introdutório, promovido pelo Programa de Pós-Graduação da EEAN-UFRJ, no mês de outubro de 2012, ministrado pela Dra. Laura Câmara Lima. Além da leitura do manual e de outros estudos que empregaram o ALCESTE, também contei com o apoio e orientação de uma docente com experiência na utilização do programa, a Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz, o que me deu mais segurança para rodar as entrevistas e posteriormente efetuar análise.

Etapas de Análise Realizadas pelo *Software*

São quatro etapas de análise que o Alceste abrange, a saber:

- A- Leitura do texto e cálculo dos dicionários;
- B- Cálculo das matrizes de dados e classificação das uce;
- C- Descrição das classes de uce;
- D- Cálculos complementares.

Etapa A- Leitura do texto e cálculo dos dicionários

Esse momento, o programa inicia a leitura do *corpus* para análise dos vocábulos, reconhece as uci, e gera em ordem alfabética todo o vocabulário do *corpus*.

Acontece a reformatação e divisão do texto em segmentos, em uce, ocorre a redução das palavras com base em suas raízes.

Essa redução das palavras substitui uma forma textual por seu *lema*, tem por objetivo melhorar a análise estatística e a classificação das uci, agrupando sob uma mesma forma e estabelecendo um dicionário das formas reduzidas (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; LIMA, 2008).

Na sequência, os lexemas reduzidos e reunidos em torno das “raízes comuns” são separados em dois grupos, palavras plenas e palavras ferramentas, que terão tratamentos diferentes. As palavras plenas são contadas e incluídas nos cálculos, enquanto que as palavras ferramentas não entram nesse cômputo, mas são projetadas relativamente aos fatores obtidos na análise das palavras plenas, às quais são subordinadas (LIMA, 2008).

As palavras ferramentas são as que têm função sintática, são as palavras compostas pelos pronomes, artigos, advérbios, enquanto que as palavras plenas são as que têm conteúdo, são palavras analisáveis, compostas por verbos, substantivos, adjetivos, sendo essa classe de palavras que o programa irá trabalhar (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

A partir do momento que o programa começa o tratamento das palavras plenas, o texto sob análise é dividido em fragmentos das uci, cujo primeiro recorte acontece em função dos sinais próprios da língua, de acordo com a organização inicial do texto; caracterizadas pela organização das pausas, dos períodos, dos parágrafos delimitados pela pontuação e pelos intervalos (LIMA, 2008).

Etapa B- Cálculo das matrizes de dados e classificação das uce

Nesse momento são definidas as uce que serão consideradas e o cálculo da matriz, de acordo com o tamanho do texto, pontuação, e a frequência das formas reduzidas.

É formada uma matriz para cada um desses cruzamentos, na qual os valores 0 e 1 indicam, respectivamente, ausência ou presença de uma determinada palavra em uma uce ou uc. Quando assinaladas com o número “um”, isso indica a presença do léxico na uce, e quando marcadas com o “zero”, significa a ausência do léxico nessa unidade. Se as ausências são mais frequentes que as presenças, a tabela possui mais “zeros” do que “um”, o que permite detectar zonas de maior densidade de “um” e zonas vazias (LIMA, 2008).

O recorte final do texto obedece a dois parâmetros: as pontuações encontradas e certo número de palavras plenas contadas, com essa dupla fragmentação, se formam as uce, a partir das quais o restante dos cálculos é realizado (LIMA, 2008).

Dando sequência à formação das classes, o programa ao aplicar o método de classificação hierárquica, de tal forma que o vocábulo obtenha o maior valor possível numa prova de associação Khi^2 , objetiva dividir as uce em classes, em função dos vocábulos

diferentes que as compõem, consiste em separar de maneira mais nítida possível as classes resultantes (CAMARGO, 2005; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Etapa C- Descrição das classes de uce

Nessa etapa, ocorre a definição das classes escolhidas e descrição das classes pelos vocábulos e variáveis. Os valores obtidos nas duas últimas CHD são confrontados, apenas a parte estável dos resultados é analisada para determinar os perfis da classe, definidas pelo Khi^2 de associação das formas reduzidas as suas respectivas classes (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

O programa oferece um Dendograma das classes estáveis, que representa o produto da CHD, ilustra as relações interclasses, nele é possível interpretar como as classes foram originadas e subdivididas em outras classes (CAMARGO, 2005).

Etapa D- Cálculos complementares

Essa etapa destina-se aos cálculos complementares e nela são formadas as listas de formas reduzidas associadas a contextos, que correspondem às classes anteriormente formadas e possibilita a identificação das uce características de cada um das classes (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Também identifica os segmentos repetidos, isto é, os trechos mais repetidos em cada classe e a seleção de palavras mais características de cada classe. Para finalizar, realiza-se a classificação hierárquica ascendente (CHA), focada no léxico, que consiste no cruzamento entre as uce das classes e as formas reduzidas características da mesma classe (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; IMAGE, 2010).

Na interpretação das classes obtidas pelo programa Alceste, Reinert utiliza a noção de mundo, enquanto um quadro perceptivo-cognitivo com certa estabilidade temporal associado a um ambiente complexo, em estudos no campo da linguística estas classes são interpretadas como campos lexicais, em pesquisas no campo da psicologia social, estas classes podem indicar representações sociais. (CAMARGO, 2005).

De acordo com Lima (2008), na proposição de Reinert, as classes obtidas podem e devem ser interpretadas de três pontos de vistas, a saber:

➤ Como “*conteúdo*”, observando-se a lista de palavras que descrevem as classes, com os radicais mais importantes, ou ainda, a lista de uce mais características de cada classe;

➤ Como “*atividade*”, porque, por suas oposições exprimem certo dinamismo do movimento discursivo, ou seja, o que aproxima e distância as classes no decorrer do processo discursivo;

➤ Como “*representação*”, pois essas classes formam um sistema e refletem certa estabilização da atividade do sujeito enunciador.

A organização para análise e interpretação dos dados foi de acordo com a partição das classes obtidas nas entrevistas individuais e no grupo de discussão I.

Tomando como referência a análise dos dados obtidos nas entrevistas individuais, formaram-se três blocos temáticos, que são conjuntos de tendências que representam as situações problema referentes à incorporação pela equipe de enfermagem das medidas de prevenção e controle de IRAS.

O primeiro bloco temático para análise dos dados obtidos nas entrevistas individuais foi denominada “As mãos na prevenção e controle de IRAS” foi composto pela classe 1.

➤ Classe 1- As mãos na prevenção e no controle de IRAS.

O segundo bloco temático para análise foi denominado “O contexto e as relações intersetoriais na prevenção e no controle de IRAS nos pacientes com câncer”, foi formado pela classes 4.

➤ Classe 4- Setores de internações prioritários para instituir as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.

O terceiro bloco temático para análise foi denominado “A enfermagem e o conhecimento sobre a prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer”, foi formado pelas classes 2, 3 e 5.

➤ Classe 2- O processo de trabalho da enfermagem e as implicações na prevenção e no controle de IRAS nos pacientes com câncer.

➤ Classe 3- O conhecimento da equipe de enfermagem referente à prevenção e ao controle de IRAS nos pacientes com câncer.

➤ Classe 5- A parceria da enfermeira da Comissão do Controle de Infecções Hospitalar.

Seguindo na mesma lógica, agora tomando como referência a análise dos dados obtidos grupo de discussão I, formaram-se dois blocos temáticos que representam as tendências das estratégias de liderança na incorporação das medidas de prevenção e controle de IRAS, que foram elaboradas para serem implementadas junto à equipe de enfermagem no cenário de investigação.

O primeiro bloco temático para análise dos dados obtidos no grupo de discussão I foi denominado “O enfermeiro no processo de liderança para prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer no contexto hospitalar” foi composto pelas classes 1 e 2.

- Classe 1- A presença do enfermeiro líder nos setores de internação.
- Classe 2- O processo de trabalho do enfermeiro líder.

O segundo bloco temático para análise foi denominado “Estratégias de liderança em enfermagem frente à prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer”, foi formado pelas classes 3, 4 e 5.

- Classe 3- A higienização das mãos na prevenção e controle de infecções.
- Classe 4- A enfermeira da CCIH, parceira do enfermeiro líder.
- Classe 5 – A promoção do conhecimento sobre IRAS para a equipe de enfermagem.

Quanto aos dados referentes à discussão do grupo II, estes foram analisados conforme descrição a seguir.

Análise de conteúdo

Os dados obtidos no grupo de discussão II foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática. A justificativa por essa opção ampara-se na intenção de explorar e aprofundar na discussão os desafios e possibilidades na implementação das estratégias de liderança propostas, e conseqüentemente na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.

Nesta análise busquei destacar as diferenças e semelhanças no discurso dos enfermeiros, integrando os aspectos do fenômeno tecido pela complexidade que envolve a prevenção e o controle de IRAS em pacientes com câncer. Para desenvolver a análise de conteúdo temática, o processo de análise do material foi realizado pela categorização dos temas emergentes. A análise categorial funciona por operações de desmembramento do texto em temas, buscando formar categorias segundo reagrupamento analógico (BARDIN, 2009).

A análise de conteúdo temática é um processo do tipo estruturalista e composto por etapas sistemáticas para desenvolver um inventário, quando são isolados os elementos, e de classificação para dividir os elementos, buscando impor uma certa organização as mensagens (BARDIN, 2009).

Neste estudo adotaram-se as etapas operacionais descritas por Minayo (2008) para análise temática desdobrando-se em três etapas:

- Primeira etapa: Pré-análise

Nesta fase é realizado um inventário visando desenvolver uma pré-análise, constituiu-se num momento de organização, ocorreu uma aproximação inicial ao material, no sentido de preparar um esquema prévio para o desenvolvimento das operações de análise.

Iniciando com a leitura flutuante, seguida de leitura em profundidade da discussão com o levantamento dos indicadores, onde foram identificados os temas mais destacados, a partir da frequência em que foram mencionados. Constituiu-se numa análise quantitativa, buscando nas falas as ocorrência e co-ocorrência dos temas.

- Segunda etapa: Exploração do material

A segunda fase constituiu-se da categorização, se configura numa classificação por convergência dos temas emergentes. A unidade utilizada para interpretação das respostas foi o tema que representava predominância sobre determinado assunto discutido. Salienta-se que também se considerou aspectos particulares dos sujeitos que fossem importantes para compreender o objeto.

Nesta etapa, de leitura exaustiva, o conteúdo emergente foi agrupado, a partir de questões que respondiam as questões guias e os objetivos do estudo.

- Terceira etapa: Tratamento dos dados obtidos e interpretação

O grupo de discussão II enquanto um espaço dialógico favoreceu identificar no conteúdo analisado as divergências e convergências, para integrá-los no momento da discussão dos resultados aos princípios do pensamento complexo: dialógico; recursão organizacional; hologramático.

Assim, procedeu-se a classificação dos desafios e das possibilidades, onde as categorias foram sendo definidas de modo a traduzir o conteúdo expresso no discurso dos enfermeiros, emergindo duas categorias para análise.

- A necessária integração no trabalho dos profissionais de enfermagem para incorporar as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.
- Promover condições para o conhecimento sobre IRAS nos pacientes com câncer para incentivar os profissionais de enfermagem a incorporar as medidas de prevenção e controle nos pacientes com câncer.

Fase da Análise e interpretação dos dados

No processo de teorização há o desenvolvimento de um esquema teórico a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. Os temas/conceitos foram definidos e as relações entre eles descritas detalhadamente, por meio de um trabalho intelectual rigoroso, que consiste em levar as informações a alto nível de abstração.

A interpretação ocorreu à luz do referencial teórico-filosófico eleito, o pensamento complexo abordado por Edgar Morin. A associação dos princípios do pensamento complexo com os dados analisados contribuiu para formular novos conceitos, suas definições e inter-relações, constituindo as discussões do estudo.

O produto final deste estudo é um constructo teórico que busca facilitar o processo de liderança do enfermeiro no dia a dia, o qual contemple a multidimensionalidade necessária para estratégias que considere acaso, imprevisto, iniciativa, decisão, consciência das derivas e transformações, sendo tudo isso indispensável para encontrar novas soluções para os problemas existentes (MORIN, 2007).

No processo de transferência dos resultados existe a possibilidade de concessão de significados a determinados achados e a procura pela contextualização em situações similares, em outros contextos sem a intenção de generalização. O que interessará será a socialização dos resultados singulares, por meio dos reflexos na qualidade da assistência prestada no cenário de pesquisa, bem como na possibilidade de replicação em outros cenários.

No quadro 6 é possível identificar a síntese das etapas percorridas no processo de pesquisa.

Quadro nº 6- Síntese das etapas percorridas no implemento de pesquisa.**1ª) Concepção**

-Identificação da necessidade de sistematizar as estratégias de liderança em enfermagem na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.

-Tema IRAS é entendido como uma prioridade, o que requer estratégias de liderança em enfermagem para evitar esse evento adverso.

Estado da arte: Estudos apontam para a incipiência das estratégias em liderança, conduto evidenciam sua relevância na prevenção e controle de IRAS.

2ª) Instrumentação: Decisões Metodológicas

Cenário: Hospital especializado na atenção oncológica de alta complexidade em Juiz de Fora.

Participantes: Enfermeiros líderes (todas as etapas do estudo);

Enfermeiro Responsável Técnico e enfermeira da CCIH (3ª etapa do estudo).

Técnicas de obtenção dos dados: Entrevistas individuais e grupos de discussão.

3ª) Perscrutação:

1ª Etapa: Aproximação junto aos enfermeiros líderes e sensibilização para participarem do estudo. Entrevistas individuais para identificar as principais situações-problema referentes à prevenção e controle de IRAS;

2ª Etapa: Organização coletiva de estratégias de liderança em enfermagem;

3ª Etapa: Discussão sobre as possibilidades e desafios na implementação das estratégias de liderança.

4ª) Análise e interpretação:

Transcrição das gravações;

Análise pelo software Alceste na 1ª Etapa e 2ª Etapa do estudo;

3ª Etapa do estudo análise conteúdo temática.

Cuidados Éticos e Riscos Estimados do Estudo

No mês de março de 2012 foi apresentada a versão final do projeto, que seria encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Após a apresentação agendei nova reunião quando levei uma cópia do projeto na íntegra, bem como os demais documentos solicitados.

No dia marcado, levei uma cópia do projeto e quatro resumos expandidos do projeto, e uma carta constando o pedido de autorização para desenvolver o estudo naquela Instituição. O pedido foi encaminhado ao Comitê de Ética da Instituição, para a alta administração em nome do Diretor Técnico, que por sua ausência da Instituição naquele período, o estudo foi autorizado pelo Diretor Clínico (APÊNDICE F).

Após obter todas as anuências no cenário de pesquisa do Responsável Técnico de Enfermagem, do Diretor Técnico, e da Comissão de Ética, necessárias para autorizar o estudo naquele cenário, encaminhei o projeto ao CEP do Hospital Escola São Francisco de Assis-Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Também agendei um encontro com a enfermeira da SCIH, para explicar o propósito do estudo e as estratégias metodológicas delineadas. A conversa fluiu muito bem, apresentou-me os índices de infecções, a forma que realiza as buscas, enfim falou da sua rotina no controle de infecções, o que me ajudou a entender com mais profundidade a problemática que envolve o controle e prevenção de infecções na instituição.

O projeto obteve aprovação do CEP/HESFA/UFJF sob o protocolo número 14714 em 24/04/2012 (ANEXO A). Logo em seguida a essa aprovação, procurei o responsável técnico, para combinarmos a estratégia de aproximação da equipe de enfermagem, foi quando o mesmo falou-me sobre a semana de enfermagem que estava organizando na Instituição. Entendemos que seria uma boa oportunidade para apresentar o projeto oficialmente na instituição, fui incluída na programação do evento, com a finalidade de divulgar o estudo para os demais profissionais de enfermagem, saberem o porquê da minha presença na instituição.

Como uma das premissas do método eleito é garantir a integração dos sujeitos com o pesquisador num processo autônomo, o que inicialmente implicou no desejo do sujeito em aderir de forma voluntária ao estudo, sem sentir-se coagido a participar sendo salientado que não haveria qualquer forma de penalização. Foi ressaltado que o estudo não possui como objetivo sustentar decisões da instituição de ordem administrativa. Além disso, o sujeito

poderia mudar de idéia em qualquer fase do estudo e deixar de participar mesmo que tivesse concordado inicialmente.

De acordo com a Resolução CNS 466/2012, considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos possui algum risco, podendo acarretar eventualmente num dano. Também se ressalta que as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos.

Ainda nessa resolução, considera-se risco como a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

Diante dessas colocações, considera-se que este estudo pode expor os sujeitos aos riscos inerentes às pesquisas de natureza qualitativa. Julga-se que não haverá risco na dimensão física para o sujeito, o que pode acontecer, é um conflito ético ao expor sua opinião devido as diferenças e convergências que circulam o fenômeno estudado.

Para evitar a ocorrência desses eventos e conseqüentemente danos ao sujeito, todo o processo de pesquisa foi esclarecido, salientando que ele não precisaria responder a qualquer pergunta realizada na entrevista individual ou no grupo de discussão que de alguma forma o afete demasiadamente. Essa possibilidade foi explicada, antes de iniciar a entrevista e reforçada no grupo de discussão, para evitar que ocorresse algum mal estar entre os sujeitos e o pesquisador, ou entre os próprios sujeitos e prejudicasse as relações interpessoais.

Resultados e Discussão

CAPITULO IV

DA SINGULARIDADE À PLURALIDADE DO ENFERMEIRO LÍDER: NOÇÕES ADOTADAS NOS GRUPOS DE DISCUSSÃO PARA ELABORAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE LIDERANÇA

Este capítulo aborda a visão dada aos participantes do estudo; sujeitos complexos compostos por elementos que os caracterizam na noção de grupo, concomitantemente, de uma forma única e plural. Este aspecto foi relevante para delinear todo o caminho percorrido no estudo, que implicou na forma como os grupos de discussões foram operacionalizados, no meu comportamento e dos sujeitos durante desenvolvimento dos grupos.

Trata-se de uma posição teórico-filosófica assumida durante todo o implemento da pesquisa, desde a concepção do estudo até a fase de interpretação dos dados. Num estudo na perspectiva da PCA, isso é particularmente importante, pois é um tipo de pesquisa onde os participantes saem do patamar de informantes e passam a ser co-responsáveis.

No pensamento complexo o homem é considerado um ponto num holograma, a opção para compreender o objeto de estudo passou pela singularidade e coletividade dos sujeitos de pesquisa, onde as várias partes que representam os fatores que compõem as situações-problema foram unidas num todo, no momento da elaboração das estratégias de liderança.

Apresentação da caracterização dos participantes

Ver o enfermeiro líder como um ser complexo é entender que suas particularidades refletem na identidade do grupo ao qual está inserido e de forma recíproca o comportamento do grupo também reflete no seu próprio comportamento, e assim segue sucessivamente, causando e sofrendo influências um sobre o outro. Deste modo, o sujeito é um ser individual e coletivo, ao mesmo tempo é preciso considerá-lo em sua unicidade e pluralidade.

O quadro 4 reflete um espelho da caracterização dos participantes a partir das informações obtidas na primeira etapa do estudo, nas entrevistas individuais. Numa primeira análise verifica-se que a maioria dos participantes é do gênero feminino, com idade predominantemente na faixa etária dos trinta anos, sendo o mais jovem com 24 anos e o mais velho com 56 anos.

Os dados mais relevantes para o estudo foram compilados na tabela 1 onde apresento informações sobre os participantes contidas em frequência absoluta e percentual, já articuladas com a codificação adotada na operacionalização do programa Alceste. Para o uso

no Alceste adotou-se as seguintes variáveis: setor da instituição que o sujeito atua, tempo de trabalho na instituição, horário de trabalho e tempo de formação.

Tabela nº 1 – Codificação das variáveis, Juiz de Fora, 2013.

Variáveis	Classificação	Codificações no Alceste	Quantitativo de sujeitos (n / %)	
Setor da instituição que o sujeito atua	Enfermaria SUS	setor_en	6	40
	Setores de convênios e particular	setor_ap	5	33
	Quimioterapia	setor_qt	1	6,5
	Centro de Terapia Intensiva	setor_cti	2	13
	Centro Cirúrgico	setor_cc	1	6,5
Tempo de trabalho na instituição	Até 2 ano	ti_a	6	40
	2 anos até 5 anos	ti_b	4	26,5
	Acima de 5 anos	ti_c	5	33
Horário de trabalho na instituição	Manhã	hor_mn	5	33
	Tarde	hor_td	6	40
	Noite	hor_nt	4	26,5
Tempo de formação	Até 5 anos	tf_a	7	46,5
	De 5 a 10 anos	tf_b	6	40
	Acima de 10 anos	tf_c	2	13

A discussão dessas variáveis está articulada à análise; faz sentido compreendê-las integradas ao fenômeno estudado como produtoras do objeto de estudo, com a intenção de conhecer a caracterização dos participantes para contextualizá-lo e problematizar as implicações existentes no seu processo de trabalho no cenário investigado.

Salienta-se que para fins de composição das variáveis adotadas no programa Alceste, o tempo de atuação em oncologia não foi empregado, pois a primeira experiência de todos os enfermeiros coincide com o tempo de trabalho na instituição. Isto revela que a experiência

profissional dos participantes na atenção oncológica é exclusivamente nessa instituição, sendo assim, esta informação não foi utilizada na análise do Alceste.

Em relação ao tempo de formação mostra-se equilibrado o quantitativo até 5 anos e entre 6 a 10 anos, apenas dois participantes possuem mais do que 10 anos de formados, o que confirma que a maioria dos participantes possui experiência profissional.

Referente ao tempo de trabalho na instituição a predominância é até 1 ano, perfazendo 40% dos participantes, esta informação evidencia uma parcela significativa de enfermeiros recém chegados à instituição. Enquanto 33% estão na instituição há mais de cinco anos e 26,5% estão acima de 2 anos. Utilizando apenas estas informações não é possível generalizar, mas pode-se apontar a existência de alta rotatividade de enfermeiros nesta instituição.

Ainda na tabela 1 a representação dos setores de atuação dos participantes está de acordo com a adotada na escala de serviço da instituição, onde o dimensionamento de pessoal é mais concentrado nas enfermarias. Visto a instituição apresentar como característica ter várias unidades de internação tipo enfermarias com poucos leitos em cada uma, o que aumenta o número necessário de enfermeiros na supervisão desses locais. Além disso, os quatro enfermeiros que trabalham no plantão noturno, 2 em cada noite, aparecem lotados nas enfermarias de convênios e nas enfermarias do SUS. Conduto, eles dividem a supervisão dos demais setores, inclusive as unidades de setores fechados como CTI e centro cirúrgico.

Em relação à predominância de participantes do estudo que trabalham no horário de trabalho do plantão diurno reflete o quantitativo de profissional na escala de enfermagem na instituição.

Essas informações refletem a realidade vivenciada na instituição referente ao dimensionamento dos enfermeiros. Lembrando que ao total são 20 enfermeiros na instituição, no estudo houve adesão de 15 participantes dos 16 enfermeiros que atendiam os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Sendo que na última etapa do estudo houve a participação de mais dois enfermeiros, do enfermeiro responsável técnico e a da enfermeira da CCIH.

A noção de grupo adotada no estudo

Entende-se que para a efetividade de medidas de prevenção e controle de IRAS os enfermeiros precisam transcender aos programas estanques, precisam de estratégias não lineares que contemplem a realidade vivida por eles, que sejam submetidas à discussão e conduzam a organização dos conhecimentos, considerando os indicativos da reforma do pensamento reducionista para um pensar complexo, apresentado por Morin (2008, p:88-89).

- Que compreenda que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes;
- Que reconheça e examine os fenômenos multidimensionais, em vez de isolar, de maneira mutiladora, cada uma de suas dimensões;
- Que reconheça e trate as realidades, que são, concomitantemente solidárias e conflituosas;
- Que respeite a diferença, enquanto reconhece a unicidade.

A opção em dar continuidade ao estudo, na busca desse pensar complexo adotando a técnica de grupo, baseou-se na ideia de que as estratégias serão implementadas pelos enfermeiros, sendo fundamental que a construção fosse desenvolvida por eles, ou seja, construídas pelo grupo. Para fundamentar a eleição dessa técnica adotamos a noção de pequeno grupo, onde é considerado como um sistema vivo formado por indivíduos-sujeitos humanos, possuidores de linguagem, cultura e consciência, e como atividade humana essencial no processo de produção e organização social (ALVES; SEMINOTTI, 2006).

Na perspectiva do pensamento complexo é preciso saber distinguir e saber integrar os elementos que compõem um fenômeno onde se considera o sujeito como ativo no sistema, sendo produtor e produto dele. Nesse olhar, entendemos que a adoção do grupo de discussão foi para refletir sobre a ação, desenvolvendo um movimento que fortaleça a ação-reflexão-ação num sistema complexo onde somos um ponto no holograma.

Em nossa singularidade não apenas carregamos toda a humanidade, toda a vida, mas também quase todo o cosmos, inclusive seu mistério que permanece no fundo de nossos seres. Somos produtos-produtores de uma auto-eco-re-organização viva da qual emergiu e desenvolveu-se a trindade humana na qual somos, enquanto indivíduos, produtos e produtores (MORIN, 2012).

Na operacionalização dos grupos de discussões elegemos dar voz ao grupo para favorecer o princípio da dialogicidade, ou seja, aquele que procura estabelecer a comunicação, articulação entre as diferentes lógicas, assumindo as relações paradoxais, conflitivas e de tensão entre partes e todo, indivíduo e o grupo, indivíduo e sociedade, sem sacrificar um aspecto em detrimento do outro (ALVES; SEMINOTTI, 2006).

Operacionalização do grupo de discussão I

O grupo de discussão I permaneceu reunido por 02 horas e 10 mim. Foi composto por nove participantes que compartilharam do desenvolvimento da proposta, ao recomendar, ao ratificar ou retificar as estratégias de liderança a partir das ideias lançadas por eles próprios.

Para tornar o ambiente mais acolhedor para os enfermeiros exporem seus pensamentos, ressaltar a importância de apresentar livremente as diferentes perspectivas. Solicitei que após concluir sua fala, os outros enfermeiros deveriam concordar, discordar e/ou propor outros caminhos para solucionar aquele problema, mas que seria fundamental o respeito pela opinião do outro.

Assim, os problemas relativos à implementação das medidas de prevenção e controle de IRAS foram destacados de suas respectivas classes, obtidas da análise do Alceste referente às tendências das situações-problemas, como subcategorias, que foram apresentadas ao grupo para operacionalizar a discussão. Para alcançar essa dinâmica no grupo, foram elaboradas questões iniciais, as quais foram lançadas na intenção de instigar a discussão e refletirmos sobre as estratégias de liderança, que poderiam adotar ou já adotam para atuar naquele contexto.

No quadro 7 apresento as classes obtidas nas entrevistas individuais, que representam as tendências das situações-problema e a respectiva pergunta geradora de reflexão que conduziu a dinâmica de discussão, ou seja, trata-se da compilação dos temas apresentados aos enfermeiros-líderes para organizar a dinâmica de discussão do grupo I.

Quadro nº 7- Dinâmica utilizada na condução da reflexão do grupo de discussão I.

Situações-problema destacadas das entrevistas individuais	Pergunta geradora de reflexão no grupo de discussão I, de acordo com a respectiva classe.
Classe 1- As mãos na prevenção e controle de infecções	Como nós, enfermeiros, podemos desenvolver estratégias para melhorar a lavagem de mãos, o uso adequado de luvas e de álcool gel pela equipe de enfermagem?
Classe 2- O processo de trabalho da enfermagem e as implicações na prevenção e controle da IRAS	Como nós, enfermeiros, podemos desenvolver estratégias para que as pessoas ao trabalharem, sintam interesse pela prevenção e controle de infecções?
Classe 3- O conhecimento da equipe de enfermagem referente à prevenção e ao controle da IRAS nos pacientes com câncer	Como nós, enfermeiros, podemos desenvolver estratégias para promover o conhecimento para a equipe de enfermagem referente ao tema?
Classe 4- Setores de internações prioritários para instituir as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer	Como nós, enfermeiros, podemos desenvolver estratégias junto à equipe para tratar a prevenção e o controle de infecções nos diferentes setores de internação nesta instituição?
Classe 5- A parceria da enfermeira da Comissão do Controle de Infecções Hospitalar	Como nós, enfermeiros, podemos desenvolver estratégias para articular a atuação da CCIH com a equipe de enfermagem?

Seguindo essa concepção, as questões geradoras de reflexão foram apresentadas entendendo o indivíduo enfermeiro numa esfera coletiva, o grupo de enfermeiros, então, intencionalmente todas as perguntas, iniciaram com a seguinte expressão, “Como nós enfermeiros podemos desenvolver estratégias para”

Iniciei com a classe 1, para mudar para a classe seguinte, tentava esgotar a participação de todos, após colher as ideias e discuti-las numa aproximação não com o esgotar do assunto, mas quando as falas tornavam-se repetitivas. Para passar para a discussão de outra classe, eu fazia uma compilação das principais ideias, e propunha passar para a próxima questão, e assim foi sucessivamente.

Comportamento dos enfermeiros-líderes no grupo de discussão I

Os nove enfermeiros que compuseram o grupo participaram da proposta ao recomendar, ao ratificar ou retificar as estratégias de liderança propostas por ele e pelos colegas. Foram respeitadas as opiniões e atitudes, num território de pesquisa que valorizou a ética num espaço dialógico. Existe uma fonte individual da ética, no princípio de inclusão, que inscreve o indivíduo na comunidade (Nós) impulsionando-o a amizade e ao amor, levando ao altruísmo e tendo o valor de religação, há ao mesmo tempo uma fonte social nas normas e regras que impõe aos indivíduos um comportamento solidário (MORIN, 2011a).

Essa colocação de Morin me faz refletir sobre o comportamento dos sujeitos no momento das discussões, alternando comportamentos com momentos que se colocavam inseridos no grupo, são solidários às opiniões dos outros, mas também como momentos em que se colocavam como indivíduos, quando seus interesses e desejos não eram convergentes ao diálogo desenvolvido. Nesses momentos, geralmente as discussões tornaram-se mais acaloradas, situação que ocorreu em dois momentos com mais força, quando foi abordado o modo de organização do cuidado e a educação permanente.

Durante o grupo de discussão I todos os enfermeiros permaneceram atentos e participantes, apenas um sujeito se ausentou do grupo, pois foi chamado no seu setor.

Finalizamos o grupo, com os meus agradecimentos, e lembrando aos enfermeiros que o estudo é um processo, que retornaria com as estratégias que foram pontuadas naquele momento, após serem transcritas na íntegra e analisadas pelo programa Alceste.

O grupo manifestou satisfação em participar do encontro, validando positivamente essa técnica de pesquisa para formulação de estratégias que serão adotadas de forma coletiva. Também ressaltaram a necessidade da enfermagem desenvolver espaços dialógicos para discutir e fortalecer as ações do enfermeiro.

Os dados do Grupo de discussão I, submetidos ao programa Alceste emergiram 05 classes apresentadas a seguir:

- Classe 1- A presença do enfermeiro líder nos setores de internação
- Classe 2- O processo de trabalho do enfermeiro líder
- Classe 3- A higienização das mãos na prevenção e controle de infecções
- Classe 4- A enfermeira da CCIH, parceira do enfermeiro líder
- Classe 5 – A promoção do conhecimento sobre IRAS para a equipe de enfermagem

O grupo mostrou-se amadurecido, no sentido de defender suas opiniões, tendo respeito pelo colega durante sua exposição, evitando cortar a sua fala, mas argumentando quando discordava.

O grupo de discussão foi conduzido de forma que os sujeitos não se sentissem julgados, nesse processo de produção dos dados. Enquanto coordenadora do grupo, o meu desempenho foi planejado, pensando no entrosamento com os enfermeiros, dessa forma, busquei instigar os sujeitos a falarem, mas permitindo que as inscrições acontecessem respeitando o movimento do grupo. Quando os enfermeiros ficavam inibidos, eu estimulava a discussão apresentando pistas que eles próprios citaram na etapa anterior do estudo, na entrevista individual.

Foram respeitadas as opiniões e atitudes, num território de pesquisa que valorizou o espaço dialógico, as discussões que por ventura tornaram-se mais acaloradas, e não pertinentes ao fenômeno estudado, foram reconduzidas ao cerne do estudo, situação que ocorreu em dois momentos com mais força, quando foi abordado o modo de organização do cuidado e a educação continuada.

Durante a realização do grupo todos os enfermeiros permaneceram atentos e participantes, apenas um sujeito se ausentou do grupo, pois foi chamado em seu setor. Preponderantemente, assumiram uma posição individual quando relataram suas experiências exitosas e problematizando suas as situações vivenciadas.

Finalizamos o grupo com os meus agradecimentos, e lembrando aos enfermeiros que o estudo é um processo, que retornaria com as estratégias que foram pontuadas naquele momento, após serem transcritas na íntegra e analisadas pelo programa Alceste.

O grupo manifestou satisfação em participar do encontro, validando positivamente essa técnica de pesquisa para formulação de estratégias que serão adotadas de forma coletiva. Também ressaltaram a necessidade da enfermagem desenvolver espaços dialógicos para discutir e fortalecer as ações do enfermeiro.

Como já mencionado, os dados obtidos no grupo de discussão I foram submetidos ao programa Alceste num corpus único, onde emergiram 05 classes, as quais foram adotadas na operacionalização e sustentaram as discussões do grupo de discussão II.

Operacionalização do Grupo de Discussão II

A proposta de realizar o grupo de discussão II, não foi a de buscar unanimidade de opiniões para estabelecer estratégias numa perspectiva linear de causa-efeito. Neste estudo as estratégias são entendidas com a arte de utilizar as informações que aparecem na ação, de integrá-las, de formular esquemas de ação e de estar apto para reunir o máximo de certezas para enfrentar a incerteza (MORIN, 2010a).

A convergência do produto deste estudo para a assistência está pautada na elaboração das estratégias de liderança, o que implica aspectos da subjetividade dos enfermeiros líderes com a mobilização de seus saberes e suas experiências vivenciadas. Assim, o cerne da discussão foram as possibilidades e desafios de sua implementação, destacando-se como acontecem na prática gerencial dos enfermeiros líderes, considerando as peculiaridades existentes naquele contexto de cuidar de clientes com câncer.

Dada a importância da fala dos sujeitos, buscou-se tornar o ambiente mais acolhedor para favorecer na exposição dos seus pensamentos. Assim, ressaltar que não existia resposta certa ou errada e sim diferentes perspectivas. Destaquei que após um enfermeiro concluir sua fala, os outros deveriam concordar, discordar, e relatar suas experiências na implementação das estratégias, mas que seria fundamental o respeito à opinião do outro.

Seguindo as premissas da PCA de colher os dados de pesquisa e retornar aos sujeitos para seguir no processo de investigação, a discussão foi conduzida pela articulação das tendências das situações problemas com as tendências das estratégias de liderança. Cada ponto foi analisado pelo grupo e sucessivamente debatido. Como forma de introduzir as classes, apresentei um panorama sobre o que representava cada uma, antes de abrir o espaço para discussão.

É importante frisar que a proposta inicial lançada para os enfermeiros líderes foi implementar no dia a dia as estratégias de liderança. O produto obtido nesta etapa do estudo consta do desenvolvimento da proposta a partir da elaboração das estratégias de liderança. De forma que o sujeito foi considerado ativo no sistema, possuindo a capacidade de transformá-lo por meio de suas estratégias e também sendo transformado por ele, cuja representação de suas ações aconteceu por meio de sua fala.

Comportamento dos enfermeiros-líderes durante o grupo de discussão II

Dos 15 enfermeiros líderes que iniciaram o estudo, somente 5 compareceram ao grupo de discussão II. Nesse momento, o grupo não contou com nenhum enfermeiro do plantão noturno e apenas 1 do horário da manhã. Este aspecto reforça algo que foi mencionado por diversas vezes durante as discussões, trata-se da dificuldade dos profissionais comparecerem a instituição fora de seu horário de trabalho. A partir dessa inferência não é possível generalizar, mas durante a abordagem para sensibilizá-los demonstraram desejo e entusiasmo para participar do grupo. Contudo, no dia do encontro outras situações e interesses pessoais são mais fortes que os levaram ao não comparecimento.

Os enfermeiros líderes que compuseram o grupo de discussão II se demonstraram interessados e participativos. Este grupo permaneceu reunido por 02 horas discutindo as estratégias de liderança propostas na etapa anterior do estudo, no grupo de discussão I.

Durante o grupo de discussão II, meu comportamento foi conduzido para favorecer o espaço dialógico sendo respeitadas as opiniões e atitudes dos sujeitos. Nos momentos de distração e conversas paralelas, busquei retornar ao cerne da discussão de uma forma sutil. Também houve interrupção pelo telefone celular e de outros profissionais solicitando condutas dos enfermeiros que estavam reunidos. Visto que dos 7 enfermeiros que estavam participando do grupo, 6 estavam em seu horário de trabalho.

Como aconteceu no grupo de discussão I, os pontos onde a temática foi mais debatida estavam voltados à educação permanente e para a organização dos processos trabalho. Nesses momentos, o enfermeiro RT se colocava na escuta das situações relatadas pelos demais enfermeiros líderes e argumentava numa lógica explicativa da situação atual.

A presença no grupo do enfermeiro RT e da enfermeira da CCIH somou-se a discussão, ambos aproveitaram a oportunidade para falar sobre suas ações, salientando a importância da integração do trabalho deles ao trabalho dos enfermeiros-líderes. O discurso do enfermeiro RT demarcou fortemente os aspectos do gerenciamento dos profissionais de enfermagem na instituição. Enquanto, o discurso da enfermeira da CCIH esteve pautado na busca de apoio dos enfermeiros-líderes para efetivar o seu trabalho, salientado que é recém admitida na instituição, foi contratada há três meses.

Na avaliação da técnica de grupo, os sujeitos reiteraram a necessidade de a enfermagem desenvolver espaços dialógicos para discutir e fortalecer as ações do enfermeiro. Reitero que neste estudo a discussão de grupo se amparou na fala dos sujeitos, considerando que o homem se faz na linguagem que o faz. Seja qual for a linguagem, há em cada enunciado, um Eu implícito ou explícito (o emissor) dois Id (a maquinaria linguística e a

maquinaria cerebral), Nós (a maquinaria cultural), Eu, Id, Nós falam ao mesmo tempo (MORIN, 2012).

Morin (2012) destaca que a linguagem está em nós e nós estamos na linguagem, somos abertos pela linguagem, fechados na linguagem, abertos ao outro pela linguagem (comunicação), fechados ao outro pela linguagem quando utilizamos o erro, a mentira para nos esconder, assim somos abertos as ideias pela linguagem, fechados as ideias pela linguagem ao mundo e expulsos do mundo pela linguagem.

Entendo que foi marcante o princípio diálogo no grupo de discussão para construção coletiva das estratégias de liderança, prevalece a maquinaria cerebral dos indivíduos e da maquinaria cultural da sociedade, que num movimento dialético e dialógico, para se realizar, dependem da linguagem. Nesse grupo houve um posicionamento dos sujeitos ficando mais explícito o Nós, embora o Eu esteja compondo uma máquina autônomo-dependente uns sobre os outros.

Numa sociedade, pensando na enfermagem como uma micro-sociedade dentro de um sistema complexo como é uma instituição hospitalar, existe inseparabilidade entre o ser individual e o ser societal. O próprio tecido da vida humana é constituído pela complementaridade e pelo antagonismo indivíduo/espécie, egoísmo/altruísmo, egocentrismo/solidariedade, haveria ruptura da complexidade na subordinação do indivíduo a sociedade ou da sociedade ao indivíduo (MORIN, 2011c).

Finalizamos o grupo com os meus agradecimentos e lembrando aos enfermeiros que o estudo é um processo de pesquisa que converge à assistência. O grupo manifestou satisfação em participar do estudo, avaliando positivamente o método de pesquisa para formulação de estratégias que são adotadas de forma individual coletiva.

CAPÍTULO V

A MULTIDIMENSIONALIDADE DAS SITUAÇÕES-PROBLEMA QUE IMPLICAM NO PROCESSO DE LIDERANÇA DA ENFERMAGEM NA INCORPORAÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE IRAS NOS PACIENTES COM CÂNCER

Neste capítulo são apresentados os resultados e as discussões dos dados obtidos nas 15 entrevistas individuais e submetidos ao *software* Alceste. A partir dessa análise foi possível evidenciar os diferentes conteúdos presentes nos discursos dos enfermeiros, sobre as situações-problema que interferem na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS no cenário investigado. O programa Alceste a partir da semelhança e da não semelhança do vocábulo colocou em evidência as diferentes temáticas abordadas no *corpus* analisado sob as quais se articulou o discurso, identificou as ligações entre as classes e identificou o papel de algumas variáveis na sua organização. Apresentou cinco classes obtidas das entrevistas individuais que se mantiveram estáveis ao término da análise. Cada classe recebeu uma denominação de acordo com os vocábulos mais frequentes, mais significativos e de acordo com as uce, conforme consta a seguir:

- Classe 1- As mãos na prevenção e no controle de IRAS;
- Classe 2- O processo de trabalho da enfermagem e as implicações na prevenção e no controle de IRAS nos pacientes com câncer;
- Classe 3- O conhecimento da equipe de enfermagem referente à prevenção e ao controle de IRAS nos pacientes com câncer;
- Classe 4 - Setores de internações prioritários para instituir as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer;
- Classe 5- A parceria da enfermeira da Comissão do Controle de Infecções Hospitalar.

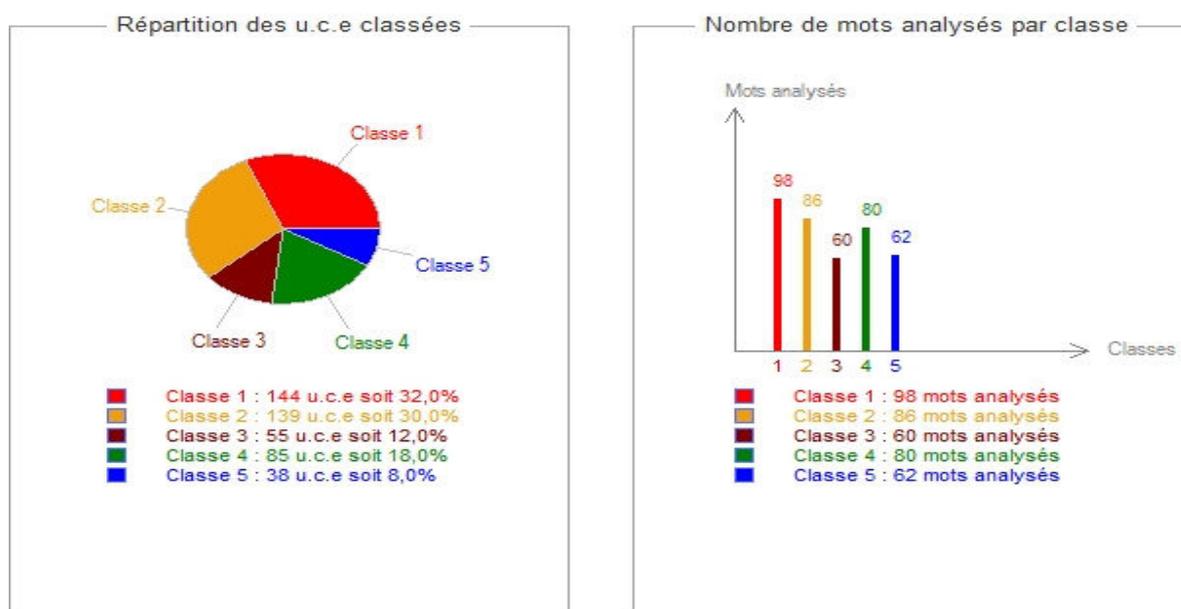
No tratamento dado pelo programa Alceste houve o aproveitamento de 64% dos vocábulos do *corpus*, isto significa que 64% de todo o *corpus* foi analisado pelo programa.

O *corpus* com tamanho de 181 Ko foi constituído por 15 uci, o que corresponde ao número de entrevistas individuais. O *software* identificou no *corpus* 31688 vocábulos, o dividiu em 726 uce sendo que 461 uce foram analisadas e continham 3159 formas distintas ou vocábulos distintos. Após a redução dos vocábulos às suas raízes, obteve 592 palavras analisáveis e 214 palavras complementos.

Na figura 4 é possível verificar a distribuição percentual das uce e o número de palavras analisáveis em cada classe formada. A classe 1 comportou o maior número de uce, 32% das uce de todo o *corpus* está nesta classe, isto denota que ela possui maior significância em termos de quantidade de vocábulos, tem mais peso representativo nos discursos dos enfermeiros líderes.

A classe 2 é a segunda em termos de número de uce que a compõe, com 139 uce representa 30% do total do *corpus*. A classe 1 somada à classe 2 representam juntas 62% das uce de todo o *corpus*. A classe 4 foi composta por 18% das uce, enquanto a classe 3 por 12% das uce e por último a classe 5 com 8% das uce que representa a classe com menor expressividade.

Figura nº 4 - Distribuição percentual das uce e o número de palavras analisáveis em cada classe formada- entrevistas individuais.



Ressalta-se que o programa Alceste trabalha com os radicais das palavras, ou seja, as raízes em seu termo reduzido. Para compor a análise das classes foram utilizados seus vocábulos obedecendo ao dicionário conforme aparece no relatório do programa, sendo eleitas as palavras em seu sentido pleno com maior frequência.

Na figura 5 apresenta-se o esquema de classificação hierárquica descendente, que mostra as cinco classes obtidas na análise e servirá de base para a explicação sobre a origem de cada classe. Logo abaixo, nesta figura, se encontra o resumo dos perfis das variáveis e dos

participantes mais significativas para cada classe. Nas colunas constam os principais resultados obtidos pelo programa Alceste das entrevistas individuais, que serão apresentados posteriormente na análise de cada classe.

Na figura 5 no centro da imagem começa-se a ler da direita para a esquerda onde se verifica que o *corpus* inicialmente sofreu uma primeira divisão em duas partes, ou seja, em dois blocos. De um lado originou uma única classe onde não houve nova repartição, a classe 1. Enquanto do outro lado dividiu-se em dois blocos, do primeiro surgiu a classe 4 e todo o restante do *corpus* continuou junto. Numa terceira divisão, originou a classe 5, e por fim, o restante do *corpus* torna a dividir-se originando as classes 2 e 3.

É possível verificar que a classe 1 é a mais específica, representa a classe que possui menos subdivisões, tem mais especificidade sendo a mais centrada. Enquanto a classe 3 possui os vocábulos mais pulverizados, tem um perfil que abordam vários temas. As classes 2 e 3 têm uma forte união entre os seus vocábulos, por isso foram as últimas a serem desmembradas por apresentar essa característica de afinidade entre elas.

Figura nº 5- Dendograma da classificação hierárquica descendente realizada pelo programa Alceste dos dados obtidos nas entrevistas individuais.

Classe 1 32% uce		Classe 2 30% uce		Classe 3 12% uce		Classe 5 8% uce		Classe 4 18% uce	
Vocábulo	Khi2	Vocábulo	Khi2	Vocábulo	Khi2	Vocábulo	Khi2	Vocábulo	Khi2
Mãos	125	Pessoas	40	Tema	44	Controle	180	Terapia	104
Lavar	111	Falar	33	Enfermeiro	41	Infecção	151	Intensiva	104
Luva	83	Gosto	29	Técnicos	33	Serviço	124	Centro	81
Uso	46	Coisa	28	Enfermagem	32	Hospital	86	Único	72
Usa	41	Trabalhar	20	Evolução	31	Continuada	38	Sistema	72
Álcool	36	Novatos	18	Conhecimentos	29	Educação	33	Cirurgia	71
Estéril	34	Lixo	18	Geral	25	Orienta	25	Saúde	62
Gel	29	Tava	15	Modo	22	Prevenção	24	Clínica_cirurgic	58
Usar	27	Tenho	13	Treinar	22	Tatiana	24	Primeiro_andar	57
Equipamentos	23	Aceita	13	Cabeça	20	Procurar	22	Paciente	49
Deixar	22	Vir	12	Aula	17	Importância	22	Operatório	41
Aspiração	22	Sentir	12	Vida	17	Treinamento	21	Pós	35
Proteção	21	Antigas	12	Inteiro	17	Contato	19	Clínico	31
Procedimento	21	Melhorou	12	Jeito	16	Culpado	18	Internar	27
Individual	19	Anos	10	Rotina	15	Tento	18	Leitos	22
Das	18	Saco	10	Interação	15	Interesse	17	Número	21
Trocar	18	Plantão	10	Interesse	14	Vejo	15	Isolamento	21
Usando	18	Vontade	9	Levar	14	Atuação	14	Terceiro_andar	19
Curativo	17	Infectante	9	Perde	13	Relação	14	Boxes	18
Pia	16	Ajudar	8	Vão	12	Vendo	14	Crítico	18
Bandeja	16	Casa	8	Grande	12	Mesmos	14	Isolado	18
Equipos	16	Entra	8	Rotatividade	12	Implantou	14	Particular	18
Vezes	15	Quer	8	Curso	11	Informação	14	Grave	17
Exemplo	14	Dando	8	Dar	9	Pelo	12	Maior	17
Preparar	13	Fácil	8	Desse	9	Existir	12	Lado	13
Classe 1 Variável/Khi2		Classe 2 Variável/Khi2		Classe 3 Variável/Khi2		Classe 5 Variável/Khi2		Classe 4 Variável/Khi2	
*suj_12	26	*suj_01	56	*suj_02	97	*set_en	10	*suj_13	39
*set_qt	25	*set_cti	33	*hor_mn	48	*tf_c	6	*set_ap	16
*suj_03	25	*suj_06	17	*set_ap	26	*hor_nt	5	*tf_b	14
*suj_10	9	*ti_b	6	*tf_a	14	*suj_08	5	*hor_nt	8
As mãos na prevenção e no controle de IRAS		O processo de trabalho da enfermagem e as implicações na prevenção e no controle de IRAS nos pacientes com câncer		O conhecimento da equipe de enfermagem referente à prevenção e ao controle de IRAS nos pacientes com câncer		A parceria da enfermeira da Comissão do Controle de Infecções Hospitalar		Setores de internações prioritários para instituir as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer	
↓		↓		↓		↓		↓	
As mãos na prevenção e controle de IRAS		A enfermagem e o conhecimento sobre a prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer						O contexto e as relações intersetoriais na prevenção e no controle de IRAS nos pacientes com câncer	

Apresento a seguir um detalhamento dos resultados de cada classe, de acordo com a sua aparição descrita anteriormente, com a intenção de conhecer o contexto dos discursos dos enfermeiros. No quadro 8 apresento a denominação dessas classes que por afinidade foram associadas para formar três conjuntos de classes que representam os blocos temáticos dos temas analisados na sequência.

Quadro nº 8- Bloco temático de acordo com a composição das classes- Entrevistas Individuais.

Blocos Temáticos	Classes	Denominação das Classes
As mãos na prevenção e controle de IRAS	Classe 1	As mãos na prevenção e no controle de IRAS
O contexto e as relações intersetoriais na prevenção e no controle de IRAS nos pacientes com câncer	Classe 4	Setores de internações prioritários para instituir as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer
A enfermagem e o conhecimento sobre a prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer	Classe 2	O processo de trabalho da enfermagem e as implicações na prevenção e no controle da IRAS nos pacientes com câncer
	Classe 3	O conhecimento da equipe de enfermagem referente à prevenção e ao controle da IRAS nos pacientes com câncer
	Classe 5	A parceria da enfermeira da Comissão do Controle de Infecções Hospitalar

5.1. As mãos na prevenção e controle de IRAS

Este bloco temático contempla especificamente os resultados e discussão dos dados referente à classe 1.

Classe 1- As mãos na prevenção e no controle de IRAS

Essa classe foi constituída por 144 uce o que corresponde a 32%, compreende 98 palavras características, as quais foram selecionadas pelo programa para análise. Na tabela 2 apresento os vocábulos mais significativos desta classe, os quais são ordenados hierarquicamente de forma descendente com os respectivos Khi^2 . Na última coluna aparece o percentual que esse vocábulo representa na análise, quando 100% significa que esse vocábulo pertence especificamente a esta classe.

Tabela nº 2 – Presenças mais significativas na classe 1- entrevistas individuais.

Classe 1		
144 uce – 32%		
Vocábulos	Khi²	%
Mãos	125	86%
Lavar	111	90%
Luva	83	91%
Uso	46	100%
Usa	41	100%
Álcool	36	100%
Estéril	34	100%
Gel	29	100%
Usar	27	100%
Equipamentos	23	100%
Deixar	22	70%
Aspiração	22	87%
Proteção	21	92%
Procedimento	21	74%
Individual	19	91%
Das	18	63%
Trocar	18	71%
Usando	18	100%
Curativo	17	68%
Pia	16	100%
Bandeja	16	100%
Equipos	16	100%
Vezes	15	47%
Exemplo	14	61%
Preparo	13	82%
Variável		
*suj_12	26	93%
*set_qt	25	78%
*suj_03	25	78%
*suj_10	9	58%

Os enunciadores mais representativos dessa classe são os suj_12, suj_03 e suj_10 e a variável associada é o set_qt que se refere ao setor de quimioterapia. Parece que as questões que envolvem as mãos na prevenção e controle de IRAS têm destaque para os enfermeiros que atuam no setor de quimioterapia.

Na composição da classe 1 verifica-se que o vocábulo mão é o que mais se destaca, ou seja, é o mais específico, tem alta significância nessa classe e ao mesmo tempo está distante das outras classes. Os vocábulos seguintes que apresentam o maior Khi2 são os vocábulos lavar, luva, uso, usa, álcool e estéril. O verbo que mais aparece é usar, que se destaca no discurso dos sujeitos e da ênfase à lavagem de mãos, ao uso de luvas de procedimentos e álcool gel.

A classe 1 é associada ao concreto, pois está voltada aos procedimentos e técnicas para prevenir e controlar as infecções. Embora nem todos os verbos estejam presentes na tabela 2, no discurso dos sujeitos são adotados verbos de ação, como por exemplo, usar, trocar, fazer, preparar, abrir, limpar, o que caracteriza o movimento pragmático presente nas ações de prevenção e controle de infecções.

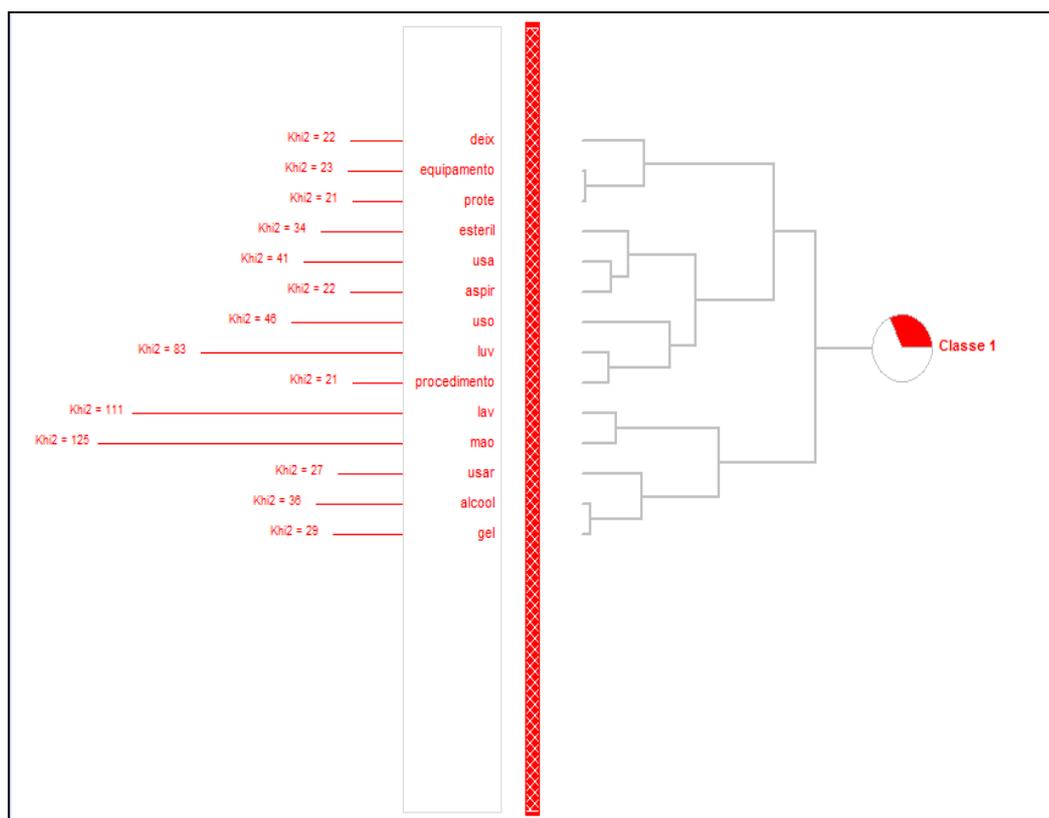
... percebo não conformidades e no uso de luvas muitas vezes, na verdade os curativos que requerem cuidado estéril são desenvolvidos pelo enfermeiro, mas às vezes contaminação mesmo por pegar uma gaze sem luva, coisas essencialmente simples. (uce 581, suj.12)

A distância entre a classe 1 e a classe 4 dá a entender que a lógica do discurso dos sujeitos acerca da HM está mais ligada aos profissionais que prestam os cuidados do que a um determinado setor do hospital. Assim os enfermeiros apontam que as situações-problema que influenciam na HM estão ligadas ao comportamento dos profissionais, acontecem em todos os setores do hospital.

Então falta isso, às vezes, as pessoas perdem a noção que microorganismo é microorganismo, não é gigante e não tem esse compromisso, vamos lavar as mãos, vai lavar porque senão, essa questão assim... (uce 446, suj.08)

Na figura 6 apresento a classificação ascendente dos vocabulários onde no seu agrupamento identificam-se duas tendências. Uma se encaminha para os vocábulos que refletem o cuidado diretamente com a HM, com as palavras lavar, usar, álcool e gel. A outra tendência segue para o envolvimento das mãos nas técnicas, sendo transversal aos procedimentos citados tais como aspiração traqueal. E assim, sucessivamente os vocábulos foram se desmembrando, onde é possível identificar as relações de afinidades entre os vocábulos, como por exemplo, a conexão que os enfermeiros fazem em relação à luva estéril e técnica de aspiração traqueal.

Figura nº 6 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 1.



Na figura 6 também se percebe a relação entre as palavras, ao analisá-las juntamente com a frequência dos vocábulos e as uce típicas dessa classe, entendo que os conteúdos se agrupam ao redor do vocábulo mão, o que demonstra a força que esse vocábulo apresenta no discurso dos participantes.

Nas uce específicas da classe 1, os cuidados com as mãos aparecem em destaque, no sentido de apresentar problemas, ou seja, os enfermeiros não estão satisfeitos com a maneira que acontece a lavagem das mãos pela equipe de enfermagem.

Eu acho que essa infecção cruzada mesmo, essa falta mesmo de anti_sepsia correta, eu acho que isso é bem gritante, é bem feio para enfermagem. Já começo pela lavagem das mãos, que nunca é feita da forma correta. Lembro que no início a gente faz, tenta colocar tudo em prática, colocar a teoria em prática. (uce548, suj.11)

A questão da lavagem das mãos é uma falha, assim, que dá para observar gritante, a gente fala, fala, fala, a gente tá falando cuidado com essa mãozinha, é difícil, mas tem que ser um trabalho de persistência. (uce 438, suj.08)

Por mais que meus pacientes aqui estão numa situação crítica, eles não são tão transmissíveis assim, mas mesmo assim, às vezes, eu vejo que sai de um paciente para outro sem fazer a lavagem das mãos, nem que seja com álcool. (uce 157, suj.03)

Acabam realmente não tendo esse cuidado. Outro que algumas vezes eu já dei ensino é a lavagem das mãos, como nosso procedimento aqui é muito corrido, a gente tem paciente um atrás do outro, às vezes, o setor está muito cheio, a gente deixa bem claro para eles para lavar as mãos pela transmissão, pela contaminação. (uce 156, suj.03)

A lavagem das mãos também é negligenciada no cuidado de si, também mencionam problemas na utilização necessária dos equipamentos de proteção individual na execução dos procedimentos.

A gente tem essa dificuldade para assimilar o cuidado com a gente mesmo, com os equipamentos na transmissão, o que vai acarretar o não uso de equipamentos de proteção individual. (uce 152, suj.03)

Às vezes, eles relatam que não foi usado numa medicação administrada, o que coloca em risco a saúde deles também. Às vezes, ao manipular material biológico, por exemplo, vai esvaziar um coletor de urina, e não coloca a luva. (uce 585, suj.12)

Outra tendência no discurso dos enfermeiros refere-se aos profissionais que usam de forma incorreta as luvas de procedimentos e na inadequação do uso do álcool gel, assim colocando em risco a segurança dos pacientes. Mencionam que os profissionais com a sensação de estarem protegidos se esquecem que as mãos são veículos dos microorganismos.

Nem sempre coloca o álcool gel nas mãos. A questão do isolamento vai de paciente a outro paciente, por exemplo, colocar dieta numa jejunostomia não tem o cuidado de usar, fazer o uso das luvas. (uce 505, suj.10)

O que mais, a troca das fraldas, às vezes, tem que fazer alguma medicação e nesse meio ao invés de fazer a medicação, tem que fazer a troca das fraldas... então é a questão do banho, com a mesma luva faz alguma medicação. (uce 509, suj.10)

Em relação aos procedimentos técnicos, mencionam a questão das situações-problema que circundam a troca de equipos, manutenção do soro e uso das tampinhas dos equipos.

Eu creio que os equipos que os meninos deixam soltos pelo suportes, pode levar ao risco de infecção, a falta das tampinhas, a questão da lavagem das mãos, que às vezes esquecem porque tem que prestar o cuidado de paciente para outro. (uce 507, suj.10)

....e medicação é esporádica, mas, por exemplo, a questão dos equipos é diariamente, quando a gente passa visita os equipos estão sempre sem a tampinha, e eles tem o dia certo para a troca dos equipos, então, certo para troca. (uce 510, suj.10)

Outra coisa, uma coisa das mãos, tem vários fatores, até mesmo essas tampinhas eu observo que a enfermagem guarda isso dentro de copo, bota em cima da mesa depois tampa o tree_way, poxa a gente cansa de falar, eu falo. (uce 669, suj.14)

Por exemplo, troca de equipos que são protocolados na instituição, estar observando objetivamente, estar observando essas trocas se está sendo realizadas, se estão sendo adotadas medidas assépticas na administração de medicações, na troca de curativos, tudo desempenhado pelos técnicos de enfermagem. (uce 578, suj.12)

Mencionam, ainda, que as medicações são preparadas e deixadas em bandejas para serem administradas posteriormente, como também as medicações são colocadas numa bandeja e administradas para todos os clientes, sendo negligenciada a higienização das mãos entre os clientes.

Deixa na bandeja, a maneira como eles deixam a medicação na bandeja, prepara a medicação deixa a seringa solta na bandeja, às vezes, preparam a medicação às dezessete horas para administrar às dezoito horas, então fica ali uma hora exposto. (uce 472, suj.09)

É no hospital em geral, todo o mundo sai com sua bandeja cheia de medicação e ninguém lava a mão de um paciente para o outro. Eu acho que esse é o ponto principal. (uce 632, suj.13)

É tudo muito corrido, imagina passar esse tanto de medicação, um número muito grande de medicação acaba tendo erro que não tem jeito, principalmente a questão do não uso de luvas nas medicações venosas. (uce 533, suj.10)

E aquele monte de medicação, e aquele monte de medicação. Então aquele monte de medicação, então dai, tá e pá, dois funcionários para medicar doze, treze, dai o médico passa, prescreve e muda a prescrição, ai tá lotado de medicação, tu acha que ela vai voltar passar o álcool gel bonitinho, não vai, entendeu. (uce 242, suj.05)

Na ocorrência das situações-problema o tipo de infraestrutura da instituição é citado como um elemento que acarreta implicações na falta da lavagem de mãos.

Condições que se tem dentro do hospital com aquilo que está descrito. Estruturais, bem conforme eu já disse, eu vejo que a estrutura muitas vezes desfavorece, porque nos temos um hospital, sim é funcional, no entanto é um hospital que foi crescendo gradativamente. (uce 595, suj.12)

Então muitas estruturas são adaptadas, a estrutura física vamos dizer não é moderna para uma pia de lavagens de mãos é desfavorável. Você não pode lavar as mãos no quarto do paciente, então esse profissional é que tem de transferir-se para lavar as mãos, por exemplo. (uce 596, suj.12)

Conforme a recomendação tem gente que fala que não dá para lavar as mãos, passa álcool gel, mas um em cima do outro, não é o ideal. Mas assim, pelo menos disponibilizar mais álcool gel, ver a questão de lavatório, pias, se for possível, e a própria conscientização. (uce 637, suj.13)

A gente tem o problema da entrada e saída de pacientes, externo ou não, a gente tem esses problemas. A gente tem poucas pias para lavagens de mãos, a gente não tem traquéias suficientes para poder trocar a cada uso. (uce 08, suj.01)

O posicionamento dos lavatórios, isso pode ser uma coisa que influencie, que se você sai para medicar e volte, até aqui no particular também, onde você vai lavar a mão no banheiro do paciente, ou vai lá e voltar toda a hora. (uce 635, suj.13)

As situações-problema são relacionadas ao pouco conhecimento que acarreta no despreparo da equipe para a prática do cuidado, algo bastante evidenciado pelos depoentes. Relatam que os profissionais chegam à instituição para trabalhar despreparados para assumir a assistência de enfermagem, não reconhecendo a prevenção e o controle de IRAS como algo inerente ao cuidado de enfermagem naquele contexto investigado.

A preocupação de estar levando contaminação de um paciente para o outro acho que não valoriza tanto isso. Falta de material e de recursos não, comportamental. É mais comportamental. (uce 212, suj.04)

E eu te falo mais do meu cotidiano de centro de terapia intensiva, é um setor onde muita gente tem acesso, tem fluxo de pessoas muito grande. E funcionários com muito tempo de casa que, às vezes, acho que é questão do vício de trabalho. Eu vejo muito na aspiração do paciente, falhas gritantes, a questão de dar um banho com a mesma luva, não usar luva estéril para estar aspirando. (uce 469, suj.09)

Então eu acho que deixar um paciente, por exemplo, as coisas que eu já vi, entendeu. E muitas vezes a gente não tem como ficar cobrando tanto, porque é tudo tão corrido, os pacientes não só aqui, mas eu acho que mais os daqui eu sei que é muito cuidado. (uce 238, suj.05)

Os sujeitos relacionam o aspecto da formação profissional do técnico, que segundo eles, ocorre de forma incipiente no quesito prevenção e controle de infecções com a dificuldade que eles têm em suprir essa carência na prática assistencial. Salientam que tais dificuldades acontecem tanto para abordar os profissionais que se encontram a mais tempo na instituição, pela aquisição de vícios ao produzir os cuidados, como também para os profissionais com pouca ou sem experiência profissional, ambas as situações corroboram com a não lavagem das mãos.

Mas não são todos, acho que é uma questão, às vezes, de estar no curso técnico estar abordando isso também de infecção, porque os meninos vêm cada vez mais despreparados, eles não têm noção de limpo e de contaminado, abre uma bandeja e contamina tudo. (uce 641, suj.13)

Acaba pecado nesses dois lados, a falta de experiência e experiência demais, o enfermeiro tem que estar sempre contornando, para poder mostrar para eles o que é necessário. O maior cuidado mesmo que eles deixam de fazer é o uso das luvas, às vezes, deixam pela experiência ou pela falta de experiência. (uce 154, suj.03)

A gente acaba meio que se perdendo no meio dessa questão de orientação, de cobrar, até mesmo de supervisionar. A lavagem das mãos, como que acontece, às vezes, eles estão trocando um paciente e trocam só a luva, não voltam no posto para lavar as mãos, às vezes, até mesmo as roupas de cama jogam no chão, entendeu. (uce 436, suj.08)

Estudos provam que a melhor forma de prevenir e controlar infecções em ambiente hospitalar é a correta lavagem das mãos antes e após a manipulação dos pacientes (CRUZ et al., 2009; CUNICO, 2009; LEE et al., 2011). Considerando que cerca de 30% dos casos de IRAS são considerados evitáveis por medidas simples como a lavagem correta das mãos pelos profissionais de saúde, a qual se configura como a medida mais efetiva, pois são as mãos que transportam o maior número de microorganismos aos pacientes, por meio contato direto ou através de objetos (PRADE et al., 1995; BRASIL, 2013).

No Brasil, ao considerar a magnitude que os eventos adversos podem ocasionar na assistência à saúde foi instituído através da Portaria n.529 de 1 de abril de 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

A homologação da referida Portaria acompanha a política mundial para contribuir com a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. Essa é uma tendência mundial que tem como prioridade a segurança do paciente nos serviços de saúde,

está inserida na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57^a Assembléia Mundial da Saúde que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente" (BRASIL, 2013).

O Brasil desde 2007 participa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que tem como proposta despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência à saúde e apóia os Estados Membros da OMS no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para a segurança do paciente. Para esse trabalho se concretizar na prática, um elemento central do trabalho da Aliança é a formulação dos desafios globais para a segurança do paciente. A cada dois anos um novo desafio é formulado para estimular e reiterar o comprometimento global relativos à segurança do paciente em áreas e procedimentos de riscos significativos dentro dos serviços de saúde (WHO, 2009).

Em 2008, o Brasil aderiu ao primeiro desafio global da OMS, "Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura", quando foram ações foram implantadas no país para a melhoria da Higiene das Mãos (HM) em serviços de saúde (WHO, 2009). Recomenda, entre outras estratégias, a observação da adesão e das condições estruturais para a HM. O Programa enfatiza cinco momentos que representam as oportunidades mais frequentes no contexto assistencial para a HM:

Oportunidade 1- antes de contato com paciente;

Oportunidade 2 - antes da realização de procedimento asséptico;

Oportunidade 3- após exposição a fluidos corporais;

Oportunidade 4- após contato com paciente;

Oportunidade 5 - após contato com ambiente próximo ao paciente.

Apresentar a relevância da HM nos serviços de saúde relaciona-se ao imperativo que ela aconteça efetivamente na prática como uma medida que contribui significativamente na prevenção e controle de infecções. O que fazer, ou seja, a técnica de como e quando deve acontecer está sedimentado em diretrizes sobre a higiene das mãos (WHO, 2009).

Contudo é notório que na prática ainda é uma ação muitas vezes negligenciada pelos profissionais de saúde. A HM é um tema tão importante para a prevenção e controle de infecções, por outro lado são recorrentes os problemas do não seguimento dessa prática nos serviços de saúde (OLIVEIRA; PAULA, 2011).

Tal concepção acompanha os resultados de estudos que avaliaram a adesão a HM, onde se evidenciam uma prática que acontece quantitativa e qualitativamente de forma inadequada, sua incorporação pelos profissionais da saúde é inaceitavelmente baixa

(MARTINEZ; CAMPOS; NOGUEIRA, 2009; MONCAIO; FIGUEIREDO, 2009; PRADO; HARTMANN; TEIXEIRA FILHO, 2013).

Neste estudo, os resultados obtidos são convergentes com a literatura e apontam para a ideia que a HM é uma ação que acontece de forma incipiente na instituição; ratifico que os enfermeiros relatam que não estão satisfeitos como essa ação tem acontecido no cotidiano assistencial.

Os enfermeiros referem que os principais problemas intervenientes na incorporação dessa medida pelos profissionais de nível médio são: a falta de atitude do profissional, o pouco conhecimento, experiência e formação profissional, além da infraestrutura da instituição, ao considerar as recomendações internacionais em relação à técnica da lavagem das mãos, o uso de luvas de procedimentos e o uso de álcool gel (WHO, 2009). São situações-problema de ordem multifatorial, embora apresente em seu cerne de forma bastante eloquente o comportamento do profissional, colocando em risco a sua segurança e dos pacientes.

No discurso, os enfermeiros possuem a retórica que neste contexto realizar a HM ao assistir o paciente com câncer pode contribuir na prevenção e controle de IRAS, por se constituir em oportunidade de interrupção da principal forma de transmissão de patógenos, visto que a hospitalização para pacientes com câncer reconhecidamente se configura como um risco para infecção (ZITELLA et al., 2006, MENEZES ; BITTENCOURT; MENEZES, 2013), o que requer discutir as questões éticas que envolvem a responsabilidade da atitude dos profissionais que lidam com situações de risco frente as iatrogenias.

No entanto, a prática demonstra que a adesão às medidas para “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” (OMS) é inversamente proporcional às oportunidades para HM no contexto assistencial; deste modo, em locais que demandam maior número de oportunidades, a taxa de adesão pode ser menor (BATHKE, et al., 2013).

Os sujeitos responsabilizam os profissionais de nível médio pelo fato não higienizar as mãos, nessa visão, o próprio profissional assume seu comportamento e estabelece as relações que delineiam suas atitudes ao assistir os pacientes. A ênfase dada ao aspecto do comportamento dos profissionais de enfermagem poder estar relacionada ao processo de produção dos cuidados de enfermagem, onde o trabalhador de saúde é entendido como um ser do cuidado, um ser cognoscente, que estabelece relações sócioafetivas-político-culturais (ERDMANN et al., 2006).

É por meio dele que as relações necessárias se estabelecem e se concretizam em ações de prevenção e controle de infecções. Entendo que esse é um aspecto essencial,

principalmente quando está em destaque à HM, diante das relações que ele irá fazer para incorporá-la e se efetivar na prática.

Os depoentes mantêm o discurso com forte concepção pragmática dessa técnica, está ligada ao fazer dos profissionais como uma medida transversal na produção dos cuidados de enfermagem. Assumem uma retórica sobre a sua importância na prevenção e controle de IRAS, por outro lado, admitem que se configure de forma incipiente na prática. É marcante na fala dos enfermeiros que o assistir-cuidar de enfermagem pode ser produzido de forma insegura e coloque em risco a segurança do paciente, quando a técnica de higienização das mãos fica esquecida entre as várias atividades que a enfermagem desenvolve ao cuidar dos pacientes com câncer.

Contudo, não relacionam a realização da HM ou sua falta à sensibilidade do profissional, prevalece a falta de integração da técnica ao sujeito, o que pode propiciar que as medidas de prevenção e controle sejam desvinculadas do processo de trabalho dos profissionais. A ação propriamente de higienizar as mãos é uma atitude que vai além da técnica, se concretiza quando o profissional estiver sensibilizado para tornar-se consciente e relacionar que o ato de não higienizar as mãos pode causar um sério dano por infecção ao paciente (OLIVEIRA; PAULA, 2011; NEVES et al., 2011).

Alguns fatores são reconhecidamente dificultadores no implemento da prática da HM, no aspecto institucional abrangem a ausência de manuais nos setores, a carência de produtos adequados para a higienização das mãos, a escassez de pias e dispensadores ou a sua má localização, a falta de cultura institucional e ausência de liderança administrativa (NEVES et al., 2011; PRADO; HARTMANN; TEIXEIRA FILHO, 2013).

Esse aspecto sobre os problemas relacionados à infraestrutura foi algo que demonstrou certo conflito entre os enfermeiros, por exemplo, alguns citaram a existência de poucas pias, enquanto outros não. O que foi apresentado de forma recorrente foi a distância das pias dos quartos dos pacientes, o que demanda tempo para o profissional se deslocar até o posto de enfermagem para lavar suas mãos entre o assistir de um paciente e outro.

A Organização Mundial da Saúde enfatiza a relação entre a acessibilidade das pias e dispensadores com álcool, quando não estão facilmente acessíveis para a higienização das mãos, aumenta-se o risco de IRAS, conseqüentemente, a morbidade, mortalidade e custos relacionados (WHO, 2009).

Embora seja bastante divulgada a relação entre a acessibilidade às pias e dispensadores com o aumento significativo na taxa de adesão à higienização das mãos pelos profissionais da saúde, ainda existem falhas na oferta de insumos e equipamentos nos

serviços de saúde, tais como a dificuldade de acesso às pias e dispensadores, localização distante do ponto da assistência ao paciente e instalação em pontos ergonomicamente incorretos, a abastecimento dos insumos (sabão líquido e preparações alcoólicas) não sistemático, o que pode dificultar na incorporação da HM (PRADO; HARTMANN; TEIXEIRA FILHO, 2013).

A OMS recomenda como padrão-ouro para a HM o uso de soluções alcoólicas frente à sua eficácia, baixa exigência em infraestrutura, bem diferente da necessidade de instalação de pias, pouco tempo despendido na aplicação e boa tolerância a pele, podendo utilizado várias vezes ao dia (BRASIL, 2008; WHO, 2009).

Neste estudo, os sujeitos ressaltaram que a falta de matérias ou má qualidade dos produtos são elementos que compõem barreiras estruturais que podem comprometer a incorporação a esta prática. A disponibilidade de materiais para a HM foi considerada pelos profissionais como um fator de estímulo que contribui para a forma adequada de fazer a HM e a sua frequência. Este aspecto foi destacado pelos enfermeiros ao mencionarem que existem dispensadores de álcool gel, contudo, questionam que o uso excessivo do álcool gel torna-se uma barreira para a lavagem das mãos, parece que há uma super utilização do produto em detrimento da lavagem das mãos.

Assim infere-se que o fato de haver a disponibilidade de material não é condição suficiente para que a HM se concretize de forma adequada. Embora as condições estruturais ideais sejam fundamentais à HM, não implicam, necessariamente, em maior incorporação dessa prática (MONCAIO; FIGUEIREDO, 2009).

Quanto à utilização de luvas nos procedimentos técnicos, a mesma é preconizada a realizar qualquer procedimento que exponha o profissional a presença de sangue e demais fluidos corpóreos, fazendo parte das precauções-padrão que devem estar amplamente divulgada para todos os profissionais (BRASIL, 2009b).

Porém é notória a baixa adesão dos profissionais a essa prática. Esse aspecto foi uma situação problema bastante evidenciada pelos enfermeiros, relatam que corriqueiramente a equipe de nível médio faz o uso inadequado das luvas de procedimento ao não trocar as mesmas entre um paciente e outro, o que sem dúvida, se configura como um fator de risco para infecção. Fato convergente com estudos que apresentam que os profissionais observados não utilizaram luvas conforme indicação e nem sempre as trocavam entre um paciente e outro (MONCAIO; FIGUEIREDO, 2009; GONÇALVES et al., 2012b).

Outra situação que foi relatada sobre o uso incorreto das luvas de procedimento refere-se à manipulação de acessos venosos, por exemplo, ao administrar medicamentos em

via venosa. Esse fato é atribuído, muitas vezes, à interferência da luva na habilidade para a realização do procedimento ou na classificação do paciente como de baixo risco (NEVES et al., 2011).

O uso de luvas é uma barreira contra a exposição a sangue e a sua utilização diminui o risco de exposição à patógenos veiculados pelo sangue. Estudos têm mostrado índices insatisfatórios do uso de luvas entre os profissionais de saúde. Apontam ainda ser esse um problema enfrentado por várias instituições e está associado ao conhecimento inadequado, esquecimento, sobrecarga de trabalho, conceito de risco e cultura institucional (MONCAIO; FIGUEIREDO, 2009; GONÇALVES et al., 2012a).

Os enfermeiros apresentam uma visão que a HM é priorizada pelos profissionais antes dos procedimentos invasivos e depois que manipulam secreções e excreções corporais. Essa tendência encontrada no comportamento dos profissionais contribui para que a HM seja privilegiada somente quando irão realizar procedimentos mais invasivos, sendo negligenciada em situações como, por exemplo, administrar uma dieta enteral. Num estudo que avaliou a HM com água e sabão ou álcool a 70% antes e após os cuidados dispensados aos pacientes em ventilação mecânica, essa ação foi observada durante vários procedimentos, tendo ocorrido, sobretudo após os procedimentos (GONÇALVES et al., 2012b).

Estes achados são favoráveis com a convergência da HM estar relacionada ao auto cuidado do profissional. Nos serviços de saúde higienizar as mãos representa mais uma prática de autocuidado do que uma prática de cuidado com o paciente (SOUZA et al., 2008).

Outra situação problema apresentada no estudo, trata-se do tempo de formação dos profissionais de nível médio. Os enfermeiros entendem que a diversidade de experiências que os profissionais de enfermagem possuem é um desafio para eles gerenciarem as diferentes maneiras de abordagem dos profissionais para implementação das medidas de prevenção e controle.

Quando tem muita experiência profissional, em muitas situações, o profissional demonstra excesso de confiança, o que pode levar a não valorização do conceito de risco a partir da ideia de que não serão veículos de transmissão dos micro-organismos de um paciente para outro, ou de um sítio para outro no mesmo paciente. No caso dos profissionais com pouca experiência profissional, a insegurança é, na maioria das vezes, um fator importante para riscos iatrogênicos. Contudo, é fundamental a análise dos valores éticos que impulsionam tais profissionais para adotar a atitude de higienizar as mãos.

Essa questão envolve o conhecimento e articulação entre o saber e o fazer sobre a prática da HM. Para os sujeitos deste estudo, o processo de fragilização dos conhecimentos

sobre a prevenção e controle de infecções inicia-se na formação profissional que aborda de forma incipiente esse tema.

Em relação à formação do enfermeiro embora essa questão seja destacada, ainda não mudou a prática da equipe de enfermagem. De acordo com Tripple et al., (2007) existe uma fragilidade na prática da HM durante a formação do enfermeiro, embora se evidencie que a temática HM seja abordada durante a formação dos profissionais da área da saúde, isto não foi suficiente para alterar a práxis. Ainda salienta que os acadêmicos demonstraram conhecimento teórico sobre a HM, mas indicaram baixa adesão nas situações onde há evidências da necessidade de sua realização, apesar de ter predominantemente acesso aos recursos necessários, evidenciando a dicotomia entre o saber e o fazer.

Neste estudo, na instituição investigada a educação permanente sobre a HM é ponto bastante frágil, conforme foi apontado pelos enfermeiros quando acontece é de forma pontual e esporádica. Retratam que o treinamento acontece de forma desarticulada com a prática, além disso, não há menção sobre um monitoramento da prática da HM. Na era do conhecimento torna-se importante que as atitudes profissionais sejam integradas aos sistemas sociais de relações, interações e associações múltiplas, em suas diversas dimensões, abrangências e especificidades do fazer e do saber fazer (MARIOTTI, 2007).

5.2. O contexto e as relações intersetoriais na prevenção e no controle de IRAS nos pacientes com câncer

Este bloco temático contempla especificamente os resultados e discussão dos dados referente à classe 4.

Classe 4- Setores de internações prioritários para instituir as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer

Essa classe foi constituída por 85 uce o que corresponde a 18% de todo o *corpus*, compreende 80 palavras características. O sujeito mais expressivo foi o suj_13, as variáveis associadas são os enfermeiros que atuam no setor de convênios e que possuem tempo de formação entre cinco e dez anos. São enfermeiros que já possuem experiência profissional, o que pode ser favorável a desenvolver um olhar mais amplo das situações-problema. Outra variável que se destaca é o horário de trabalho no plantão noturno que apresenta o dimensionamento de pessoal mais reduzido e a necessidade de gerenciar o cuidado de enfermagem em vários setores concomitantemente.

Tabela nº 3 – Presenças mais significativas na classe 4 – entrevistas individuais.

Classe 4		
85 uce- 18%		
Vocábulo	Khi2	%
Terapia	104	85%
Intensiva	104	85%
Centro	81	67%
Único	72	94%
Sistema	72	94%
Cirurgia	71	83%
Saúde	62	89%
Clínica_cirurgic	58	93%
Primeiro_andar	57	88%
Paciente	49	40%
Operatório	41	100%
Pós	35	83%
Clínico	31	100%
Internar	27	100%
Leitos	22	73%
Número	21	78%
Isolamento	21	58%
Terceiro_andar	19	59%
Boxes	18	100%
Crítico	18	100%
Isolado	18	100%
Particular	18	70%
Grave	17	83%
Maior	17	50%
Variável		
*suj_13	39	57%
*set_ap	16	29%
*tf_b	14	26%
*hor_nt	8	28%

Os vocábulos mais significativos são terapia, centro e intensiva, que aparecem juntos em referência ao setor de terapia intensiva. Seguindo essa lógica, o vocábulo centro aparece em terceiro lugar, demonstrando que o setor de terapia intensiva tem alta significância nessa classe. O mesmo acontece com único, sistema e saúde, referindo-se ao SUS, nos discursos a referência ao SUS é vinculada aos setores onde prestam atendimento aos pacientes conveniados ao SUS internados em leitos nas enfermarias, por exemplo, o primeiro andar e clínica cirúrgica. Tal explicação demonstra o grau de afinidade entre esses vocábulos na classe 4.

Reiterando a descrição sobre as unidades de internação na instituição, são compostas por locais destinados ao atendimento de clientes conveniados ao SUS e outros setores para clientes de convênios particulares. Enquanto que o CTI e o centro cirúrgico são setores

comuns a todos os pacientes independentes do tipo de convênio. Aspectos que são visualizados pela ligação entre esses vocábulos, que representam os locais de internação considerados pelos sujeitos que apresentam maior risco de IRAS.

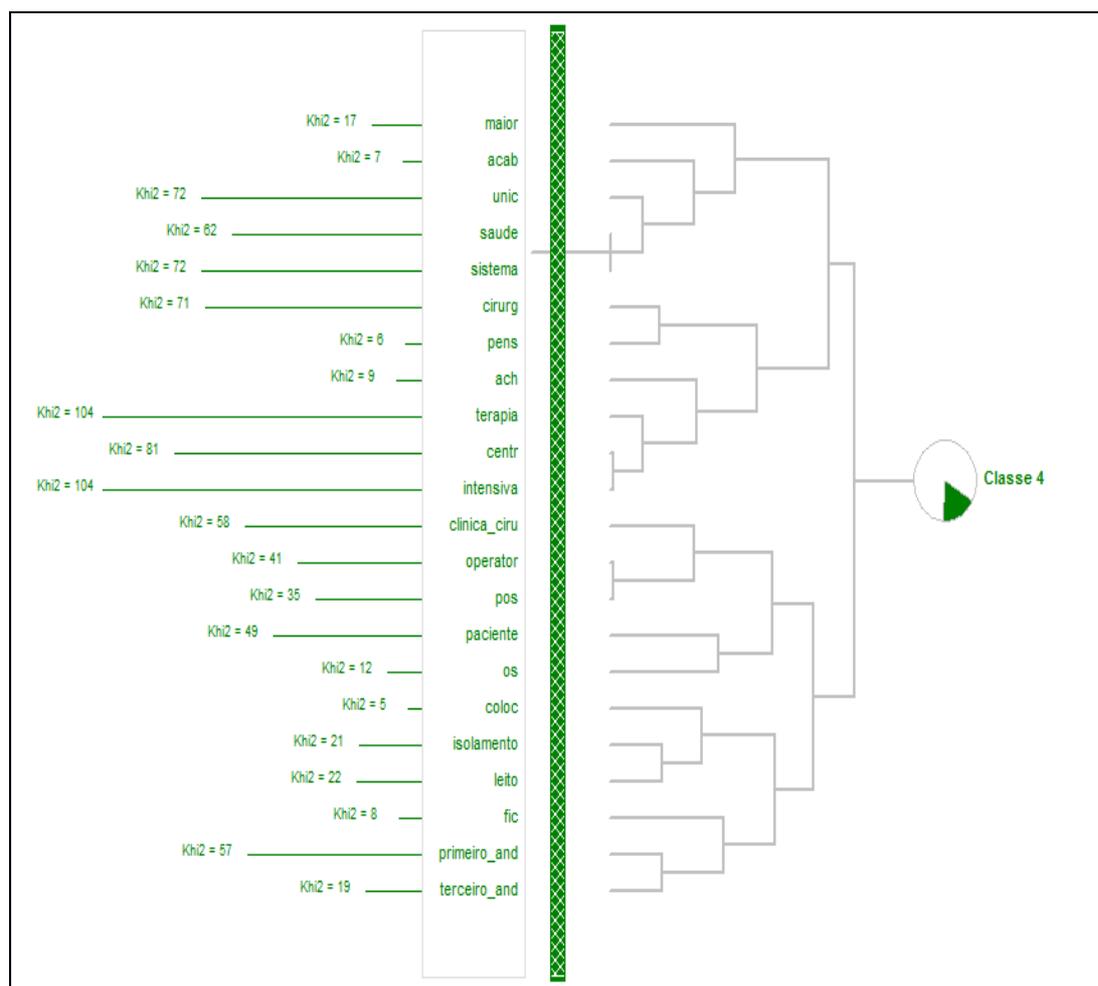
A classe 4 tem por característica ser pouco dinâmica em termos pragmáticos da prevenção e controle de infecções, apresenta verbos como internar, ficar e colocar. O verbo correr aparece relacionado à correria dos profissionais no trabalho, principalmente nas enfermarias do SUS.

Então aquela correria, acaba deixando o funcionário assim, é claro que não justifica. A gente observa essa falha, deveria ser feito um trabalho mais com afinco ali. Eu observo, mas não com tanta frequência como eu observo que acontece ali no primeiro_andar. (uce 442, suj.08)

A classe 4 apresenta as situações-problema ao destacar os setores de internações da instituição no aspecto espaço-físico, ou seja, quais são os setores mais prioritários no sentido de serem os locais onde são mais identificadas as situações que contribuem para a ocorrência de IRAS. Refere-se às características dos cuidados de enfermagem aos pacientes nesses setores e o dimensionamento de pessoal disponível para atender a essa demanda. Também aponta aspectos da infraestrutura da instituição que corrobora na sobrecarga de trabalho do enfermeiro.

Na figura 7 apresento a classificação ascendente dos vocabulários da classe 4, que no seu agrupamento inicial identificam-se duas tendências. Uma segue para a gravidade dos pacientes internados no CTI e no outro braço da partição dos vocábulos são destacados os problemas referentes às enfermarias do SUS, principalmente no primeiro e terceiro andar.

Figura nº 07- Classificação ascendente dos vocabulários da classe 4 - entrevistas individuais.



Assim, emerge a relação entre os cuidados de enfermagem com a prevenção e o controle de infecções nos diferentes setores que o paciente se encontra na instituição. Nessa análise entendo que os enfermeiros-líder têm uma visão sobre a infecção enquanto um risco inerente aos pacientes com câncer internados no CTI, principalmente pelo seu quadro de gravidade, onde a instituição das medidas de prevenção e controle de infecções é prioridade nesse setor. Enquanto nos outros setores, além da gravidade dos pacientes, outros aspectos interferem de forma mais veemente na incorporação das medidas de prevenção e controle de IRAS. Tal afirmação é corroborada nas uce que seguem.

Todos, porque todos nossos pacientes são imunodeprimidos, então deve ter muito esse cuidado maior, ter um zelo maior. A clínica cirúrgica, sempre constante ali, então a gente tem que ter um cuidado, ter uma atenção maior com eles. (uce 559, suj.11)

Eu acho assim, que de prioridades de infecção, é onde o paciente está mais debilitado, né, onde que está mais debilitado. No próprio centro cirúrgico, no próprio pós-operatório, no pré-operatório e no centro de terapia intensiva. São os lugares mais críticos onde o paciente está mais debilitado. (uce 115, suj.02)

O risco de estar contaminando outro é maior por ter esse paciente ali. É mais clínico, não tem muito cirúrgico, não tem paciente de isolamento, lá no terceiro_andar os quartos são coletivos, são cinco camas, então eu não vou colocar um paciente muito grave com quatro pacientes estáveis. (uce 117, suj.02)

Lá no centro de terapia intensiva, eu vejo mais que acontece, talvez porque lá eu estou mais presente, por isso que eu observo mais... (uce 253, suj.05)

Enquanto nas enfermarias do SUS, além do risco inerente de infecção que os pacientes possuem, a ênfase na fala dos sujeitos destaca às situações-problema como a sobrecarga dos profissionais, o que gera a correria para prestar o cuidado ao um número maior de pacientes quanto comparados ao quantitativo de pacientes que estão nos setores de convênios.

Os mais novatos têm mais abertura, quem peca mais eu acho que talvez peca pelo pouco conhecimento, que nós também estamos erradas por não passar para eles, entendeu. Mas, temos um número muito reduzido de funcionários, muito reduzido, mais nas enfermarias do SUS. (uce 275, suj.05)

Você tem que imaginar que o número de pacientes, vinte e um pacientes no terceiro andar, vinte e dois pacientes no primeiro e treze pacientes na clínica cirúrgica, dois nos cuidados e dois na medicação, doze por trinta e seis, três funcionários plantonista e um funcionário como diarista, no período de oito às quinze horas, e outro de quatorze até vinte e duas e quinze, se não me engano. (uce 522, suj.10)

As poucas vezes que eu fiquei nas enfermarias, eu vejo que falta treinamento mesmo, acho que os meninos trabalham muito, a evolução fica muito a desejar, pela correria, a passagem de plantão fica muito, muito ruim, pela correria. (uce 554, suj.05)

O verbo isolar aparece na ocorrência de situações problemas envolvidas na ação de isolamento, como uma medida de prevenção e controle para evitar o risco de transmitir os micro-organismos de um paciente a outro, porém são sinalizadas questões que prejudicam a estabelecimento dessa medida, principalmente o número reduzido de leitos para isolamento.

E pensar no primeiro_andar, a questão da estrutura também, como eu já falei, não tem como se isolar paciente, às vezes, se isola no terceiro_andar, aí fecha um quarto de quatro, cinco leitos, para isolar um paciente, aí esbarra em outras questões. (uce 662, suj.13)

Você isolar uma paciente com um biombo não existe, você isolar um paciente com porta aberta não existe, quarto para isso aqui não tem... (uce 428, suj.07)

Mas, isso não é sempre possível, mas nós, às vezes, não temos só um paciente em isolamento no hospital, temos dois, três, então interditar uma enfermaria é raríssimo poder, porque os pacientes precisam internar, não temos leitos para isso. (uce 232, suj.05)

Seria de isolamento nas enfermarias do SUS, que eu estou falando, tem dois leitos quando um paciente tem isolamento a gente procura colocar esse paciente lá sozinho. (uce 231, suj.05)

Muitas vezes o paciente tá ali com uma bactéria resistente que ninguém sabe que está com essa bactéria, e vai transmitindo para outros. A questão do isolamento, aqui no hospital, aqui na enfermaria é muito deficiente, fica o paciente isolado com biombo, que não seria o ideal, tem assim um leito de isolamento específico nas enfermarias, tem um no primeiro_andar... (uce 610, suj.13)

O discurso sobre isolamento aparece principalmente vinculado à necessidade de mais

quartos, salientam que é preciso mais quartos privativos para instituir as precauções de contato e por gotículas. Além disso, muitas questões perpassam pela própria atitude dos profissionais frente ao isolamento no cuidado com ele próprio e com o paciente..

Não é um funcionário diferente que cuida, de repente uma coisa legal de se estar pensando, é trazer para cá, às vezes, tem muito paciente isolado no centro de terapia intensiva, paciente isolado com cirurgia, fica tudo misturado num centro de terapia intensiva. (uce 665, suj.13)

Você vê assim o próprio cuidado com ele, às vezes, o paciente está com isolamento respiratório, igual tava num paciente com suspeita de meningite no centro de terapia intensiva, o funcionário lá no box sem máscara. (uce 623, suj.13)

As situações-problema são mais destacadas nas enfermarias do SUS, nos setores denominados primeiro_sus e terceiro_sus, são enfermarias localizadas no primeiro e no terceiro andar da instituição, respectivamente. Também mencionam a clínica cirúrgica, como o próprio nome remete é o setor de internação dos pacientes cirúrgicos.

Mais complicados para o primeiro_andar que onde concentra, acho que é o setor que deveria se ter mais cautela, o terceiro andar já fica assim fica alguns graves, mas menos, os pacientes são mais tranquilos. (uce 629, suj.13)

Então assim, o primeiro andar, é onde eu acho que tem o maior número de banhos de leito, os isolamentos vão todos para lá, entendeu. Um fluxo maior de pessoas, também o grau de dependência do paciente maior. Sim, mas também tem a questão da clínica cirúrgica, os pré e pós-operatórios, também são bem críticos. (uce 525, suj.10)

Geralmente, ele vai para o primeiro andar ou para o centro de terapia intensiva. A clientela, os pacientes do terceiro andar, são pacientes que geralmente, noventa por cento, são independentes, tomam banho sozinho. (uce 118, suj.02)

São setores que ficam assim, como a gente tem essa questão da aspiração, que do primeiro_andar e melhor o sistema de aspiração do que no terceiro_andar, acaba que a gente transfere os pacientes mais graves... (uce 628, suj.13)

São bem tranquilos, assim, não estou falando que os outros sejam ruins, não é isso, mas eu penso que é pela sobrecarga mesmo. Aqui no particular eu acho que é mais tranquilo, também pelo número de pacientes e tal, mas o terceiro andar e o primeiro andar, na clínica cirúrgica, às vezes, nossa senhora... (uce 247, suj.05)

...todos são, todos não têm exceção não. O meu aqui é mais pesado, mais pesado porque eu considero aqui como uma unidade intermediária, eu considero como uma unidade intermediária, não é uma unidade de internação. (uce 413, suj.07)

Destaca-se nos setores de internação o primeiro SUS, onde internam preferencialmente pacientes clínicos com doença avançada, sendo que muitos se encontram sob cuidados paliativos. Além disso, esse é o setor que possui o único quarto destinado ao isolamento para pacientes do SUS.

Dessa forma, na visão dos enfermeiros as enfermarias do SUS, principalmente, o primeiro andar dentre todos os setores da instituição é setor mais prioritário, no sentido de onde acontecem mais situações-problema.

É o que eu vejo, e que acaba que os funcionários mais difíceis de lidar acabam que ficando lá no SUS, que é onde estão os problemas, e onde está todo o mundo junto, que é onde eu acho que tem o maior índice de infecção. (uce 659, suj.13)

...Primeiro andar, porque é um setor que tem um número maior de pacientes, tem um número menor de funcionários, e os pacientes são mais críticos, vamos dizer assim. (uce 441, suj.08)

Então assim, o primeiro andar, e onde eu acho que o maior número de banhos de leito, os isolamentos vão todos para lá, entendeu. Um fluxo maior de pessoas, também o grau de dependência do paciente maior... (uce 525, suj.10)

Além disso, grande parte dos setores de internação da instituição não conta com enfermeiros exclusivos, isso acarreta que a supervisão dos enfermeiros aconteça de forma indireta aos técnicos e auxiliares de enfermagem. Os depoentes ainda salientam que têm que gerenciar o processo assistencial a distância, não conseguem no dia a dia acompanhá-los de perto, inclusive não dá para trabalhar com as particularidades de cada componente da equipe de enfermagem, conforme é possível apreender nas uce a seguir.

Lá no centro de terapia intensiva, eu vejo mais que acontece, talvez porque lá eu estou mais presente, por isso que eu observo mais, eu vou lá à clínica cirúrgica assim e tal, eu fico aqui no nove (parte dos convênios na instituição) e nas enfermarias do SUS. (uce 253, suj.05)

Talvez faltasse a supervisão do enfermeiro, direta, o que eu penso que o enfermeiro vai ficar ali do lado do funcionário o tempo todo, eu propus isso para o enfermeiro do nosso departamento, eu falei um exemplo, na clínica cirúrgica, nosso setor que acontece mais cirurgias, em minha opinião tinha que ter um enfermeiro das oito às dezessete horas, de segunda a sexta. (uce 703, suj.15)

O enfermeiro estar em dois setores ao mesmo tempo, eu acho o principal, eu assumi recentemente o centro de terapia intensiva, pois a colega está de férias, e eu vou ficar lá até o dia vinte se tudo correr bem. (uce 719, suj.15)

Não tem aquela noção de separar a saída do dreno e tal, não tem noção ou com a correria para acabar rápido, porque está na hora. Eu acho que falta mão de obra, entendeu, não que os meninos sejam ruim não, falta mão de obra e a gente ficar batendo mais de cima mesmo. (uce 249, suj.05)

Tem uma diferença da equipe, no caso essa equipe que tem mais cuidado são funcionários novos. Tem quatro, cinco que estão no centro de terapia intensiva, estão entusiasmados. Agora a outra equipe do dia, eu tenho funcionário que tem doze anos, a média é de dois, três anos. São três, fica dois nos cuidados e um na medicação. (uce 486, suj.09)

Entendo que o contexto onde a assistência é desenvolvida exerce influência no trabalho dos profissionais; essa é uma constatação antiga na enfermagem evidenciada por Nightingale, que apontava ser o ambiente e as formas como o mesmo era organizado, como um dos mais importantes fatores de melhora da saúde das pessoas que nele procuravam a cura para os seus males (PEREIRA; BELLATO, 2004).

Conhecer o contexto onde a assistência é produzida, na perspectiva de discutir os aspectos que aumentam risco de infecções é preocupação atual. Um estudo que buscou conhecer as tendências da produção do conhecimento de enfermagem no controle e

prevenção de infecção na atenção oncológica, verificou que 67,5% dos artigos foram produzidos no setor de oncologia clínica, o qual abrange o tratamento quimioterápico, radioterápico e Transplante de Células Tronco-hematopoética (TCTH). Também identificou que a prevenção de infecção de origem exógena está relacionada aos pacientes submetidos ao TCTH, uso de cateter venoso central (CVC), vigilância epidemiológica e higienização das mãos. Quanto à origem da infecção, identificou-se em 56,7% artigos a tendência em abordar a infecção exógena, onde são discutidas questões que envolvem a prática de cuidados de enfermagem, voltadas às ações de controle, e a dimensão técnica do trabalho de enfermagem nas experiências dos profissionais ou pesquisas de novas possibilidades de intervenção (SANHUDO; MOREIRA; CARVALHO, 2011).

Estes achados contribuem para refletir sobre as inquietações referidas pelos depoentes neste estudo, ao entenderem que o contexto influencia na ocorrência e origem das IRAS. Ao servir-se da visão deles para problematizar quais são os setores onde os pacientes com câncer internados naquela instituição apresentam maior risco de desenvolver IRAS como um evento adverso. Delineou-se os aspectos que compõem o contexto estudado em relação à setorização, a discussão apresenta-se no sentido de espaço físico e do perfil dos pacientes internados em cada local, sendo elementos determinantes das demandas de cuidado de enfermagem.

Nos resultados evidenciados o aspecto de estrutura física da instituição foi contemplado, os sujeitos mencionam principalmente a falta de mais quartos para instalar isolamento (precauções de contato e por gotículas). Atualmente, a instituição conta com apenas um quarto numa enfermaria do SUS, também ressaltam que o ideal seria ter mais pias para a lavagem das mãos nesse mesmo setor.

Em consequência da pouca disponibilidade de leitos para instalar essa medida, quando tem a indicação de instalar medidas de contato, aerossol ou gotículas, os enfermeiros mencionam que há certa tensão entre os profissionais para ajustar a disponibilidade à necessidade. No discurso esse aspecto é bastante salientado, de maneira geral, os enfermeiros fazem forte associação da implementação de medidas de prevenção e controle com a necessidade de “isolamento” do paciente em quarto privativo.

Contudo, os enfermeiros também fazem referência ao aspecto comportamental da equipe de nível médio, quando os pacientes estão isolados nem todos os profissionais utilizam corretamente os EPIs. Existe influência de fatores psicossociais na adesão às precauções padrão, influenciada simultaneamente por fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2009).

Também salientam o comportamento do acompanhante desse paciente, que muitas vezes não entende o porquê do isolamento e continuam transitando entre os outros pacientes sem lavar as mãos, por exemplo. Como muitos pacientes na oncologia permanecem internados por mais tempo, se estabelecem relações sociais entre os pacientes e acompanhantes que estão na mesma enfermaria e em outras, é comum que se visitem e troquem suas experiências durante esse período de internação. Há relatos que com a indicação de “isolamento” isso nem sempre fica muito claro e as visitas continuam entre eles sem o uso adequado dos EPIs, havendo exposição dos dois lados.

Também mencionam que nem todos os profissionais e estudantes seguem as orientações para precauções, principalmente de contato. A adoção de medidas preventivas para micro-organismos multirresistentes deve ser implementada não só pela equipe de enfermagem, uma vez que outras categorias profissionais têm participado ativamente do cuidado aos pacientes hospitalizados. Em relação à adesão as precauções padrão, a educação permanente dos profissionais e orientação dos pacientes, familiares e visitantes quanto às medidas de controle das IRA constituem importante aspecto para abordagem nos serviços de saúde (SOUSA et al., 2008).

Alguns enfermeiros durante suas falas apontam ignorância sobre as questões que envolvem as precauções, suas indicações e o uso de EPIs adequadamente, parece que supervalorizam a necessidade de quarto de privativo, o que nem sempre é preciso.

Nos pacientes com câncer a necessidade de instituir precauções por contato é crescente pela emergência de micro-organismo multirresistentes, um aspecto particularmente importante trata-se da identificação precoce de pacientes colonizados e com infecção, para favorecer na adoção de medidas preventivas para evitar a disseminação de micro-organismos multirresistentes no hospital (CATANEO et al., 2011).

As normas de precauções são muito bem definidas nas diretrizes do Ministério da Saúde, porém, ainda não são plenamente incorporadas à prática nas diferentes instituições de saúde. Na instituição investigada, esse problema é identificado mais frequentemente nas enfermarias do SUS onde são internados os pacientes clínicos em tratamento do câncer ou de suas repercussões. Os depoentes salientam que as enfermarias por serem locais abertos e onde há menor supervisão dos profissionais de nível médio, é mais difícil para eles trabalharem com as questões que envolvem o comportamento dos profissionais.

Ressalta-se que comumente os CTI, inclusive para os pacientes com câncer, concentram as maiores taxas de incidência de IRAS, e são consideradas epicentros de emergência de resistência microbiana, devido à internação de pacientes graves e colonização

por microorganismos resistentes (CATANEO et al., 2011). Esses pacientes, na maioria das vezes, utilizam antimicrobianos de largo espectro e são submetidos a inúmeros procedimentos invasivos.

No entanto, os enfermeiros ressaltam que a implementação das medidas de precauções de contato, gotícula e por aerossóis no CTI é mais facilitada quando comparada as enfermarias, em relação à instalação e manutenção, visto a existência de estrutura física. Relacionam esse aspecto as dificuldades físicas e estruturais e a grande demanda de cuidados do paciente com câncer internados em enfermarias. Esse conjunto de situações repercute no comportamento do profissional na incorporação das medidas de precauções, pondo em risco a saúde dele e do paciente.

Além disso, o paciente egresso do CTI quando é transferido para as enfermarias se mantém como importante reservatório de microorganismos multirresistentes, podendo disseminá-los para outros pacientes, no próprio setor, para os demais setores do hospital ou, ainda, para outras instituições de saúde (BRASIL, 2009).

Dessa forma, o trânsito de pessoas, equipe de saúde e visitantes em todos os setores de internação e, conseqüentemente, o contato com pacientes, objetos e superfícies diversas conferem possibilidades de disseminação de patógenos se não observadas às devidas precauções, com destaque para a higienização das mãos (OLIVEIRA; DAMASCENO; RIBEIRO, 2009).

Nas enfermarias o profissional de nível médio desenvolve maior autonomia na assistência, por exemplo, decidem a ordem de realização de curativos em diversos sítios no mesmo paciente, visto que o enfermeiro nem sempre consegue planejar a dinâmica de cuidado para todos os pacientes. Em decorrência disso, os enfermeiros entendem que nesses locais está mais propenso acontecer desvios na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS. Dessa forma, eles questionam como gerenciar a distância o processo assistencial? Isso é possível?

Esse questionamento foi uma linha que emergiu nos resultados e foi transversal a outras classes, o fato do enfermeiro gerenciar muitos profissionais em setores distintos. Afirmam que o excesso de atividades caracteriza uma sobrecarga de trabalho para toda a equipe de enfermagem, como consequência, a prevenção e controle de IRAS muitas vezes podem ser negligenciados. Relacionam essa sobrecarga ao dimensionamento aquém da necessidade de assistir os pacientes com câncer, quase à totalidade de enfermeiros menciona que existem poucos profissionais para produzir um cuidado com qualidade.

Os depoentes percebem que a sobrecarga influencia negativamente na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS. Em relação à produção dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros centram seu discurso na promoção do cuidado técnico e associam que a prevenção e o controle de IRAS estão ligados especificamente a execução de uma técnica, com ações sobre o uso de procedimentos invasivos para dar suporte ao tratamento, como sonda para alimentação, acesso venoso para infusão de medicações e hidratação, aspiração orotraquel, curativos, dentre tantos outros procedimentos que foram citados, sem contar que muitos precisam de banho no leito, higiene perineal, etc. Essa visão é condizente com as evidências da literatura que destacam os pacientes com câncer com risco de infecção pelo quadro imunológico e pela forma como acontece à assistência (KAMBOJ; SEPKOWITZ, 2009; MENEZES; BITTENCOURT; MENEZES, 2013).

Falando com outras palavras, somando-se ao perfil dos pacientes com câncer em relação ao déficit do quadro imunológico, internação prolongada com o uso de dispositivos que rompem a barreira cutaneomucosa, grande demanda de cuidados, dentre outros fatores, os enfermeiros entendem que o risco para infecção pode ser considerado maior ainda quando ponderados os aspectos que envolvem o gerenciamento dos profissionais.

Como, por exemplo, a rotatividade dos profissionais que foi percebida pelos enfermeiros como uma situação problema que influencia na integração da equipe, se configura como um prejuízo coletivo. A rotatividade do pessoal é entendida como um problema gerencial que responde a determinações multifatoriais, sendo tanto de ordem institucional como pessoal (KURCGANT et. al., 2009; SOUZA; ROCHA; GABARDO, 2011).

Entendo que quanto mais aberto for o sistema mais complexo ele será, mais problemas irão compor o contexto e maior autonomia dos profissionais será necessária para incorporar algo. O que contempla a necessária resignificação da prevenção e do controle no dia a dia dos profissionais de enfermagem que prestam assistência aos pacientes com câncer. Com a adoção de estratégias de liderança baseadas numa perspectiva coerciva e de cobrança, a tendência é que os profissionais adotem as medidas de prevenção e de controle somente na frente do enfermeiro, o que não é compatível com os princípios éticos da profissão e da segurança do paciente (SILVA et. al., 2013).

5.3. A enfermagem e o conhecimento sobre a prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer

Neste bloco temático são apresentados os resultados da classe 2, classe 3 e da classe 5 que têm uma afinidade entre si, no seguimento contempla-se a discussão dos resultados analisados dessas classes.

Classe 2 - O processo de trabalho da enfermagem e as implicações na prevenção e no controle da IRAS nos pacientes com câncer

A classe 2 representa 30 % das uce o que compreende a formação de 139 uce, onde foram analisadas 86 palavras características. O vocábulo mais destacado nessa classe, ou seja, o mais frequente é pessoas, seguido pelos vocábulos falar, gosto, coisa e trabalhar e novatos, os quais apresentam frequência de ocorrência semelhante.

Tabela nº 4 – Presenças mais significativas na classe 2- entrevistas individuais.

Classe 2		
139 uce – 30%		
Vocábulo	Khi2	%
Pessoas	40	65%
Falar	33	51%
Gosto	29	100%
Coisa	28	52%
Trabalhar	20	57%
Novatos	18	76%
Lixo	18	76%
Tava	15	89%
Tenho	13	55%
Aceita	13	88%
Vir	12	80%
Sentir	12	100%
Antigas	12	100%
Melhorou	12	71%
Anos	10	73%
Saco	10	86%
Plantão	10	67%
Vontade	9	100%
Infectante	9	100%
Ajudar	8	70%
Casa	8	70%
Entra	8	64%
Quer	8	63%
Dando	8	83%
Variável		
*suj_01	56	77%
*set_cti	33	49%
*suj_06	17	63%
*ti_b	6	37%

Nessa classe os participantes mais expressivos foram o suj_01 e o suj_06 e apresenta como variáveis os enfermeiros que atuam no centro de terapia intensiva e que possuem tempo de formação entre 2 e 5 anos. São enfermeiros que estão formados há mais tempo, o que permite a eles identificar as implicações das situações-problema sobre o processo de trabalho da enfermagem na instituição.

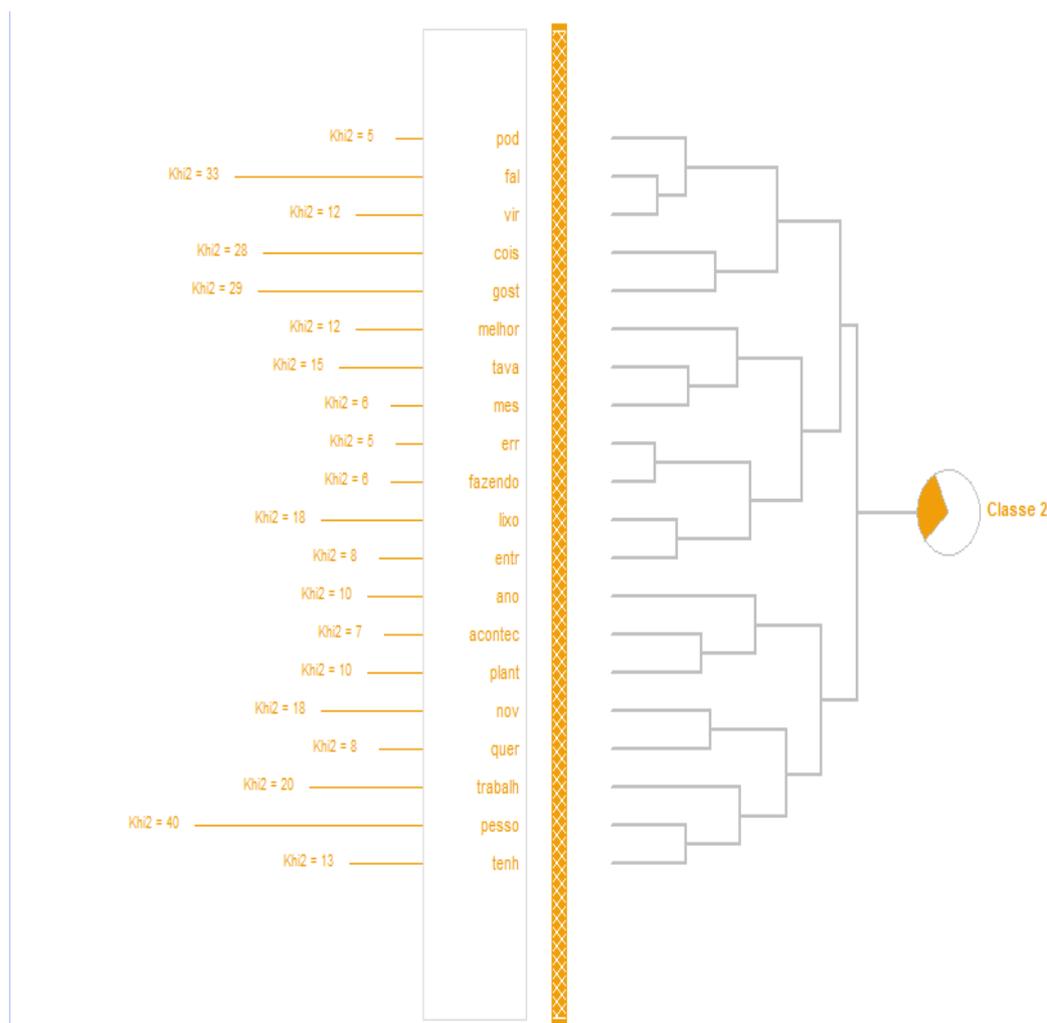
Na análise das uce que arranjam a classe 2 é possível identificar que os enfermeiros enfatizam as pessoas se referindo aos profissionais de enfermagem. No sentido que é preciso falar com as pessoas sobre o trabalho e sobre as coisas, no discurso deles o vocábulo coisas têm um sentido de ocorrências e de acontecimentos. Também salientam que as pessoas, profissionais de enfermagem, precisam voltar a ter gosto pelo trabalho. Essa informação é corroborada pelos verbos que se destacam na classe 2, são verbos que emergiram com a noção ligada às pessoas, como falar, gostar, trabalhar, sentir e melhorar. Tal ideia é expressa na uce a seguir.

Então assim, ninguém tem motivação nenhuma, para trabalhar ali. Então, assim, o mínimo que a gente pode fazer é isso, é agradecer e colocar o pessoal para cima. Porque o pessoal tem que voltar a ter gosto de trabalhar aqui, senão as coisas não vão modificar. Eu acho que ele é fundamental, sentirem confiança na gente, dar apoio, e saber que você tá dando um exemplo ali. (uce 55, suj.01)

Essa noção é demonstrada pelos verbos que são destacados na classe 5, procurar, culpar, interessar, atuar, partir, chamar, abordar, dever, mostrar, ver, juntar, influenciar e ter. Esses verbos têm afinidade com a visão que os enfermeiros a respeito da enfermeira da CCIH, expressam questões que envolvem a integração do trabalho entre esses profissionais.

Na figura 8 referente à classificação ascendente dos vocabulários da classe 2, as duas maiores tendências apontam para os aspectos que envolvem o trabalho das pessoas e outra tendência para o interesse, gosto pelo trabalho.

Figura nº 8 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 2 - entrevistas individuais.



No contexto do *corpus*, trabalho possui um amplo sentido, pode refletir uma questão que precisa ser abordada, na perspectiva de ser trabalhada, ou como também, pode se referir ao trabalho como atividade laboral exercida pelos profissionais da equipe de enfermagem. Sobretudo, os enfermeiros salientam que faltam interesse e incentivo das pessoas pelo trabalho, questões que podem estar relacionadas à insatisfação em trabalhar na instituição.

Porque hoje em dia a gente sabe que não é fácil, tem muita gente que vem trabalhar por vir, quer mais que chegue a hora de ir embora.. (uce 354, suj.06)

Para trabalho mesmo, quando você tem incentivo para trabalhar acho que a coisa fica melhor, então você encontra muita má vontade no funcionário. (uce 391, suj.07)

Sabe um trabalho mais ativo mesmo com a gente, é claro que tem que contar com a minha colaboração e com a da colega que vai entrar para trabalhar comigo. (uce 6, suj.01)

Então a gente está com a equipe extremamente desmotivada, então minha principal preocupação é trabalhar a motivação, tudo o mundo tem que, eu trabalho aqui porque eu gosto, não é tudo, ah, mas também eu vou embora dessa porcaria, não é assim, entendeu. Aos poucos, eu quero mudar essa visão, só que eu preciso de

ajuda.. (uce 62, suj.01)

Você tem que estar se sentindo bem onde você trabalha, independente de você ganhar x ou y, você tem que sentir prazer em trabalhar. Você tem que ter prazer nas coisas que você faz, para o que, para você falar assim, cumpri o meu papel, desempenhei meu papel, apesar de ser remunerado no que estou fazendo, mas eu faço com amor, faço com carinho, faço com dedicação. (uce 144, suj.02)

Os vocábulos antigos e novatos, que se referem ao tempo de trabalho dos profissionais na instituição, são ligados e aparecem próximos nas falas, representam a realidade vivida pelos enfermeiros que trabalham com pessoas/profissionais antigos na instituição. E constantemente também tem que trabalhar com o novo, aqui representando pelos novos profissionais que estão chegando à instituição, o que traz implicações na interação entre os eles.

Mas tem gente que faz direitinho. O que eu estou falando aqui, não acontece somente no local que eu trabalho, passo no final de semanas em outros locais, no setor que eu trabalho, até que não tem nada muito assim, são pessoas novas no hospital, as pessoas mais antigas talvez tenham esses vícios de medicação e de equipo, principalmente. (uce 333, suj.06)

Tem gente que nunca trabalhou, tá aprendendo agora. Então, aí cabe a gente chegar e explicar e falar, têm outros que sabem... (uce 31, suj.01)

A gente tem a satisfação dos funcionários também, da equipe, isso influencia o trabalho em equipe, isso influencia muito, porque a gente tem uma realidade de pessoas muito antigas e pessoas muito novas, pontos extremos... (uce 65, suj.02)

Vamos fazer um trabalho legal, a equipe é boa, os técnicos são excelentes, têm novatos, acho que os novatos são melhores ainda da gente trabalhar. (uce 574, suj.11)

Na frente da gente é uma coisa, nas costas é de outra forma. Então a priori o que eu acho, é que não tem equipe fixa, tem muita rotatividade. (uce 367, suj.07)

No setor que eu trabalho, eu vejo os que têm menos tempo. E, agora nos outros setores que eu passei, são as pessoas que estão mais tempo aqui... eu não estou falando que os outros não fazem. (uce 334, suj.06)

Embora os enfermeiros salientem a importância de instituir a prevenção e o controle de infecções associado ao cuidado de enfermagem, encontram dificuldades nesse caminho. Ressaltam que não é dada ênfase para instituir as medidas de prevenção e controle de infecções no dia a dia de trabalho, é algo que não tem destaque nem para os enfermeiros nem para os técnicos. Relatam que a visão dada pelos profissionais de enfermagem à magnitude da doença oncológica é tão maior quando comparada ao risco de infecção, que muitas vezes a prevenção e o controle parecem ser negligenciados pela equipe na produção dos cuidados.

... conta né, principalmente, o que é infecção, o que é isso diante de tudo, fica em segundo plano. Eu vejo que eles têm outra visão, porque ali (na clínica cirúrgica), por exemplo, se acontecer alguma coisa todo o mundo vai fazer alguma coisa, se acontece algo de diferente a gente já chama o plantão. (uce 357, suj.06)

Mencionam ainda que, a instituição de novas rotinas no trabalho, novas cobranças são estabelecidas para a equipe de saúde, o que traz implicações para a prevenção de infecções, por exemplo, o descarte do lixo infectante. A equipe está despendendo esforços para separar o lixo infectante do não infectante, está envolvida em todo o processo, desde a escolha do saco de lixo mais adequado para o armazenamento até o transporte do lixo até o seu descarte.

Então isso a gente está implantando agora, isso tá complicado, lixo infectante, lixo comum, isso tá um pouco complicado, porque ninguém separava o lixo nenhum... isso que está sendo implantado agora. (uce 23, suj.01)

O principal problema, principalmente, porque causa outro problema com as mãos, que eu não tinha isso, porque a pessoa jogava lá e pronto, só que agora toda hora a gente enfia a mão no saco de lixo. (uce 57, suj.01)

Nessa classe evidenciam-se os problemas para abordagem do erro, manifestados pelos enfermeiros líderes. O vocábulo erro aparece associado ao fazer, como a profissão de enfermagem está intimamente ligada ao fazer, os erros são encarados como algo presente no trabalho dos profissionais.

Então eu sei onde estamos pecando, mas o fato é que tem treinamento, são orientados, são abordados quando acontece alguma coisa, eu não sei onde está o ponto de erro, tá, não sei. (uce 520, suj.10)

Então tem como, muitas vezes na hora que você chega o funcionário nem consegue disfarçar que estava fazendo uma coisa errada ali, entendeu? Eu já presenciei, eu cheguei, eu falei você está punccionado veia sem a luva, não é a primeira vez, entendeu. Então é complicado o fato de eu ser uma só para dar conta de vários setores... (uce 449, suj.07)

Porque quantos dias estavam fazendo aquilo errado. O paciente vai falar eu vou morrer, porque estava fazendo errado, então tem que esperar a hora para falar, porque hoje em dia tem que ter cuidado para falar, porque se tu falas com um técnico tem um processo. (uce 265, suj.05)

...se descobriu na semana passada que está com câncer e agora está do jeito que está. Eu peço muito por não chamar atenção... (uce 317, suj.05)

E tem que ser na hora mesmo, não está dando tempo de fazer nada de treinamento, ainda não dá para eu te falar, eu noto que muita coisa tá melhorando. (uce 32, suj.01)

Falta também além de tudo isso, é um conjunto. Ai você vai cobrar da pessoa, estou sobrecarregado de tarefas. E o enfermeiro, também, na frente. Porque, quem responde é o enfermeiro, quando acontece algo, quem estava no plantão que não viu isso. (uce 721, suj.15)

Mas primeiro, eu não consigo juntar minha equipe, porque são poucos funcionários, estamos sempre dando a preferência a prioridade ao paciente, então chamou, eu não consigo, eles não têm tempo né, porque é muita coisa. E eu também que estou na assistência eu faço uma coisa ou faço outra.. (uce 675, suj.14)

Ele tem papel de ponta, tem papel de ponta, só que são tantas as funções que a gente tem que desempenhar, que a gente acaba se perdendo. Eu acho o que acontece muito com o enfermeiro é essa sobrecarga de funções, de trabalho, de orientações, é muita coisa, é muito papel, é muitos setores, então não consegue até assim, pegar, tipo assim, vou fazer uma. (uce 462, suj.08)

O foco central da classe 2 é para as questões que envolvem o interesse das pessoas para trabalhar, são ressaltados os aspectos da intersubjetividade entrelaçada ao efeito do próprio sujeito em incorporar ou não as medidas para prevenção e controle de infecções. Além disso, a forma como acontece o processo de trabalho da enfermagem na instituição não favorece o desenvolvimento de condições para aumentar o interesse dos profissionais de enfermagem pelo o seu trabalho.

Classe 3- O conhecimento da equipe de enfermagem referente à prevenção e ao controle da IRAS nos pacientes com câncer

Tabela nº 5 – Presenças mais significativas na classe 3- entrevistas individuais.

Classe 3		
55 uce -12%		
Vocábulo	/Khi2	%
Tema	44	88%
Enfermeiro	41	44%
Técnicos	33	40%
Enfermagem	32	45%
Evolução	31	75%
Conhecimentos	29	50%
Geral	25	58%
Modo	22	100%
Treinar	22	80%
Cabeça	20	63%
Aula	17	67%
Vida	17	67%
Inteiro	17	56%
Jeito	16	40%
Rotina	15	75%
Interação	15	75%
Interesse	14	41%
Levar	14	43%
Perde	13	39%
Vão	12	45%
Grande	12	40%
Rotatividade	12	45%
Curso	11	60%
Dar	9	35%
Desse	9	35%
Variável		
*suj_02	97	49%
*hor_mn	48	26%
*set_ap	26	23%
*tf_a	14	19%

Esta classe foi organizada com 55 uce o que corresponde a 12% do total do *corpus*,

compreende 60 palavras características. O sujeito 02 representado pela variável *suj_02, foi o enunciador que mais representou essa classe, seguidos pelos sujeitos que atuam nos setores de convênios, enfermeiros que trabalham no turno da manhã e tem tempo de formação até 5 anos. Cabe destacar que o sujeito 02 além da gerência dos cuidados, acumula a função de enfermeiro da educação permanente, o que pode ter contribuído para ter esse olhar tão forte sobre as situações-problema que envolvem a geração do conhecimento.

A preocupação destacada sobre a importância da geração do conhecimento foi algo pouco enfatizado pelos sujeitos que trabalham no turno da tarde e noite, que possuem como característica assumir mais setores.

O vocábulo mais frequente na classe 3, ou seja, o que mais se destaca é a palavra tema, no sentido que reflete o assunto questionado neste estudo, refere-se ao tema prevenção e controle de infecções. É seguido pelos vocábulos enfermeiro, técnicos e enfermagem, que representam os membros que compõe a equipe de enfermagem. Depois aparecem vocábulos que remetem a evolução, conhecimento, geral, modo, treinar, cabeça e aula. O cerne da classe 3 é o vocábulo tema, então é o interesse pelo tema, o conhecimento do tema, aula sobre o tema. Em presença desses achados, entendo que o contexto da classe 3 se refere ao conhecimento da equipe de enfermagem para o tema prevenção e controle de infecções, um conhecimento que leve a evolução, também aborda as situações-problema que estão envolvidas na geração desse conhecimento.

Essa informação é corroborada pelos verbos que se destacam nas uce que compõe a classe 3, são verbos que emergiram com a noção de promover o conhecimento, tais como, treinar, interessar, levar, dizer, melhorar, saber, pensar e falar, conforme pode ser visto na uce a seguir.

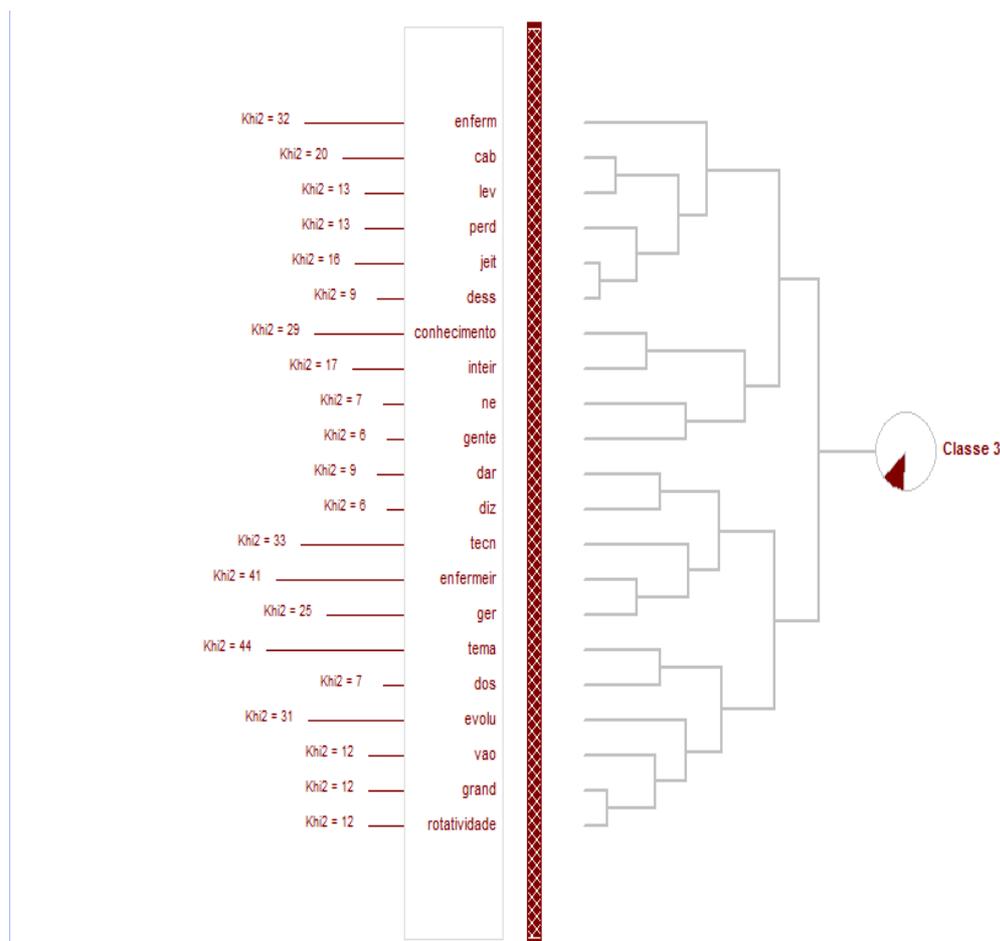
Já o técnico de enfermagem, já é um pouco limitado, porque ele apenas faz o curso e para. O que a gente tem feito para melhorar esse conhecimento, educação continuada, trazendo, incentivando. O que, que ele ganha com isso, na cabeça dele, nada. Outros ganham em conhecimentos, conhecimento não se perde se acumula, e você leva para a vida inteira. (uce 71, suj.02)

Está acordado para tentar minimizar e melhorar isso, interação do grupo e conhecimento. O que acontece hoje, a situação geral, o enfermeiro, ele tem uma gama de conhecimentos. O conhecimento científico, ele é muito bem definido na faculdade, porque a gente pode fazer pós-graduação, mestrado, doutorado, alguns podem estar melhorando o conhecimento para sua vida no hospita. (uce 70, suj.02)

Na figura 9 apresento a classificação ascendente dos vocabulários da classe 3, onde no seu agrupamento identificam-se duas tendências. Uma conduz para enfermagem, conhecimento, cabeça, que reflete a importância do conhecimento na vida dos profissionais de enfermagem. A outra tendência aponta para tema, enfermeiro, técnico, geração, aqui

também se destaca os vocábulos grande e rotatividade. Na realidade são as situações problemas que afetam a geração do conhecimento sobre esse tema, apontam as dificuldades que o enfermeiro líder encontra na geração do conhecimento para os técnicos de enfermagem.

Figura nº9 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 3 - entrevistas individuais.



Na análise das uce que compõem a classe 3, em relação à falta de interesse dos técnicos e auxiliares de enfermagem em adquirir conhecimento acarreta no despreparo da equipe para a prática do cuidado. Isso foi algo bastante evidente nas falas dos sujeitos, para eles esse aspecto reflete que os profissionais não se sentem interessados em implementar ações para prevenção e controle de infecções naquela instituição.

Mas, o incentivo para eles não leva nada na cabeça deles, não vai aumentar o meu salário, não vai mudar a cabeça deles. Então o que eu penso, eu falo, eu faço, por ter muito tempo já acha que sabe muito, mas, se você aplicar uma prova, o conhecimento deles está muito aquém daquilo que a gente precisa. (uce 72, suj.02)

A gente tá mais automatizado, mais mecânico, tá perdendo um pouquinho do cuidado, do amor, da arte do cuidar, que não é só ter carinho, é ter o conhecimento associado com o carinho com o amor. (uce 97, suj.02)

Na análise das uce, foi identificada a visão dos enfermeiros, a respeito do treinamento para técnicos e auxiliares, os quais não sentem interesse em frequentar a programação do treinamento conferido pela educação permanente e pela CCIH da instituição.

Não vai como aquisição de conhecimentos não. Muito pouco, muito pouco, às vezes, eu observo, a gente vê às vezes durante a aula lá, gente dormindo, conversa paralela, gente distante, gente com a cara. (uce 480, suj.09)

Às vezes, vão por obrigação quando a gente remaneja, fala que tem que ir.. ah não, então eu vou lá correndo. Você vê que vai lá porque tem que ir. (uce 479, suj.09)

Mas tem palestra, ir lá e falar, falar e falar não, eu acho que é ali na prática mesmo no dia_a_dia. Porque palestra é chato, para muitos é chato, é raro assistir uma palestra e dizer: aí que bom. (uce 288, suj.05)

A liderança aparece nesta classe, onde o enfermeiro é destacado como um dos promotores dos meios para estimular o conhecimento para a equipe de enfermagem. Conduto, a falta de integração entre os enfermeiros é destacada, os sujeitos mencionam ainda que isso repercute negativamente no processo de liderança exercida por eles. A liderança aparece associada ao conhecimento e tem forte representatividade nessa classe, 67% do vocábulo liderança aparece ligado a essa classe, associada à equipe e a interação. Na visão dos sujeitos é que o enfermeiro deve promover, criar meios e estimular o conhecimento para a equipe de enfermagem. Dessa forma, é referenciado como “o cabeça”, no sentido do enfermeiro ser o cabeça, responsável, gerar interesse, levar o conhecimento para a equipe e ser o deflagrador das mudanças.

Só que acontece, hoje de modo geral, a gente tem enfermeiros recém formados, a gente tem enfermeiro de trinta anos que está só esperando para se aposentar, não quer mais nada. (uce 130, suj.02)

Também tem enfermeiros que estão na área, mas estão esperando um trampolim para mudar para uma outra, que não estão interessados. Isso é muito difícil, pensar todo o mundo é difícil, aí você pega uma turma de dez, quatro pensam aí desse jeito. É muito difícil, acho que é o cabeça (o enfermeiro), se o cabeça não pensa.... (uce 131, suj.02)

Acho que o ensino deve ter sempre uma linha contínua, se a gente parar, se não der continuidade no ensino, infelizmente chega uma hora que vai ter uma... Acho que é exatamente isso, tem que ter o ensino, temos que batalhar, acho interessante o responsável técnico ensinar o enfermeiro, e automaticamente a gente passar para nossa equipe. (uce 182, suj.03)

Então recurso não falta. Eu acho que o enfermeiro tem que ser a cabeça de tudo, ele tem que levar a informação, ele tem que treinar o seu funcionário, ele tem que cobrar. (uce 214, suj.04)

Se quem tá comandando o barco, não dirige, não pilota bem, vai todo o mundo afundar. É o líder tem que estar à frente em todas as ações, ter o controle de todas as situações, ser o coordenador, líder da equipe, né? Quando tem que falar mais sério, fala, quando tem que abordar um tema aborda sem problema nenhum. (uce 132, suj.02)

Então tem muita gente despreparada aqui dentro, que tem até medo do técnico, aí tu quebra a liderança. Eu estou te falando, não sou melhor do que ninguém, mas eu posso te falar, porque eles me respeitam, ainda me respeitam. (uce 423, suj.07)

Isso é muito complicado, liderança de enfermagem, infelizmente, cada cabeça pensa de um jeito, eu tenho para mim como a enfermagem é a arte do cuidar, se é uma arte, então, tenho que fazer o melhor, abordando todos os temas, todos os princípios, todas as éticas, cada vez melhor para o cliente. (uce 129, suj.02)

Dos técnicos e até do enfermeiro também. Nos cuidados e nas ações não é prioridade no trabalho deles, no trabalho vamos dizer da equipe, no setor de terapia intensiva, mesmo sendo um setor de terapia intensiva, posso dizer assim, eu tenho uma equipe que se preocupa mais do que a outra. (uce 485, suj.09)

Outra questão que envolve o conhecimento sobre o tema relatado pelos depoentes é a grande rotatividade dos técnicos e auxiliares de enfermagem na instituição, por rescisão contratual ou alteração na escala de serviço, o que afeta a dinâmica de trabalho dos enfermeiros líderes. Essa grande rotatividade exige maior investimento dos enfermeiros na geração do conhecimento, eles relatam que os profissionais chegam despreparados para assumir a assistência de enfermagem, não reconhecem a prevenção de infecções como algo inerente ao cuidado de enfermagem.

Bom, a realidade hoje em dia na nossa instituição, temos alguns problemas. Listei aqui alguns enquanto tu ias falando, lembrando que a grande dificuldade que nós temos hoje, é quanto à rotatividade no hospital. (uce 63, suj.02)

Então você perde qualidade, não quero entrar no assunto porque está acontecendo esta rotatividade, há outras oportunidades melhores, condições melhores, não vêm ao caso. Então, quando a gente tem essa rotatividade a gente perde qualidade, quando a gente perde qualidade, isso reflete direto nos cuidados do paciente, interação do paciente. (uce 64, suj.02)

Eu acho que não tem prioridade nenhuma, todos têm que ser. Até mesmo porque os funcionários também rodam, é uma questão de funcionário não de setor, né. A gente tem que treinar as pessoas. E não é só do dia, seria geral a enfermagem toda. (uce 681, suj.14)

Esse aspecto se integra ao despreparo dos profissionais referente à formação incipiente no quesito prevenção e controle de IRAS, que requer intensificar a necessidade de gerar treinamento para todos.

Já me perguntaram aonde que introduz uma sonda vesical no homem. A gente vê um despreparo muito grande, dos técnicos, tem muito enfermeiro que vem muito cru daí um, um despreparo muito grande dos técnicos. (uce 497, suj.09)

O responsável técnico, dar o respaldo para a gente, se não, nós não estaríamos aqui. Penso assim, aí depende da enfermeira, porque é o que eu estou te falando, o despreparo está muito grande. (uce 422, suj.07)

A gente perde isso, mas isso infelizmente, acho que acontece quase que em todas as instituições, é a cultura. A instituição que prepara os técnicos de enfermagem, já os libera desse jeito, já formam eles desse jeito. (uce 98, suj.02)

A partir dos resultados obtidos nessa classe é possível afirmar que a visão dos sujeitos sobre geração do conhecimento representa a noção necessária que a equipe de enfermagem deve possuir para instituir as medidas de prevenção e controle de infecções. As situações-

problema estão ligadas ao tipo de treinamento desenvolvido na instituição, formato das aulas para o treinamento, falta de orientação e interação da equipe de enfermagem.

Classe 5 - A parceria da enfermeira da Comissão do Controle de Infecções Hospitalar

Esta classe foi constituída por 38 uce o que corresponde a 8% do *corpus*, compreende 62 palavras características que foram analisadas.

Tabela nº 6 – Presenças mais significativas na classe 5- entrevistas individuais.

Classe 5		
38 uce - 8 %		
Vocábulo	Khi2	%
Controle	180	80%
Infecção	151	59%
Serviço	124	64%
Hospital	86	44%
Continuada	38	39%
Educação	33	38%
Orienta	25	46%
Prevenção	24	50%
Tatiana	24	75%
Procurar	22	57%
Importância	22	57%
Treinamento	21	45%
Contato	19	50%
Culpado	18	60%
Tento	18	33%
Interesse	17	35%
Vejo	15	24%
Atuação	14	67%
Relação	14	67%
Vendo	14	67%
Mesmos	14	67%
Implantou	14	67%
Informação	14	67%
Pelo	12	31%
Existir	12	31%
Variável		
*set_en	10	14%
*tf_c	6	13%
*hor_nt	5	13%
*suj_08	5	22%

O participante 08 representado por *suj_08 foi o enunciador que mais representou individualmente essa classe, seguidos pelos que atuam nas enfermarias do SUS, estão na instituição por mais tempo e trabalham no plantão noturno. Está distante dos sujeitos com

tempo de instituição até um ano e também se distancia dos enfermeiros com até cinco anos de formação. Parece que para ter uma visão que destaque a necessidade de articular as redes de relacionamento da enfermeira da CCIH com a enfermagem que está na ponta, precisa de tempo, tanto de formado quanto de atuação na instituição.

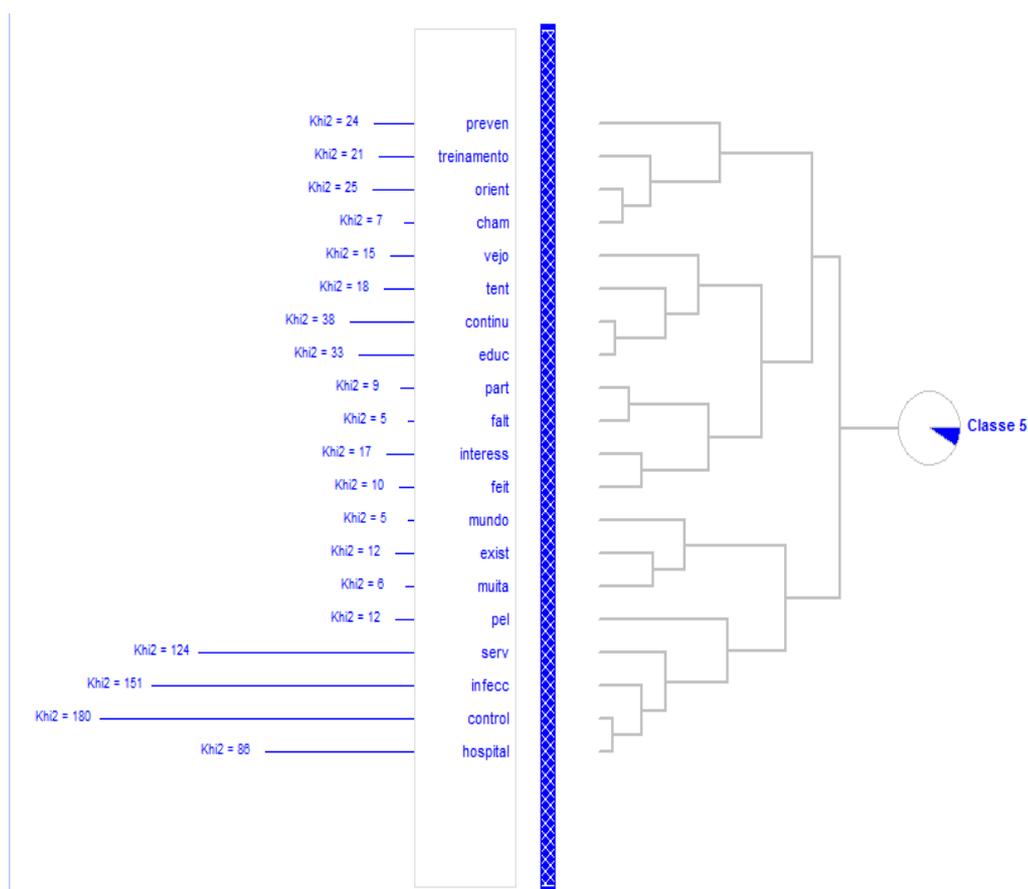
O vocábulo mais frequente da classe 5, ou seja, o que mais se destaca é o vocábulo controle, seguido pelos vocábulos infecção, serviço, hospital. Nas uce são citados juntos, pois se trata do serviço de controle de infecção hospitalar. Seguido pelos vocábulos educação e continuada, pois na instituição a enfermeira da CCIH juntamente com o enfermeiro da educação permanente, também é responsável pela educação permanente para a equipe de enfermagem das medidas de prevenção e controle de infecções.

Verifica-se que logo surgem os vocábulos treinamento, orientação e prevenção, com frequência de ocorrência semelhante. Na análise das uce que compõem a classe 5 é possível identificar que os enfermeiros arrolam à ocorrência das situações-problema relacionada à prevenção e ao controle de infecções, ao formato do treinamento e as orientações que os técnicos/auxiliares de enfermagem recebem da enfermeira da CCIH.

Como já mencionado, o foco central da classe 5 é o controle. Na contextualização da classe foi visto que na realidade é a atuação da enfermeira da CCIH junto à equipe de enfermagem que implica na ocorrência das situações-problema mencionadas pelos enfermeiros líderes. A lógica do discurso aponta para a tendência dessa classe estar ligada às relações que se estabelecem entre a enfermeira da CCIH com a equipe de enfermagem.

Na figura 10 referente à classificação ascendente dos vocabulários da classe 5, as duas maiores tendências que compõem esta classe apontam para os aspectos que envolvem a educação permanente e outra tendência para a atuação da enfermeira da CCIH. Essa noção é demonstrada pelos verbos que são destacados na classe 5, procurar, culpar, interessar, atuar, partir, chamar, abordar, dever, mostrar, ver, juntar, influenciar e ter. Esses verbos têm afinidade com a visão que os enfermeiros a respeito da enfermeira da CCIH, expressam questões que envolvem a integração do trabalho entre esses profissionais.

Figura nº10 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 5 - entrevistas individuais.



Na análise das uce específicas da classe 5 é possível entender o sentido que os enfermeiros líderes remetem à educação permanente. É considerada de extrema importância para a prevenção e para o controle de infecções, em contrapartida, relatam que a existente na instituição é esporádica e não gera a mudança no comportamento dos profissionais.

Pela educação continuada, passar com o tempo mais frequente, vamos trabalhando a cabeça desse profissional, e ver coisas novas, para que minimize a partir da educação. Educação continuada desenvolvida pelo serviço de controle de infecção hospitalar, acho que todo mundo que está a frente tem que atuar. (uce 536, suj.10)

Então, eu não tenho como fazer um treinamento, o hospital também não tem esse treinamento de controle de infecção, não existe uma educação continuada vamos dizer assim, que faça, existe esporádico, não existe aquela coisa contínua. (uce 364, suj.07)

Eu tento influenciar de alguma forma, mas deveria ter alguma uma coisa até mais formal, não sei, como educação continuada a respeito, entendeu. E até ouvir deles mesmos, o que eles acham que tem de problemas mesmo. Eu vejo o seguinte, tem muita coisa errada. (uce 343, suj.06)

Os vocábulos treinamento, orientação e prevenção aparecem juntos o que reforça a visão dos enfermeiros líderes sobre a relação entre o treinamento e a orientação com a prevenção e controle de infecções. Os depoentes enfatizam que o treinamento desenvolvido

pela enfermeira da CCIH não contempla um treinamento efetivo, por outro lado, também envolve a questão do interesse em aprender dos profissionais que estão na ponta.

Os enfermeiros líderes têm uma visão que aponta a existência de certa resistência desses profissionais, falam da falta de interesse da equipe em relação ao treinamento, que muitas vezes, são obrigados a participar, e quando participam, parecem que não estão entregues à atividade, cochilam, tem conversas paralelas e o mais significativo, na prática continuam repetindo as mesmas situações.

Porque eu não vou culpar somente o serviço de controle de infecções hospitalar, mas também tem falta de interesse por parte dos profissionais. Eu vejo que existe também muita resistência por parte dos profissionais também. Então para que tudo aconteça mesmo, eu acho que precisa mesmo de todo o mundo ter mais educação mesmo a respeito disso. (uce 05, suj.01)

Sempre as mesmas, isso, sempre as mesmas, ai você orienta, o colega tem um treinamento que a gente chama de treinamento anual, anual não, semestral, é do serviço de controle de infecção hospitalar é bimestral, é bimestral, junto ao serviço de controle de infecção hospitalar, ele orienta. (uce 696, suj.15)

Bom, primeiro assim, eu vejo que os técnicos, a equipe, não são só os técnicos, é um pouco resistente. Por mais que a gente discuta a importância da prevenção da infecção, a gente encontra resistência. (uce 209, suj.04)

Os sujeitos buscam não culpar a enfermeira da CCIH, mas entendem que é preciso que ela tenha mais atuação juntos a equipe de enfermagem/saúde. Para os enfermeiros esse aspecto necessita ser trabalhado, mencionam um distanciamento e citam que o entrosamento deveria ir além do treinamento que é conferido para a equipe de nível médio. Deveria ser envolto por um clima de diálogo sobre as situações do cotidiano dando mais ênfase as medidas de prevenção e controle de infecções, situação que não acontece.

Não sei por que, faltou um contato. O paciente estava em ventilação, deu negativo até, mas ai eu pensei, faltou conhecimento também, o sistema de respiração deveria ser fechado. Então falta um pouco, porque o serviço de controle de infecção hospitalar, ela tem muito mais conhecimento do risco do que a gente, falta um pouco de orientação por parte dela, mas não sei porque também ou talvez a gente não procura por ela também. (uce 296, suj.05)

Tem que acompanhar os pacientes, todos os pacientes eu acompanhava todos os dias com visita. Contato tem, mas eu não vejo atuação, Entendeu. Contato existe, mas eu não vejo atuação. Vai procurar duas semanas depois que a mulher morreu. Nem aqui a paciente estava, perdeu a paciente pelo hospital. (uce 431, suj.07)

Eu acho que todo o mundo tem que se interessar mais pelo assunto, mas a gente tem que ter um incentivo. Eu acho que tem que ter mais ênfase nisso, a gente tem que ter mais informação, a gente tem que ter mais participação ativa do serviço de controle de infecção hospitalar, nisso. (uce 02, suj.01)

Nesse contexto, o entendimento do vocábulo mundo refere-se ao sentido de todos, “todo o mundo” precisa estar envolvido na prevenção e no controle de infecções.

Mas eu já vi a pasta do serviço de controle de infecção hospitalar, tem muita coisa ali, mas ninguém mexe. Muitas vezes é por conta da correria, da pressa, tem que dar banho, tem que evoluir, sabe, eu vejo muito isso. (uce 329, suj.06)

Então pela pouca experiência e pelo nosso corre corre, não dá tempo de pegar e ficar ensinando, por conta do serviço de controle de infecção hospitalar também não dá tempo de pegar e ficar falando, é assim, é assim e assado, entendeu. (uce 236, suj.05)

Os enfermeiros sinalizam que existe o repasse de poucas informações à equipe que está na ponta, associam a esse aspecto a falta de interesse dos profissionais para instituir as medidas de prevenção e controle de infecções. Eles se reconhecem como responsáveis por essa questão e entendem que deve ser mais enfatizada por todos para cultivar a prevenção e o controle como algo inerente aos cuidados de enfermagem.

Para destacar mesmo a importância dos processos. A gente tem, por exemplo, os relatórios também a gente tem que ter mais acesso aos relatórios, e mais, tanto participação do serviço de controle de infecção hospitalar, com também interesse do público alvo, que é a gente. (uce 03, suj.01)

Falta também muito interesse da nossa parte também, de procurar saber, às vezes, está muito difícil, está tudo muito cansativo, então eu acho que tinha que mobilizar mais, tinha que atrair mais para poder ser feito. (uce 4, suj.01)

Porque eu não vou culpar somente o serviço de controle de infecção hospitalar, mas também tem falta de interesse por parte dos profissionais. Eu vejo que existe também muita resistência por parte dos profissionais também. Então para que tudo aconteça mesmo, eu acho que precisa mesmo de todo o mundo ter mais educação mesmo a respeito disso. (uce 5, suj.01)

Acho que isso é uma coisa que não é muito valorizado, não é muito trabalhado com eles, também é responsabilidade minha, e como não é muito trabalhado com eles não dá muita importância para a prevenção de infecção. (uce 209, suj.04)

Tem informações, tem mais informações que realmente a gente deveria estar passando mais. Não existe, não é priorizado. Talvez se o serviço de controle de infecção, não estou colocando a culpa neles, pois isso é responsabilidade nossa, nós que fazemos a prevenção não é o serviço. (uce 216, suj.04)

E infelizmente, muitas vezes, essa parte de educação continuada, de orientações de medidas de prevenção de infecção, acaba ficando para depois, você tenta fazer, fica assim, ele fica no emaranhado no meio de suas atividades, ele não é priorizado. (uce 466, suj.08)

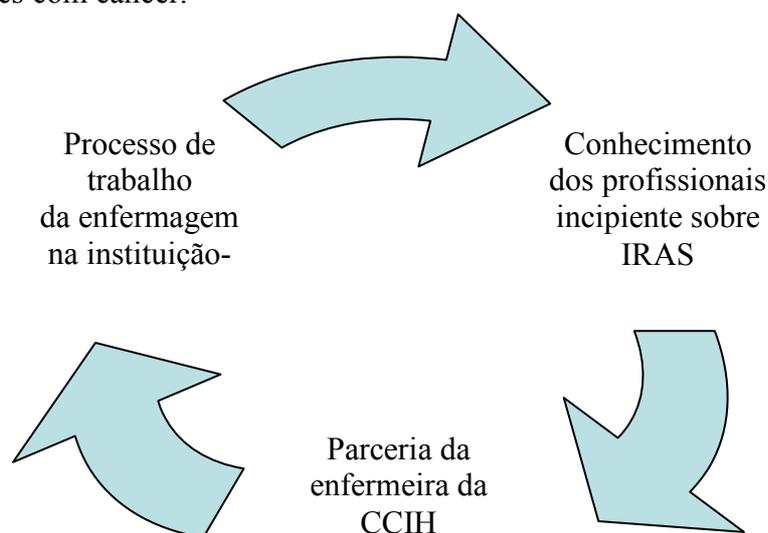
Dessa forma, a tendência da classe 5 aponta para a falta de entrosamento entre a enfermeira da CCIH com os enfermeiros líderes, pois muitas vezes existe falta de diálogo que compromete as orientações que devem ser passadas para a equipe de enfermagem que está na ponta.

Os resultados da classe 2, classe 3 e da classe 5 têm afinidade entre si, ao manterem uma relação entre o processo de trabalho, o conhecimento da equipe sobre o tema e a visão que os enfermeiros possuem sobre a necessária parceria da enfermeira da CCIH com a equipe que está prestando assistência aos pacientes com câncer e as implicações na prevenção e controle de IRAS na instituição investigada.

Essa relação se integra ao princípio da recursividade, onde a parceria da enfermeira da CCIH repercute no processo de trabalho que implica no conhecimento sobre IRAS, e o conhecimento sobre IRAS reflete no processo de trabalho dos profissionais e forma como

ocorre a parceria com a enfermeira da CCIH. Um sobre o outro exercendo e sofrendo causa e efeito simultaneamente. Essa ideia é representada na figura 11, onde procuro esboçar essa relação ao apresentar como esses aspectos integram o cerne da incorporação das medidas de prevenção e controle de IRAS na instituição investigada.

Figura 11- Representação dos aspectos que se integram na prevenção e no controle de IRAS em pacientes com câncer.



Nesse momento são discutidas as situações-problema relacionadas à enfermagem e ao conhecimento que contemplam as classes 2, classe 3 e classe 5. Os resultados dessas classes têm afinidade entre si por meio da ocorrência das situações-problema que acarretam na pouca ênfase dada à prevenção e ao controle da IRAS no processo de trabalho da enfermagem na instituição investigada. Os enfermeiros apontam vários aspectos que delineiam o processo de trabalho e a necessidade de buscar novas competências nos modos de organizar o trabalho das pessoas.

Na realidade vivenciada pelos profissionais na instituição, é marcante a divisão do trabalho na enfermagem ao perpetuar a divisão técnica do trabalho intelectual e executor. Saliento que a forma como acontece essa divisão do trabalho na enfermagem não é singular da instituição investigada, acompanha a realidade encontrada no cenário nacional. A divisão do trabalho na enfermagem surgiu junto com a sua profissionalização e permanece até hoje, a enfermagem forma um grande contingente de profissionais no território nacional dispersos de

forma heterogênea nas regiões do país. Dados do COFEN/2013 demonstram que apenas 15 a 20 % dos profissionais de enfermagem são enfermeiros (COFEN, 2013).

Conforme a Lei 7498/86 que regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem no Território Nacional, cada componente da equipe de enfermagem possui suas atribuições e competências próprias, tendo uma formação que objetive o desenvolvimento do processo de trabalho. Dentre as atribuições do elenco profissional, as ações de enfermagem se entrelaçam no fazer diário das equipes, aos membros da equipe de nível médio cabe a responsabilidade pela execução dos cuidados diretos, definido em planos desenvolvidos pelos enfermeiros (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Convergente a esse pensamento, o discurso dos enfermeiros assume forte tendência em colocar os membros da equipe de nível médio no centro do processo para o desenvolvimento de trabalho de enfermagem. Os depoentes se colocam presentes na gerência do processo assistencial, por outro lado, se colocam ausentes do centro do processo de produção dos cuidados.

Na visão deles é preciso buscar alguma forma para que essa ausência se torne em presença, entende que precisa gerenciar o processo assistencial e se reconhece como um profissional com múltiplas tarefas, esse sentimento resulta na consciência de não conseguir alcançar a execução do cuidado direto. Ressalta-se que essa dinâmica do processo de trabalho em enfermagem é condizente com o próprio conceito de gerência do cuidado que não divide em duas partes o gerenciar e o cuidar, é formado por significados que se opõem e, ao mesmo tempo aproximam-se e se complementam num relacionamento entre essas dimensões (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Dessa forma, pela complexidade vivida nos contextos onde se materializam os cuidados de enfermagem, o modo de gerenciar dos enfermeiros exige transformações. Não basta responsabilizar-se pela organização do ambiente, do trabalho e do cuidado, é necessário assumir a coordenação dos enfrentamentos cotidianos, seja com os pacientes, familiares, seja com os integrantes da própria equipe de enfermagem e dos demais profissionais (PRADEBON et al., 2011).

Na condução e viabilização do processo de trabalho, para atender as demandas de cuidado do paciente câncer, os depoentes relatam que dependendo do estágio e do processo de adoecimento, o tempo necessário e o quantitativo de ações relacionadas ao dimensionamento de pessoal disponível na instituição acarretam sobrecarga para os profissionais. Retroagindo sobre esta causa, a conformação na prática dessa circunstância pode contribuir no formato de implementação de medidas de prevenção e controle de IRAS.

O que é enfatizado pela equipe é a execução dos cuidados o mais depressa possível, para poder atender as demandas da instituição.

Assim, pode-se perceber que naquela instituição o modelo assistencial adotado privilegia os efeitos da doença em relação à prevenção de seus danos a saúde, quando em algumas situações apontou-se que a infecção não é relevante para os profissionais quanto comparada a magnitude do câncer.

Esse aspecto pode se configurar como um alimento para a reprodução de um cuidado fragmentado e distante da instituição de ações preventivas, onde o aspecto do risco de infecção pode ser negligenciado e não incorporado ao cuidado de enfermagem como uma prioridade (CABRAL, 2006). Os depoentes sinalizam que as medidas de prevenção e controle de IRAS se perdem no emaranhado de atividades dos enfermeiros, muitas vezes ficam em segundo plano, não sendo destacadas como prioridade no processo de trabalho deles, e em consequência também no fazer da equipe de nível médio.

Dessa forma, os cuidados de enfermagem são executados com fortes marcas do taylorismo. Isso é evidenciado quando os depoentes sinalizam que o modo como o trabalho é organizado, perpetua o comprimento da tarefa, sendo a prescrição médica o principal instrumento norteador. Os sujeitos salientam que os cuidados são rotinizados, que existe grande preocupação por parte dos técnicos em cumprir as tarefas, os horários, e por outro lado os enfermeiros não conseguem transpor essa situação, pois vivenciam situações que contribuem para o seu distanciamento do estar junto da equipe.

Os enfermeiros reconhecem sua responsabilidade diante desse comportamento, relativos à falta de implementação das medidas de prevenção e controle de infecções, mencionam que falta orientar, explicar, cobrar, supervisionar de maneira mais presente a sua equipe. Um ponto que associam à falta de supervisão direta é a realidade da instituição, onde muitos enfermeiros são responsáveis por mais de um setor, são poucos os setores que possuem o enfermeiro exclusivamente.

Como não conseguem estar corporeamente em dois, três lugares ao mesmo tempo, ressaltam a dificuldade que encontram para treinar a equipe, para cobrar, para estar junto nas ações de enfermagem. Circunstância que coloca em tela a questão da referência do enfermeiro para a equipe de nível médio e a forma como a autoridade do enfermeiro se delinea na prática.

De acordo com Pradebon et al., (2011) a questão do poder, quando se trata da gerência, chega a ser um paradoxo negá-lo, pois, formalmente, na estrutura organizativa das instituições e serviços, o cargo de enfermeiro traz em seu bojo a face do poder e da

autoridade. A questão é como isso é impresso na prática, os sujeitos ressaltam que são sobrecarregados e que isso afeta a dinâmica de estar junto da equipe.

Segundo os enfermeiros, a instituição tem uma visão deles como se fossem “super-heróis” ao terem a competência de dar conta de tudo. Esse aspecto firma-se quando os depoentes relatam que são responsabilizados e cobrados pelo processo de trabalho da enfermagem de todo o hospital, mesmo nos finais de semana e no plantão noturno quando são dois na escala de serviço e dividem a supervisão do hospital.

O nível de experiência dos profissionais é outro fator que os enfermeiros relatam que influencia na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS. Consideram os pontos extremos do nível de experiência como dificultadores, quando o profissional é muito antigo e tem um conhecimento que não é renovado criam vícios no trabalho, que predispõem aos erros recorrentes e o comprometimento dos princípios éticos da profissão. Enquanto o profissional recém admitido na instituição chega sem experiência profissional e irá aprender o trabalho com os outros profissionais que já se encontram atuando, assim reproduzem os erros dos profissionais mais antigos.

Em decorrência, os profissionais admitidos incorporam em seu trabalho os erros e vícios dos outros e não são corrigidos pelos enfermeiros, pois os mesmos não conseguem acompanhá-los, e muitas vezes quem os ensinam a trabalhar é o próprio técnico/auxiliar com suas limitações de conhecimento. Com isso os erros vão se perpetuando, como por exemplo: puncionar um acesso venoso sem luva de procedimentos, não realizar a HM entre os banhos de leito.

A insatisfação dos profissionais com os aspectos que envolvem o seu trabalho na instituição contribuem na reprodução desse ciclo. Pradebon et al., (2011) salientam que os trabalhadores quando ingressam na organização, chegam confiantes, cheio de sonhos e idealizações, porém com o passar do tempo, frequentemente, a realidade mostra-se diferente.

No trabalho da equipe a insatisfação de um profissional pode refletir na composição do trabalho de todos. Os enfermeiros relatam que isso acontece e se torna uma dificuldade no trabalho grupal. Esse aspecto relativo às satisfações e insatisfações dos profissionais relaciona-se as particularidades de cada um, visto que são pessoas singulares e também apresentam desafios específicos que interferem na implementação das medidas de prevenção de infecções.

Tornam-se relevantes os problemas interpessoais, muitos enfermeiros são inacessíveis ou pouco apoiadores, as normas restritivas cerceiam sua criatividade, formando um conjunto de dificuldades que enfraquecem o entusiasmo inicial do trabalhador, colocando em risco a

qualidade do trabalho de enfermagem que é prestado e a imagem da unidade e da instituição como um todo (PRADEBON et al., 2011). Os depoentes têm a consciência dessa questão e desejam que os profissionais sintam gosto pelo seu trabalho, e reconhecem que o grau de satisfação no trabalho influencia os profissionais na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS.

Os depoentes apontam que devido à sobrecarga de atividades a abordagem do erro acontece após evento, na maioria das vezes sem considerar a causa-raiz do problema. Nem sempre o erro serve de exemplo para ser discutido com a equipe para evitar a sua recorrência. Há relatos que alguns enfermeiros não assumem o poder que lhe conferido na qualidade de gerentes de outras pessoas. Mencionam que pelo fato de alguns enfermeiros não possuírem conhecimento ou não desejarem entrar em confronto com os membros da equipe de enfermagem deixam os erros passarem como se fosse despercebidos, reproduzindo os erros, como por exemplo, a forma que acontece a HM.

A ocorrência dos erros também está associada ao conhecimento incipiente (ARIAS; SOULE, 2008). Esta afirmação é congruente com a fala dos enfermeiros quando se verifica a dualidade de sentimentos em relação ao conhecimento dos profissionais. Por um lado o enfermeiro entende a importância do conhecimento para instituir as ações preventivas e, por outro, se sente responsável pela forma como o conhecimento em serviço é promovido.

Assim, o enfermeiro reconhece que de forma concomitante, os profissionais são controladores e disseminadores de IRAS. Relacionam que as mesmas também são decorrentes da assistência, subsidiada num conhecimento que por vezes não sustenta as ações dos profissionais na incorporação das medidas de prevenção e controle. A representação que o enfermeiro remete a prevenção e ao controle de IRAS existe certa ambiguidade, ao mesmo tempo em que o enfermeiro se considera o profissional que controla as infecções, se percebe como carreador desses agravos (ZAVADIL; MANTOVANI; CRUZ, 2012).

Os depoentes salientam que o conhecimento inerente dos profissionais sobre o tema controle e prevenção IRAS, está relacionado à formação profissional da equipe de nível médio, que contribui no despreparo para promover a excelência na assistência. Relatam que alguns profissionais chegam à instituição com pouco conhecimento sobre IRAS, são despreparados e não reconhecem a prevenção e o controle como algo inerente aos cuidados de enfermagem. Como já mencionado, quando os profissionais da equipe de nível médio são contratados na instituição, isso nem sempre consegue ser sanado, muitas vezes, assumem a assistência sem receber do enfermeiro todas as orientações necessárias para prepará-los. Aprendem com os colegas e quando o enfermeiro identifica os erros, aborda os profissionais

sempre na perspectiva de orientação pós-evento, depois que o erro já aconteceu, como por exemplo, não seguiu as etapas preconizadas para realizar uma cobertura em uma ferida operatória.

O conhecimento quando incipiente coloca em risco o trabalho de toda a equipe, todos os membros estão envolvidos nos problemas relativos à prevenção e controle de IRAS (PAIVA; OLIVEIRA, 2011). Mesmo que existam as técnicas e procedimento descritos para a prevenção e o controle de IRAS, é no momento de sua realização que geralmente são deflagradas as incertezas que afetam o êxito ou não dessa assistência.

O cerne dessa questão encontra-se na ideia que o profissional tenha conhecimento para colocar em seu fazer as boas práticas de uma forma contextualizada. Isso muitas vezes é dificultado na prática, pois existem fatores que afetam a forma como acontece à continuidade do trabalho na enfermagem, que depende do conhecimento, habilidades e atitude das pessoas que irão formar a equipe de trabalho. Esse aspecto é particularmente importante para a prevenção e controle de IRAS, pois as ações dependem do conjunto, para que as decisões que são tomadas pelos profissionais de enfermagem sejam as melhores para cada situação (FELDMAN, 2009).

O conceito de competência leva em consideração a tomada de iniciativa e de responsabilidade do indivíduo, a inteligência prática das situações, que se apóia sobre os conhecimentos adquiridos e os transforma. Inclui a faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas situações, a co-responsabilidade e a partilha do que está em jogo em cada situação. Nessa conjectura, os depoentes entendem que não adianta pensarmos que a simples transmissão de informações irá mobilizá-los para integrar os elementos disponíveis e tomar a melhor atitude.

No discurso destaca-se a falta de interesse dos profissionais que estão na assistência, nas estratégias adotadas pela educação permanente e pela CCIH para fomentar o conhecimento desses profissionais. Salientam que os profissionais nem sempre conseguem articular as informações recebidas com o dia a dia deles. Buscam através de “treinamentos” capacitar os profissionais com a tendência a privilegiar o âmbito da técnica não sendo tecida junta a subjetividade envolvida na produção do cuidado enfermagem.

Os depoentes valorizam a excelência na prática assistencial, entendem que os membros da equipe de enfermagem de nível médio têm conhecimento limitado no quesito prevenção e controle de IRAS. Por outro lado destacam a importância desse profissional construir conhecimentos para fortalecer a integração da teoria e da prática para melhorar a

assistência aos pacientes com câncer, que já se apresentam em risco de desenvolver infecção pelo próprio perfil imunológico.

Os enfermeiros agregam para si a culpa quando ocorrem infecções, mesmo conhecendo a condição imunológica insatisfatória do paciente, relacionam possíveis falhas durante a assistência prestada como elemento relevante na ocorrência desses agravos (ZAVADIL; MANTOVANI; CRUZ, 2012). No discurso fica evidente que os enfermeiros têm consciência da deficiência do sistema imune do paciente, e se consideram responsáveis pela dinâmica do cuidado e ressaltam que precisam ser envolvidos na geração do conhecimento para sua equipe.

Mas, é possível identificar uma justificção quanto à presença dos fatores que intervém no processo de construção do conhecimento para a equipe. Relatam que o enfermeiro que está na ponta da assistência está com acúmulo de atividades, são muitos setores para supervisionar com isso eles são responsáveis pela gerência de mais de um local, então a promoção do conhecimento sobre o tema fica descuidada.

A rotatividade dos profissionais tanto dentro da instituição como pelas rescisões contratuais influenciam na promoção do conhecimento para a equipe de enfermagem. Os enfermeiros referem que sempre estão recebendo novos profissionais, além do remanejamento interno na escala de serviço mensal, não conseguem manter uma continuidade em sua equipe.

Percebo que todos esses aspectos têm relação com o processo de liderança, sendo desfavorável na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS pelos profissionais que atuam na instituição investigada. Os depoentes seguem uma retórica sobre as competências do enfermeiro líder como um articulador da educação permanente com o dia a dia da equipe, precisa ser o “cabeça”, o “coordenador” da dinâmica de trabalho da equipe. A liderança é destacada pelos enfermeiros que são formados mais recentemente e buscam no mundo das ideias desenhar uma realidade, contudo, apontam que na prática não conseguem exercer o que apresentam em seu discurso.

Contudo, também foi mencionado o despreparo de alguns enfermeiros para liderar, pois quando não sabem não se expõem. Ressaltam a dificuldade encontrada em suas relações para comunicar-se adequadamente e para mediar relações com múltiplos sujeitos, inclusive a falta de integração entre os próprios enfermeiros na abordagem do tema prevenção e controle de IRAS naquela instituição.

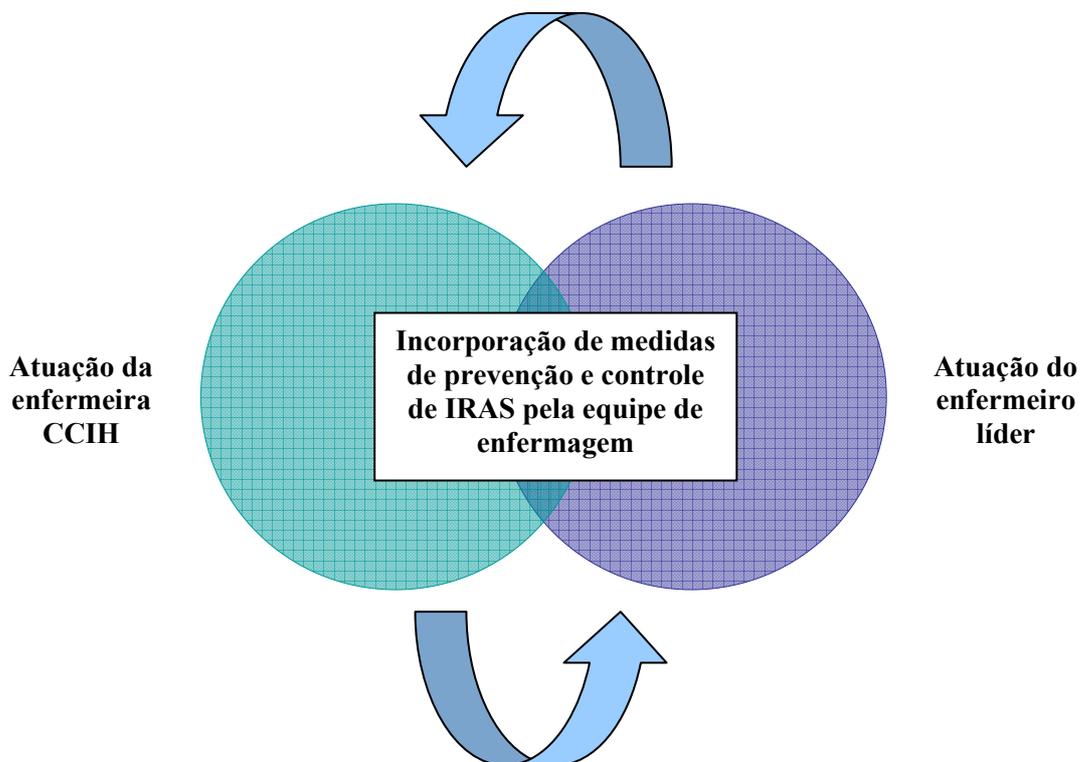
O discurso dos sujeitos desenvolve-se numa abordagem problematizadora que envolve as situações na promoção do conhecimento da equipe e respalda-se na ideia que só

reproduzimos aquilo que conhecemos e remetemos um significado. Apreendo esse aspecto como essencial para que o trabalho de enfermagem aconteça numa forma segura, emergindo como prioridade a prevenção e o controle de IRAS naquela instituição.

Em relação à parceria da enfermeira da CCIH os depoentes relatam a necessidade de fortalecer o vínculo entre ela e a enfermagem que está na assistência, pela existência de uma fragmentação entre os processos de trabalho desses profissionais.

A figura 12 representa a visão dos enfermeiros condizente com a ideia que um profissional deveria alimentar o serviço do outro, num movimento cíclico. Mas isso não ocorre na realidade vivenciada por eles, os dados do controle de infecção servem para desenvolver relatórios, são fragmentados da assistência e diretamente não têm implicações para melhorar os resultados do processo de trabalho.

Figura nº 12 - Circuito entre as relações do enfermeiro líder com a enfermeira da CCIH.



As competências da enfermeira da CCIH respaldam-se na implementação do PCIH, o qual deve direcionar a elaboração de medidas técnicas e administrativas orientadas por informações obtidas pelo sistema de vigilância epidemiológica e de monitoramento de indicadores de processos (BRASIL, 1998).

A obtenção dessas informações na instituição investigada ocorre por busca ativa no monitoramento de pacientes considerados de maior risco, isso é, pacientes críticos internados no CTI. São obtidas taxas de infecção neste grupo de pacientes, segundo a exposição ou realização de procedimentos, tais como, tempo de uso de cateter urinário, CVC e ventilação mecânica. A busca dos indicadores do controle de infecções, nos pacientes internados em enfermarias ocorre pela busca passiva, utilizando como instrumento a notificação do uso de antibioticoterapia.

Os enfermeiros salientam que essas informações, referentes aos dados epidemiológicos, as taxas de infecções por sítio, são colocadas em formato de gráficos em murais nos respectivos setores de ocorrência de infecção. Contudo, esses dados não são discutidos com a equipe que presta a assistência, não se traduzindo como reflexo do seu trabalho, nem como uma ferramenta que possibilite criar espaços dialógicos sobre a prevenção e controle de IRAS.

É importante ressaltar que a Portaria vigente, quando estabelece as competências da CCIH aponta que não basta realizar a vigilância epidemiológica; é preciso levar as informações a toda à instituição. A questão em destaque é a insuficiência de apenas elaborar esses relatórios com os indicadores epidemiológicos, mas a necessidade interpretá-los e analisá-los, e que sejam divulgados a todos os serviços e direção, promovendo um amplo debate com todos os profissionais envolvidos na assistência (DELAGE; SILVA, 2011).

O enfermeiro líder que está na gerência do processo assistencial é o profissional que se destaca, tanto na supervisão direta, no trabalho em conjunto e na atuação frente a programas de educação permanente, além de assumir importante função na identificação e notificação dos casos de IRAS, compete a ele viabilizar os protocolos com excelência e rigor que os mesmos requerem, respeitando os princípios éticos e bioéticos da profissão (MENDONÇA et al., 2011).

Contudo, os depoentes pontuam a necessidade da enfermagem que está na ponta se interessar e ser mais envolvida na prevenção e controle de IRAS. Entendem que prevenir e controlar IRAS não são atividades exclusivas da enfermeira da CCIH, mencionam que eles precisam se posicionar frente a essa questão.

Na atualidade, vivenciam uma relação fraca em relação à integração que compõem o processo de enfermagem nesse quesito. Mencionam que em alguns horários têm menos contato com a enfermeira da CCIH, a falta de integração entre eles ainda é maior no plantão noturno. Situação que fomenta a falta de interesse pela prevenção e controle de IRAS.

Estudos tem se preocupado em avaliar a qualidade do PCIH nos hospitais, por sua abrangência e magnitude, pela obrigatoriedade da existência do PCIH nos hospitais em todo território nacional. Nesses estudos se constata que o nível de desempenho do PCIH é relacionado ao atendimento às questões de estrutura, de processo e de resultado, onde a contextualização da avaliação ocorre na perspectiva de um programa em ciclo de melhorias que se respalda no amadurecimento do processo, estrutura e, conseqüentemente, no resultado (MACHADO; PEIXOTO, 2009; CERQUEIRA; MENDES, 2009; SILVA; LACERDA, 2009; DELAGE; SILVA, 2011).

Num estudo que avaliou PCIHs em instituições de saúde públicas, privadas e filantrópicas no município de Juiz de Fora (MG), os resultados indicam que os PCIHs apresentam diversas inconformidades e muitos desafios foram apontados pelos sujeitos, uma vez que as ações de prevenção e controle ficam à margem de todo o processo (DELAGE; SILVA, 2011).

Compõe as ações do PCIH, o programa educativo o qual deve ser integrando a educação permanente com ações de capacitação e treinamentos da equipe da instituição de saúde. O programa educativo deve subsidiar a implementação de medidas de prevenção e controle de infecções, as quais devem ser integradas ao fazer da equipe de enfermagem, como inseparável da produção dos cuidados, para tanto requer investimento na capacitação técnica e desenvolvimento humano dos profissionais (ARIAS; SOULE, 2008; CUCOLO; FARIA; CESARINO, 2007).

Assim, segue os princípios da segurança do paciente ao buscar o desenvolvimento do aspecto da tolerância zero, ou seja, seguir as medidas de prevenção o tempo todo, com todos os pacientes e em todos os procedimentos, isto é, em 100% das vezes devem ser realizadas as medidas importantes para prevenir e controlar as infecções (BRASIL, 2013).

Porém, neste estudo uma importante questão aludida pelos enfermeiros é o fato da educação permanente sobre prevenção e controle de IRAS, se basear num tipo de treinamento que privilegia a técnica e focada no repasse dos protocolos da instituição. Os depoentes ressaltam que os treinamentos e a capacitação realizada pela enfermeira da CCIH não são contínuos e, na maioria das vezes, não são fundamentados nos dados epidemiológicos encontrados nas buscas.

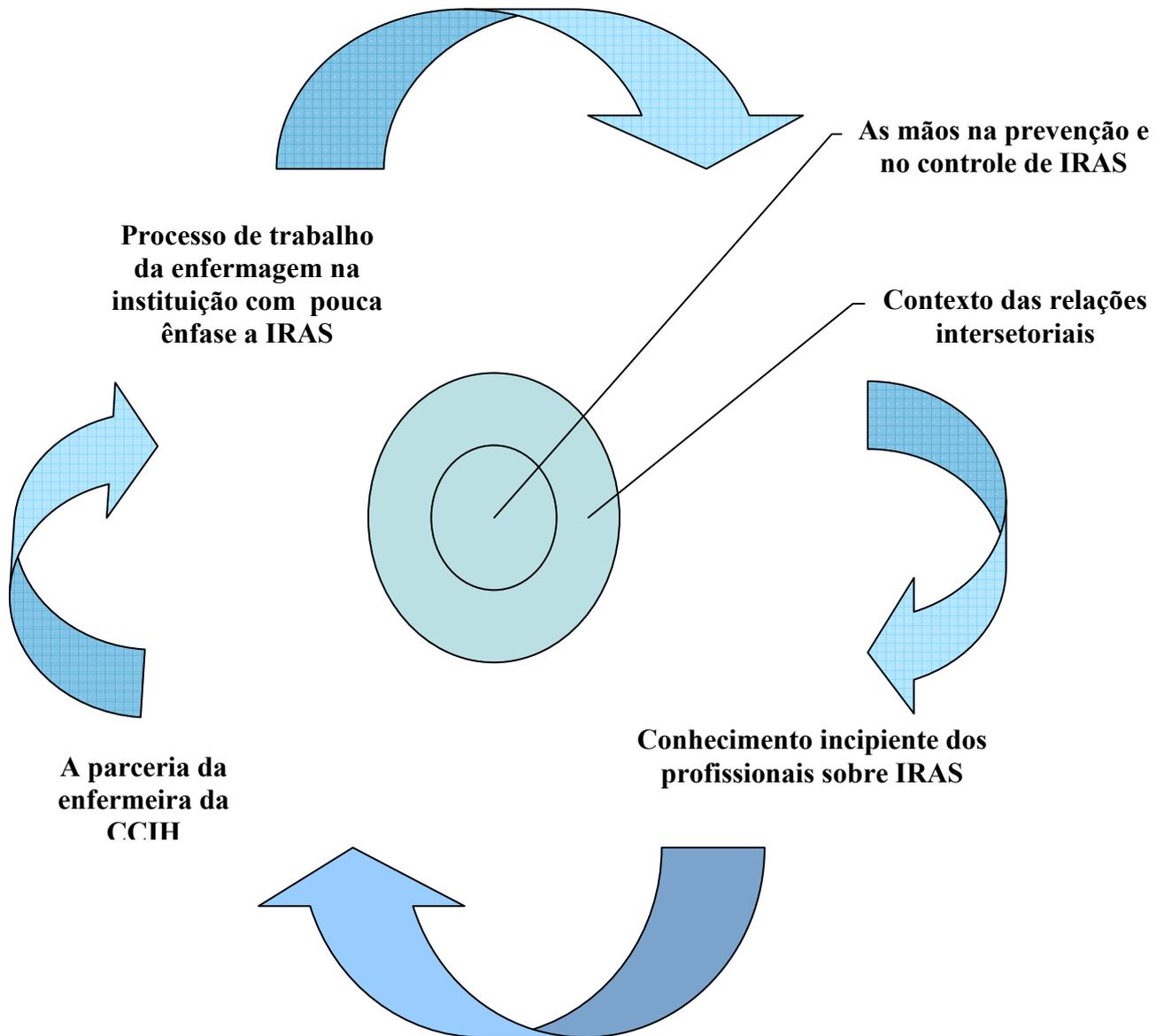
Em contrapartida, um programa educativo exitoso pode ser retratado a partir de uma experiência que desenvolveu uma proposta de aproximação da equipe de enfermagem, priorizando a prática educativa durante as visitas de vigilância nos diferentes turnos de trabalho e dando suporte para os enfermeiros serem multiplicadores das ações de prevenção e controle de IRAS; as decisões se tornaram mais descentralizadas, participativas e criativas (CUCOLO; FARIA; CESARINO, 2007).

Reitero que os depoentes retratam que na instituição investigada o programa educativo existente acontece num formato baseado em treinamento distante da prática, sem desencadear processo de mudança de comportamento dos profissionais. Salientam que atualmente não há o envolvimento de toda a equipe, acontece de forma fragmentada, quando a enfermeira da CCIH leva as informações à equipe que presta a assistência, a maioria dos profissionais não consegue integrar o que foi ensinado a sua prática.

A visão dos enfermeiros líderes está representada na figura 13, que esquematiza a dinâmica que integra e articula as situações-problema. Nela é possível apreender que as situações-problema que envolvem o processo de trabalho e o conhecimento da enfermagem, refletem na recorrência de outros problemas desfavoráveis na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS, pela equipe de enfermagem que assiste os pacientes com câncer na instituição investigada.

Em síntese, as situações-problema são várias e se integram como fatores intervenientes dificultadores no processo de liderança para que os membros da equipe de enfermagem incorporem as medidas de prevenção e controle de IRAS. A articulação e a integração dessas situações-problema no contexto conferem o caráter de complexidade a essa questão. Nem sempre é possível a resolução de todos esses problemas, mas a problematização sobre sua existência e a repercussão deles no dia a dia é necessária para pensarmos em estratégias de liderança.

Figura nº 13 – Dinâmica das situações-problema que influenciam na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS no cenário investigado, atenção oncológica de alta complexidade.



CAPITULO VI

ESTRATÉGIAS DE LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA INCORPORAÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE IRAS NOS PACIENTES COM CÂNCER

Neste capítulo apresento as estratégias de liderança em enfermagem elaboradas pelos enfermeiros líderes para a incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer. Consta dos dados produzidos pelos nove sujeitos que compuseram o grupo de discussão I, dados que também foram submetidos à análise pelo programa Alceste.

No tratamento dado pelo programa Alceste houve o aproveitamento de 69% dos vocábulos do *corpus*, isto significa que 69% de todo o *corpus* foi analisado pelo programa. O *corpus* com tamanho de 46 Ko foi constituído por uma única uci, pois a ideia é saber o que o grupo propõe de estratégias para enfrentar os desafios pontuados por eles na etapa anterior deste estudo. O software identificou no corpus 7950 vocábulos, o dividiu em 176 uce sendo adotadas 120 uce, continham 1525 formas distintas. Após a redução dos vocábulos às suas raízes, forneceu 225 palavras analisáveis e 139 palavras complementos.

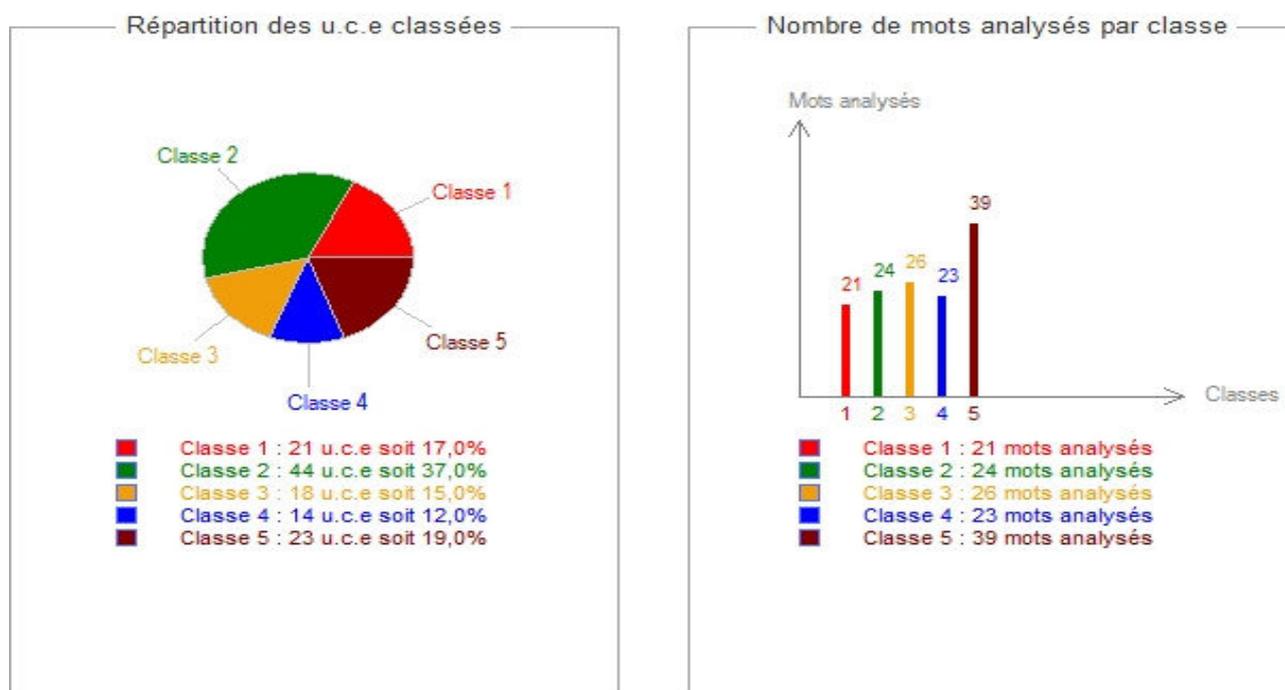
Como já mencionado, no grupo de discussão I não foram adotadas variáveis, o *corpus* analisado foi formado por uma única uci. Nesse momento, interessava para a organização coletiva das estratégias para identificar no mundo lexical elaborado pelo grupo de enfermeiros líderes quais são as estratégias, como se configuram, as possibilidades e os desafios para serem implementadas na prática.

Como aconteceu na análise dos dados pelo Alceste na parte I, o programa apresentou cinco classes que se mantiveram estáveis ao término da análise, cada classe recebeu uma denominação conforme suas uce e dos vocábulos mais frequentes e mais significativos de cada classe.

- Classe 1- A presença do enfermeiro líder nos setores de internação
- Classe 2- O processo de trabalho do enfermeiro líder
- Classe 3- A higienização das mãos na prevenção e controle de infecções
- Classe 4- A enfermeira da CCIH, parceira do enfermeiro líder
- Classe 5 – A promoção do conhecimento sobre IRAS para a equipe de enfermagem

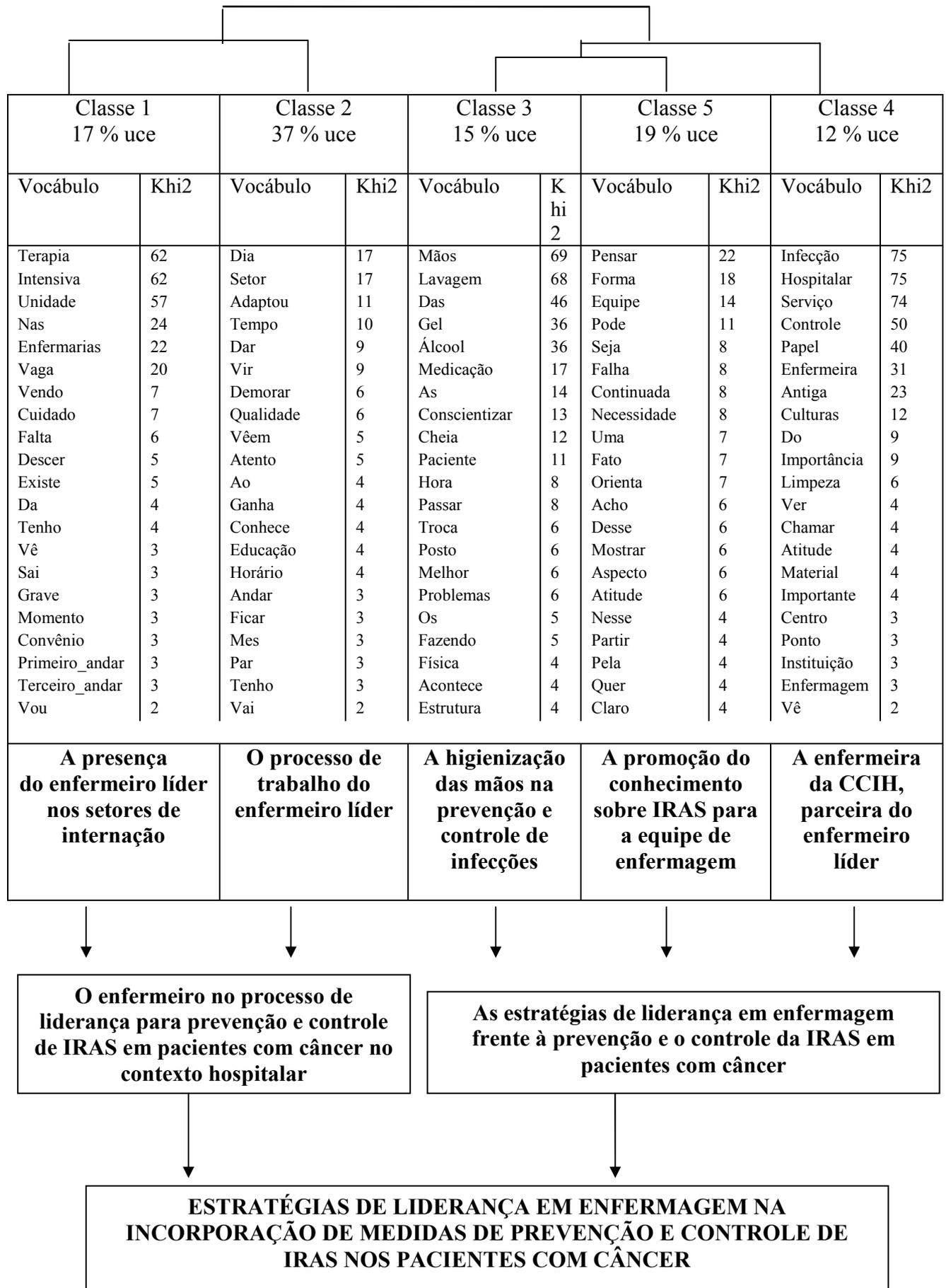
Na figura 14 é possível verificar a distribuição percentual das uce e o número de palavras analisáveis em cada classe formada. Observa-se que a classe 2 destaca-se das demais em termos de uce que a compõe, enquanto as demais mantêm um número similar de uce. A classe 2 comportou o maior número de uce com 37% delas, isto denota que ela possui maior significância em termos de quantidade de vocábulos, tem mais peso representativo nos discursos dos enfermeiros líderes. A classe 5 é a segunda em termos de número de uce que a compõe, com 23 uce que representam 19% do corpus. A classe 1 constitui-se com 21 uce, corresponde 17%, enquanto a classe 3 ficou 18 uce o que corresponde a 15% e a classe 4 permaneceu com 14 uce o que configura a 12% do total do corpus analisado.

Figura nº 14- Distribuição percentual das uce e o número de palavras analisáveis em cada classe formada no Grupo de Discussão I.



No centro da imagem da figura 15 começa-se a ler da direita para a esquerda onde se verifica que o *corpus* inicialmente sofreu uma primeira divisão em dois blocos. O bloco que ficou a esquerda da figura dividiu-se em dois novos blocos onde originou a classe 1 e a classe 2. Enquanto do outro lado dividiu-se em dois blocos, do primeiro surgiu a classe 4 e todo o restante do *corpus* continuou junto. Numa terceira divisão, originou a classe 5 e a classes 3.

Figura nº 15- Dendograma da classificação hierárquica descendente realizada pelo programa Alceste dos dados obtidos no grupo de discussão I.



A seguir são apresentadas as cinco classes obtidas no grupo de discussão I e no seguimento de cada bloco temático são discutidas para apreender de forma mais consistente as estratégias que os enfermeiros líderes mencionaram para enfrentar as situações-problemas, identificadas na etapa anterior do estudo.

Quadro nº 9– Denominação dos blocos temáticos para análise do grupo de discussão I.

Blocos Temáticos	Classes	Denominação das Classes
O enfermeiro no processo de liderança para prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer no contexto hospitalar	Classe 1	A presença do enfermeiro líder nos setores de internação
	Classe 2-	O processo de trabalho do enfermeiro líder
Estratégias de liderança em enfermagem frente à prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer	Classe 3-	A higienização das mãos na prevenção e controle de infecções
	Classe 4	A enfermeira da CCIH, parceira do enfermeiro líder
	Classe 5	A promoção do conhecimento sobre IRAS para a equipe de enfermagem

Como é possível verificar no quadro 9 formaram-se dois blocos para análise, entendidas como tendências que representam as estratégias de liderança na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.

As estratégias são entendidas como caminhos para o enfermeiro líder enfrentar os desafios vivenciados por ele no processo de liderança. Não pretende ser prescritiva nem impor processos ou mecanismos, foram elaboradas para serem implementadas junto à equipe de enfermagem no cenário de investigação.

6.1. O enfermeiro no processo de liderança para prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer no contexto hospitalar

Neste bloco teórico são apresentados os resultados da classe 1 e da classe 2, seguida da discussão desses dados.

Classe 1- A presença do enfermeiro líder nos setores de internação

A classe 1 representa 17% do material classificado para análise, e se expressa pelas palavras de maior significado para seu arranjo em sua estabilização a partir da identificação do valor do Khi2 e da percentagem dos vocábulos. As palavras mais expressivas desta classe são, terapia, intensiva, unidade, nas, enfermarias e vaga. Palavras que indicam que na unidade de terapia intensiva as situações- problema são mais facilmente identificadas quando comparadas com as enfermarias, onde os enfermeiros líderes permanecem menos tempo. Como não são exclusivos de um único setor, precisam adotar estratégias para gerenciar à distância.

Tabela nº 7 – Presenças mais significativas na classe 1-grupo de discussão I.

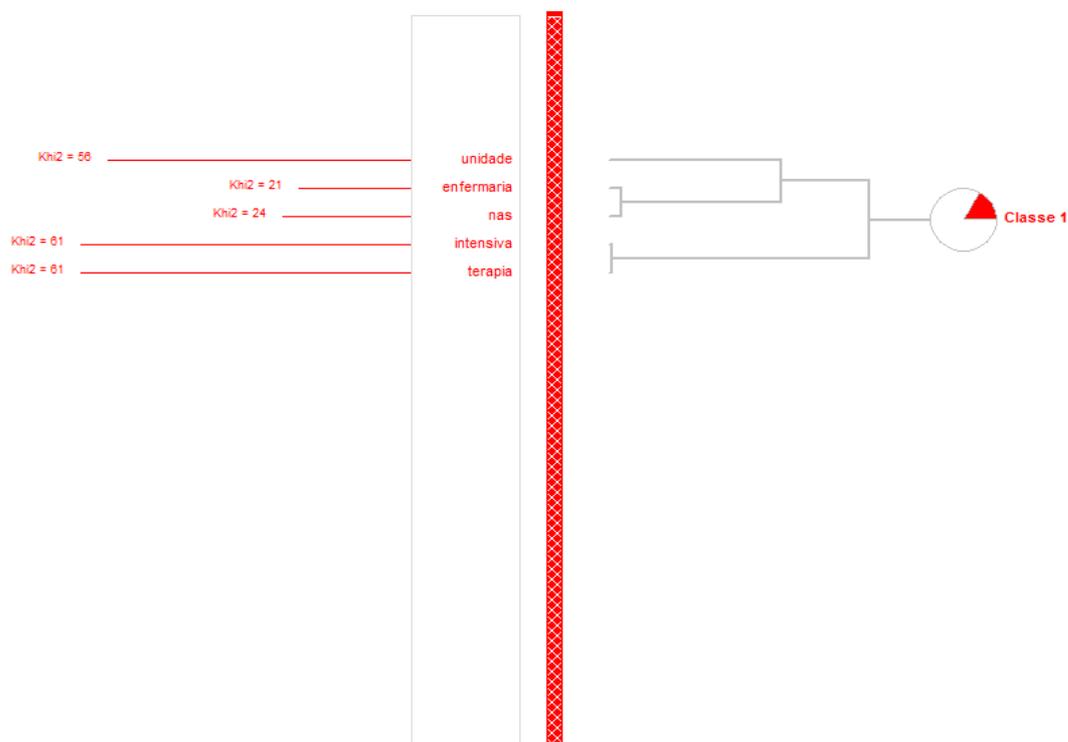
Classe 1 17 % uce		
Vocábulo	Khi2	%
Terapia	62	93
Intensiva	62	93
Unidade	57	92
Nas	24	86
Enfermarias	22	67
Vaga	20	100
Vendo	7	60
Cuidado	7	60
Falta	6	50
Descer	5	67
Existe	5	67
Da	4	28
Tenho	4	33
Vê	3	43
Sai	3	50
Grave	3	43
Momento	3	50
Convênio	3	50
Primeiro_andar	3	50
Terceiro_andar	3	50
Vou	2	38

Então é importante falar que nesse caso foi na unidade de terapia intensiva, quando você vê, você fala e quando você não vê..., no setor fechado você está ali, está vendo, existe um controle melhor, nas enfermarias temos que trabalhar mais a questão da confiança, você não está lá o tempo inteiro. (uce 164)

Eu cheguei a ver esse técnico de enfermagem, com luva e capote saiu do box do paciente isolado e foi no box do paciente em pós-operatório buscar material, eu corri e falei, mas infelizmente, infelizmente mesmo, eu não consigo estar ali as seis horas. (uce 160)

A força associativa dos elementos da classe 1 pode ser vista na classificação hierárquica ascendente, onde o discurso segue duas vertentes, uma segue para as unidades de internação tipo enfermarias e a outra para o centro de terapia intensiva.

Figura nº 16 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 1 – grupo de discussão I.



A figura 16 dá a entender que os sujeitos depoentes desmembram em dois blocos os setores da instituição, pois relatam que existem situações-problemas que se distingue em cada setor, mas ao mesmo tempo tornam-se complementares. Relatam que nas enfermarias do SUS igualmente na CTI, internam pacientes que necessitam elevadas horas de atendimento pelo alto grau de dependência da enfermagem. As palavras enfermaria, vaga e grave, revelam que nem sempre tem vaga ou o paciente tem indicação de CTI, em decorrência disso os pacientes que permanecem internados nas enfermarias dos SUS, por outro lado o dimensionamento de pessoal não dá conta de atender a todos com excelência na qualidade.

Pacientes que estão saindo para a hemodiálise, que está grave, fora de possibilidade terapêutica que não vai para a unidade de terapia intensiva porque não vai ocupar uma vaga de um paciente da unidade de terapia intensiva. (uce 32)

Então eu tenho paciente grave tanto quanto à noite eu fico somente com dois funcionários para vinte e dois leitos. Eu já tive momentos no terceiro que tinha sete pacientes fora de possibilidade terapêutica, que precisavam de cuidados de unidade de terapia intensiva, não desceu porque não tinha possibilidade para descer para não ocupar a vaga. (uce 36)

Os sujeitos apontam como estratégia a necessidade de adequar o dimensionamento de pessoal com a demanda do cuidado de enfermagem. Descrevem o perfil do paciente oncológico presente naquela instituição, sendo de pacientes graves, muitos com a indicação

de cuidados paliativos e requerem uma diversidade de procedimentos ao longo de sua internação. Esse aspecto é destacado pela palavra cuidado que traz implicações da forma como acontece a organização do cuidado na instituição.

Passa para ele a ser um paciente de terapia intensiva só que dentro do quarto, essa é a diferença. E isso em nossa instituição ocorre muito, tanto nos convênios como nas enfermarias, todos os dois atendem oncologia. (uce 34)

Falta de vaga faz com que os funcionários tenham pacientes variados. O cuidado integral para quatro, pode estar dentro do número, mas o grau de dependência que cai para ele, esse número pode estar muito distante, porque um paciente de enfermaria... (uce 33)

Outra estratégia destacada pelos sujeitos refere-se à necessidade de estabelecer relações com os outros serviços da instituição e ser ativo no processo de trabalho. Ações embasadas no ato de (re)conhecer os problemas e os desafios que existem no setor pelo qual é responsável pela gerência do processo assistencial.

Fui procurar a Léia, da limpeza para saber o porquê, procurei a Lígia primeiro, para ver o porquê estava faltando o material, o material está trancado na sala de limpeza eu não tenho a chave, a gente não pode pegar. (uce 19)

Eu fui saber o porquê, a gente tem que ter fundamento, estava sumindo demais e para controle de estoque delas, fecha o material e não tem disponível, estavam gastando muito, tive uns quatro episódios nesses três meses nas enfermarias. (uce 20)

Um dos desafios que o enfermeiro líder menciona existentes principalmente nas enfermarias, trata-se de instalar as medidas de precauções que necessitam de quarto privativo. A indicação dessa medida gera inquietação nos profissionais, pois há limite na estrutura física da instituição pela falta de quartos privativos nas enfermarias para instalar os pacientes sozinhos. Enquanto na UTI, pelos boxes serem individualizados há a possibilidade de instituir essa medida de prevenção e controle de infecções com mais facilidade.

E ou às vezes fica aguardando internado. Quando ele vem para a unidade de terapia intensiva, é colhido culturas e colocado em isolamento até que saem os resultados das culturas, nas enfermarias isso não é possível, não possui quartos suficientes, nem é colhido cultura. (uce 80)

Nas enfermarias não faz porque justamente não tem como isolar, na unidade de terapia intensiva tem, então ele é considerado até que provem ao contrário, no andar não faz isso por não ter como isolar. (uce 90)

E depois disso tivemos uns pacientes que estavam mais tempo, a unidade de terapia intensiva da aqui acaba que sendo cirúrgica, atende mais pós-operatório, tem que ter muito cuidado com os pacientes que estão isolados, tinha uma paciente estava isolada. (uce 159)

Outra estratégia salientada cita que a presença do enfermeiro nos setores de internação deve reforçar os temas conferidos na programação da educação permanente. É preciso estimular os profissionais a participar da educação desenvolvida na instituição, a existente não atinge a almejada mudança no comportamento dos profissionais. Os sujeitos ressaltam

que o treinamento é ineficiente, o que confere à necessidade de ir além da educação permanente, por exemplo, quando buscam conversar no dia a dia com os profissionais.

Aqui a palavra momento está associada como uma possibilidade de aproveitar o momento para orientar os profissionais, como exemplificado com o que acontece no setor de internação do CTI.

O treinamento, as palestras não são motivadoras, tem aulas que as pessoas não estão interessadas, está cansada, está presente só o corpo, atenção dela não está naquele momento, ela sai da palestra sem um ganho porque ela está desmotivada. (uce 91)

Daquela semana a gente tira quinze minutos e faz uma reunião com os técnicos e conversa e tira dúvida, é assim que funciona toda a semana a gente tem um tema dentro da unidade de terapia intensiva, reúne dentro do próprio setor... (uce 114)

Em síntese, percebe-se que a tendência da classe 1 do grupo de discussão I torna a destacar as enfermarias como setores prioritários, embora as palavras unidade, terapia, intensiva tenham o maior khi². A prioridade é entendida pelo setor de internação que apresenta maior risco de desenvolver IRAS, no sentido onde há mais problemas. Integra-se a essa situação o fato que enfermeiros não são exclusivos desses locais assumindo outros setores, em decorrência disso, precisam gerenciar os cuidados de enfermagem à distância.

Classe 2- O processo de trabalho do enfermeiro líder

A classe 2 foi composta por 37% do discurso analisado, sobressai-se a noção de elementos que envolvem a adaptação dos profissionais de nível médio no setor onde atuam e destacam a figura do enfermeiro líder para ajudá-los nesse sentido. A afirmação acerca de o enfermeiro líder ser o sujeito que pode favorecer o fortalecimento de sua equipe se delinea com as palavras mais expressivas dessa classe, dia, setor, adaptação e tempo.

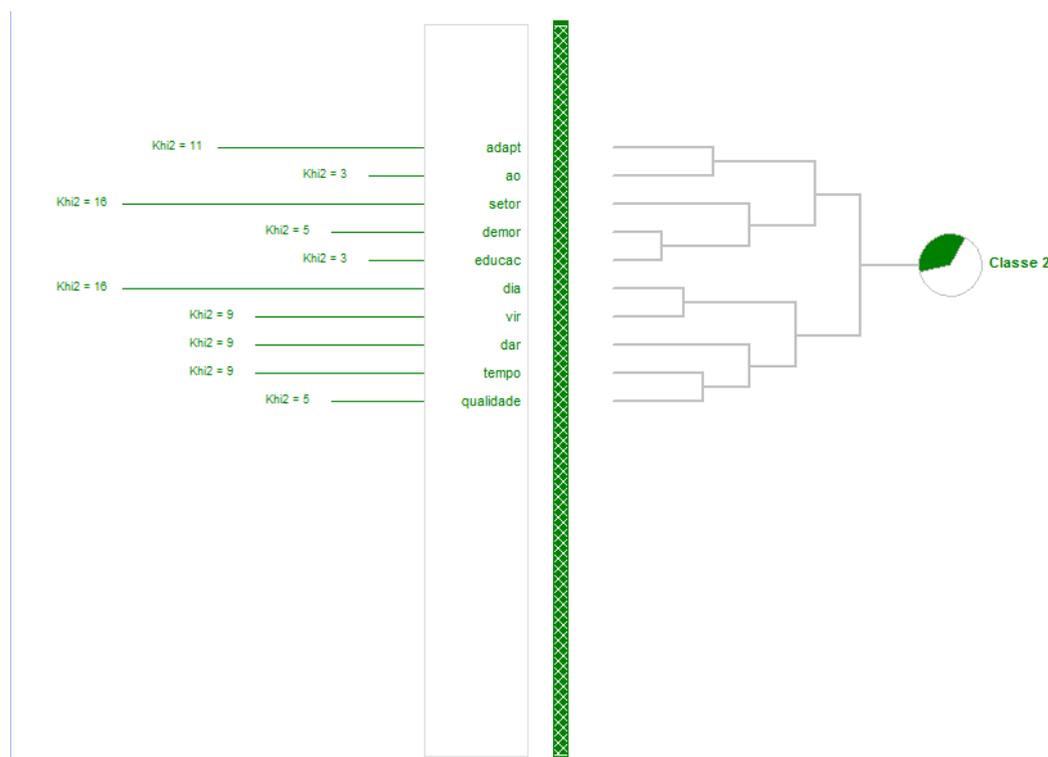
Então você conhece até as gavetinhas, as rachaduras na parede, você ganha tempo. Conheço cada funcionário meu, cada lugar, quem gosta de trabalhar. Então eu não gosto que mudem os técnicos do meu setor, mas infelizmente rodam, eu não gosto porque eu perco qualidade, quando o paciente está ali todo o dia eu ganho tempo porque eu desenrolo assim e assado, ganho tempo, ganho qualidade. (uce 139)

Tabela nº 8 – Presenças mais significativas na classe 2-grupo de discussão I.

Classe 2 37 % uce		
Vocábulo	Khi2	%
Dia	17	79
Setor	17	74
Adaptou	11	100
Tempo	10	71
Dar	9	100
Vir	9	100
Demorar	6	83
Qualidade	6	83
Vêm	5	100
Atento	5	100
Ao	4	71
Ganha	4	80
Conhece	4	80
Educação	4	59
Horário	4	80
Andar	3	75
Ficar	3	50
Mês	3	75
Par	3	75
Tenho	3	56
Vai	2	50

Na figura 17 a força associativa dos elementos na classe 2 pode ser vista na classificação hierárquica ascendente, onde primeiramente o discurso segue em duas vertentes. Uma acompanha para a adaptação dos profissionais aos setores de internação onde estão escalados e para os aspectos que envolvem as aulas de educação permanente. A outra tendência segue para as dificuldades dos profissionais comparecerem a educação permanente e para os aspectos que envolvem o tempo, tais como, o profissional permanecer mais tempo em determinado setor, não alterando sua escala de serviço diminui a sua rotatividade. Entendem que o profissional ao permanecer mais tempo no setor ganha-se em qualidade do serviço.

Figura nº 17 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 2 – grupo de discussão I.



Assim, o entendimento dos sujeitos sobre a adaptação dos profissionais ao setor onde trabalham, envolve aspectos que influenciam negativamente nesse processo, como a rotatividade deles nos setores de internação, pois há troca frequente na escala de serviço. Ainda apontam que a rotatividade não favorece ao profissional adaptar-se num determinado setor, por outro lado, quando o profissional não se adapta ao setor deve-se remanejá-lo para outro que ele tenha maior afinidade e com a possibilidade de se desenvolver.

Então eu acho que a gente tem que segurar evitar essa rotatividade, segurar aqueles que estão respondendo bem nos nossos setores, e aqueles que infelizmente não estão se saindo bem, se adaptando, deixar ele tentar se encontrar... (uce 154)

...ajudá-lo a se encontrar. Já tivemos casos de colegas, de técnicos que passou por mim, passou pelo convênio, foi para outro setor, voltou para mim agora e se adaptou. Tem que ter um pouco de boa vontade, estou tento, deu trabalho, mas teve oportunidade de passar por outros setores... (uce 155)

Os depoentes falam do tempo em mais de um sentido, refere-se ao tempo de trabalho do profissional no setor onde é entendido como um elemento que favorece no conhecimento sobre o contexto onde ele atua e esse ganho de tempo reflete na qualidade do serviço.

Quando você trabalha um bom tempo naquele setor, você ganha tempo, você conhece os clientes, você acompanha todo o dia, você ganha tempo, você conhece o seu José do leito amanhã você está vendo ele novamente... (uce 155)

Ganha tempo mesmo e acompanha a evolução porque eu conheço ele, o que acontece quando você fica no mesmo setor muito tempo, ganha tempo, pois você conhece todo o mundo, ganha qualidade, mas quando mudam os técnicos. (uce 136)

Os participantes também se referem à palavra tempo num sentido de demora. A educação em serviço é avaliada como importante para o profissional ganhar conhecimento e dar qualidade ao seu trabalho, contudo as aulas ministradas são consideradas muito longas e pouco eficazes. Apontam a necessidade de torná-las mais atraentes para os profissionais, sendo mais rápidas e dinâmicas.

...precisamos fazer assim, atentar ser realmente ser mais dinâmicos, demorar menos tempo para serem estimulados, passar o conteúdo de forma mais dinâmica, mas sem demorar tanto, nossa tem educações continuadas que demora muito tempo. (uce 100)

Tem que fazer sem demorar tanto, ser mais dinâmica. a educação geralmente é aqui em baixo, reúne a equipe, poderia ser no setor, poderia ser setorial, reunir a equipe... (uce 101)

E ai eu ficaria a dia inteiro falando para três, ficar falando, mas tem o fluxo de pessoas nos setores que atrapalham, eu divido em dois horários, eles tem que se organizarem e vir, a educação continuada não demora mais que quarenta minutos. (uce 102)

Vai à educação e dois dias depois ele comete uma falha referente ao que foi passado na educação. O aspecto teórico na formação que já é deficiente, na prática acontece de forma ainda mais deficiente. (uce 95)

Os trechos ilustrativos destas uce servem para mostrar que a educação permanente na instituição referente à prevenção e controle de IRAS é considerada pelos sujeitos como ineficaz e ineficiente. Por outro lado, destacam a importância de discutirem questões que envolvem a participação dos profissionais como o tempo, a demora para acontecer e o melhor horário para atraí-los.

Mas ele não recebeu essa capacitação ainda, isso acontece, demora, algumas vezes, então acho que esse treinamento tem que ser efetivo e tem que ser precoce, no dia que ele entrou, primordial é ele conhecer... (uce 146)

E como garantir a qualidade de quem está entrando, existe um treinamento inicial, que às vezes espera o colaborador, já está em trabalho há quinze, vinte dias, um mês, talvez para esperar um grupo maior, às vezes, ele já está em loco... (uce 145)

Relatam a dificuldade de eleger o melhor horário para fazer a educação permanente, nesse aspecto surge uma zona de tensão ao discutirem experiências sem êxito, quando agendadas fora do horário de trabalho e também quando eles não vêm durante o horário de trabalho pela dificuldade de sair do seu setor.

Fazer fora do horário de trabalho, não vêem, sem chance zero de vir, e impraticável, chance zero. Vamos dizer no plantão de hoje, par do mês de outubro, vamos dizer que tem uma reunião no dia quatorze para o pessoal do plantão impar de quatorze as dezesseis, e para o pessoal que trabalha no plantão par será no dia quinze, não vem. (uce 98)

O setor fica com um só, será que eu passei aquela medicação, acho que eles não ficam ligados tanto na

educação e por esse motivo, ficam preocupados como o setor, como ficou no setor somente com um colega, sente-se responsável pelo setor. (uce 97)

O grupo de enfermeiros leva o discurso para uma linha de argumentação onde defende que para suprir esses desafios é destacada a competência do enfermeiro como integradora da educação permanente com o dia a dia dos profissionais.

E o enfermeiro tem que ser multiplicador. O enfermeiro tem que ser o multiplicador no seu setor, que ele reforce isso no trabalho, que cobre e fique atento, tenha consciência da educação. (uce 112)

.. eu acho que o enfermeiro tem que ser o educador de seus funcionários, tem que ensinar os enfermeiros e os enfermeiros ficar responsável por ensinar nos seus setores, tem que ter continuidade. ((uce 103)

...mas que o enfermeiro fale também com os técnicos, tem que dar uma continuidade, tem educação continuada para os técnicos sim, mas que os enfermeiros reforcem isso durante o dia, com seus funcionários. (uce 104)

O multiplicador é o enfermeiro, é o supervisor enfermeiro, ele tem que ter ciência da palestra e ficar atento para multiplicar. Eu vejo assim, se ele tem essa dificuldade, que eu to colocando em relação ao horário para liberar alguém, eu tenho quatro durante o dia no meu setor. (uce 95)

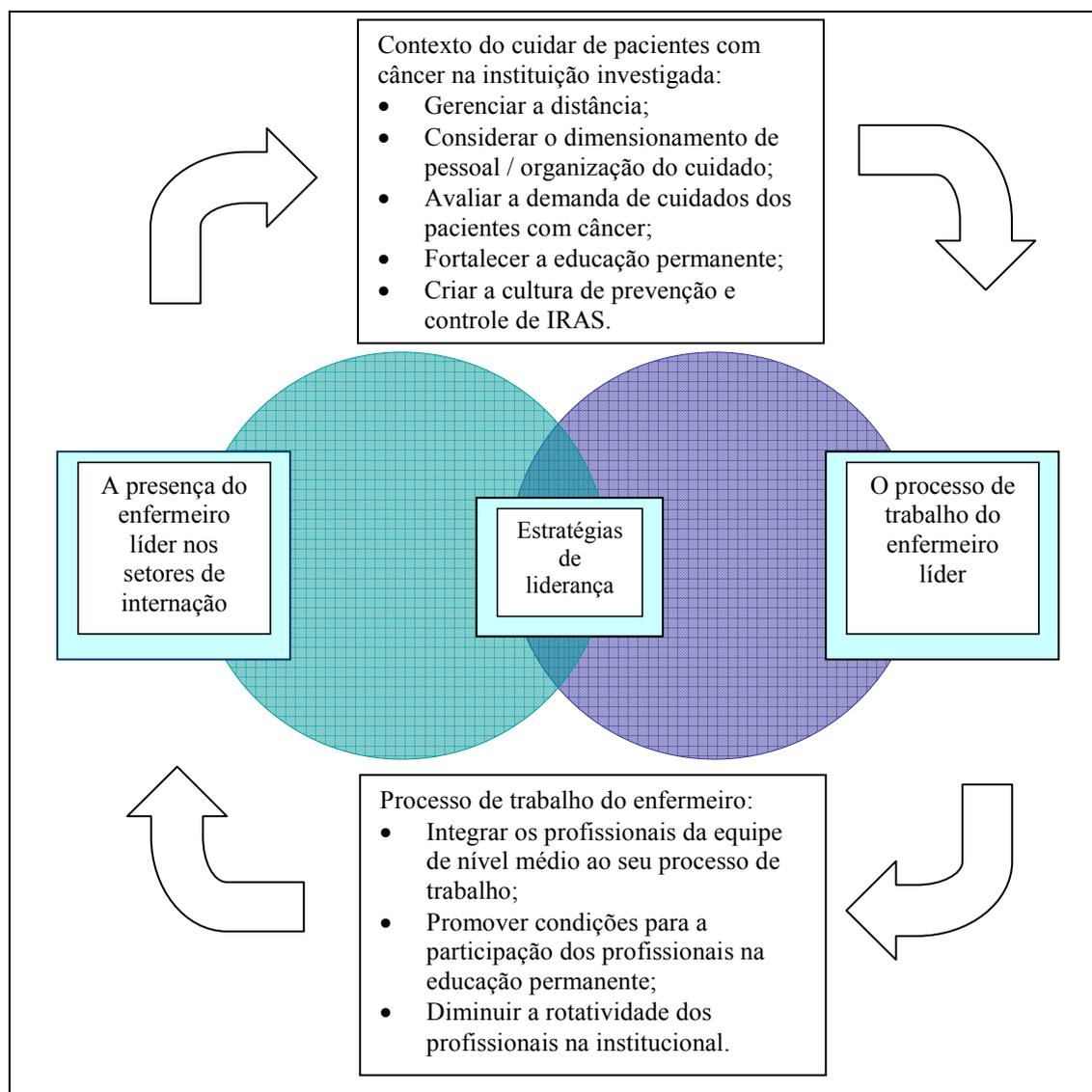
Em síntese, percebe-se que a tendência da classe 2 é para estratégias que fortaleçam a equipe, enfatiza aspectos como adaptação dos profissionais no setor de internação onde atuam. O enfermeiro líder é visto como um facilitador desse processo, atuando na geração de conhecimentos no dia a dia ao integrar o conhecimento desenvolvido pela educação permanente sobre a prevenção e controle de IRAS.

Deste modo, diante das situações desafiadoras encontradas na etapa anterior do estudo, a discussão a seguir ampara a construção da proposta das estratégias de liderança na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer.

A classe 1 que reflete a presença do enfermeiro líder nos setores de internação tem forte afinidade com a classe 2, a qual aborda o processo de trabalho do enfermeiro líder. Ambas as classes abordam estratégias de liderança que contribuem para construir uma cultura na instituição de prevenção e controle de IRAS. Destacam elementos que se inter-relacionam emergindo a figura do líder no processo de liderança.

Na figura 18 é possível visualizar essa inter-relação, onde no centro do processo estão as estratégias contribuindo para que haja o movimento no processo de liderança favorável na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer, na instituição investigada.

Figura nº 18 – O enfermeiro líder no processo de trabalho da enfermagem para prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.



De acordo com Amestoy et al., (2013) a forma como o enfermeiro líder se coloca no ambiente de trabalho demarca como é a sua presença. Pode ser que sua presença física, corpórea, seja distante das pessoas, ou seja, sem colocar as pessoas no centro do processo de trabalho ou no contraponto, pode colocar as pessoas no centro de suas ações gerenciais.

A gestão dos processos de trabalho como parte vital da política de humanização em saúde faz pressupor o conhecimento e a consideração não só das questões macrossociais, políticas e econômicas, mas também de saberes e fazeres produzidos e legitimados no cotidiano dos trabalhadores da saúde e na concretude de suas práticas, nesse espaço microtransgressor, fonte de criatividade e também de resistência (HENNINGTON, 2008).

A Política de Humanização implementada no Brasil tem entre seus objetivos no eixo que se refere à gestão do trabalho, propor a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional (BRASIL, 2009b).

Os resultados evidenciados neste estudo apontam que na instituição investigada a implementação dessa proposta na prática é prejudicada pelo acúmulo de funções e setores que o enfermeiro tem para supervisionar. Configura-se como um desafio para ser enfrentado, pois contribui na fragmentação do processo de trabalho e das relações com profissionais. No Brasil, a polivalência e multifuncionalidade dos enfermeiros são recorrentes, vivenciam esse problema no processo gerencial nas instituições que prestam assistência a saúde (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Uma característica marcante na instituição investigada, que certamente influencia na forma de gerenciar o processo assistencial, trata-se do enfermeiro ser visto pela comunidade hospitalar como um profissional polivalente e polipresente. Aspecto que ocorre por imposição da realidade institucional, que direciona para uma divisão dos setores de internação entre os enfermeiros, assim é responsabilizado, de forma concomitante, pela gerência do processo assistencial de mais de um setor que impõe gerenciar a distância.

A partir dessas colocações, busco esclarecer o sentido dado nesta discussão a gerenciar a distância. Relaciona-se a articulação na dimensão gerencial do enfermeiro de recursos externos e internos necessários a promoção do cuidado aos pacientes com câncer. Gerenciar a distância é buscar meios de garantir a continuidade do cuidado para o paciente com câncer, que requer altas horas de atendimento da enfermagem, mesmo não estando presente corporeamente no ato do cuidado prestado pelos profissionais da equipe de nível médio.

É consensual que o dimensionamento de pessoal que atua na área da saúde é muito aquém da necessidade para suprir as demandas da população em todos os níveis de atendimento. O previsto na legislação geralmente não o existente nas instituições, o que afeta a incorporação das ações para a segurança ao paciente (KURCGANT et. al., 2009). É importante ressaltar que a IRAS está associada ao ambiente onde o cuidado é produzido, mesmo quando o enfermeiro está em mais de um local, é responsável legal pelas ações e atitudes de sua equipe (SOUZA; ROCHA; GABARDO, 2011).

Essa circunstância emergiu nos resultados obtidos neste estudo, os enfermeiros assumem que existem situações que colocam em risco a segurança dos pacientes referente à

infecção como um evento adverso. Possuem uma visão que coloca a IRAS como uma condição emergente também decorrente da forma como a assistência é prestada. Assim, os fatores de risco passam a ser gerenciados, a infecção nos pacientes com câncer deixa de ter um caráter essencialmente de fatalidade em decorrência do déficit de imunidade do paciente.

Essa visão vai ao encontro da perceptiva que a infecção deixa de ser hospitalar e passa a ser relacionada à assistência, o que confere uma maior responsabilidade dos profissionais na ocorrência de evento, na busca da tolerância zero para sua ocorrência (ARIAS; SOULE, 2008).

O gerenciar a distância acontece em todos os setores da instituição investigada, principalmente nas enfermarias. Os enfermeiros se colocam como responsáveis pelo trabalho dos profissionais da equipe e que precisam influenciá-los para que implementem as medidas de prevenção e controle de IRAS. Contudo, salientam que nas enfermarias a equipe enfermagem de nível médio tem mais autonomia e o enfermeiro menor poder de controle das atividades, o que influencia negativamente o processo de liderança. Dessa forma, ressaltam que precisam estabelecer uma relação de confiança entre eles, pelo fato de não conseguir estar lá todo o tempo.

Diante dessa situação, entendo que uma questão é imprescindível que seja refletida: para liderar é preciso estar junto o tempo inteiro?

Considerando que a liderança acompanha a evolução histórica, no modelo administrativo do século passado, da era industrial, amparava-se no gerente supervisionar o processo, controlava todas as suas etapas de produção (CHIAVENATO, 2012).

Na tendência atual, se busca valorizar o ser humano acreditando em sua capacidade de ser sujeito transformador de seu ambiente de trabalho, a liderança caminha na valorização da pessoal, contribuindo para que ele se desenvolva no sentido pessoal e profissional (LANZONI; MEIRELLES, 2011).

Em relação ao gerenciamento dos profissionais, o enfermeiro precisa ser criativo para enfrentar os problemas decorrentes do dimensionamento de pessoal. Os enfermeiros mencionam que o dimensionamento de pessoal é aquém do necessário para garantir a segurança do paciente, relacionam que o quantitativo e qualitativo de profissionais que compõem a equipe de enfermagem implicam na forma como o cuidado é organizado e produzido na instituição.

Tal visão é condizente com um conceito mais atual que trata do dimensionamento de pessoal de enfermagem, sendo a etapa inicial do processo de provimento de pessoal. Onde se entende por previsão do quantitativo de pessoal como um processo que depende do

conhecimento da carga de trabalho existente nas unidades de internação e do trabalho, relaciona-se com as necessidades de assistência dos pacientes e do padrão de cuidado pretendido (MAYA; SIMÕES, 2011).

Pelo grau de complexidade do paciente, que é ligado à gravidade e ao uso de tecnologias, o cálculo de dimensionamento de pessoal nas enfermarias considerado é menor quando comparado na terapia intensiva. Contudo, os enfermeiros salientam que no setor de internação-enfermaria onde internam os pacientes com indicação de cuidados paliativos a demanda também exige horas de atendimento semelhantes aos pacientes de terapia intensiva.

Para se avaliar a necessidade de assistência, foi desenvolvido um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), abrangendo cinco níveis de cuidado, de acordo com a complexidade assistencial: intensivo, semi intensivo, alta dependência, intermediário e mínimo. Esse sistema foi referendado pelo COFEN na Resolução nº 189/96, porém sem contemplar o nível de alta dependência. Em 2004, o COFEN alterou a Resolução 189/96, que tratava do dimensionamento de pessoal e publicou a Resolução nº 293/2004, onde acrescentou algumas variáveis qualitativas. Aumentou o número e horas para o cuidado, conforme a complexidade do paciente, sendo mais significativa para os intensivos, que passou de 15,4 horas para 17,9 horas, por paciente e por dia (MAYA; SIMÕES, 2011).

A literatura aponta para a necessidade de utilizar metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de assistência, de modo que o paciente receba um cuidado de qualidade que proporcione segurança. Dessa forma, enfermeiro precisa se instrumentalizar-se para gerenciar os recursos humanos sob sua responsabilidade, pois o quantitativo de pessoal interfere diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2010).

O gerenciamento da unidade exercido pelo enfermeiro exige conhecimento e competência que o habilite para a participação de processos decisórios e para assumir papel relevante no direcionamento das políticas de recursos humanos dentro das instituições de saúde (PEDUZZI ; FELLI, 2010).

Para que isso ocorra, é necessário discutir as dificuldades que o enfermeiro enfrenta para realizar o gerenciamento do dimensionamento de pessoal junto aos gestores administrativos. Para evitar que o quantitativo de pessoal atenda somente o cumprimento de normas, rotinas e tarefas, reproduzindo aquilo que outros profissionais e a instituição esperam, deixando muitas vezes de priorizar as necessidades dos pacientes, gerando descontentamento, desmotivação nos trabalhadores de enfermagem que se encontra em um quadro de pessoal não adequado para atender tantas necessidades (MAYA; SIMÕES, 2011).

Na instituição investigada, os enfermeiros salientaram que a demanda dos cuidados de enfermagem, considerando as particularidades nos pacientes com câncer e o dimensionamento de pessoal existente não contemplam produzir o cuidado com excelência. Assim, apontam como estratégias avaliar a demanda de cuidados dos pacientes com câncer e buscar adequar o dimensionamento de pessoal as necessidades de cada setor. Essa situação se configura como um problema recorrente na maioria das instituições de saúde no Brasil, o enfermeiro precisa estar atento se o perfil dos pacientes de seu setor é condizente com o dimensionamento de pessoal disponível, tanto no aspecto qualitativo quanto quantitativo (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Configura-se como uma questão que imprime na prática um grande desafio para os enfermeiros, trata-se da integração da alta demanda de cuidados dos pacientes com câncer integrado à realidade do dimensionamento de pessoal presente nas instituições de saúde. Situação que impõe ao enfermeiro que sua presença nos setores de internações contemple ações não sistematizadas para gerenciar o processo assistencial, muitas vezes, implicando na inobservância de ações voltadas a segurança do paciente.

A forma como acontece e como se configura a presença do enfermeiro impactam nas relações com os demais membros da equipe de saúde (MARQUIS; HUSTON, 2010). Idealmente essa relação se consolida quando o enfermeiro líder assume uma postura pró-ativa frente às situações-problemas, estando atento que suas ações é uma parte do sistema. Aspecto essencial, pois a prevenção e o controle de infecções são ações de todos os profissionais, inclusive de outros serviços por meio da integração dos processos de trabalho (SOUZA; ROCHA; GALARDO, 2011).

A necessidade de fortalecer a educação permanente é evidente nas falas dos enfermeiros, afirmam que a presença deles de maneira não contínua nos setores de internação, ou seja, quando estão gerenciando a distância implica no processo educativo, uma de suas competências gerenciais que evidentemente fica negligenciada.

Destacam que uma das medidas de prevenção e controle que gera tensão quando indicada é a instalação de precauções que requerem o uso de quarto individual. Questão que está associada à insuficiência de quartos privativos e ao comportamento da equipe, quando não aderem às medidas conforme preconizado pela CCIH.

Além disso, os enfermeiros apontam que gostariam de utilizar os resultados de culturas para orientar a equipe. Destacam que os resultados das culturas demoram muito para sair, às vezes, os pacientes já tiveram alta do CTI e o resultado ainda não chegou do laboratório, e para os pacientes que estão internados nas enfermarias, o pedido de culturas

não é uma prática comum. As culturas são importantes na avaliação epidemiológica para o controle de infecções, dentre suas possibilidades, os resultados servem para conduzir o tratamento dos pacientes e conhecer o perfil microbiológico (FERNANDES; FERNANDES; RIBEIRO FILHO, 2000).

Os enfermeiros ainda apontam que os profissionais implementam veementemente as medidas de precauções-padrão, somente quando sabem que o paciente tem alguma doença infecciosa transmissível. Portanto, nem sempre consideram a prerrogativa que todas as pessoas devem ser consideradas fontes de contágio e são potencialmente infectantes. Destaca-se que a instituição das precauções-padrão é independente do resultado de uma cultura, pois devem ser implementada ao assistir todos os pacientes em situações que haja risco de contato com secreções, sangue e fluidos corporais (BRASIL, 2009a).

Na oncologia esse é um aspecto que pode ser velado pelo fato dos pacientes serem potencialmente imunodeprimidos em graus variados, pode conferir uma falsa ideia sobre os microorganismos que causam infecções possuírem baixa resistência aos antibióticos e com o seu uso, esses pacientes não desenvolvam infecções originadas de fontes exógenas.

Entendo que a incorporação das precauções-padrão é o cerne das medidas de prevenção para o controle de IRAS, que perpassa pela conscientização dos profissionais sobre a sua capacidade de tomar decisões e como parte responsável pela segurança do paciente quando está produzindo o cuidado; as ações dos profissionais não podem causar mais danos do que conforto e segurança.

Quando se almeja a segurança do paciente, dentro dessa linha também está a segurança do próprio profissional, o enfermeiro líder tem papel fundamental ao favorecer a cultura sobre a prevenção e controle de IRAS para todos os profissionais independente do tipo de setor de internação da instituição (ARIAS; SOULE, 2008; CUNICO, 2009).

De acordo com Feldman (2011) o tipo de ambiente pode contribuir na determinação das ações dos profissionais na perspectiva do gerenciamento de riscos. Esta afirmação respalda a ideia apresentada pelos enfermeiros que a prevenção e o controle de IRAS para os pacientes internados no CTI, recebem outra visão dos profissionais. Nesse setor há uma maior supervisão do trabalho realizado pelos profissionais por parte dos enfermeiros e pelos médicos, além da própria condição do paciente que requer maior vigilância. Além disso, é nesse setor que há maior ênfase a infecção por parte da comunidade da instituição, por exemplo, pelo uso de antibióticos de maior espectro.

Enquanto nas enfermarias a relação existente entre a demanda de cuidados com o dimensionamento de pessoal colabora com o comportamento dos profissionais para instituir

as medidas de prevenção e controle de IRAS, ficando em segundo plano por não serem priorizadas. A fala dos sujeitos remete a uma visão que no CTI se destaca mais o aspecto comportamental, enquanto nas enfermarias além desse aspecto, existem mais desvios que se integram as situações-problema existentes e corroborando para aumentar os desafios encontrados na prevenção e controle de IRAS.

A educação em serviço foi apontada como uma estratégia que deve ser presente no dia a dia dos profissionais, onde a prevenção e o controle de IRAS deve ser um tema dialogado com a equipe de enfermagem, com a finalidade de fortalecer suas ações. Seguir esse arquétipo da educação em serviço exigiria um reposicionamento dos sujeitos e mudanças nos modos de fazer, de trabalhar, de praticar e produzir saúde, mantendo-se a constante preocupação de evitar a dissociação entre o cuidado e a gestão do cuidado (HENNINGTON, 2008).

Dada a relevância, entendo que quando os enfermeiros salientam que o treinamento realizado na instituição pela CCIH e pela educação continuada é ineficiente, é preciso ir além desse tipo de estratégia para capacitar os profissionais. Também é preciso estimular os profissionais a participar dessas programações, e aprender a apreender o conteúdo abordado para imprimir em sua prática de cuidados (GONÇALVES, et al., 2012a).

Os resultados revelam a intenção dos enfermeiros, que sua presença nos setores de internação seja capaz de influenciar no comportamento das pessoas, ao criar espaços dialógicos sobre prevenção e controle de IRAS, aproveitando cada oportunidade para conversar, tirando dúvidas, reforçando os aspectos que precisam ser mais atentado. Destacam que cada momento é uma oportunidade única, não se pode deixar para depois as orientações, visto que a demanda de cuidados é muito alta, outras situações irão surgir, perdendo-se um momento único para aprendizado.

Frente ao exposto, compete ao enfermeiro fortalecer nos setores de internação junto aos profissionais no dia a dia os temas discutidos pelos treinamentos conferidos. Para o enfermeiro líder empreender essa estratégia, há de se considerar os aspectos individuais e coletivos um refletindo sobre as ações do outro, onde há a necessidade de fortalecer a educação permanente para todos, com a intenção de fomentar a cultura da segurança na prevenção e controle de IRAS.

Os enfermeiros entendem que para criar a cultura de prevenção e controle de IRAS, precisam se colocar como integradores dessas ações com a sua prática, ao utilizar-se de estratégias para influenciar sua equipe na gerência do processo assistencial. Por outro lado, o

aspecto educativo é um dos grandes desafios que os enfermeiros precisam discutir na instituição, considerando a realidade que eles vivenciam.

No contexto de cuidar na instituição investigada, que enfatiza a alta complexidade na atenção oncológica, foram destacadas estratégias que ajudam a delinear o processo de trabalho do enfermeiro líder. Uma dessas ações é voltada para a adaptação dos profissionais da equipe de enfermagem de nível médio, integrando-os ao ambiente de trabalho. Isso deve ser um dos objetivos do enfermeiro líder, promover o conhecimento sobre a estrutura e os processos de trabalho na instituição, oferecendo informações e suporte técnico, cognitivo e afetivo (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Recepcionar os novos profissionais e fornecer informações para eles conhecerem detalhadamente a estrutura física e organizacional da instituição a qual ele fará parte, como se organiza de acordo com a visão, a missão, e os valores da instituição. Para que eles tirem suas dúvidas a respeito da instituição que escolheu trabalhar e sobre o seu processo de trabalho.

Dessa maneira, o enfermeiro estará ajudando o profissional recém admitido na instituição ou recém chegado ao setor de internação, a conhecer o contexto onde irá atuar e as peculiaridades do cuidar dos pacientes com câncer. Destacando a importância de instituir as medidas de prevenção e controle de IRAS durante a promoção dos cuidados de enfermagem, como uma prioridade no seu fazer diário (GIAROLA et al., 2012).

Apontam como estratégias promover condições para a participação dos profissionais na educação permanente. Nesse aspecto a educação permanente foi novamente destacada ao compor o processo de trabalho do enfermeiro líder, entendem que a educação permanente é uma estratégia que auxilia na integração dos profissionais ao processo de trabalho. Sinalizam que é imprescindível na admissão dos profissionais para adaptá-los ao processo de trabalho, que o enfermeiro seja um integrador da educação permanente ao dia a dia.

A educação permanente é uma estratégia que busca aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2009b; DAVINI, 2009).

Além disso, destacam que a educação permanente basicamente é desenvolvida no formato de aulas no centro de estudos da instituição e nem sempre são atrativas para os profissionais. Salientam que o formato dessa estratégia educativa deveria contemplar aulas mais rápidas e mais dinâmicas, influenciando o conhecimento sobre IRAS e o fazer da prevenção e do controle.

Essa colocação é condizente com o enfoque sobre os problemas e as perspectiva da capacitação nos serviços de saúde, que geralmente consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do modelo escolar, dentro dessa lógica, pressupõe a reunião das pessoas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real de trabalho, colocando-as ante um ou vários especialistas experientes, que transmitirão conhecimentos para, uma vez incorporados, serem aplicados (DAVINI, 2009).

Além de pensar em mudanças no modelo do processo educativo na instituição, outro ponto que foi bastante discutido e que gerou certa tensão entre os enfermeiros, foi a escolha do melhor horário para obter a participação dos profissionais. Existem situações que dificultam a participação deles nas aulas agendadas pelos enfermeiros da CCIH e da educação permanente. Quando agendada fora do horário de trabalho na instituição, eles têm dificuldade de comparecer, pois estão fora do horário de serviço. Tal dificuldade persiste mesmo quando agendada no horário de serviço, não conseguem participar pela grande demanda de cuidados dos pacientes com câncer, atrelada à falta de interesse de alguns profissionais em participar da educação permanente.

Outra estratégia salientada pelos enfermeiros que influencia o processo de trabalho de toda a equipe de enfermagem, trata-se de diminuir a alta rotatividade dos profissionais. É entendido como um problema que acontece por motivos de rescisão contratual de serviço e pela própria rotatividade interna dos profissionais na instituição entre os setores. Essa situação que é descrita como uma necessidade para adequar de forma quantitativa e qualitativa os profissionais a escala de serviço, devido a férias, licenças e a própria rotatividade dos profissionais com novas admissões e rescisões contratuais

Os resultados sinalizam que é preciso enfrentar esse aspecto, discutindo o que envolve a rotatividade dos profissionais tanto dentro da instituição entre os setores, como os pedidos de rescisão de contrato com a instituição. Há um investimento de tempo e recursos do enfermeiro na integração dos profissionais ao contexto de trabalho, dessa forma, idealizam que a equipe de enfermagem fosse fixa nos setores de internações. No entanto, quando um profissional não se adaptar, os enfermeiros pleiteiam que ele passe para outro setor, para que possa se desenvolver profissionalmente.

A experiência profissional e a integração ao contexto de trabalho são fatores facilitadores, pois com o aspecto tempo favorece ao profissional conhecer o ambiente e as particularidades dos pacientes com câncer. Assim como, também é maior a facilidade para o enfermeiro trabalhar na incorporação das medidas de prevenção e controle de IRAS junto ao profissional. Num movimento dialógico, os enfermeiros entendem que a experiência também

pode não favorecer na incorporação das medidas de prevenção e controle de IRAS, quando os profissionais se sentem seguros excessivamente e não adotam as medidas de prevenção e controle de infecções, como, por exemplo, o uso de luvas para administrar uma medicação num acesso venoso.

A questão da experiência é vista como facilitadora e dificultadora, compete ao enfermeiro saber lidar e tirar proveito para melhorar o processo de trabalho. Para chegar a esse nível de maturidade profissional, onde um desafio pode ser uma possibilidade de melhorar as relações pessoais que influenciarão no processo de trabalho, o líder precisa desenvolver algumas habilidades, é necessário saber trabalhar em equipe, saber ouvir, ter conhecimento, experiência, confiança, respeito, credibilidade, honestidade, atuar na resolução de problemas, ter capacidade de autodesenvolvimento e de bom relacionamento interpessoal (MARQUIS; HUSTON, 2010).

A liderança deve ser encarada como uma grande responsabilidade e não como um privilégio relacionado com a posição hierárquica, tem caráter político e ético, reflete a filosofia institucional, a política de pessoal adotada e as propostas de trabalho desenvolvidas (MARIOTTI, 2007).

De acordo com Balsanelli e Montanha (2011) a liderança enquanto um fenômeno relacional emergente no exercício das competências gerenciais do enfermeiro, não pode ser exercida pura e simplesmente pela hierarquia presente nas relações de trabalho da enfermagem a partir das diferentes categorias profissionais. Principalmente quando se busca que os profissionais sejam influenciados na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS no processo de trabalho, o enfermeiro precisa de estratégias de liderança como se fossem caminhos que ele possa escolher, para que possa apostar na condução dos profissionais.

6.2. Estratégias de liderança em enfermagem frente à prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer

Neste bloco temático são apresentados os resultados da classe 3, classe 4 e classe 5, seguida da discussão desses dados.

Classe 4- A enfermeira da CCIH, parceira do enfermeiro líder

Tabela nº 09 – Presenças mais significativas na classe 4-grupo de discussão I.

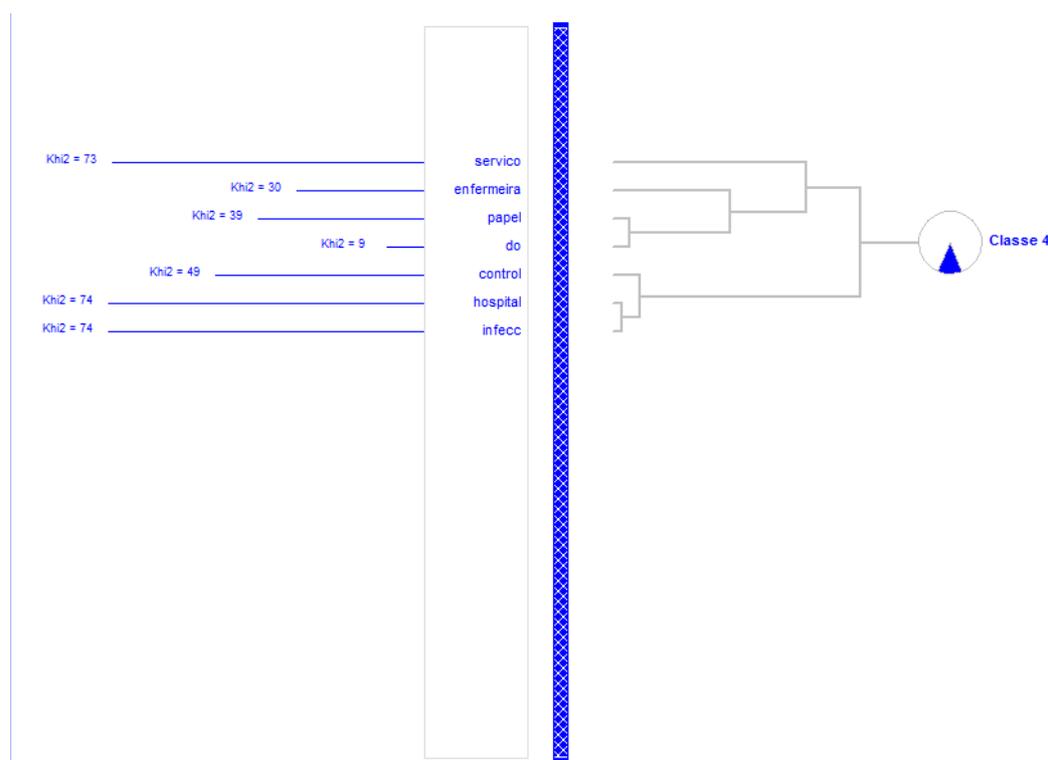
Classe 4 12 % uce		
Vocábulo	Khi2	%
Infecção	75	85
Hospitalar	75	85
Serviço	74	100
Controle	50	67
Papel	40	86
Enfermeira	31	83
Antiga	23	100
Culturas	12	60
Do	9	24
Importância	9	67
Limpeza	6	50
Ver	4	40
Chamar	4	40
Atitude	4	40
Material	4	40
Importante	4	40
Centro	3	33
Ponto	3	33
Instituição	3	33
Enfermagem	3	33
Vê	2	29

A classe 4 obteve uma representatividade de 12 % do material separado para análise, e se expressa pelas palavras de maior significado para sua organização. As palavras infecção, hospitalar, serviço, controle, papel e enfermeira são ilustrativas da tendência dessa classe que evidencia o papel da enfermeira da CCIH.

Hoje o trabalho do serviço de controle de infecção hospitalar é muito diferente do que era há quinze anos atrás, antes a infecção era tratada de forma empírica, faziam poucas culturas. Hoje temos a necessidade de ter a enfermeira do serviço de controle de infecção como parceira, é importante não só esperar dela, e ir atrás. (uce 173)

A figura 19 mostra a força associativa dos elementos da classe 4, que pode ser vista na classificação hierárquica ascendente, onde o discurso segue duas vertentes, uma ressalta o papel da enfermeira no serviço e a outra tem relação com o controle de infecção hospitalar.

Figura nº 19 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 4 – grupo de discussão I.



A visão dos enfermeiros é demarcada pelas palavras infecção, hospitalar, serviço e controle. Tais vocábulos se encaminham para a necessidade da integração entre os enfermeiros líderes que estão na ponta da assistência implementando as medidas de prevenção de infecções com a enfermeira da CCIH, responsável pelo planejamento dessas diretrizes para prevenção e controle de IRAS. Para demonstrar essa visão que busca articular esses aspectos, destaca-se os extratos de uce selecionados para este fim.

Hoje, a enfermeira está lá para somar antes tinha hospitais que nem tinham enfermeira do serviço de controle de infecção hospitalar, era igual da comissão de ética, era só para constar, hoje em dia é diferente. (uce 172)

... trazer o serviço de controle de infecção hospitalar para dentro do posto de enfermagem, ter vínculo com a assistência, e ter uma comunicação efetiva do serviço de controle de infecção hospitalar com a enfermagem para ter esse vínculo com a assistência... (uce 166)

O que nós podemos fazer lá. O técnico de enfermagem vê a enfermeira do serviço de controle de infecção hospitalar, com medo, a equipe tem medo, é o enfermeiro do papel, eles vêem como o enfermeiro do papel. (uce 167)

A visão que a enfermeira da CCIH é a “enfermeira do papel” firma-se na presença da palavra antiga, papel, enfermeira. Atualmente, os sujeitos referem-se a uma mudança de visão que antigamente era tida da enfermeira da CCIH, como distante dos profissionais que estavam na linha de frente da assistência. As uce sugerem que atualmente o enfermeiro líder

busca na enfermeira da CCIH uma parceira para resolver problemas vivenciados no dia a dia que interferem na incorporação das medidas de prevenção e controle de infecções.

Eu gostei muito do que a Tassiane falou, não só no papel, mas na prática, orientação não só no papel, mas pratica mesmo para ele ver que realmente... (uce 88)

Acho que agora o serviço de controle de infecção hospitalar é mais atuante, antigamente tinha a questão do não vínculo, ainda tinha a questão da nossa resistência, falava para a gente de infecção... (uce 168)

Em vários dias eu vi que estava faltando papel, eu chamei a/ enfermeira do serviço de controle de infecção hospitalar, olha está faltando papel no vestuário do centro cirúrgico, o pessoal vem aqui e sobe para as salas cirúrgicas, como é que fica isso. (uce 22)

A gente falava infecção é com o serviço de controle de infecção hospitalar, não é comigo, agora nós já estamos nos conscientizando mais das coisas, e nós já temos inserido mais o serviço de controle de infecção no nosso contexto. (uce 169)

A gente também tem que supervisionar, também tem que olhar. Estamos mais conscientes que temos que trabalhar juntos, nós e a enfermeira do serviço de controle de infecção hospitalar, ela tem que estar inserida na nossa rotina de trabalho. (uce 171)

Os participantes destacam a importância do controle de infecção como uma questão que deve ser inserida na rotina de todos os profissionais independente do tempo de atuação e da função do profissional na instituição. A palavra antiga tem relação com a experiência do profissional, o fato de ser antigo na instituição não garante a incorporação por ele das medidas de prevenção e controle de IRAS.

Tem um ponto que é importante também, ele a recém chegou à instituição, chegou um profissional novo ele não sabe, ele é novato... mas tem gente antiga que é bem pior, isso que é bem antiga. (uce 165)

O discurso dos enfermeiros reforça que ele também se sente responsável pelo controle e prevenção de infecções, não sendo entendido como uma ação isolada da enfermagem da CCIH, conforme é conferido nas uce a seguir.

Teve que chamar a funcionária da limpeza, papel não pode faltar, tem que ter a atitude de avisar, se envolver, não é o meu setor, mas tem que falar, daqui a pouco aumenta a infecção do hospital. (uce 23)

Eu também sou responsável pelo controle de infecções do hospital. Eu peguei material de outros setores para repor no meu setor, peguei sabão de outro setor, não é o certo, mas não podia deixar o setor sem material. (uce 24).

Em síntese, percebe-se que a tendência da classe 4 destaca estratégias que fortaleçam a relação entre a enfermeira da CCIH com a equipe de enfermagem. A enfermeira da CCIH é vista como uma parceira, pois tem um olhar voltado às ações específicas de prevenção e controle de infecções. Além de evidenciar essa qualidade desejada para a enfermeira da CCIH, também evidencia a importância do enfermeiro líder ser um sujeito ativo na prevenção e controle de infecções.

Classe 3- A higienização das mãos na prevenção e controle de infecções

A classe 3 é composta por 15% do discurso analisado, nela se sobressai a noção de elementos que envolvem a higiene das mãos. A afirmação da pragmática da HM se respalda em suas palavras com maior significância mãos, lavagem, das, gel álcool. Prevalece a preocupação com o fazer e o conscientizar os profissionais sobre a importância de higienizar as mãos para a prevenção e o controle de IRAS. Conduto é evidente nos discursos dos sujeitos que essa medida é negligenciada na prática, questão que está ligada ao tipo de ação que o profissional está desempenhando, como por exemplo, entre administração das medicações.

Tabela nº 10 – Presenças mais significativas na classe 3-grupo de discussão I.

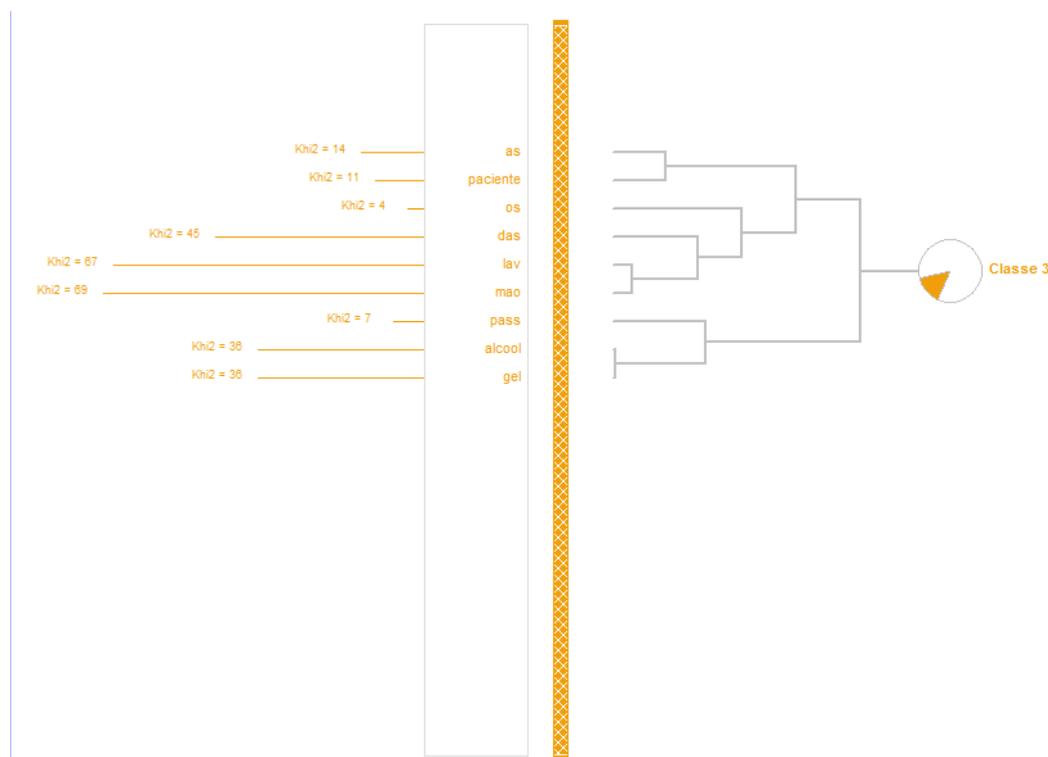
Classe 3 15 % uce		
Vocábulo	Khi2	%
Mãos	69	87
Lavagem	68	92
Das	46	73
Gel	36	100
Álcool	36	100
Medicação	17	80
As	14	38
Conscientizar	13	67
Cheia	12	75
Paciente	11	32
Hora	8	60
Passar	8	33
Troca	6	67
Posto	6	67
Melhor	6	67
Problemas	6	67
Os	5	28
Fazendo	5	43
Física	4	50
Acontece	4	36
Estrutura	4	50

Conscientizar as pessoas é difícil até para a gente fazer isso tudo, as meninas da enfermagem do primeiro saem com aquela bandeja cheia de medicações para passar em todo o mundo, e faz em todos os pacientes e não lavam as mãos. (uce 27)

A força associativa dos elementos da classe 3 pode ser vista na figura 20, onde se verifica na classificação hierárquica ascendente que o discurso segue em duas vertentes, uma ressalta a lavagem das mãos e sua relação com a demanda de cuidados dos pacientes com

câncer e a outra tem relação com o uso correto do álcool gel.

Figura nº 20 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 3 – grupo de discussão I.



O momento que são observados erros na HM é entendido numa linha de pensamento que busque a conscientização dos profissionais associada à compreensão sobre sua importância, ao colocar em evidência como essa questão é relevante na instituição onde atuam, visto que o perfil dos pacientes que cuidam apresenta o aspecto da baixa imunidade.

...importância dessa lavagem das mãos, e quando a gente identifica isso na hora da visita e já aborda, olha isso não é interessante você estar fazendo assim, porque pode acontecer isso, então vamos evitar... (uce 48)

E não se cria o hábito que a Carol falou aqui de lavar as mãos, cria o hábito de não lavar, passa pela questão da conscientização. Eu acho que é muita falta de preparo também do pessoal, o câncer em si propicia muita falta de imunidade, e em geral não só os técnicos, os enfermeiros, estão tendo um preparo que não e mais o mesmo. (uce 16)

No caso a lavagem das mãos corretamente. Mostrar os benefícios para os pacientes e até mesmo para nós, e constantemente, sempre estar fazendo essa educação com eles, por insistência, ensinar por insistência, até que realmente comecem a fazer, e tornar hábito o fato de não cometer esse erro. (uce 2)

As palavras álcool, gel e conscientizar são palavras que remetem a noção do seu uso correto e em quais situações podem substituir a lavagem das mãos. Os trechos ilustrativos demonstram que a questão perpassa na prática pelo uso indiscriminado, sendo utilizado em larga escala com pouco controle.

O álcool gel veio muito a tona devido o H1N1, até a sua divulgação era muito pouco usado, apesar de que substituir a lavagem das mãos tem que ser uma coisa muito controlada, ficar passando álcool gel em cima de álcool gel, não tem cabimento. (uce 25)

A gente tem que conscientizar que ele não substitui a lavagem das mãos em todos os momentos. Você vai tirar a luva de procedimento cheia de talco, não dá para passar o álcool gel, a equipe sabe disso, porque o resultado é na hora, é visível, a mão fica melenta. (uce 26)

A lavagem das mãos é uma atitude dos profissionais que é influenciada pelas condições do trabalho, do modo que ele é organizado e da infraestrutura física da instituição. As palavras problema, fazendo, estrutura e física trazem a informação que as ações desencadeadas para lavar as mãos e uso de álcool gel sofrem influências do tipo de infraestrutura da instituição pelas implicações das condições de trabalho. Assim, entendo que pensar em estratégias que contemplem soluções para os problemas sobre a lavagem das mãos deve considerar essa questão, conforme pode ser conferido nas uce.

E as intercorrências do andar, eu acho que ainda está pouco o número de funcionários que tem até mesmo para enfermeiro. Hoje mesmo eu tive sete pacientes, oito pacientes no segundo, no convênio que me consumiu até as onze horas da manhã, sem conseguir sair de lá, sete pacientes, a principio só sete pacientes, mas não consegui sair de lá antes das onze. (uce 43)

Ai eu corri no terceiro_sus em trinta minutos por poder estar aqui às onze e meia. Então vai muito do dia, dos pacientes e da gravidade do quadro, influência também na lavagem das mãos. (uce 44)

São problemas que temos que passar para a direção, fazer um levantamento de dados, como os problemas que estão acontecendo, quais seriam as soluções, melhorias das estruturas físicas, caberia ter esse levantamento. (uce 76)

O posto fica lá num cantinho, tem todos os fatores, poucos funcionários, muito paciente, dificulta incentivar a lavagem das mãos, se tivesse uma pia mais próxima, a questão da estrutura física não contribui. (uce 75)

Outro elemento que o discurso dos sujeitos aponta, trata-se da necessidade de envolver os pacientes e acompanhantes na lavagem das mãos. A estratégia embasa-se em orientá-los e dar a oportunidade de se interessarem pelo o que está sendo feito, conforme é visto nos trechos ilustrativos das uce que demonstram esta necessidade.

.... O que vejo que acontece muito e o acompanhante de paciente quando interna, ele se entrega ai não quer saber de nada, vai fazer uma medicação não quer saber o que é, eu acho que é essencial assim, perguntar, tem que saber mesmo... (uce 124)

...que medicação você está fazendo em mim, para que você está fazendo isso, porque que trocou, tem que ter um pouco de consciência do paciente para se interessar no que esta sendo feito... (uce 125)

...ai teve eu tive na quimioterapia há uns dois dias atrás para tirar o cateter, eu fui tirar a dupla via, e a paciente olhou para mim e falou o seguinte, enfermeira você não vai lavar as mãos, ai eu fiquei super feliz. (uce 126)

...ai acontece os erros, as infecções, e tudo mais, é porque a pessoas também não ajudam, os funcionários não são percebidos. Mas, isso nem sempre é bem recebido, paciente que cobra isso demais, o técnico avisa, aquele é chato, um passa para o outro, olha aquele cobra o uso do álcool gel antes de tocá-lo. (uce 128)

Em síntese, percebe-se que a tendência da classe 3 é destacar as estratégias para os enfermeiros líderes adotarem junto a equipe de enfermagem para melhorar a higienização de mãos. Destaca questões como orientação e divulgação para a equipe sobre o uso correto do álcool gel, técnica da lavagem de mãos, uso adequado de luvas, envolvimento dos pacientes e acompanhantes no seu processo de cuidar. A intenção é despertá-los sobre o seu direito de cobrar para que os profissionais higienizem as mãos adequadamente. E a realização de um relatório com sugestões para a direção da instituição, mencionando os problemas vivenciados por eles que se relacionam à infra-estrutura da instituição.

Classe 5- A promoção do conhecimento sobre IRAS para a equipe de enfermagem

Tabela nº 11 – Presenças mais significativas na classe 5-grupo de discussão I.

Classe 5 19 % uce		
Vocábulo	Khi2	%
Pensar	22	100
Forma	18	70
Equipe	14	67
Pode	11	50
Seja	8	75
Falha	8	75
Continuada	8	56
Necessidade	8	75
Uma	7	33
Fato	7	57
Orienta	7	50
Acho	6	41
Desse	6	60
Mostrar	6	60
Aspecto	6	60
Atitude	6	60
Nesse	4	44
Partir	4	67
Pela	4	67
Quer	4	50
Claro	4	67

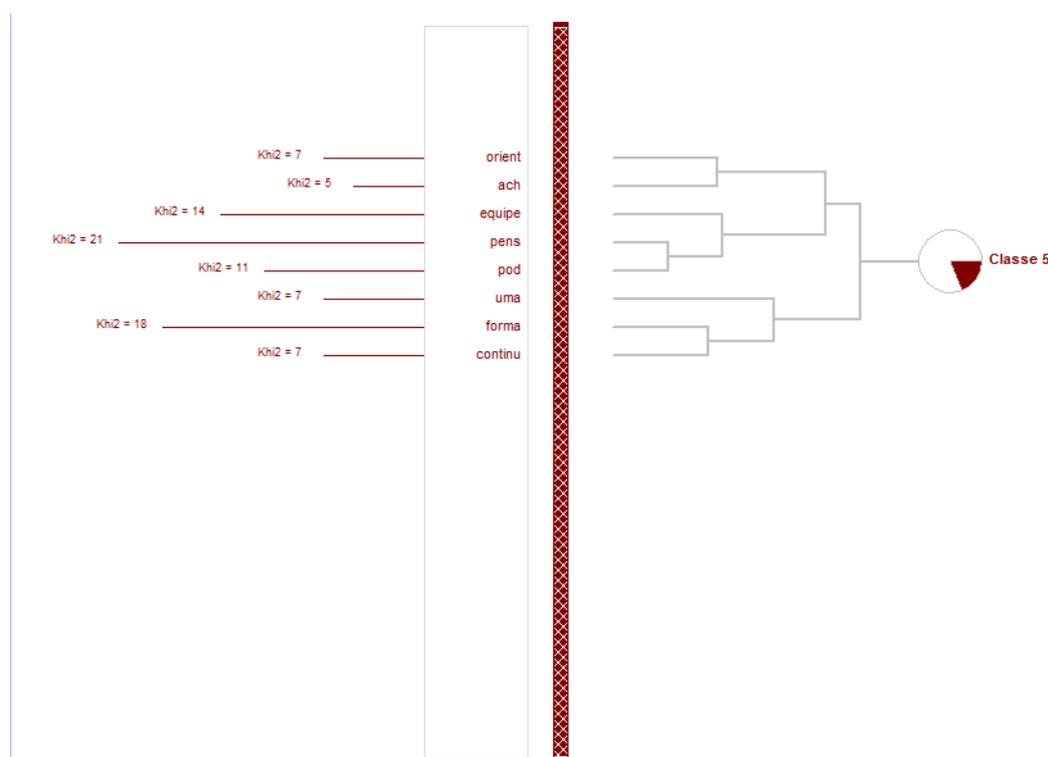
A classe 5 é composta por 19% do discurso analisado, se sobressaem os elementos que envolvem a forma de pensar da equipe sobre a prevenção e o controle de IRAS. Nessa classe as palavras mais significativas são pensar, forma, equipe e pode, que reforçam a noção que o discurso dos enfermeiros se encaminha para pensar a prevenção e o controle de

infecções de uma forma coletiva, que envolva todos os profissionais. Tal afirmação é exemplificada pela uce a seguir.

Pensar que pode ser de uma forma coletiva a toda a equipe, e desse modo prover essa educação continuada para toda a equipe. Só para ressaltar, é o ensino do dia a dia, viu a falha vai e corrige, orienta, só para ressaltar todo o mundo tem que falar a mesma língua, não adianta um só falar e o outro não. (uce 5)

A força associativa dos elementos da classe 5 pode ser vista na classificação hierárquica ascendente, onde o discurso segue duas vertentes, uma ressalta a orientação da equipe e a outra tem relação com a necessidade de pensar de forma permanente a prevenção e o controle de infecções, ou seja, que a equipe incorpore as medidas no dia a dia.

Figura nº 21 - Classificação ascendente dos vocabulários da classe 5 – grupo de discussão I.



Os participantes do estudo entendem que orientar os profissionais pode favorecer na mudança de atitude frente às medidas de prevenção e controle de infecções, o que perpassa pela forma deles pensarem. A presença das palavras necessidade, continuada e orientação, que reforçam a inferência acerca da necessidade de buscar estratégias para que a formação seja contínua nesse cenário. O discurso dos sujeitos remete a ideia que o profissional pode ser ativo nas ações de prevenção e controle de infecção, que sua forma de pensar o conduza para uma visão capaz de gerenciar os riscos, distanciando a infecção do aspecto de ser uma fatalidade na oncologia.

Quatro empregos para poder sobreviver, então tudo isso influencia muito no resultado final, não justifica, porque se você está pegando é porque você quer, mas influenciam com certeza reforçando a necessidade de orientação, panfletagem, palestra, educação continuada, filmes educativos. (uce 50)

A colocação sobre panfletagem, essa questão de divulgar realmente essa necessidade, e demonstrar sempre que o paciente, aqui no caso o oncológico, ele não vem aqui de uma forma para morrer, sim para ter uma perspectiva de vida, ele quer ser curado. (uce 51)

O trecho ilustrativo desta uce mostra a relação que os enfermeiros possuem com o ato de orientar os profissionais, acreditam que a orientação se configura como ação capaz de influenciar as atitudes deles. Tal assertiva se delineia com as palavras orientação e acho, estas palavras quando visualizadas nas uce dão a entender que os enfermeiros acreditam que a orientação é uma estratégia capaz de favorecer na incorporação das medidas de prevenção e controle de infecções, conforme pode ser conferido a seguir.

Eu acho que isso também é fundamental. Eu acho que esse aspecto perpassa pelo individual, mas também pelo coletivo, pelo grupo, tendo a oportunidade de detectar uma falha, uma intervenção pelo enfermeiro, seja particular sem expor... (uce 4)

Pega um pouquinho o mesmo plantão, tem que estar cobrando o mesmo padrão. O tema torna-se mais importante se todos estiverem falando a mesma língua. Eu acho que essas coisas assim passam por uma educação, por uma cobrança, mudança de atitude é muito complicado, passa pela conscientização de cada um, tem coisas que a gente orienta, orienta, orienta e eles não se conscientizam. (uce 9)

Em síntese, percebe-se que a tendência da classe 5 é focar estratégias para os enfermeiros líderes enfatizarem junto à equipe de enfermagem a prevenção e o controle de IRAS no dia a dia ao reforçar a educação permanente, o que constrói a forma deles pensarem a IRAS. Assim sendo, por meio dessa estratégia se consideram capazes de influenciar a atitude da equipe na incorporação dessas medidas.

A partir desse momento se destaca a discussão das estratégias contidas nas classes 3, 4 e 5, para os enfermeiros líderes adotarem junto à equipe de enfermagem para melhorar a prática de medidas de prevenção e controle de IRAS, visando a sua incorporação no cenário investigado.

Referente à higienização de mãos, apontam questões como orientação e divulgação para a equipe enfermagem sobre o uso correto do álcool gel, técnica da lavagem de mãos e uso adequado de luvas. Os enfermeiros também mencionam a necessidade de orientar o paciente/acompanhante sobre a HM e realizar um relatório para administração da instituição com o levantamento dos problemas relacionados à infraestrutura.

Os enfermeiros salientam que a realização da HM, conforme a técnica preconizada requer disponibilidade de tempo dos profissionais. Eles têm uma visão sobre o dimensionamento de pessoal como insuficiente em relação à demanda do cuidado dos

pacientes com câncer, que desfavorece a HM da forma adequada e sua realização quando indicada. Consideram que a dinâmica do cuidar na oncologia é muito dinâmica, cada plantão traz a sua imprevisibilidade, assim atitude de HM depende do dia e da gravidade dos pacientes.

Por outro lado, os resultados do estudo apontam que o ato de HM depende do próprio profissional e da infraestrutura da instituição. Está associado ao fazer dos profissionais, ou seja, contempla-se como uma medida que transcende as outras medidas de prevenção e controle de IRAS, pois precede e sucede a execução de todos os procedimentos. O nível de contaminação nas mãos reflete o tipo e intensidade do contato que o profissional de saúde tem com o paciente (BRASIL, 2009a).

De acordo com Bathke et al., (2013) que investigaram os fatores que influenciam na baixa adesão à HM, onde destacam aspectos que envolve o profissional como o seu conhecimento, o valor atribuído, hábitos e crenças, além dos aspectos institucionais ligados a sobrecarga de trabalho e os aspectos gerenciais da assistência.

Esses problemas se configuram como desafios que também foram relacionados pelos enfermeiros neste estudo, o que estimula a reflexão sobre esses fatores, pois não higienizar as mãos é um problema recorrente na instituição investigada. Dessa forma, a HM é entendida como um problema que requer estratégias individuais e coletivas, para melhorar a sua incorporação.

A HM quando não realizada pelos profissionais ou realizada de forma inadequada, está associada na assistência a saúde com a disseminação das infecções sendo considerada como um fenômeno complexo e multifatorial (OLIVEIRA; DAMASCENO, 2009; BRASIL, 2008).

A baixa incorporação da HM é um problema de grande magnitude nas instituições que prestam à assistência a saúde e impacta na incidência de IRAS, é o procedimento mais simples e eficaz na prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, contudo, a adesão a esta prática é excessivamente baixa (PRADO; HARTMANN; TEIXEIRA FILHO, 2013; OLIVEIRA; DAMASCENO, 2009).

É possível afirmar que a visão dos enfermeiros acerca da HM inclui vários elementos que intervêm na sua realização, como a própria estrutura física da instituição atrelada ao modo de organização do trabalho. Nas estratégias para incorporar essa atitude, a figura humana se não é o centro do processo está no centro desse processo.

Os enfermeiros em relação às ações que depende essencialmente do profissional, apontam como estratégias conscientizá-los sobre a necessidade de HM para que se

transforme num hábito. Quando for identificado um erro/falha na HM é preciso intervir no momento do ocorrido, numa perceptiva educativa para se criar o hábito (BRASIL, 2013).

Ao destacarem que para os profissionais realizarem a HM sempre que indicado é preciso criar o hábito, tal perspectiva é condizente com estudo que destaca a importância do hábito e da crença pessoal, que inclusive podem exercer maior influência na adesão do que o conhecimento das medidas de precaução e controle de infecção (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010).

Os enfermeiros salientam que as estratégias devem contemplar a orientação e a divulgação para a equipe sobre o uso correto do álcool gel, a técnica da lavagem de mãos e o uso adequado de luvas. Destacam que com o H1N1, a difusão do uso do álcool gel veio à tona com muita força, o que implicou no seu uso demasiado e sem critério também pelos profissionais de saúde. Apontam para a necessidade de instituir estratégias para conscientizar os profissionais, como a educação em serviço reforçando as orientações sobre o álcool gel como substituto, em algumas situações, da lavagem de mãos, mas não em todas as situações.

No Brasil, a referência sobre essa questão consta no manual de higienização das mãos desenvolvido pela ANVISA, onde se apresenta a finalidade da lavagem das mãos na remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e da microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato, para prevenir e reduzir as infecções causadas pelas transmissões cruzadas. Enquanto que higienizar com solução alcoólica na apresentação em gel, tem a finalidade de reduzir a carga microbiana das mãos quando não for indicada a lavagem das mãos (BRASIL, 2008).

Promover a capacitação e o treinamento sobre a HM foi pontuado como essencial pelos enfermeiros, mas reiteram que essa estratégia quando adotada isoladamente não é suficiente para mudar o comportamento dos profissionais. Essa afirmação ampara-se numa visão sobre o treinamento, que de forma geral o desenvolvido nas instituições, ainda que em alguns casos se alcance aprendizagens individuais por meio da capacitação, nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional, isto é, não se transferem para a ação coletiva (DAVINI, 2009).

Assim sugerem outras estratégias, como desenvolver uma campanha de conscientização sobre a HM e a realização de cultura das mãos dos profissionais para mostrar para eles quantas bactérias existem em suas mãos.

O uso de estratégias diversificadas é condizente com a proposta da OMS (2009) sobre a adoção de estratégia multimodal ou multifacetada de melhoria da HM, onde engloba cinco componentes:

1) Mudança no sistema relacionado à infraestrutura com acesso a um suprimento de água e disponibilização de preparação alcoólica para HM perto do ponto de assistência.

2) Capacitação e educação regulares sobre a importância nos cinco momentos indicados para HM.

3) Avaliação e devolução que envolvem o monitoramento da infraestrutura e da prática da HM, fornecendo o feedback dessa prática para os profissionais.

4) Lembretes no local de trabalho da instituição de saúde devem recomendar aos profissionais de saúde sobre a importância da HM, as indicações apropriadas e os procedimentos para a realização desta prática nos setores.

5) Clima institucional seguro ao favorecer um ambiente que facilite a atenção sobre os assuntos relacionados à segurança do paciente.

Em relação aos problemas da infraestrutura, mencionam que habitualmente não costuma faltar materiais tipo, sabão, papel, álcool gel e luvas. Porém, destacam que as pias para a lavagem das mãos estão exclusivamente nos postos de enfermagem, e como os leitos nas enfermarias ficam distantes dos postos, dificulta a ida frequente para eles lavarem as mãos. Mencionam como estratégia comunicar a gestão administrativa da instituição, fazendo um relatório sobre essa situação.

Outra estratégia envolve os pacientes e acompanhantes visando despertar a consciência deles sobre o seu direito de ter uma assistência segura; os profissionais de saúde precisam higienizar as mãos antes de cuidar deles. Reiteram que pacientes precisam perceber as atitudes da equipe de enfermagem e serem mais ativos no processo assistencial, cobrando essa atitude (SOUZA et al., 2008).

Essa estratégia é convergente com as diretrizes propostas na PNSP e na PNAO, visto que a ocorrência de infecção compromete todo o processo de busca de saúde do paciente com câncer. Também reforça a implementação da PNH que possui a intenção de ampliar e reorientar as práticas em saúde numa perspectiva de transversalidade, estimulando o protagonismo e autonomia de todos os sujeitos e sua co-responsabilidade na produção de saúde.

Dessa forma, a participação deles no processo assistencial está relacionada com as diretrizes da segurança do paciente numa relação de transversalidade com os profissionais, onde a atitude de HM é um dos requisitos da prestação de um atendimento seguro (BRASIL, 2013).

Os enfermeiros enfatizam que esse aspecto também é preciso trabalhar com a equipe de enfermagem, pois ainda temos uma cultura onde os profissionais de saúde não estão

habitados a serem questionados pelos pacientes durante a prestação da assistência. Quando isso acontece, quando eles cobram uma atitude do profissional como a lavagem das mãos, nem sempre é bem aceito por todos os profissionais, pois nem todos gostam da intervenção dos paciente/acompanhantes sobre a sua conduta, mesmo que ela não esteja certa.

A estratégia de favorecer a participação ativa dos pacientes no processo assistencial necessita ser trabalhada com os profissionais a partir da democratização das relações de trabalho e da valorização dos trabalhadores da saúde, preconizando a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a inclusão dos todos os sujeitos (HENNINGTON, 2008).

Nesse sentido, a promoção do conhecimento sobre IRAS para a equipe de enfermagem se destaca como uma estratégia para o enfermeiro líder adotar de forma individual e coletiva, numa visão capaz de contemplar um pensar permanente, ou seja, como algo inerente aos cuidados de enfermagem (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Os enfermeiros se reconhecem como sujeitos capazes de influenciar sua equipe ao promover o conhecimento no dia a dia e mudar o comportamento dos profissionais. O conhecimento que está ligado à educação dos profissionais de saúde e inserido na PNAO, como uma estratégia adotada para proporcionar o conhecimento necessário na promoção da qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos, proteger a vida, de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades (VINCENT, 2007).

Em relação às evidências científicas, a produção do conhecimento sobre o tema IRAS é vasta, principalmente no âmbito internacional, e abordam diferentes vertentes, desde aspectos epidemiológicos a novas tecnologias para prevenção e controle (OLIVEIRA; DAMASCENO; RIBEIRO, 2009).

A produção do conhecimento sobre IRAS nos pacientes com câncer segue a tendência de abordar a prevenção de infecções de origem exógena, através de estratégias de controle, cujas evidências são da higienização das mãos dos profissionais, as boas práticas de manutenção de CVC, e o controle do ambiente por meio da vigilância epidemiológica de microorganismos (SANHUDO; MOREIRA; CARVALHO, 2011).

Neste estudo, a visão dos enfermeiros encaminha-se para a necessidade de fomentar o conhecimento para equipe de enfermagem sobre a prevenção e controle de IRAS, para os profissionais incorporarem essas ações durante a produção dos cuidados ao paciente com câncer. Visão que vai ao encontro às evidências, que apontam para a incipiência dos

profissionais na adesão de medidas de prevenção e controle de IRAS nos cenários de prestação da assistência a saúde (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Destacam que as estratégias devem contemplar ações para promover a difusão do conhecimento para todos e desenvolvida por todos envolvidos na assistência. Questão que vai ao encontro da Rede de Educação Permanente na Atenção Oncológica, que tem o compromisso de articular gestão e trabalho sob a ótica da integralidade da atenção de forma inclusiva de todos os atores dos diversos segmentos da sociedade envolvidos na questão do câncer (VINCENT, 2007).

Ao entenderem que a prevenção e o controle de IRAS são inerentes aos cuidados de enfermagem, sinalizam que o conhecimento para ser construído e ganhar significado deve estar associado ao processo de trabalho, a ele alimentar e a partir dele ser reconstruído permanentemente.

Conduto, nessa perspectiva, há situações que atravancam o processo de geração do conhecimento em serviço para os profissionais na instituição. Como já mencionado, a visão dos enfermeiros referente ao conhecimento dos profissionais de enfermagem é entendida como superficial para incorporarem as medidas de prevenção e controle de IRAS. Esta afirmação corrobora com estudo que observou que o conhecimento sobre as precauções-padrão entre os profissionais de saúde que atendem em setor de emergência atingiu índices inferiores a 75% (PAIVA; OLIVEIRA, 2011).

É notório que nas instituições de saúde os profissionais em treinamento são reduzidos a meros espectadores, muitas vezes convocados às pressas para participar dos cursos de atualização, apresentam-se descomprometidos com o projeto de capacitação, ou mesmo em franca ou velada oposição. O descompasso e a fragmentação no planejamento e na operacionalização são graves limitadores nos programas de capacitação/atualização (VINCENT, 2007).

A repercussão na prática de um programa educativo caracterizado como emancipador, evidenciou que a mera transmissão do conhecimento é insuficiente, os enfermeiros exteriorizaram uma sensibilização da equipe de enfermagem após orientações, no entanto ainda faltam comprometimento e envolvimento (CUCOLO; FARIA; CESARINO, 2007).

Assim, estudos evidenciam que não tem sido alcançado o tão esperado resultado de mudança de comportamento dos profissionais no contexto de prevenção e controle de infecções, principalmente devido à baixa adesão às medidas preventivas (MENDONÇA, et al., 2011).

Neste estudo os resultados apontam que “todo mundo” deveria envolver-se para promover o conhecimento. O que é condizente com a PNAO que apresenta como proposição estabelecer ações para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde como um produto de cooperação e articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social. Nessa Política, tais iniciativas devem promover a geração, integração e desenvolvimento do conhecimento, usando soluções efetivas para o problema do câncer e suas repercussões no Brasil (BRASIL, 2005).

É possível entender que os enfermeiros relacionam que esse aspecto ainda está distante da realidade deles e está atrelado ao conhecimento incipiente referente ao esse quesito tanto na formação profissional quanto em serviço. A tendência da literatura destaca a necessidade de estratégias que empreendam esforços direcionados para a formação profissional e para programas de educação permanentes, com foco no conhecimento, consciência crítica e posicionamento ético para que a transformação da realidade possa ser concretizada (MENDONÇA et al., 2011).

Ao aprofundar essa ideia, concordo com Feldmann (2011) sobre o fato que o enfermeiro no processo de liderança precisa ser criativo para gerenciar os riscos e evitar a recorrência dos erros dos profissionais. Desse modo, pensar no gerenciamento de riscos para IRAS, o desafio posto pelos enfermeiros para trabalhar com o erro aponta para estratégias de intervenção que sejam iniciadas no ato de identificação da falha. Não focando somente em cobrança, mas se centrado na construção do conhecimento num processo educativo contínuo, que visa incentivar e orientar os profissionais na execução de suas atividades (GONÇALVES et al., 2012a).

De acordo com Morin o “erro é um problema primeiro, original, prioritário sobre o qual ainda há muito o que pensar” (MORIN, 2010b, p.141). Efetivamente, sem muito arbitragem é possível projetar essa ideia ao comportamento dos profissionais na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS. Ao considerar que o erro é inerente as ações humanas, embora haja as diretrizes de segurança é no ato do fazer que o erro acontece, articulando a existência de multifatores que se integram para sua ocorrência.

Em relação à manutenção ou não do conhecimento incipiente, há confronto entre os sujeitos quanto as suas opiniões. Por um lado, destacam que não conseguem orientar os profissionais e não enfatizam as ações de prevenção e controle no dia a dia. Em outros momentos, os enfermeiros salientam que os profissionais não se conscientizam e o ato de orientá-los é recorrente. O que é convergente na opinião deles é o fato dos profissionais manterem o comportamento de não adoção das medidas de prevenção e controle de IRAS.

Situação que dá indícios sobre a diversidade das formas do enfermeiro promover o conhecimento na oncologia, que irá refletir na forma de agir e enfatizar em diferentes graus no seu dia a dia os aspectos educativos (BARRANCO; MOREIRA; MENEZES, 2010). A enfermagem é exercida, de forma geral, por um grupo heterogêneo, começando pelo próprio nível de formação, e, nesse sentido, torna-se imprescindível que o enfermeiro assuma a responsabilidade pela educação contínua e permanente de sua equipe (MALAGUTI et al., 2008).

Os enfermeiros salientam a necessidade de gerar mais conhecimentos para os profissionais, acreditam que ao aumentar o repertório que compõem seus saberes irá subsidiar uma mudança de comportamento na forma como as medidas de prevenção e controle de IRAS são implementadas. Nada é melhor do que a boa vontade, mas ela não basta e pode enganar-se, um pensamento incorreto, mutilado, mutilador, mesmo com as melhores intenções, pode conduzir a consequências desastrosas (MORIN, 2011a).

Se nossas ideias não são reflexos do real, e sim traduções dele, entendo que a mudança de atitude perpassa pela forma de pensar, de entender e dar sentido as ações das medidas de prevenção e controle de IRAS. É pelo pensamento que a inteligência humana questiona e problematiza, encontra soluções, inventa, é capaz de criar. Tudo isso na prática é muito complicado, pois implica na conscientização de cada um para a necessidade de refletir sobre a sua forma de pensar e de fazer. O pleno desenvolvimento do pensamento comporta a sua própria reflexividade, a consciência pode atuar sobre o ser humano refletindo sobre si mesmo e sobre suas ações (MORIN, 2010b).

Porém, também entendo que promover o conhecimento dos profissionais na enfermagem e conseqüentemente a forma de pensar a IRAS, transcende a considerar o aspecto local, no caso o contexto, também envolve as dimensões do ensino, da pesquisa, e da assistência. Assim todos os profissionais são responsáveis pelo conhecimento dos profissionais que imprimem na prática a forma como as medidas de prevenção e controle de IRAS serão materializadas. As estratégias devem ser mais amplas, não se pode restringir a responsabilidade exclusiva aos enfermeiros assistências, requer o envolvimento de toda a comunidade da instituição para que os profissionais desenvolvam o interesse de aprender a aprender.

Em outras palavras, uma educação operável, além de desenvolver habilidades e reflexão-ação, analisa os contextos em que elas podem ser postas em prática e coloca em discussão os bloqueios institucionais, regulatórios, normativos ou cognitivos, necessários para abordar e colocar o conhecimento em ação (DAVINI, 2009).

Dessa forma, a realidade do conhecimento é entendida pelos enfermeiros com base na disjunção, na redução operada logicamente na viabilização do fazer os procedimentos técnicos. De acordo com Morin (2011b, p.39) é preciso “dissecar cada parte, mas enfrentar a dificuldade que é olhá-las de forma sistêmica”. O conhecimento visto na redução e disjunção confere o pensamento como uma forma de ver o problema distante da totalização.

Entendo que a incorporação perpassa pela construção dos conhecimentos com o fornecimento de orientações favoráveis ao pensar de forma permanente e sistêmica a prevenção e controle de IRAS. A verdadeira transformação das instituições só ocorrerá se o modelo mental e os planos estruturais forem reestruturados, que implica investir no conhecimento das pessoas em uma nova lógica organizacional que aposte na interação das relações dos sujeitos, não somente no seu desempenho de habilidades técnicas (RUTHES, 2011).

Nesse sentido são destacadas estratégias para fortalecer a relação entre a enfermeira da CCIH com a equipe de enfermagem, é vista como uma parceira. Os sujeitos além do desejo dessa qualidade na enfermeira da CCIH, também evidenciam a importância do enfermeiro líder ser um sujeito ativo na prevenção e no controle de infecções. A capacidade da enfermeira da CCIH se relacionar com a equipe que está na assistência contempla suas competências, enquanto um dos membros da CCIH amparada pela Portaria nº 2616 de 1998, ainda vigente. Indica para o desempenho de suas competências visa fornecer subsídios como informações e atualizações sobre métodos e técnicas de prevenção de contaminação cruzada, vigilância epidemiológica, sistema de notificação, provimento de protocolos e padronização de rotina.

Assim, é importante para o sucesso do PCIH que as parcerias aconteçam com maior interação entre os membros da CCIH e os líderes dos serviços, para que, efetivamente, todos os aspectos técnicos conhecidos como indicadores de qualidade sejam adotados (CERQUEIRA; MENDES, 2009).

Os depoentes associam o desempenho da CCIH à figura da enfermeira da CCIH e a consideram como agente fundamental para implementação das ações do PCIH, é vista como parceira, pois tem um olhar voltado às ações específicas de prevenção e controle de infecções. Visão condizente com a encontrada em estudos que apontam que a referência da CCIH para as equipes que prestam assistência na ponta é do enfermeiro da CCIH (CERQUEIRA; MENDES, 2009; SILVA; LACERDA, 2009; DELAGE; SILVA, 2011).

No passado a equipe de enfermagem assistencial via a enfermeira da CCIH com distanciamento e certo receio de serem cobrados, na atualidade quando se pensa em infecção, a tendência é que ela seja uma referência para a comunidade da instituição.

Na contemporaneidade, é crescente a visão que busca integrar os processos de trabalho dos enfermeiros da CCIH com os profissionais que estão na ponta, para se estabelecer uma relação, onde os enfermeiros líderes atuam como elo entre o seu setor e a CCIH quanto às medidas de prevenção das infecções, monitorando, avaliando e treinando as equipes (ARIAS; SOULE, 2008; BRASIL, 2013).

A necessária parceria da enfermeira da CCIH com o enfermeiro líder não é algo novo, em um treinamento os processos de mudança só serão eficazes se os gerentes e supervisores fizerem parte da análise e decisão sobre as mudanças, comprometendo-se a acompanhar e avaliar os resultados (CUCOLO; FARIA; CESARINO, 2007). Para tanto, a equipe da CCIH deve trabalhar em total interação com as lideranças, a figura do líder é imprescindível para o controle das infecções hospitalares (ARIAS; SOULE, 2008).

Os enfermeiros afirmam que buscam na enfermeira da CCIH uma parceria para resolver os problemas dos setores de internação, assim entendem que o problema da ocorrência de IRAS pertence a todos e as soluções precisam ser desencadeadas em conjunto. A partir dessa visão, destacam que a IRAS também é um problema da enfermagem assistencial, bem como da enfermeira da CCIH, assim não fomentam o pensamento fragmentado em relação a existência dos problemas que contribuem para a ocorrência de infecção.

As evidências na literatura são amplas sobre o entendimento das ações de prevenção e controle de IRAS como uma responsabilidade exclusiva da CCIH é modelo ultrapassado, os índices de IRAS também são produtos do trabalho da equipe que presta assistência (CABRAL, 2006; GEROLIN; SANTORO, 2009; GRIFFITINS et al., 2009).

O PNSP considera que o sistema de saúde é composto por uma complexa combinação de processos, de tecnologias e de interações humanas que contribuem com benefícios significativos, porém envolve riscos para a ocorrência de eventos adversos (BRASIL, 2013). Considera a importância da interação entre os profissionais como uma estratégia para promover a segurança dos pacientes, pela integração e otimização dos processos de trabalho que na prática se apresentam inter-relacionados.

Os enfermeiros salientam que a necessidade de integração entre o enfermeiro da CCIH com a enfermagem que está prestando assistência, parte do pressuposto que somente a elaboração de protocolos não é modelo suficiente para mudar uma prática. A integração

como equipe é vista com uma estratégia, assim os enfermeiros líderes esperam que o enfermeiro da CCIH venha para campo perceber e resolver os problemas, orientar os profissionais, ajudando a implementar e validar na prática as ações para prevenir e controlar a IRAS.

A integração dos processos de trabalho entre os profissionais que estão em níveis estratégicos diferentes, como a enfermeira da CCIH que foca o planejamento estratégico e tático, enquanto o enfermeiro líder no planejamento operacional se torna indispensável nas atividades de planejamento, implementação, avaliação e remodelação de ações de prevenção e controle de IRAS (ARIAS; SOULE, 2008).

Na assistência a saúde, em especial na prevenção e controle de IRAS, os erros são multifatoriais e as interfaces do trabalho não são apenas entre as pessoas e os equipamentos, mas também de pessoas com outras pessoas (BRASIL, 2013).

Numa visão circular, para incorporar uma determinada medida é preciso que ela esteja em nível avançado no processo de planejamento para consolidá-la na prática, ao mesmo tempo para consolidá-la é preciso que a medida já esteja incorporada no dia a dia dos profissionais. Dessa forma, visualizo que a relação entre os profissionais é um processo em anel recursivo que precisa da integração deles para a elaboração e a execução das ações, caso ao contrário a medida de prevenção e controle de IRAS não se sustenta na prática.

Ver a infecção como produto do trabalho é condizente com as ações proposta pela PNSP, para tanto os enfermeiros destacam que é preciso diminuir a resistência dos profissionais frente à instituição das medidas de prevenção e controle de IRAS (BRASIL, 2013). Reforçam a importância do processo educativo da equipe, que passa pela forma como acontecem as interações e a comunicação para favorecer o desenvolvimento do vínculo entre os profissionais no trabalho.

Reitero que o discurso dos enfermeiros reforça que ele se posiciona como um sujeito ativo no controle e prevenção de infecções, as ações não são entendidas como uma responsabilidade isolada da enfermagem da CCIH. O enfermeiro se coloca como um sujeito ativo no seu contexto, com a capacidade de mudar as situações. Aprofundando essa ideia, destaco que sozinho ele não é capaz de mudar um sistema, mas pode ser o deflagrador ou mesmo um elemento que contribua para o processo de mudança (MARIOTTI, 2007).

A parceria entre a enfermeira da CCIH com o enfermeiro líder dá oportunidade de desenvolver as diretrizes que direcionam as medidas de prevenção e controle de IRAS com quem as operacionaliza, e também de discutir com as equipes quais são os problemas que eles estão enfrentando no dia a dia.

Os sujeitos destacam a importância do controle de infecções, questão que deve ser inserida na rotina de todos os profissionais independente do tempo de atuação e da função do profissional na instituição. Consideram que a experiência do profissional em relação ao tempo de serviço não garante que ele incorpore as medidas de prevenção e controle de IRAS.

Essas são estratégias que focalizam a integração entre os profissionais e podem favorecer no processo educativo a articulação entre a teoria e a prática, algo que ainda é considerado um desafio. Destaca-se que a educação permanente e a capacitação das equipes de saúde, em todos os âmbitos da atenção e para todos os profissionais, é considerado como um enfoque estratégico da promoção das diretrizes do SUS, sendo alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde (DAVINI, 2009).

Em síntese, as estratégias são entendidas como caminhos para o enfermeiro líder enfrentar os desafios vivenciados por ele no processo de liderança. Não pretende ser prescritiva, nem impor processos ou mecanismos, foram elaboradas para serem implementadas junto equipe de enfermagem assistir os pacientes com câncer no cenário de investigação.

No quadro 10 apresento a síntese das tendências das situações-problema e das tendências das estratégias de liderança, apresentadas de acordo com suas respectivas classes. Representam as estratégias que podem favorecer o processo de liderança na incorporação de medidas de prevenção e controle de infecções nos pacientes com câncer.

Quadro nº 10- Síntese das tendências das situações-problema e das tendências das estratégias de liderança, Juiz de Fora, 2013.

Classes Entrevistas Individuais	Tendências das situações-problema	Classe Grupo de Discussão	Tendências das Estratégias de Liderança
<p>Classe 1- As mãos na prevenção e no controle de IRAS</p>	<p>Os téc/aux. de enfermagem negligenciam a higienização das mãos. Uso inadequado de luvas de procedimentos e de álcool gel. Implicações da infraestrutura, despreparo e pouco conhecimento da equipe sobre a higienização das mãos.</p>	<p>Classe 3- A higiene das mãos na prevenção e controle de infecções</p>	<p>Destaca as estratégias para os enfermeiros líderes adotarem junto à equipe de enfermagem para melhorar a higienização de mãos. Aponta questões como orientação e divulgação para a equipe, sobre o uso correto do álcool gel, técnica da lavagem de mãos, uso adequado de luvas. Realizar relatório para direção com relação ao posicionamento das pias distantes dos postos de enfermagem.</p>
<p>Classe 2- O processo de trabalho da enfermagem e as implicações na prevenção e no controle da IRAS nos pacientes com câncer</p>	<p>Falta de interesse e incentivo pelo trabalho. Fracá integração entre a equipe de enfermagem Pouca ênfase prevenção de infecção. Dificuldade para abordar os erros dos téc/aux. de enfermagem. A instituição de novas rotinas no trabalho.</p>	<p>Classe 2- O processo de trabalho do enfermeiro líder</p>	<p>São destacadas estratégias para os enfermeiros enfatizarem a prevenção de infecção no dia a dia, reforçando a educação permanente. O enfermeiro líder é considerado como o sujeito com a capacidade de influenciar a atitude da equipe na incorporação das medidas de prevenção e controle de infecções. Fortalecer a confiança entre a equipe de enfermagem.</p>
<p>Classe 3- O conhecimento da equipe de enfermagem referente à prevenção e ao controle da IRAS nos pacientes com câncer</p>	<p>Falta de interesse dos téc/aux. de enfermagem em adquirir conhecimento. Treinamento ineficiente, pouco atrativo. Falta de integração entre os enfermeiros repercute na liderança exercida por eles. Grande rotatividade dos téc/aux de enfermagem. Formação incipiente dos profissionais referente ao tema.</p>	<p>Classe 5- A promoção do conhecimento sobre IRAS para a equipe de enfermagem</p>	<p>As tendências são para estratégias que fortaleçam a equipe, enfatizam os aspectos como adaptação dos profissionais no setor. O enfermeiro líder é visto como um facilitador desse processo, atuando na geração dos conhecimentos no dia a dia e fortalecendo a educação continuada sobre prevenção e controle de infecções.</p>

<p>Classe 4- Setores de internações prioritários para instituir as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer</p>	<p>Falha no processo de isolamento- falta de leitos, fluxo de pessoas, e negligência às medidas de prevenção e controle de infecções. Sobrecarga de trabalho, principalmente nas enfermarias do SUS. Nessas enfermarias, os enfermeiros não são exclusivos, o que acarreta uma supervisão indireta. As enfermarias do primeiro e terceiro andar foram consideradas prioritárias, no sentido de serem os locais onde acontecem mais problemas.</p>	<p>Classe 1- A presença do enfermeiro líder nos setores de internação</p>	<p>Os enfermeiros líderes sinalizam que as estratégias de liderança devem ser instituídas, principalmente, nos setores onde há mais problemas. Além disso, os enfermeiros não são exclusivos nesses setores, assumem outros setores, muitas vezes, precisam gerenciar os cuidados de enfermagem à distância.</p>
<p>Classe 5- A parceria da enfermeira da Comissão do Controle de Infecções Hospitalar</p>	<p>Falta de entrosamento dos enfermeiros com a enfermeira da CCIH. A educação permanente é esporádica e não gera mudanças de atitude nos profissionais. Resistência dos profissionais para participar da educação em serviço e nos treinamentos.</p>	<p>Classe 4- A enfermeira da CCIH, parceira do enfermeiro líder</p>	<p>Destacam-se as estratégias que fortaleçam a relação entre a enfermeira da CCIH e a equipe de enfermagem. A enfermeira da CCIH é vista como parceira, pois tem um olhar voltado às ações específicas de prevenção e controle de infecções.</p>

CAPÍTULO VII

DESAFIOS E POSSIBILIDADES: TECENDO A COMPLEXIDADE DAS ESTRATÉGIAS DE LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA INCORPORAÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE IRAS NOS PACIENTES COM CÂNCER

O interesse de discutir as estratégias de liderança não se trata de somá-las, mas sim de ligá-las, articulá-las e interpretá-las, buscando destacar os princípios do pensamento complexo. Esse empreendimento teve como finalidade debater as condições necessárias para enfrentar os desafios criando possibilidades para implementação, e conseqüentemente, para incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.

Os dados obtidos no grupo de discussão II foram submetidos à análise de conteúdo temática, onde emergiram duas categorias, conforme consta no quadro 11.

Quadro nº 11– Categorização para análise dos dados do grupo de discussão II.

Tendências das estratégias de liderança nas respectivas classes	Pré-análise	Categorização
Classe 1 - A presença do enfermeiro líder nos setores de internação Classe 2 – O processo de trabalho do enfermeiro líder	Integração, confiança, dar o exemplo, conversar, saber-fazer, feedback, gerenciar a distância, fortalecer o trabalho com o outro e para o outro, educar em serviço, priorizar os pacientes, atuação da enfermeira da CCIH no cotidiano, considerar o contexto pacientes com câncer	A necessária integração no trabalho dos profissionais de enfermagem para incorporar as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer
Classe 3- A higienização das mãos na prevenção e controle de infecções Classe 4- A enfermeira da CCIH, parceira do enfermeiro líder Classe 5- A promoção do conhecimento de IRAS para a equipe de enfermagem	Hábito, costume, incentivo, erro, enfermeiro atuar em locu, cobrança de toda a equipe, estimular a participação no treinamento, atuação da enfermeira da CCIH na educação permanente e na disseminação do conhecimento, considerar o contexto pacientes com câncer	Promover condições para o conhecimento sobre IRAS nos pacientes com câncer para incentivar os profissionais de enfermagem a incorporar as medidas de prevenção e controle

7.1. A necessária integração no trabalho dos profissionais de enfermagem para incorporar as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer

Esta categoria de análise aborda a discussão das estratégias de liderança referentes a classe 1 e a classe 2, obtidas na etapa anterior do estudo no grupo de discussão I. A classe 1 trata do processo de trabalho do enfermeiro líder e apresenta como tendência as estratégias de liderança à educação em serviço. Enquanto a classe 2 aborda a presença do enfermeiro líder nos setores de internação, apresenta como tendência as estratégias de liderança para gerenciar o processo assistencial à distância.

Ao gerenciar o processo assistencial à distância, característica da instituição, o enfermeiro é responsabilizado por dois setores no mínimo, concomitantemente, precisa fortalecer a relação de confiança entre os profissionais. Os enfermeiros destacam que estabelecer um vínculo de confiança entre a equipe de enfermagem é imprescindível para garantir a continuidade do cuidado.

Eu tenho que confiar no meu técnico, que vai tirar... precisa arrumar o curativo com uma luva e vai trocar aquela luva e lavar as mãos para fazer o novo curativo. (suj.15)

Na relação de confiança estabelecida, a equipe de nível médio precisa ver o enfermeiro como um referencial. Nessa perspectiva, os profissionais precisam ter um discernimento das situações que saíram do padrão esperado e reconheçam que não têm competência para resolver sozinhos (MARIOTI, 2007).

Dessa forma vão acionar o enfermeiro, que pode estar em outro setor, para ajudá-los naquela situação.

Ela (enfermeira) tem que confiar na hora que o técnico de enfermagem faz o curativo, vai desenvolver a técnica correta e se tiver algum problema vai comunicar ela. (suj.10)

Contudo, salientam que estabelecer o vínculo de confiança é um processo que necessita de tempo. O que fica prejudicado pela alta rotatividade dos profissionais na instituição, principalmente nas enfermarias, onde a presença do enfermeiro focaliza mais a supervisão, com prejuízo no processo de acolhimento e nas orientações sobre o processo de trabalho para os profissionais recém chegados ao setor.

Mas com alta rotatividade como confiar? A gente confia naquilo que a gente conhece, só que você está confiando em alguma coisa que você não conhece. (suj.16)

E o restante a gente fica um pouco a mercê do nosso colega técnico de enfermagem, a gente não consegue realmente atentar para tudo o que a gente aprendeu, atentar para todos os pacientes. (suj.17)

Quando uma situação acontece que põe em jogo a relação de equilíbrio confiança/desconfiança, o enfermeiro reúne informações e sensibilidade para enfrentar esse sentimento que pode abalar essa relação. A interpretação está sempre presente no que nos parece objetivo e nos ensina a desconfiar dos nossos olhos, a desconfiar daquilo que confiamos, sabendo que a confiança é uma aposta necessária na relação com os outros. (MORIN, 2011a).

Entendo a importância contida na relação de confiança, pois abre as possibilidades para a incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS. O enfermeiro não permanece todo o tempo ao lado dos profissionais, mesmo quando não está por perto tem a confiança no profissional que fará o que é certo. A confiança tem uma relação dialógica com a desconfiança, para existir uma tem que existir a outra, são complementares e antagônicas na medida em que para se confiar a desconfiança mantém-se presente, nunca ausente (MORIN 2011c).

Quanto maior a ausência do enfermeiro do setor de internação maior é a necessidade de confiança. Como ocorrem nas enfermarias, onde gerenciar o processo assistencial à distância impõe aos profissionais que assistência de enfermagem aconteça independentemente da presença/ausência corpórea de forma constante do enfermeiro.

Embora incerta a relação de confiança é necessária na enfermagem, é uma aposta e pode-se pensar que quanto maior a autonomia maior a dependência nessa relação. Para enfrentar essa realidade, a enfermeira da CCIH destaca o diálogo entre os profissionais como uma possibilidade para identificar os problemas que na visão deles são favoráveis/desfavoráveis na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS.

É a clinica médica cirúrgica, onde está tendo mais esse problema. Acho que seria interessante se os enfermeiros tivessem condições de uma vez por semana pelos menos sentar com esses técnicos e ver todas as dificuldades do setor e ver o que está acontecendo, o que é preciso, conhecer primeiro para depois ser trabalhado. (suj.16)

Nas enfermarias a aproximação entre os profissionais pode favorecer o conhecimento das particularidades de cada um, destacando as dificuldades, as potencialidades e o que eles pensam a respeito das IRAS naqueles pacientes. Durante o estabelecimento do diálogo, como forma de fortalecer a relação de confiança, ressaltam a importância da atitude do enfermeiro líder dar o exemplo amparado no saber-fazer das técnicas para a equipe de nível médio.

...mas a primeira coisa é você saber-fazer, é você ter a técnica correta, para quem está vendo se sentir seguro de que você sabe a técnica correta. A sua postura, né, perante os procedimentos que você está fazendo, se você demonstra que é apto para aquilo, o pessoal automaticamente vai confiar no seu trabalho. (suj.01)

Os enfermeiros ressaltam a necessidade de levar as informações para os profissionais de enfermagem referentes aos dados de controle de infecções, mas de uma maneira que compreendam sua representação. Destacam que quando os dados são colocados em murais, na maioria das vezes passam despercebidos pela equipe de enfermagem, pois não entendem que o resultado daqueles dados é um produto dos cuidados que produziram.

Acho que está precisando disso, mostrar os dados, acho importante chegar para eles e mostrar... essa mudança acho que pode ser um caminho. Acho que tem direito de todos os funcionários de saber do índice de infecção. Acredito que até o enfermeiro mesmo, porque acho que no lugar do enfermeiro eu não ia dar tanto atenção para aquele papel, vê aquele papel no mural e fica por isto mesmo. (suj.16)

O feedback aos profissionais referentes aos dados sobre os índices de infecções se configura numa estratégia capaz de contribuir para que o profissional de enfermagem reflita que a prevenção ou a ocorrência de uma infecção pode ser produto de seu trabalho. Nesse aspecto o desempenho da enfermeira da CCIH se destaca, sendo consenso entre os enfermeiros que a presença dela é fundamental na integração das medidas de prevenção e do controle de IRAS com a produção dos cuidados.

Destaco que a atuação da enfermeira da CCIH foi transversal nas duas categorizações desenvolvidas para esta análise. Nesse momento, se destaca a atuação da enfermeira da CCIH no cotidiano, ou seja, ela integrada ao trabalho dos profissionais que estão na ponta.

Então não é só a gente, então é trabalhar com todos, o que pode melhorar alguma coisa. A minha proposta de trazer isso agora, porque eu estou no segundo mês, eu nem sei falar do perfil de infecção do hospital ainda eu não conheço. (suj.16)

Saliento que no momento das entrevistas individuais era outra enfermeira, a qual solicitou rescisão contratual com a instituição. A enfermeira da CCIH atual apresenta uma proposta de se integrar aos profissionais que estão na assistência, situação que está acontecendo gradativamente.

Os enfermeiros líderes entendem que precisam de respaldo da enfermeira da CCIH, para favorecer condições e conhecimento para que os profissionais da equipe de nível médio incorporem a prevenção e o controle de IRAS na produção dos cuidados. Percebem que o perfil polivalente e multifuncional atribuído a eles requer que estabeleçam parcerias com outros profissionais que estão no planejamento estratégico e tático, para ajudá-los com estratégias que integrem a operacionalização dos processos de trabalho dentro da perspectiva da segurança.

Dessa forma, entendo que não basta a existência do CCIH, com toda sua bagagem sistematizada para garantir a segurança dos pacientes, conforme consta nas diretrizes

definidas pela legislação. É preciso considerar a ordem e a desordem e a organização que compõe a incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS no contexto investigado.

O pensamento complexo destaca que a configuração dos fenômenos é uma mistura de ordem, desordem e organização, assim não é possível afastar o imprevisto, o incerto, devemos aprender a lidar com a desordem, faz parte da nossa vida. A ordem é aquilo que acontece sempre da mesma maneira, consiste em tudo aquilo que é repetição, constância, invariância, tudo o que pode ser posto numa relação altamente provável. (MORIN, 2007; MORIN, 2010b).

Trazendo esses conceitos para a prevenção e para o controle de IRAS e quando agregados ao processo de trabalho do enfermeiro líder que se auto-organiza e concomitantemente é ordenado, organizado e aleatório, se configura numa mistura de ordem e desordem. É aleatório porque não existe absoluta certeza sobre as circunstâncias existentes no processo de trabalho que irão favorecer ou não na implementação dessas medidas na prática.

Os enfermeiros apontam que em decorrência dessa realidade precisam de estratégias para fortalecer o processo de trabalho da equipe de nível médio. Questão convergente com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, onde o enfermeiro responde pelos resultados do trabalho de sua equipe, assume a posição no planejamento e na viabilização das condições para que a continuidade do cuidado seja garantida, numa perspectiva que promova a segurança para todos envolvidos no processo assistencial (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

A demanda de cuidados dos pacientes com câncer é muito grande associada ao quantitativo e qualitativo do dimensionamento de pessoal de enfermagem, demarca um desafio para o enfermeiro enfrentar no processo de liderança. Os enfermeiros buscam priorizar os pacientes, num modo de organização do cuidado não totalmente sistematizado. Assim os profissionais da equipe de nível médio desempenham o seu trabalho focado na execução dos procedimentos e técnicas, o que privilegia a fragmentação do cuidado.

E depois é a tendência, acho que todo o enfermeiro, que é de trabalhar em cima de prioridades, como a gente está dizendo que acontece, trabalhar em cima de riscos e potencial que a gente tem. E o restante a gente fica um pouco a mercê do nosso colega técnico de enfermagem, a gente não consegue realmente atentar para tudo o que a gente aprendeu, atentar para todos os pacientes. (suj.17)

Pode-se inferir que essa situação é desfavorável no processo de liderança a promoção da incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS, pois nem sempre são

destacadas como prioritárias, mesmo num contexto de oncologia onde o risco é maior para a ocorrência de infecções.

Entende-se que para desenvolver a liderança em enfermagem precisamos seguir a ética profissional, e a perspectiva moral de cada enfermeiro-líder. Para Morin (2011a) ética designa um ponto de vista supra ou metaindividual, enquanto a moral situar-nos no nível da decisão e da ação dos indivíduos. Entendo que seguindo os princípios da ética ajo com moral, mas um depende do outro visto que as ações são baseadas em princípios éticos.

A adoção dos princípios de controle e prevenção de infecção na produção dos cuidados vem sido construído e fortalecido numa perspectiva histórica como um metaparadigma na enfermagem, tendo como marco Florence Nightingale (PEREIRA et al., 2005). Apesar dessa magnitude na enfermagem, sendo entendido como um princípio ético, os resultados deste estudo revelam que nem sempre a prevenção e o controle de infecções são priorizados na produção dos cuidados naquele contexto

Os enfermeiros ainda sinalizam que a formação na graduação nem sempre os prepara para adotar no processo de liderança estratégias para gerenciar o processo assistencial à distância. Aqui é enfocada a necessidade de delegar atividades como uma ação que desperta certa angústia nos enfermeiros, os quais apontam que aprendem com a experiência.

... na faculdade que o técnico seria nossa própria visão nunca foi falado isto, a gente aprendeu a trabalhar, a cuidar, a avaliar uma ferida, nunca aprendemos a delegar, isto o tempo mostrou para a gente. (suj.15)

Mas na faculdade a gente sabia disso... que nós iríamos trabalhar pelo o outro e para o outro. (suj.17)

Há uma relação dialógica entre a centralização das atividades pelo enfermeiro e sua delegação, o que causa certa frustração neles na medida em que não conseguem realizar da forma que gostariam as atividades e nem sempre sentem confiança nos profissionais da equipe de nível médio para delegá-las.

O que eu tenho tentado fazer é isso, igual eu te falei não consigo olhar todo o mundo na hora que eu gostaria, quando eu chego o curativo já foi feito. A clínica cirúrgica, eu confesso que a clínica cirúrgica está... não vou falar que ela está largada, porque o que eu posso fazer eu faço, mas não posso fazer o que eu queria...Eu me sinto, sinceramente, eu me sinto mal, por não conseguir fazer o que eu queria... (suj.06)

Essa situação reforça a lógica contida no discurso, onde apresenta implicações na forma como acontece a presença/ausência do enfermeiro líder nos setores de internação, conduzindo a necessidade de gerenciar o processo assistencial à distância e da demanda de interação entre os profissionais. Do mesmo modo, conduz no processo de trabalho do enfermeiro líder estratégias que fortaleçam o trabalho de sua equipe, com ênfase na educação em serviço.

De certa forma, os enfermeiros sinalizam que a situação dada é um desafio e uma possibilidade na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS. Tal afirmação relaciona-se com a crescente necessidade de fortalecer o trabalho do outro, cujo enfoque acontece pela educação em serviço.

A multiplicação do saber. Vocês falaram os técnicos é minha visão, somos multiplicadores, o Marcelo traz a questão que somos educadores, somos cuidadores, afinal quem somos? (suj.01)

Há um movimento dialógico no discurso dos enfermeiros quando destacam a necessidade de estratégias que favoreçam a integração no trabalho dos profissionais de enfermagem na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer. Ele se reconhece como um sujeito com a capacidade de influenciar a atitude da equipe de enfermagem, ao reforçar no cotidiano a educação permanente. No contra ponto, entre alguns enfermeiros há indícios da preocupação existente que esse perfil de educadores em serviço possa afastá-los da assistência.

A existência dessa circunstância parece alimentar uma crise na identidade profissional dos enfermeiros na instituição. Quando os enfermeiros sinalizam a existência de um conflito de identidade, mostra a existência de desequilíbrio na própria essência da profissão, quando se questionam quem somos. Entendo que para entrar profundamente nessa discussão seria necessário outro estudo, mas aponto que a única forma de lutar contra a degeneração é a regeneração constante, através do conjunto da organização para se regenerar e reorganizar (MORIN, 2010b).

Falando em outras palavras, os enfermeiros ao enfrentarem esse desafio podem sair fortalecidos com a possibilidade de discutirem quem são eles, o que pretendem enquanto líderes, como pretendem gerenciar o processo assistencial, traçando uma filosofia de trabalho para eles seguirem baseada nos princípios da ética e valores da enfermagem, como uma forma de se auto-organizarem.

Pode-se inferir, a partir dos dados apresentados, na instituição investigada o modelo de gestão administrativo é centralizador das decisões, há pouco diálogo entre os serviços e entre a própria equipe de enfermagem que fica preocupada em garantir a continuidade da assistência. Quando é implementado esse modelo de gestão ocorre uma fragmentação no processo de trabalho como um todo, com dissolução da responsabilidade na compartimentação de cada serviço (CHIAVENATO, 2012).

Para enfrentar esse desafio que configura a realidade vivida dos enfermeiros com a finalidade de favorecer o processo de incorporação de medidas de prevenção e controle de

IRAS, vislumbram desenvolver as estratégias de liderança a partir de uma visão que considere a sua figura e as particularidades do contexto. A consciência da existência dos desafios é o primeiro passo para enfrentá-los, e transformar em possibilidade para desenvolver uma liderança capaz de influenciar no desenvolvimento dos profissionais (WHEATLEY, 2006; MARIOTTI, 2007).

Morin (2012) ressalta que levar a humanidade ao conhecimento das suas próprias realidades complexas é realmente possível, só pode enfrentar o desconhecido a partir daí. Entendo que nesse aspecto sobressai-se o princípio hologramático, a parte está no todo e o todo está na parte, onde cada estratégia de liderança reflete nas ações de cada profissional da enfermagem, na instituição, nas esferas de governo, da sociedade, numa realidade integradora dos vários segmentos que a compõe. Assim, instituir ou não as medidas de prevenção e controle de IRAS é ir além de reflexos para a comunidade da instituição, todos sofrem impactos, sejam econômicos, políticos, sociais, etc...

Tendo em vista as condições vivenciadas e relatadas no processo de trabalho na instituição, com todos esses desafios apresentados pelos próprios enfermeiros, o processo de liderança poderá restringir-se ao atendimento dos problemas pontuais nos setores de internação, o que contribui para degenerar a liderança em enfermagem perdendo a capacidade de influenciar positivamente o comportamento dos profissionais.

As qualidades da hipercomplexidade, fraternidade, amor, consciência, são portadoras de respostas para os problemas de desunião, desintegração, desordem, mas não constitui uma solução, no sentido de “panacéia universal duradoura”, ou seja, um remédio para todos os males, não são virtudes ditáveis e programáveis (MORIN, 2011b).

Entendo as estratégias como possibilidades para os enfermeiros enfrentarem esses desafios, principalmente de gerenciar o processo assistencial de enfermagem à distância. Nesse aspecto há um movimento dialógico na presença/ausência, onde se está distante corporeamente e perto ao mesmo tempo através da influência exercida dos enfermeiros líderes no comportamento dos profissionais da equipe de nível médio. O desenvolvimento de uma estratégia confere um aspecto emancipador na autonomia de um ser relativamente ao seu ambiente (MORIN, 2011c).

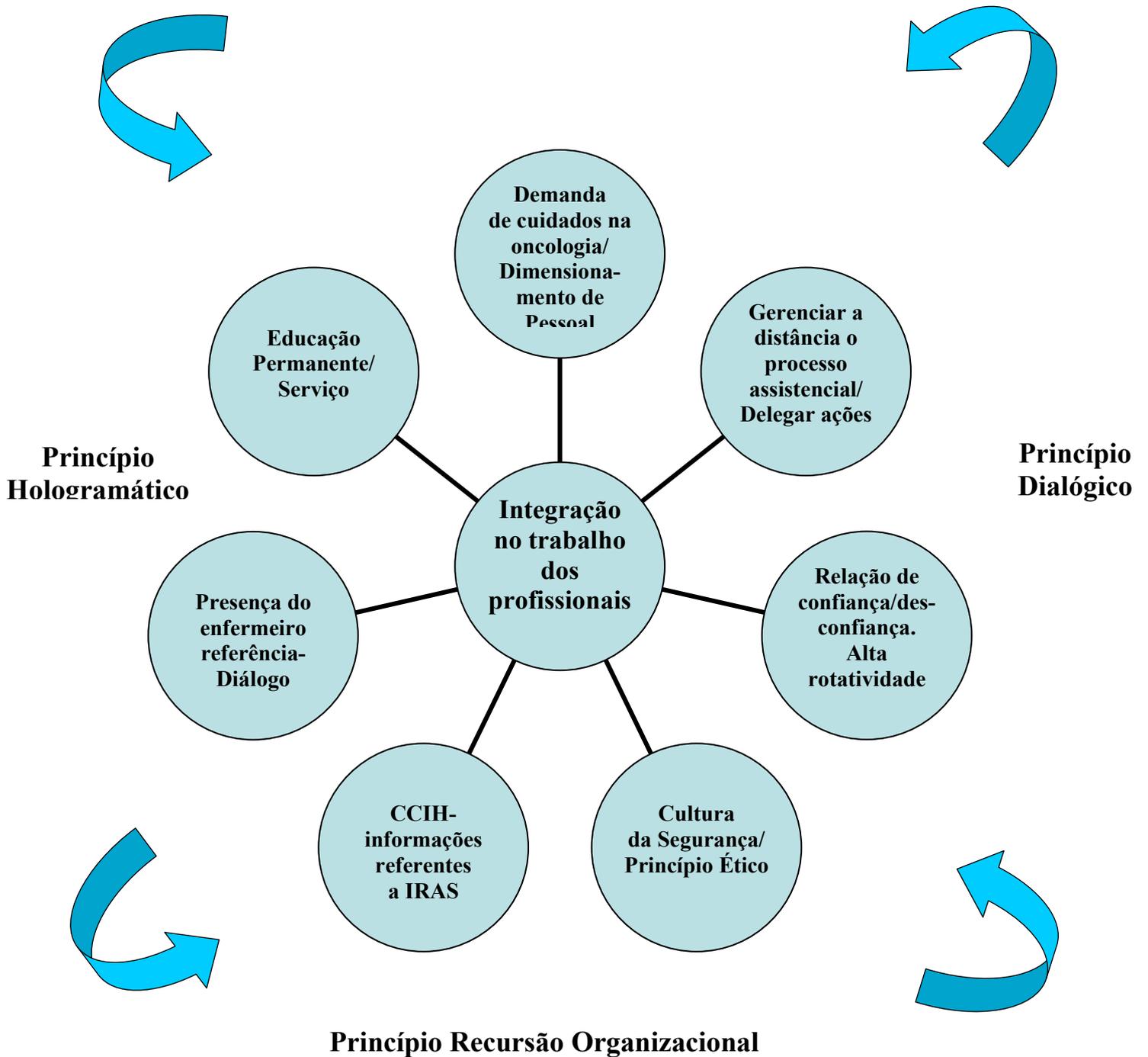
Porém, toda a autonomia/emancipação viva, toda a liberdade, constrói a partir de coerções e dependências que a auto-organização simultaneamente suporta, utiliza e transforma. Liberdade pode ser entendida como uma emergência a partir de um conjunto de possibilidades de invenção, de escolha de decisão, de apropriação e de determinismo, assim

entende-se que as condições da liberdade não são livres, permanece numa dependência extrema aos processos que a produzem (MORIN, 2011b).

Quando os profissionais atingirem um nível de comportamento condizente com a incorporação é porque o profissional já foi influenciado de modo que institui as medidas de prevenção e o controle como algo inerente ao cuidado de enfermagem nos pacientes com câncer, independente da presença-ausência do enfermeiro líder ao seu lado.

Na figura 22 apresento os elementos representados em cada esfera como desafios e possibilidades para a integração no trabalho, onde as situações- problema e as estratégias formam uma teia para compor a complexidade. Assim o gerenciar a distância o processo assistencial implica na dialógica presença/distância que repercute na emergência da incorporação das medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer pela equipe de enfermagem.

Figura nº 22- A necessária integração no trabalho dos profissionais de enfermagem para incorporar as medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.



7.2. Promover condições para o conhecimento sobre IRAS nos pacientes com câncer para incentivar os profissionais na incorporação de medidas de prevenção e controle.

Esta categoria de análise aborda a discussão das estratégias de liderança referentes a classe 3, classe 4 e classe 5, todas obtidas na etapa anterior do estudo por meio do grupo de discussão I, apresentam a seguinte abordagem: a classe 3 trata das medidas de prevenção e controle IRAS com tendência a enfatizar a higienização das mãos; a classe 4 aborda a parceria do enfermeiro líder com a enfermeira da CCIH com tendência a instituírem juntas as estratégias para a disseminação do conhecimento; e a classe 5 apresenta como tendência as estratégias de liderança na promoção do conhecimento dos profissionais sobre IRAS nos pacientes com câncer.

Os enfermeiros salientam que a implementação de medidas de prevenção e controle de IRAS deve ser transformada num hábito ou costume na vida dos profissionais. O hábito é entendido como algo que faça parte da vida deles no fazer diário, que não careça ser cobrado constantemente pelo enfermeiro.

Que depois que virá hábito é rotineiro, a gente faz sem pensar, então eu acredito que criar esse hábito neles talvez seja mais fácil que tentar impor de forma pejorativa a lavagem das mãos, que é um dos procedimentos que a gente vê que tem relação com a infecção hospitalar. É habituar os funcionários. (suj.01)

O discurso dos enfermeiros aponta que transformar as medidas de prevenção e controle de IRAS num hábito, requer promover o conhecimento para que eles se conscientizem sobre essa importância. Morin destaca que a consciência não é senão uma eflorescência incerta, vacilante, frágil, mas a sua emergência suscita novas formas de autorreflexão e pode retroagir sobre a ação, sobre todo o comportamento (MORIN, 2011c).

Nesse aspecto, o enfermeiro líder entende que é capaz de influenciar positivamente os profissionais construindo o hábito através de sua capacidade de influenciar. Essa competência está associada ao posicionamento assumido pelo enfermeiro líder quando está presente no dia a dia na dialógica presença/distância, ao orientar e manter-se à frente de ações para os profissionais criarem o hábito de incorporarem as medidas de prevenção e controle de IRAS.

Para isso lança mão de estratégias racionais e ligadas ao aspecto da arte, por exemplo, quando utilizam as técnicas de sensibilização para estimular a HM. A estratégia é uma arte, toda grande arte comporta uma parte de imaginação, de sutileza, de invenção, o que foi demonstrado pelos grandes estrategistas da história (MORIN, 2011a).

Na perspectiva do pensamento complexo, promover o conhecimento sobre a prevenção e controle de IRAS depende da ordem contida nas diretrizes do PCIH, na

organização do processo educativo desenvolvido na instituição, mas também da desordem, referente à presença de circunstâncias que irão conferir a incerteza que o conhecimento seja integrado à produção dos cuidados de enfermagem.

A estratégia de promover o conhecimento supõe construir as aptidões nos profissionais, mas para esse empreendimento é preciso considerar e integrar a incerteza na conduta da ação (MORIN, 2010b). Nas falas dos enfermeiros, é possível identificar que a promoção do conhecimento possui forte tendência de ser a estratégia mais elencada por eles, dada a sua importância no saber-fazer da enfermagem dentro de determinado contexto.

Para o conhecimento almejado, que seja integrador das informações com a mudança de comportamento dos profissionais na prática, é imprescindível entender que na sua construção enfrenta e responde a incerteza. Responde a ela extraindo informações de um ambiente aleatório, produtor de informações, de representações, o conhecimento também é uma estratégia, isto é, de arte, método, astúcia apta para elaborar condutas em situações incertas (MORIN, 2011c).

O conhecimento contribui na construção do que Morin chama de ritos que se perpetuam em hábitos, os quais podem ser considerados certos e errados, errados quando são desviantes do caminho como, por exemplo, o fato de não higienizar as mãos conforme o preconizado na instituição.

No meu entendimento, a formação do hábito está integrada ao conhecimento que ajuda na criação da ideia que será formulada pelo profissional acerca da IRAS. Essa ideia sobre IRAS que ele constrói, desperta o desejo e dá sentido para incorporar as medidas de prevenção e controle na produção dos cuidados de enfermagem. Na perceptiva do pensamento complexo, para incorporar algo é preciso se aprofundar no espírito do homem complexo, o que pode parecer utopia, mas as ideias podem dispor de um formidável poder (MORIN, 2010b).

As ideias formam-se a partir do pensamento racional, mas ganham realmente vida quando clandestinamente, de forma invisível para o racionalista, se tornam dotadas de virtudes providenciais e podem ser referenciais nas ações dos sujeitos (MORIN, 2011c).

Salienta-se que cada enfermeiro pode ter falado de uma forma diferente, mas a lógica do discurso do grupo traz a questão do enfermeiro estar à frente influenciando, pois percebem a necessidade de melhorar a prática de medidas de prevenção e controle de IRAS naquela instituição. Tal afirmação que pode ser vista a seguir.

Da mesma forma que você influência positivamente, você também pode influenciar negativamente. (suj.06)

Então, assim tem que haver da parte do supervisor, da parte do gerente, dos líderes uma cobrança efetiva de passar para a própria equipe, de modo que você coloque, bata sempre na mesma tecla, ou force eles estarem sempre, fazendo que aquilo vire um hábito, deixe de ser uma rotina do serviço do controle de infecção hospitalar, saia do papel e vire hábito, eu acho que tudo é uma questão de costume. (suj.15)

A orientação deve favorecer além do conhecimento técnico científico, o desenvolvimento da consciência de responsabilidade, qualidade emergente em um indivíduo-sujeito dotado de autonomia e dependência. A responsabilidade precisa ser irrigada pelo sentimento de solidariedade, ou seja, de pertencimento a uma comunidade.

Num movimento dialógico não existe de um lado a equipe de nível médio e do outro os enfermeiros líderes, as duas categorias profissionais são inseparáveis e interdependentes, formam um todo organizado e organizador, onde um retroage nas ações do outro. Numa evolução histórica que acontece em espiral, o enfermeiro na condição de formador por meio da educação produz o profissional de nível médio, que na prática chega com o conhecimento incipiente no quesito prevenção e controle de IRAS, principalmente quando contextualizados nas particularidades dos pacientes com câncer.

Conduto, os enfermeiros expõem a dificuldade existente de exercer uma influência em sua equipe, que desperte nos profissionais a importância de higienizar as mãos na prevenção e no controle de IRAS, por exemplo. No recorte das falas a seguir é possível verificar esta afirmação.

Eu para te falar a verdade eu não peço para o funcionário fazer, lave suas mãos, me mostre como você lava suas mãos. (suj.15)

A verdade é que a gente sempre passa por cima, fica esquecido mesmo. (suj. 01)

E muitas vezes ele pode estar sabendo, estar orientado quanto à importância disso. Talvez a gente não tenha conseguido chegar tão próximo ao técnico de enfermagem que pode ativar dentro dele, mostrar para ele que realmente é importante lavar as mãos. E quando é importante fazer isso, entre um paciente e outro é preciso usar uma luva para administrar uma medicação ou não precise, algumas questões eu acredito que deveriam ser mais trabalhadas com o técnico de enfermagem. Nesse sentido que são eles que mais utilizam, que mais, entre aspas, podemos dizer que manipulam o paciente. (suj. 17)

As estratégias de liderança apontam caminhos para o enfermeiro seguir, passando primeiramente pela questão de favorecer a ascendência sobre o comportamento da equipe ao utilizar a cobrança, o elogio, o incentivo, o exemplo dado pelo próprio enfermeiro como no higienizar as mãos de forma correta.

Os enfermeiros salientam que na implementação das estratégias de liderança para criar o hábito nos profissionais incorporarem as medidas de prevenção e controle, o contexto da oncologia deve ser ressaltado. Ao destacar as particularidades dos pacientes com câncer

que os tornam com maior risco de desenvolver infecções, e quando ocorrer, não se pode cair num fatalismo que reduz a infecção somente ao aspecto imunológico desses pacientes.

E considerando o cenário que a gente se encontra, que é um cenário de oncologia. (suj. 10)

...pelas características dos nossos pacientes é muito particular. A gente não é um hospital generalista, a gente lida com oncologia, e o paciente oncológico tem essa característica de ser imunossuprimido, tem essa característica de ter a defesa muito baixa... então isso às vezes não consegue chegar na cabeça de todo mundo, isso tem que ser divulgado, tem que ser informado, e eu acredito que a instituição seja diferente sim, por se tratar de pacientes oncológicos, é bem particular. (suj.01)

Acho que as desvantagens aqui no hospital da infecção, por ser um paciente imunodeprimido mascara, às vezes, o índice de infecção que julga ser normal e no paciente imunodeprimido é anormal. Então é preciso ter tanto cuidado porque numa unidade coronariana se um paciente cardiopata pega alguma infecção chama muito mais atenção do que aqui. Aqui uma infecção é normal! O paciente está imunodeprimido... (suj.16)

Quando os enfermeiros sinalizam estratégias de liderança que buscam evitar os erros dos profissionais, é por entender que a infecção tem riscos que podem ser gerenciados. Trabalhar com a noção de risco é distanciar-se do fatalismo da infecção, aspecto muito forte na instituição, pois a visão dos enfermeiros remete que no senso dos profissionais é “normal” que o paciente com câncer desenvolva infecção.

Existe o dualismo da infecção no paciente com câncer, se de um lado ele apresenta vários fatores de risco que o caracterizam com uma probabilidade aumentada de desenvolver infecção, por outro lado existe a incerteza se ele irá desenvolver ou não a infecção. Portanto, a presença dos fatores de risco não é uma evidência imediata, a forma como os cuidados são produzidos podem ser os aspectos determinantes na ocorrência de IRAS, mesmo num cenário que presta assistência aos pacientes com câncer. Trabalhar com a noção de risco convoca a noção da precaução, forma uma ideia dupla e antagônica sobre a presença do risco e da precaução (MORIN, 2010b).

A dupla e antagônica necessidade do risco e da prevenção/controla nos leva a pensar a IRAS como um fenômeno complexo, quando o profissional contempla elementos que caracterizam o paciente como tendo o risco de infecção surge o dualismo, entre a incerteza-certeza. De um lado o determinismo que ele tem evidências que o levariam a desenvolver infecção, encontra-se imunodeprimido, tem o período de internação aumentado, comprometido funcional etc... Tudo isso o leva a ter o risco de infecção. E por outro a incerteza, pois mesmo ele apresentando os elementos podem ou não desenvolver infecção.

Isso pode conferir uma visão que a infecção possui um caráter de complexidade. Para toda estratégia implementada num contexto hospitalar, há antagonismo entre o princípio

do risco e os princípios da prevenção/controlado, ambos necessários, trata-se de poder ligá-los para o gerenciamento de risco, apesar dos opostos se complementam (FELDMAN, 2011).

A infecção pode ser entendida como uma emergência, aqui o termo emergência é conforme o adotado por Morin, que remete a ideia do surgimento de um fenômeno pela integração de vários elementos que isolados não o caracterizam, ou seja, não emergem, não formam o fenômeno. Assim, infecção entendida como uma emergência pela complexidade é um fenômeno que surge pela interação de elementos, os quais sozinhos não desencadeiam o evento.

A ideia de risco remete a ideia do gerenciamento do risco, que requer integrar os aspectos do risco com de prevenção/controlado, é entender que o risco é uma suposição, possibilidade que pede ações “contingências” de acordo com cada situação, nesse sentido é um caminho para resolver o problema. As ações têm um forte caráter de incerteza, pois é não é possível prever o resultado. Mais profundamente, mais obscuramente, a adaptação ao acaso significa ao mesmo tempo o seu contrário: submissão ao acaso (MORIN, 2011b).

Considerando os resultados do estudo que apontam que a maior parte dos profissionais não incorpora as medidas de prevenção e controle de IRAS por falta de integração dos conhecimentos na prática e incapacidade de senso crítico do seu fazer, circunstâncias essas que irão emergir em condutas que ferem os princípios éticos da profissão de enfermagem.

Morin (2011a) é categórico ao afirmar que todos os desvios éticos vêm certamente de uma insuficiência de senso crítico e de uma dificuldade de obter conhecimento pertinente. Não se pode refutar o princípio de que tudo nos atos dos profissionais de enfermagem é determinado, considerando o indivíduo como um joguete de forças anônimas e obscuras, nem refutar o princípio que age livremente dotado de uma relativa autonomia.

Minha concepção na ótica da complexidade, consta da escolha do profissional em cultivar um princípio ético quando incorpora as medidas de prevenção e controle de IRAS como algo inerente aos cuidados de enfermagem; age com moral baseado nos princípios da ética da profissão na produção do cuidado com segurança. Para reforçar essa afirmação reitero que a ética tem bases na subjetividade, tem fontes, raízes, está presente como sentimento de dever, obrigação moral, solidariedade (MORIN, 2011b).

Todo olhar sobre a ética deve levar em consideração que a sua exigência é vivida subjetivamente, deve reconhecer o aspecto vital do egocentrismo. Assim como, a potencialidade fundamental do desenvolvimento do altruísmo.

“ quando se trata de obedecer a um dever simples e evidente, o problema não é ético, mas ter a coragem, a força e a vontade de realizar o seu dever. O problema ético surge quando dois deveres antagônico se cruzam”(Morin, 2011b, pg 47).

Concebo que a atitude de incorporar as medidas de prevenção e controle de infecções se configura como um dever do profissional que busca o possível e o necessário para promover um cuidado seguro, atendendo os princípios da ética da profissão de enfermagem.

É importante ressaltar que a ética como toda a emergência, depende das condições sociais e históricas que a fazem emergirem, mas é no individuo que se situa a decisão ética; cabe a ele escolher os seus valores e as suas finalidades, todo o olhar sobre a ética deve levar em consideração que a sua exigência é vivida subjetivamente (MORIN, 2011a).

Assumir os princípios de um cuidado que promova a segurança dos pacientes com câncer é vital pela sua fragilidade, bem como, pela própria exposição dos profissionais que cuidam, por exemplo, ao manipularem matéria orgânica. Assim, há destaque na instituição de estratégias que buscam evitar a recorrência dos erros dos profissionais, como não lavarem as mãos, utilizarem a luva de procedimento de forma inadequada; enfim evitar ou mimetizar o erro nas condutas dos profissionais de todas as formas que promovam a ocorrência de infecção como um evento adverso, é preocupar-se com os princípios éticos.

Os enfermeiros apontam a ocorrência do erro como um desafio e ao mesmo tempo como uma possibilidade para trabalhar a mudança de comportamento dos profissionais. Salientam que a ocorrência do erro pode se transformar num momento de aprendizado, como também, o ato de incentivar ao parabenizar a conduta adequada. Entendem que essas estratégias devem fazer parte do repertório deles.

Eu cheguei, já parabenizei uma funcionária minha que lava a mão perfeitamente antes de cada procedimento, antes e após a troca do esteto para ouvir a pressão para auscultar lá ela coloca gaze estéril, no tampão do diafragma ali do esteto, ela coloca algodão, ela protege, perfeito o trabalho dela. (suj.15)

É tem que dar os parabéns mesmo!!! (suj.11)

Os enfermeiros destacam que além de adotarem as estratégias de liderança nas circunstâncias ocorridas, eles devem favorecer momentos que sejam de diálogo com a equipe. O diálogo tem a finalidade de identificar as dificuldades e ao mesmo tempo influenciar os profissionais para evitarem a recorrência de erros, através do estímulo na implementação de medidas de prevenção e controle de IRAS.

Sim, porque eles apontam o que querem. (suj.06)

... também sobre as suas dificuldades. (suj.15)

Eles falam quando são questionados... Por isso que eu falo que o feedback para o colaborador é muito importante. Você parabenizar na hora certa é bacana, no momento certo é bacana, você atrai o seu funcionário para você e caracteriza... e assim você cria nele aquela vontade de fazer de novo, de mostrar que ele é capaz. É estímulo né, tudo é uma questão de estímulo. (suj. 01)

Os enfermeiros salientam que para influenciar a equipe de enfermagem na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS, atuação deles deve ser em locu, o que significa atuarem no local e no momento da ocorrência do erro. Esse é um desafio sinalizado várias vezes ao longo do discurso dos enfermeiros, pelo fato de gerenciar o processo assistencial a distancia se configura como um aspecto constante para eles enfrentarem no processo de liderança.

Então acho que fica mais difícil da gente trabalhar isto aqui! Os enfermeiros mais experientes é contrapor mesmo, é estar mais presente é uma das dificuldades do enfermeiro. Porque aqui o enfermeiro não fica presente no setor. (suj.16)

O ideal seria eu estar presente em cada paciente na hora do banho, acompanhar todos, porque para eu ver alguma coisa hoje para ver se melhorou ou se piorou. (suj.06)

Para educar mesmo, para corrigir tem que estar presente, é o contrapor. (suj.01)

Os enfermeiros destacam a não intencionalidade dos profissionais quando erram, no discurso prevalece um caráter de justificação a partir da existência das situações problemas que se tornam impeditivas para os enfermeiros trabalharem de forma pro ativa na ocorrência dos erros, que implicam em não instituírem as medidas de prevenção e controle de IRAS. A luta fundamental da autoética é contra a autojustificação por toda a parte e incessantemente funciona a máquina cerebral por meio da qual cada um se inocenta, legítima e promove (MORIN, 2011a).

Entendo que os enfermeiros não podem cair na autojustificação, mas ao mesmo tempo precisam refutar a ingenuidade de resolverem sozinhos os problemas; a autocrítica é um caminho apresentado na implementação das estratégias condizentes com as competências dos enfermeiros. A autocrítica torna-se assim uma cultura psíquica cotidiana mais necessária que a cultura física, uma higiene existencial que alimenta uma consciência em permanente vigilância (MORIN, 2011a).

Os enfermeiros salientam a necessidade de manterem uma posição de cobrança dos profissionais para instituírem a prevenção e o controle de IRAS na produção dos cuidados dos pacientes com câncer. Pontuam a cobrança num sentido de exigir uma atitude dos profissionais necessária naquele contexto, pela ocorrência de situações que influenciam no comportamento de não incorporarem as medidas preconizadas.

Então, assim tem que haver da parte do supervisor, da parte do gerente, dos líderes uma cobrança efetiva de passar para a própria equipe, de modo que você coloque, bata sempre na mesma tecla...mas têm que cobrar, é cobrança, é trabalho de formiga, todos os dias você carrega um grãozinho. (suj.01)

Para virar um hábito é cobrar da equipe toda...que aquilo que ele tem que fazer é importante. (suj.15)

Outro desafio que os enfermeiros enfrentam no processo de liderança é o conhecimento incipiente da equipe de enfermagem referente ao tema prevenção e o controle de IRAS. Essa questão trás o interesse dos profissionais ou falta de interesse pelo conhecimento, os quais muitas vezes precisam de capacitação, mas o treinamento realizado é ineficiente e pouco atrativo.

Também relacionam esse aspecto com a formação dos profissionais tanto na formação do nível médio quanto na graduação da enfermagem, onde a prevenção e o controle de IRAS são pouco discutidos.

A prevenção e o controle de infecções são pouco discutidos na formação dos profissionais de enfermagem. (suj.17)

Destacam que com a admissão do profissional na instituição, isso é perpetuado no dia a dia com uma noção superficial acerca da prevenção e controle de IRAS. Como estratégia para essa questão, os enfermeiros reiteram a necessidade de fortalecer a equipe ao enfatizar e relacionar o conhecimento adquirido nas aulas de treinamento com o cotidiano profissional.

Os enfermeiros assinalam a questão de promover o conhecimento diante da formação incipiente dos profissionais e da alta rotatividade na instituição. Reforçam a necessidade de instituir estratégias de liderança para enfrentar essas situações e buscar contribuir no processo de adaptação dos profissionais.

A educação continuada existe! A gente não vai falar para o técnico de lavagem das mãos mais de uma vez ao ano. É peculiar aqui na instituição, a gente ter uma média de contratação nova de quatro a cinco técnicos mês. Isso no final do ano dá meia equipe nova, até mais, e ficam todos durante o dia. Os novatos ficam em torno de 80 novatos por ano, depois do treinamento daqui um ano, eu tenho 80% de defasagem, no treinamento só com a higiene das mãos. (suj.17)

Esse curso técnico fornece uma formação fraca, e ele está lá assumindo o trabalho e nós temos que ter confiança e gerar integração com essa pessoa. O enfermeiro é um facilitador desse processo de adaptação no setor. (suj.10)

Destacam que estão sempre com novatos no setor, o novato é algo normal na vida profissional deles; é presente no cotidiano, muitas vezes esse novato é sem experiência e vem recém saído de um curso técnico. A chegada de profissional é uma mudança na equipe, chega com uma carga de imprevisibilidade, adaptação deixa então de moldar-se as regularidades, constâncias e determinismos de um meio. Dado que o ecossistema varia e transforma-se, e

que a própria noção de adaptação varia e se transforma, torna-se adaptação aos riscos e mudanças (MORIN, 2012).

O processo de adaptação de um novo profissional é carregado de riscos, dada a imprevisibilidade que molda a forma como irá ou não incorporar as medidas de prevenção e controle de IRAS naquele contexto. A adaptação aos riscos necessita não tanto de formidáveis, mas pesadas proteções, não somente de desenvolvimento poliadaptativos das regulações do meio interno, mas também da aptidão para elaborar respostas ao risco (MORIN, 2011b).

Adaptação é um processo contínuo, toma sentido complexo tornando-se uma (auto)-organização numa (eco)-organização, ou seja, adaptação surge como o efeito da aptidão de um ser vivo, não somente a substituir em determinadas condições geofísicas, mas também a constituir relações complementares e/ou antagônicas com outros seres vivos, a resistir às concorrências/competições, e a enfrentar os acontecimentos aleatórios próprios ao ecossistema no qual se integra (MORIN, 2011b).

Os enfermeiros colocam a importância da educação permanente como uma estratégia para contribuir com o processo de adaptação do profissional ao setor de atuação. Posicionam-se como estimuladores da educação permanente quando atuam na geração dos conhecimentos no dia a dia e favorecem a participação deles na programação da instituição. Destacam que podem e devem discutir as dificuldades e alternativas para melhorar participação de acordo com a realidade deles.

Eu tenho experiência disso. Aqui mesmo na instituição nós já fizemos tudo isso. Ninguém vem, nem dando vale transporte. Você quer saber quando vai? Quando tem brinde para ser sorteado. (suj.01)

A gente vê interesse dos novatos, dos que estão entrando agora. O interesse é muito maior. “Oh, tem treinamento precisa ser feito. Ah, eu quero ir...”. Eles têm essa vontade de aumentar o crescimento e quem já tem mais tempo de casa já sinto o total oposto. “Ah, você precisa ficar lá, isso vai dar trabalho, você vai fazer isso, vai gastar seu tempo à toa”. Assim desmotiva a pessoas que está querendo ir lá, a gente fica naquela... (suj.10)

E, às vezes, você faz num horário de serviço, aí ele preocupa em deixar o serviço estar deixando de fazer alguma coisa, ou se faz no horário de descanso, ele perde o horário de descanso. Mas aí o que a gente pode fazer para isso? Buscar de repente ... poderia dar uma folga, e essas horas daria depois... Temos que aproveitar o fato de ter muito novato no hospital. (suj.06)

Reiteram a atuação da enfermeira da CCIH junto à equipe de enfermagem como uma possibilidade de favorecer a efetividade e a eficácia da educação permanente. Na primeira etapa do estudo foi identificada a situação problema referente à falta de integração dos enfermeiros líderes com a enfermeira da CCIH. Essa situação, de certa forma, foi abolida com a admissão da enfermeira atual, que apresenta outra proposta de trabalho.

As prioridades dela, trabalhar com a gente para a gente multiplicar, então ela pensa já em ter um contato maior com os enfermeiros, para os enfermeiros multiplicarem, ajudarem, nos auto ajudar. Então assim, acredito que isso aqui, é uma coisa para a gente estar voltando, uma coisa para gente estar conversando e avaliando depois de novo. Porque é uma nova etapa, e ela fez uma proposta diferente. (suj.01)

Ela procura uma, procura e trabalha junto, é acessível... Agora com a Delise, esta classe 5 não bate mais com a realidade do hospital, ela está mais participativa... (suj.10)

O entendimento sobre a necessidade integração é um fato convergente a todos os enfermeiros que compuseram esse grupo de discussão. Foi salientado que durante o processo de seleção da enfermeira da CCIH atual, traçou-se um perfil que contemplasse as atividades assistências junto à equipe de enfermagem. Para atender essa finalidade foram desejados traços em sua personalidade como, receptividade, empatia, e demonstrasse uma atitude aberta aos outros profissionais.

Eu não quero a parte documental e a parte de fazer porcentagem, de fazer gráfico não precisa, não prioriza o que eu preciso no hospital para infecção hospitalar. Eu quero uma enfermeira, gostaria de ter uma enfermeira da CCIH, que ela buscasse assistencial também, total assistencial. (suj.17)

Porque é muito bom para o enfermeiro assistencial que está nos andares saber que a gente também tem essa abertura... (suj.10)

Destacam que já é possível perceber no comportamento da equipe de enfermagem o produto da implementação dessa estratégia, que busca integrar o trabalho da enfermeira da CCIH com a enfermagem que está na ponta prestando assistência.

A gente está fazendo um trabalho, a gente está caminhando ainda, estamos organizando a comissão de cateter. A Delise tem trocado os curativos de todos os acessos centrais, todo o dia pela manhã ela vai lá, nessa semana ela não foi não... A gente brinca, mas a gente sabe que não consegue ir lá todos os dias, só umas duas vezes por semana... Mas eu vou te falar, esse momento pode se transformar num momento riquíssimo, um momento educativo, chamo o pessoal e ela orienta. (suj.06)

Às vezes eu não vou ao CTI porque não dá tempo, até o final do banho às vezes não é possível estar lá. Mas é interessante quando eu chego lá, vêm os técnicos: "oh eu já troquei tá, usei luva estéril, usei povidine". (suj.16)

Os resultados destacaram a importância de a enfermagem conhecer e se integrar com os dados acerca do controle de infecções, estratégias que busca auxiliar na construção do sentido da infecção ser entendida como um evento adverso e priorizando a incorporação das medidas de prevenção de controle de IRAS nos pacientes com câncer.

Os enfermeiros avaliaram essa estratégia como uma possibilidade favorável na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS naquele contexto. Uma vez que favorece a integração dos profissionais através do exemplo, do diálogo, do fornecimento de *feedback* sobre o seu trabalho, que contribui para criar uma cultura de responsabilização em cada membro e em toda a equipe de enfermagem.

Também pode ser utilizado para a enfermagem conhecer o perfil dos pacientes e incidência de infecção, sítios de infecções que ocorrem no setor onde atuam. É importante que a enfermagem tenha essas informações interpretadas, fato que irá contribuir no conhecimento dos riscos de infecção e no próprio gerenciamento de riscos.

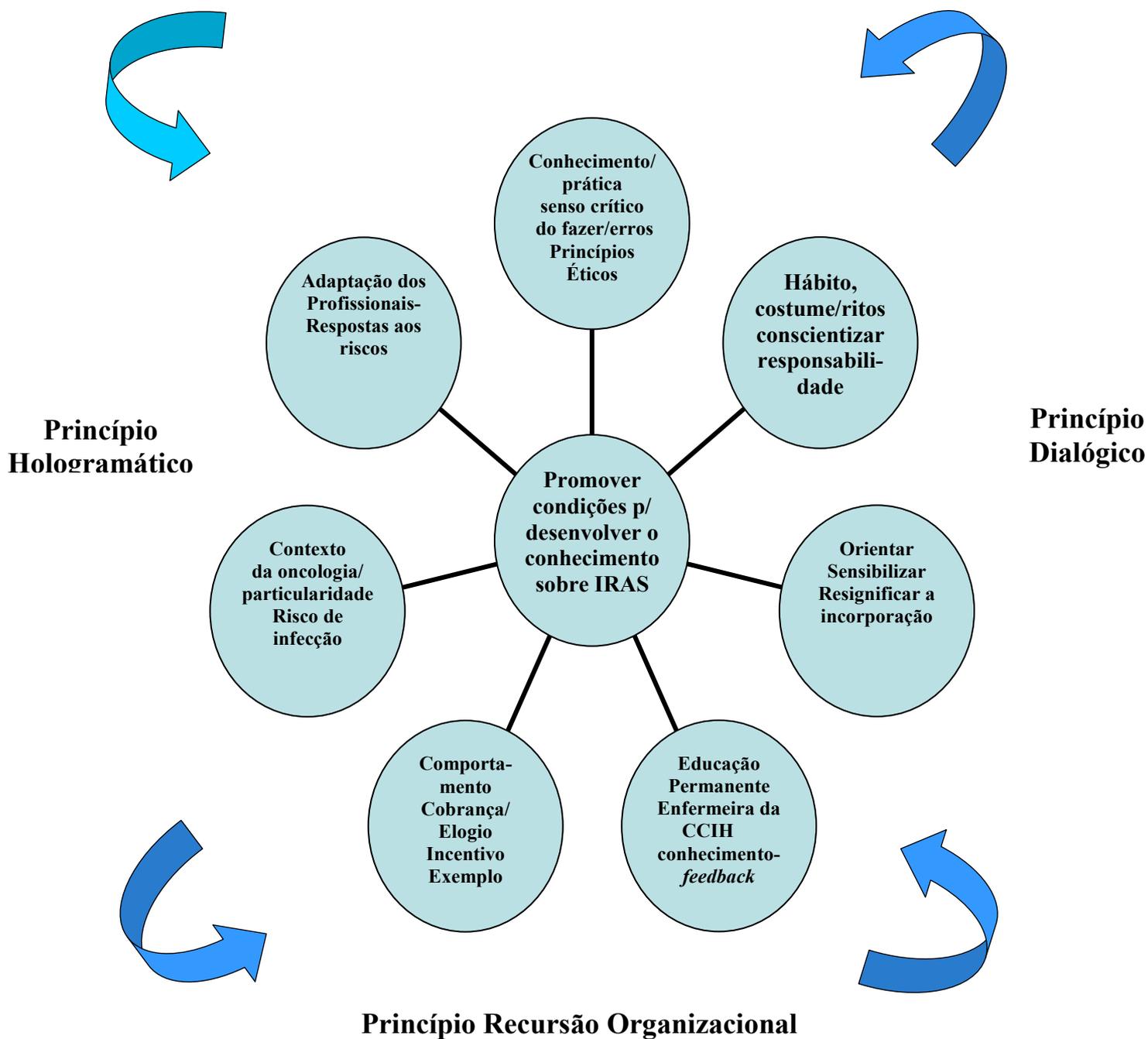
Não podemos conhecer somente por conhecer. É preciso que os dados de alguma forma sirvam para melhorar o cuidado de enfermagem, não como uma estratégia central de dominação do conhecimento que se preocupa apenas com a lógica da reprodução das medidas de prevenção e controle de infecção. Esse modo compartimentado de conhecimento produz uma ignorância sistemática ou uma consciência retardatária dos efeitos perversos de ações consideradas sem importância (MORIN, 2010b).

O *feedback* dos dados de controle de infecção é uma estratégia que almeja desencadear uma atitude reflexiva nos profissionais que estão prestando assistência, e pode favorecer no exercício da autorreflexão. Se as estratégias buscam mudanças no comportamento e na atitude, é preciso considerar que a crítica deve vir não só do exterior, mas também do interior. Devemos dar vida ao termo autocrítica, o apelo à autocrítica e a autorreflexão é como um apelo à autoconsciência, inteiramente oco e inoperante, se vier solicitar do exterior uma mudança interior, só adquire sentido e força nascendo da necessidade interior de um sujeito que se reconhece como sujeito (MORIN, 2011b).

Reitero que nenhuma ação tem a garantia de seguir o rumo da sua intenção, acontecem numa forma circular, onde o produto retroage no produtor. Assim, as estratégias são apostas empreendidas de acordo com a situação, o enfermeiro líder deve estar instrumentalizado para fazer uma leitura do contexto e dos elementos que estão compondo as situações-problema para redirecionar o seu caminho. Sair do determinismo que uma ação irá gerar determinado efeito, na prática está longe de acontecer, os efeitos são imprevisíveis.

Na figura 23 apresento os elementos representados em cada esfera como desafios e possibilidades para promover condições e desenvolver o conhecimento sobre IRAS nos pacientes com câncer e com isso incentivar os profissionais. A complexidade permeia a promoção do conhecimento e está configurada na integração desses elementos, que juntos contribuem para emergir a incorporação das medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.

Figura nº 23- Promover condições para o conhecimento sobre IRAS nos pacientes com câncer para incentivar os profissionais na incorporação de medidas de prevenção e controle.



7.3 Avaliação do processo de pesquisa implementado na elaboração das estratégias de liderança

Para atender as premissas da PCA, que requer indícios de mudança no comportamento dos participantes do estudo, apresento a avaliação do processo de pesquisa implementado na elaboração das estratégias de liderança. A partir da minha ótica e da visão dos enfermeiros que compuseram o grupo de discussão II, referente aos desafios e as possibilidades na implementação das estratégias de liderança propostas.

Como primeiro destaque, os enfermeiros apontam a necessidade de discussão e um trabalho em conjunto, conforme pode ser verificado nos relatos abaixo.

Fico muito a vontade de falar para vocês que estão aqui hoje, que temos uma proposta boa. (suj.17)

Por que o serviço dele depende diretamente de nós, e se nós não fizermos a nossa parte não tem como ele fazer a dele, e vice-versa. A equipe está muito fechadinha, a gente consegue fazer um trabalho excelente, só um pouquinho de empenho e boa vontade, acho que todo o mundo tem. (suj.01)

No processo de pesquisa implementado os enfermeiros fortaleceram a compreensão que a prevenção e o controle de IRAS nos pacientes com câncer é responsabilidade deles, mas também precisam da parceria da enfermeira da CCIH, pois sozinhos não conseguem desencadear um processo de mudança no comportamento dos profissionais. Verbalizam que a IRAS na produção dos cuidados dos pacientes com câncer fica em segundo plano, mas se posicionam com responsáveis para influenciar na incorporação das medidas de prevenção e controle.

Os resultados das entrevistas individuais já apontaram o interesse dos enfermeiros para que os problemas existentes na instituição sejam trabalhados em conjunto. Inclusive propuseram a realização de um relatório para a direção da Instituição relatando os problemas relacionados à infraestrutura. Dessa forma, para contemplar o compromisso que a PCA possui em dar um retorno para o cenário de pesquisa, tendo como base os resultados do estudo, foi elaborada uma carta para a direção da Instituição com a intenção de contribuir para a melhoria do processo assistencial (APÊNDICE E).

O método eleito neste estudo permitiu que outros participantes fossem chamados para compor o estudo de acordo com os resultados encontrados. A consulta aos enfermeiros líderes se haveria alguma inconveniência na participação do RT e da enfermeira da CCIH no grupo de discussão II, por conta do papel que eles exercem no planejamento estratégico e tático da prevenção e controle de infecções, fortaleceu em todos os envolvidos no processo de investigação a consciência de integração entre o processo de trabalho desses profissionais.

Com o comprometimento, trabalhar juntos, discutir com o objetivo profissional, só profissional, não vejo ninguém com raiva. (suj.17)

A contratação da enfermeira da CCIH atual com um perfil que atenda a proposta voltada a integração do seu trabalho com os profissionais que estão na assistência, sinalizam essa tendência integradora.

Há dois meses a Rosângela me ligou dizendo: a Tatiana vai sair, você tem alguma enfermeira para indicar? Eu fui para casa com essa dúvida. E eu voltei para o hospital pensando numa coisa, eu não quero uma enfermeira da CCIH que seja especialista em SCIH. Eu não quero a parte documental e a parte de fazer porcentagem, de fazer gráfico, não precisa, não prioriza o que eu preciso no hospital para infecção hospitalar. Eu quero uma enfermeira, gostaria de ter uma enfermeira da SCIH, que ela buscasse assistencial também, total assistencial. (suj.17)

No processo de pesquisa implementado, os enfermeiros entendem que eles têm esse papel de facilitador, um estimulador que saiba conduzir, canalizar os desafios desviantes do caminho. Conseguem no mundo de suas ideias articularem o processo de liderança com a prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer como uma prioridade na instituição. Posso inferir que o estudo favoreceu uma mudança na visão dos enfermeiros, para resolverem os problemas juntos, ao estabelecer um vínculo de responsabilidade e cumplicidade nas discussões. Salientaram que muitas vezes falta integração na equipe e buscam construir uma linguagem única, onde haja ênfase na prevenção e no controle de IRAS pelo próprio enfermeiro.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção deste estudo se originou a partir de minha vivência profissional, na área da enfermagem oncológica no atendimento a alta complexidade, onde sabidamente os pacientes possuem risco aumentado para infecções quando comparados a outras clínicas. No meu exercício profissional na dimensão assistencial e no ensino clínico num curso de graduação em enfermagem numa UNACON no município de Juiz de Fora/MG, me despertou inquietações sobre o distanciamento do enfermeiro líder, que se encontra na gerência do processo assistencial, da promoção de medidas de prevenção e controle de IRAS junto à equipe de enfermagem.

Embora seja recorrente na literatura a abordagem da infecção na atenção oncológica como um tema prioritário na pesquisa, na prática ainda é notório que os profissionais de saúde, inclusive os da enfermagem, não incorporam as medidas de prevenção e controle de IRAS como inerente ao assistir/cuidar.

Esse problema levou-me a inferir que os enfermeiros líderes não possuíam estratégias organizadas para focalizar a incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS para melhorar o desempenho e o resultado do trabalho dos profissionais de enfermagem ao assistir/cuidar dos pacientes com câncer. Então me questionei: quem capacita os enfermeiros líderes? como é possível elaborar estratégias que podem favorecer no processo de liderança em enfermagem a incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS para os pacientes com câncer?

Para responder estas questões, considerei que os problemas atuais relacionados à prevenção e ao controle de IRAS precisam ser contextualizados; necessitam de soluções que sejam amparadas em discussões pelos profissionais envolvidos nos diferentes níveis de planejamento. Assim, o enfermeiro líder responsável pelo planejamento operacional, não pode ser isolado das ações do planejamento tático e estratégico, bem como o enfermeiro da CCIH, não pode ser isolado do planejamento operacional. Além da necessária integração de outras dimensões e de outros profissionais envolvidos no processo de prevenção e controle dentro de um serviço de saúde, onde a ação de um retroage na ação do outro, assim se desencadeia um anel recursivo das ações.

Essa visão para IRAS está atrelada com o meu modo peculiar de enxergá-la como um fenômeno complexo que se configura numa emergência, no sentido que para ocorrer um evento infeccioso num paciente com câncer é preciso à integração de vários elementos, onde

cada um deles é considerado uma parte que somados formam um todo e que juntos favorecem a ocorrência da IRAS.

Dada à complexidade do fenômeno IRAS, o referencial teórico-filosófico Edgar Morin e outros autores que abordam o pensamento complexo deram luz à compreensão do objeto de estudo desta pesquisa: “estratégias de liderança em enfermagem na incorporação de medidas de prevenção e controle de infecções em pacientes com câncer”. A adoção desse referencial se articula e sustenta o meu entendimento sobre o pensar, o fazer e o aprender-fazer soluções para problemas complexos, sendo necessária uma perspectiva que priorize as inter-relações entre os múltiplos fatores que influenciam no contexto.

Essa forma de pensar convocou um método capaz de responder aos desafios da complexidade vivenciados pelos enfermeiros, ampliando as possibilidades de resolução através da elaboração de estratégias dentro de uma concepção mais abrangente como é o pensamento complexo. Encontrei esse respaldo na PCA, capaz de pensar o problema sem fragmentá-lo do seu contexto ou reduzi-lo em partes pela simplificação. Um estudo desse porte prioriza a participação dos profissionais, o princípio recursivo na ação-reação-ação me levou a pensar que se os problemas estão presentes no campo de prática, as soluções também devem emergir dos profissionais que estão vivendo esses problemas.

A convergência da ciência com a prática é uma forma capaz de contribuir para reduzir a dicotomia do fazer e do pensar, se configura como parte essencial do paradigma emergente da ciência. Algo que precisamos construir gradativamente, pois a formação profissional e o exercício profissional ainda estão pautados no paradigma dominante da ciência. A assistência de enfermagem na atenção oncológica acaba vinculada prioritariamente às intervenções gerenciais cumpridora de tarefas pautadas com forte tendência ao modelo taylorista, adotando a execução das técnicas como prioritárias no assistir/cuidar. As ações educativas seguem um modelo prescritivo que reduz o potencial participativo e integrador com a prática dos conhecimentos que os profissionais recebem.

Nisso, a PCA e o pensamento complexo são muito convergentes, defendem que a troca de conhecimentos entre o pesquisador e os sujeitos pode oferecer subsídios para soluções participativas num cenário investigado, promovendo a ciência e assistência integradas. Para atingir esse intento, este estudo seguiu etapas focalizando o conhecer as situações-problema, elaborar em conjunto com os enfermeiros as estratégias de liderança e discuti-las na perspectiva dos desafios e das possibilidades para sua implementação.

Considera-se que o próprio ato de refletir pode fazer com que as pessoas questionem os problemas encontrados em sua realidade, se posicionem e busquem mudanças no *status quo*.

Na primeira fase do estudo, foi desencadeada uma discussão sobre os problemas que promoveram o ato de refleti-los, o que pode contribuir para que as pessoas avaliassem suas ações. Essa reflexão gerou inquietação e perguntas, num processo cíclico. Essas perguntas geraram novas reflexões que podem contribuir para novas ações dos enfermeiros, mudando a sua forma de ver e de enfrentar os problemas. Esse movimento de reflexão-ação-reflexão fomentou a elaboração das estratégias. Não há como dissociar o indivíduo fragmentando-o em compartimento do pensar e do fazer, na medida em que muda a sua visão, muda a sua forma de pensar, o significado dado a determinado objeto e, conseqüentemente, o seu fazer. Tudo isso, numa perspectiva da recursividade de causa-efeito que gerou a dinâmica reflexão-ação-reflexão, ou seja, o pensar, o fazer e o pensar-fazer são indissociáveis, um alimenta o outro.

Essa concepção conduziu a convergência para assistência que o estudo proporcionou, contribuindo na mudança de visão de todos os enfermeiros envolvidos no implemento do estudo, evidentemente também do meu. Esse movimento ocorreu por meio de reflexões sobre as circunstâncias que implicam no processo de liderança na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS e, sucessivamente, na elaboração das estratégias.

Adotar a noção dos participantes do estudo como sujeito único e plural, possibilitou compreendê-lo inserido no princípio hologramático do pensamento complexo, onde cada enfermeiro é um sujeito singular, mas carrega em si a equipe de enfermagem, sujeito plural. Assim, cada situação problema sobre a prevenção e o controle de IRAS foi apresentada em partes, nos grupos de discussões os enfermeiros se uniram para pensarem juntos e compreender o todo que essas partes refletem no dia a dia.

O grupo de discussão se mostrou uma técnica de coleta de dados que possibilitou a participação dos sujeitos no implemento de pesquisa contemplando a articulação da pesquisa e da assistência. Enquanto se obteve os dados, proporcionou a criação de vínculo entre as pessoas que estão vivenciando os problemas, para pensarem juntas as estratégias de liderança. Infiro que se a coleta de dados, nesse momento, fosse por meio de entrevistas individuais, não obteria a mesma profundidade nas informações, pois o grupo promoveu na dialogicidade as reflexões sobre o que faz, como fazer e suas implicações na prática.

A visão dos sujeitos sobre as situações-problema se apresenta na forma da multidimensionalidade e fica evidente que acarreta implicações no processo de liderança da enfermagem na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer.

A Higiene das Mãos (HM) aparece como a medida prioritária, visto que é transversal a todas as outras ações de enfermagem, mostra o lado pragmático da prevenção e do controle de IRAS, as mãos estão ligadas ao fazer, é por meio delas que é possível prevenir/controlar uma infecção enquanto um evento adverso, bem como, as mãos também pode ser um veículo de transmissão de micro-organismos.

Dada à relevância da HM na prevenção e controle de IRAS, o Brasil faz parte da “Aliança Mundial” para empreender ações que busquem a Segurança do Paciente que devem ser implementadas em todos os serviços de saúde para evitar a ocorrência de IRAS como um evento adverso.

Contudo, os resultados deste estudo apontam que os enfermeiros não estão satisfeitos com a maneira como acontece a HM pela equipe de enfermagem, que inclui a lavagem das mãos, o uso de luvas de procedimentos e uso de solução alcoólica na apresentação gel. Essas ações são negligenciadas no cuidado de si, mas principalmente na produção dos cuidados dos pacientes com câncer. Diante de uma oportunidade que representa a necessidade de higienizar as mãos, os profissionais não desencadeiam essa ação colocando em risco a sua segurança e dos pacientes.

A inadequação da HM é uma situação-problema existente e precisa ser reforçada em todos os setores de internação da instituição, pois a atitude de HM está fortemente vinculada ao comportamento do profissional. Caracteriza-se como uma circunstância relacionada ao pouco conhecimento sobre IRAS, que possui como implicações o despreparo da equipe para assistir os pacientes com câncer.

Essa situação problema, na visão dos enfermeiros, tem relação com a formação do profissional de enfermagem que ocorre de forma incipiente no quesito prevenção e controle de IRAS. O conhecimento incipiente dos profissionais está ligado à dificuldade que eles têm em suprir essa carência na prática assistencial, ao tipo de treinamento desenvolvido na instituição, formato das aulas para o treinamento, falta de orientação e interação da equipe de enfermagem.

Assim, na prática não relacionam as medidas de prevenção e controle de IRAS como uma prioridade na oncologia, os profissionais estão despreparados para assumir a assistência de enfermagem e atender a essa demanda, pois não reconhecem como algo inerente ao cuidado de enfermagem naquele contexto.

Ressalto que de forma geral, as medidas de prevenção e controle de IRAS são as mesmas para qualquer cenário de prestação da assistência a saúde, bem como a relevância de sua incorporação. Entretanto, os resultados do estudo apontam uma peculiaridade da IRAS na

oncologia, que acontece num movimento dialógico. A visão dos enfermeiros assinala dois caminhos para a IRAS nos pacientes com câncer, o primeiro como uma prioridade pelo risco aumentado de desenvolver infecção. A segunda perspectiva aponta que a equipe de enfermagem de nível médio frente à magnitude e as repercussões do câncer, entende que esse é considerado muito maior do que um quadro infeccioso. Assim a doença é prioritária e as medidas de prevenção e controle ficam em segundo plano, muitas vezes são descuidadas, principalmente quando se trata de paciente sob tratamento paliativo.

Essa visão é sustentada pela falta de ênfase sobre IRAS no dia a dia, ao não destacá-la no trabalho dos profissionais para instituírem as medidas de prevenção e controle. Esse fato se configura como um problema que acontece tanto para os enfermeiros como para os profissionais de nível médio. Os enfermeiros percebem que a falta de relação da enfermeira da CCIH com a enfermagem que está na ponta implica na falta de incentivo, que é associada como um fator desestimulante do trabalho e se integra a própria falta do interesse de alguns profissionais.

Sobretudo, a forma como acontece o processo de trabalho da enfermagem na instituição não favorece o desenvolvimento de condições para influenciar e aumentar o interesse dos profissionais de enfermagem pelo seu trabalho. Os enfermeiros assumem uma posição de líderes ao relacionar o processo de liderança com a incorporação de medidas de prevenção e controle de infecções em pacientes com câncer, ao se destacarem como um dos promotores dos meios para estimular o conhecimento para a equipe de enfermagem.

Para não parecer que caí no simplismo de dizer que tudo é complexo, para esclarecer meu posicionamento, entendo a liderança em enfermagem como um fenômeno relacional que requer a inter-relação de vários aspectos. Algo extremamente difícil de materializar-se na prática, pois envolve influenciar o comportamento do outro, num processo integrativo e participativo com vistas à mudança.

Nessa perspectiva, a falta de integração entre os profissionais de enfermagem repercute negativamente no processo de liderança. Na instituição investigada é ocasionada pela grande rotatividade dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Constantemente têm que trabalhar com o “novo”, que traz consigo as incertezas, aqui representado pelos novos profissionais que estão chegando à instituição, o que traz implicações na interação entre eles e afeta na dinâmica de trabalho dos enfermeiros líderes.

Mas, os pontos extremos do nível de experiência também podem ser dificultadores. A pouca ou a falta de experiência profissional em enfermagem pode influenciar negativamente na incorporação das medidas de prevenção e controle de IRAS, mas quando o profissional é

muito antigo e tem um conhecimento que não é renovado, ele pode criar “vícios no trabalho”; ambas as situações predispõem a ocorrência de erros recorrentes e ao comprometimento dos princípios da segurança do paciente.

A infraestrutura da instituição, a falta de materiais ou má qualidade dos produtos foram elencadas como elementos que compõem importantes barreiras estruturais e que podem comprometer a incorporação da HM. De forma geral, a infraestrutura foi entendida como um fator de estímulo para a adequação dos profissionais à HM conforme o preconizado na instituição.

A inadequação da HM pode ser caracterizada como um erro do profissional que remete às implicações éticas do exercício profissional. O erro aparece associado ao fazer, como a profissão de enfermagem está intimamente ligada ao fazer, os erros são encarados como algo presente no trabalho dos profissionais. Pensando de uma forma complexa, a sua ocorrência é entendida como um efeito do sistema, assim tem que ser avaliado sua causa numa perspectiva ampla que permita identificar os fatores que predispõe para sua ocorrência, sem culpar simplesmente o profissional pela deficiência do sistema. Abordar o profissional sempre na perspectiva de orientação pós-evento, depois que o erro já aconteceu, não gera mudanças no sistema, além disso, quando acontecer uma falha deve ser considerado um importante momento educativo e de avaliação do sistema.

Devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais associada à relação do dimensionamento de pessoal com a grande demanda de cuidados dos pacientes com câncer, se evidencia que a execução dos cuidados de enfermagem deve ocorrer o mais depressa possível, para poder atender a todas as demandas da instituição.

O contexto onde a assistência é desenvolvida exerce influência no trabalho dos profissionais, por exemplo, nas enfermarias onde há necessidade do enfermeiro líder gerenciar o processo assistencial a distância integrada à sobrecarga de trabalho, afeta a dinâmica de estar junto dos profissionais. Isso implica diretamente no processo de liderança, pois os enfermeiros não conseguem no dia a dia trabalhar com as particularidades de cada componente da equipe de enfermagem.

Nas enfermarias todas essas situações se integram a demanda de cuidados, o profissional de nível médio desenvolve maior autonomia na assistência, por exemplo, decide a ordem de realização de curativos em diversos sítios no mesmo paciente, visto que o enfermeiro nem sempre consegue planejar a dinâmica de cuidado para todos. Em decorrência disso, os enfermeiros entendem que nesses locais é mais propenso acontecer desvios na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS.

Dessa forma, eles questionam como gerenciar a distância o processo assistencial de enfermagem? Isso é possível? Entendo que os enfermeiros não possuem a capacidade de ser onipresente o que proporciona a ocorrência de erros associados à assistência de enfermagem. Os depoentes sinalizam que as medidas de prevenção e controle de IRAS se perdem no emaranhado de atividades dos enfermeiros, muitas vezes ficam em segundo plano, não sendo destacadas como prioridade no processo de trabalho deles, e em consequência também no fazer da equipe de nível médio.

Inegavelmente o modelo assistencial adotado na instituição privilegia os efeitos da doença em relação à prevenção de seus danos a saúde, quando em algumas situações apontou-se que a infecção não é relevante para os profissionais quanto comparada a magnitude do câncer. Pela visão dos enfermeiros é perceptível que falta uma cultura de prevenção na instituição, inclusive de IRAS que é a maior causa de morbi-mortalidades nesses pacientes.

Assim é possível inferir que a instituição segue um modelo de gestão determinista e pouco participativo. Embora no discurso haja uma tendência à liderança participativa, na prática existe um modelo fechado entre os setores, o que não favorece uma relação intersetorial. A atuação do enfermeiro é distante da equipe de nível médio, há pouca integração entre os processos de trabalho e, a assistência de enfermagem não se apresenta sistematizada, o que traz implicações na forma como as medidas de prevenção e controle de IRAS são implementadas nos pacientes com câncer.

As medidas de prevenção e controle IRAS nesses pacientes embora sejam mencionadas pelos enfermeiros como prioridade, na prática apresenta-se de forma incipiente, pois não são fortalecidas com os profissionais de enfermagem. A infecção torna-se uma fatalidade, algo intrínseco especificamente do processo de doença-tratamento que desencadeia um déficit no quadro imunológico. Atrelados aos aspectos imunológicos desses pacientes, a presença das situações-problema são circunstâncias que colocam a IRAS em outro patamar, conferindo uma multicausalidade para sua ocorrência. (Re)conhecer os fatores de risco para IRAS é conferir certa ordem na desordem presente no contexto de assistência à saúde. O desafio é integrar o determinismo conferido pelas diretrizes da CCIH com as incertezas presentes no dia a dia dos profissionais para prevenção e controle de infecções.

Nessa perspectiva, o indivíduo com câncer amplia a noção de risco de infecção, quando outros elementos forem considerados, além do fisiopatológico e terapêutico, como as implicações dos fatores econômico, social e histórico, considerando o contexto e a forma como a assistência acontece. Assim, existe uma lacuna onde o conhecimento pode avançar na

busca da comprovação ou refutação de como esses fatores se relacionam e influenciam na multicausalidade das IRAS nos pacientes com câncer.

Questão que aponta o princípio dialógico na relação risco/prevenção, visto que os enfermeiros reconhecem que de forma concomitante os profissionais são controladores e disseminadores de IRAS. No discurso fica evidente que eles têm consciência do risco de infecção do paciente, se consideram responsáveis pela dinâmica do cuidado e ressaltam a necessidade de estarem envolvidos na geração do conhecimento para que sua equipe incorpore as medidas de prevenção e controle de IRAS.

Dada as situações-problema que se configuram como desafios para os enfermeiros enfrentarem no processo de liderança, entendo a necessidade eminente de adotar estratégias para favorecer esse processo. As estratégias de liderança devem ser implementadas em todos os setores do hospital, mas os locais prioritários para começar esse empreendimento são as enfermarias que internam pacientes clínicos, ou seja, onde se apresenta maior risco de desenvolver IRAS no sentido onde há mais problemas. Integra-se a essa situação o fato que enfermeiros não são exclusivos desses locais, assumem outros setores concomitantemente, em decorrência disso, precisam gerenciar a assistência de enfermagem à distância.

Como não é possível que os enfermeiros estejam corporeamente junto aos profissionais por muito tempo, para enfrentar essa realidade no seu processo de trabalho, a educação em serviço foi apontada como uma estratégia que deve estar presente no dia a dia para influenciar os profissionais. O tema IRAS deve ser colocado em pauta e dialogado com a equipe de enfermagem com a finalidade de fortalecer suas ações na prevenção e no controle.

Ao utilizar-se de estratégias para influenciar sua equipe na gerência do processo assistencial, os enfermeiros se colocam como integradores dessas ações com a prática, com isso, vislumbram-se criar uma cultura de prevenção e controle de IRAS. Por outro lado, o aspecto educativo é um dos grandes desafios que os enfermeiros precisam discutir na instituição, considerando a realidade que eles vivenciam.

Outra estratégia salientada pelos enfermeiros que influencia o processo de trabalho de toda a equipe de enfermagem, trata-se de diminuir a alta rotatividade dos profissionais, uma questão recorrente na intuição e os enfermeiros não podem se omitir dessa circunstância, pois precisam problematizá-la naquele contexto.

Reitero que as estratégias de liderança em enfermagem frente à prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer referente à higienização de mãos apontam questões como orientação e divulgação sobre o uso correto de solução alcoólica, luvas de procedimentos e a

lavagem das mãos. As ações saem da perspectiva de atuar exclusivamente junto ao profissional e construir uma relação de transversalidade quando buscam incluir os pacientes e acompanhantes nessas orientações sobre o direito de posicionarem-se quando os profissionais de saúde não higienizam adequadamente as mãos.

Nas Políticas Públicas, como por exemplo, na Política Nacional de Atenção Oncológica se privilegia que a promoção da assistência em saúde aconteça de forma segura, quando se salienta a necessidade de prevenção de complicações decorrentes do processo de doença-tratamento. A atitude de instituir as medidas de prevenção e controle de IRAS é um dos requisitos da prestação de um atendimento seguro, sob a ótica da integralidade da atenção à saúde, aconteça de forma inclusiva para todos os atores dos diversos segmentos da sociedade envolvidos na questão do câncer.

Na prática cotidiana as estratégias se configuram como possibilidades que se integram aos desafios, emergindo o fenômeno tecido pela complexidade que envolve a prevenção e o controle de IRAS em pacientes com câncer. Elaborar com os enfermeiros uma proposta com estratégias de liderança busca-se influenciar pela difusão do conhecimento e obter a participação de todos envolvidos no planejamento da assistência, visando contribuir com a mudança de comportamento dos profissionais. Para que reconheçam o que é certo a fazer, desenvolvam competências baseadas na ética do exercício profissional, dando valor e se engajando de fato para incorporar as medidas de prevenção e controle de IRAS em pacientes com câncer.

Considerando o desafio de gerenciar o processo assistencial a distância se destaca a possibilidade de estabelecer um vínculo de confiança, considerando a relação dialógica entre a desconfiança/confiança. Para isso é necessário buscar caminhos para se estabelecer um diálogo, por exemplo, levar as informações referentes aos dados sobre os índices de infecções como um fornecimento de feedback aos profissionais, se configura numa estratégia capaz de contribuir para que o profissional de enfermagem reflita sobre suas ações.

Nesse modo de pensar integrador e participativo, o desafio posto pelos enfermeiros no gerenciamento de riscos para IRAS é trabalhar com o erro na perspectiva de articular a existência de multifatores que se integram para sua ocorrência, tendo como possibilidades, que as estratégias de intervenção sejam iniciadas no ato de identificação da falha, não focalizando somente a cobrança, mas a necessidade de gerar mais conhecimentos para os profissionais.

O enfermeiro que assume a responsabilidade pelo profissional de nível médio, além do ponto de vista legal, não o abandona mesmo quando ele comete um erro. Construir um

vínculo passa pela questão da fidelidade entre os profissionais, não de protecionismo ou de indiferença, mas que o profissional tenha no enfermeiro a confiança de contar com ele na resolução dos problemas. O enfermeiro compreensivo no processo de liderança se mostra solidário com as dificuldades dos profissionais e favorece que exponham as dificuldades que percebem existir no contexto. Naturalmente não é uma tarefa fácil, mas as reações positivas se sobressaem.

Nesse olhar a relação de vínculo que promove a integração dos profissionais é transversal a intersubjetividade, está entrelaçada com a convivência e a responsabilidade com o outro, precisa ser irrigada pelo sentimento de solidariedade, ou seja, de pertencimento a uma comunidade.

Há um movimento dialógico no discurso dos enfermeiros quando destacam a necessidade de estratégias para favorecer a integração dos profissionais ao trabalho por meio da educação em serviço. A existência dessa circunstância parece alimentar uma crise na identidade profissional dos enfermeiros na instituição, reconhecem ao mesmo tempo como uma possibilidade de melhorar o desempenho dos profissionais e um desafio que precisam enfrentar para não se afastarem do cuidado dos pacientes. Essa relação de equilíbrio/desequilíbrio na identidade profissional, é fomentada quando os enfermeiros se questionam quem somos, sinalizam a existência de um conflito na própria essência da profissão.

Promover o conhecimento sobre IRAS nos pacientes com câncer para incentivar os profissionais é influenciá-los no desenvolvimento do hábito, que dia após dia irá constituir-se na incorporação de medidas de prevenção e controle. Sai da lógica que segue um ativismo mecânico das atividades e almejam que os profissionais saibam dar sentido as suas ações e saibam lidar com os desvios que acontecem no cotidiano. De forma que o profissional construa a capacidade de reconhecer que não consegue reunir elementos suficientes que lhe confira competência para fazer sozinho, e com isso tome a decisão de acionar o enfermeiro para ajudá-lo a resolver determinada situação.

Os enfermeiros salientam que a implementação de medidas de prevenção e controle de IRAS deve ser transformada num hábito ou costume na vida dos profissionais. O hábito é entendido como algo que faça parte da vida deles no fazer diário. Assim as orientações devem favorecer além do conhecimento técnico científico, o desenvolvimento da consciência de responsabilidade, qualidade emergente em um indivíduo-sujeito dotado de autonomia e dependência.

Para os profissionais construírem o hábito de fazer o certo, o contexto da oncologia deve ser ressaltado continuamente ao destacar as particularidades dos pacientes com câncer e forma como os cuidados são produzidos, aspectos que os tornam com risco de desenvolver infecções. E quando ocorrer um quadro infeccioso, não se pode cair num fatalismo ao reduzir a infecção somente ao aspecto imunológico desses pacientes.

Reitero que nenhuma ação tem a garantia de seguir o rumo da sua intenção, acontecem numa forma circular, onde o produto retroage no produtor. Assim, as estratégias são apostas empreendidas de acordo com a situação, o enfermeiro líder deve estar instrumentalizado para fazer uma leitura do contexto e dos elementos que estão compondo a circunstância do momento e redirecionar o seu caminho quando for preciso. Sair do determinismo que uma ação irá gerar determinado efeito, na prática isso está longe de acontecer, os efeitos são imprevisíveis.

Os enfermeiros identificam a necessidade de adotar uma atitude educativa, que favoreça a mudança de comportamento dos profissionais de enfermagem, para dar conta da imprevisibilidade, visto que muitas vezes não estão presentes corporeamente no setor pelo qual são responsáveis. A atuação da enfermeira da CCIH junto à equipe de enfermagem é entendida como uma possibilidade para favorecer a efetividade e a eficácia da educação permanente. As ações dos enfermeiros sofrem um efeito hologramático onde as ações de um sujeito irão refletir nas atitudes da equipe; é a intencionalidade das ações individuais que refletem na forma coletiva de prevenir e de controlar as IRAS.

Circunstâncias que se integram numa ordem e desordem e auto-organização presentes na efetividade das medidas de prevenção e de controle de IRAS, onde a ordem representa as diretrizes da CCIH, a desordem relaciona-se a imprevisibilidade na incorporação dessas ações pelos profissionais e auto-organização reflete como se arranja e se reproduz a assistência de enfermagem. Dessa forma, não basta calcar as medidas de prevenção e controle de IRAS somente na ordem, ou seja, somente em papéis constando as regras, técnicas, normas e protocolos é um modelo insuficiente, somente a presença deles não gera mudança no comportamento dos profissionais. Precisa-se considerar a desordem, a imprevisibilidade, mas se a ordem não existisse o trabalho se transformaria num caos.

Diante dessas colocações confirma-se e amplia-se o pressuposto inicial do estudo, as situações-problema que provocam as IRAS em pacientes com câncer têm caráter multidimensional e se configuram como desafios para os enfermeiros, o que requer estratégias de liderança que contemplem a dinamicidade do contexto de atuação e a dialogicidade entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, o que favorece lidar com a

incerteza da complexidade da atenção à saúde e superar os desafios, através de possibilidades criativas que contribuam para conduzir a equipe de enfermagem a resignificação da incorporação de medidas de prevenção e controle de infecções na prática cotidiana.

Entendo que é a partir da resignificação das medidas de prevenção e controle de IRAS pelos profissionais, que emerge a incorporação como algo intrínseco ao assistir/cuidar dos pacientes com câncer. Ficou evidente nos resultados do estudo que os enfermeiros possuem o desejo de promover a incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS, que faça parte do fazer dos profissionais como algo intrínseco que ele buscará sempre contemplar independente dos desvios que possam ocorrer.

Os enfermeiros transitam pela temática numa lógica problematizadora, mesmo no momento de elaborar as estratégias prevaleceram os problemas seguindo numa perspectiva de justificação. Deste modo, uma importante contribuição que o estudo apresenta para o processo de liderança em enfermagem, trata-se da visão que compõe a recursividade das estratégias de liderança sobre os problemas, bem como dos problemas sobre as estratégias de liderança, o que acontece num processo cíclico. Onde os problemas têm caráter de certeza e incerteza, assim as estratégias são caminhos que os enfermeiros apontaram como possibilidades para enfrentar esses problemas na busca de mudanças no comportamento dos profissionais. Para que isso aconteça será preciso o envolvimento de todos, despertando a cultura da segurança como um princípio ético a ser seguido na assistência aos pacientes com câncer.

Desenvolver um estudo na perspectiva da PCA visando promover estratégias coletivas, sem dúvida, se configurou como um desafio para atender a premissa de uma pesquisa co-participativa, cuja integração dos sujeitos-pesquisador deve ser mantida durante todo o implemento de pesquisa. Ouso dizer que o interesse em desenvolver o estudo deve ser igual entre as duas partes, pesquisador e sujeitos. No entanto, na prática assistencial os sujeitos continuam em suas atividades, dispor de um tempo para participarem, reunindo todo o grupo não é tarefa fácil.

Essa questão culminou como uma limitação do estudo, cujo contexto implicou no processo de pesquisa ao não favorecer a participação dos enfermeiros. O caos na instituição foi um fator impeditivo para que os enfermeiros conseguissem participar dos grupos de discussões.

No projeto de pesquisa almejei realizar a técnica de observação em campo de prática para obter mais dados e tecer a realidade vivida pela enfermagem no processo de liderança. Conduto, no percurso do estudo as ideias foram se moldando de tal forma que esse intento

não foi possível se concretizar. Por outro lado, entendendo que a produção do conhecimento não se esgota, essa limitação pode ser transformada numa possibilidade de avanço do estudo na avaliação do processo de implementação dessas estratégias.

O empreendimento de Morin é concebido como integração reflexiva dos diversos saberes relativos ao ser humano, não se trata de somá-los, mas de ligá-los, articulá-los e interpretá-los. Assim como contribuição final desse estudo, aponto como proposta que sejam criados grupos de estudos para dar seguimento às discussões para implementar na prática essas estratégias, ligá-las, articulá-las e interpretá-las sob as condições vivenciadas no processo de trabalho da instituição, para que cada vez mais se sedimente o saber-fazer das estratégias de liderança.

Referências

REFERÊNCIAS

ABOELELA, S.W.; STONE, P.W.; LARSON, E.L. Effectiveness of bundled behavioural interventions to control healthcare-associated infections: a systematic review of the literature. **Journal of Hospital Infection**, v. 66, p.101-108, 2007.

ALVES, M.C.; SEMINOTTI, N. O pequeno Grupo e o paradigma da Complexidade de Edgar Morin. **Psicologia USP**, v.17, n.2, p.113-133, 2006.

ALVES, M.J.M.; TEIXEIRA, M.T.B.; FERREIRA, R.P.; OLIVEIRA, C.M.; AZEVEDO, C.B.; STEPHAN-SOUZA, A.I. A regionalização e a organização das redes de assistência na macrorregião sudeste de Minas Gerais: limites e desafios na programação dos serviços para a assistência ao câncer de mama. **Rev. APS**, v.32, n.1, 2010.

AMESTOY, S.; BACKES, V.M.S; THOFEHRN, M.B.; MARTINI J.G.; MEIRELLES B.H.S.; TRINDAD, L.L. Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino-aprendizagem da liderança. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. v.22, n.2, p.468-75, Abr-Jun, 2013.

ARIAS, K.M.; SOULE, B.M. Administração de programas de controle de infecções. In: Kathleen Meehan Arias; Bárbara Moore Soule. **Manual de Controle de Infecções da APIC/JCAHO**. Tradução Paulo Henrique Machado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BACKES, D.S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 2008. 244f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L.; DAL SASSO, G.T.M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto e Contexto**, v.19, n.2, p.378-85, 2010.

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O. Liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem (USP)**, v. 40, n. 1, p.117-22, 2006.

BALSANELLI, A.P.; MONTANHA, D. Liderança. In: **Competências Gerenciais: desafio para o enfermeiro**. Organizadores Alexandre Pazetto Balsanelli et al. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa/Portugal. Edições 70, 2009.

BARRANCO, E.; MOREIRA, M.C.; MENEZES, M.F.B. O Líder de Enfermagem em Unidades Oncológicas: Intervenções da Subjetividade na Organização de Espaços Saudáveis de Trabalho. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 56, n. 2, p. 213-218, 2010.

BATHKE, J.; CUNICO, P.A.; MAZIERO, E.C.S.; CAUDURO, F.L.F.; SARQUIS, L.M.M.; CRUZ, E.D.A. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 34, n.2, p.78-85, 2013.

BRANNIGAN, E.T; MURRAY, E; HOLMES, A. Where does infection control fit into a hospital management structure? **Journal of Hospital Infection**, v.73, p.392-396, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, Diário Oficial da União de 12 de dezembro de 2012.**

_____, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). **Segurança do Paciente. Higienização das Mãos.** Manual Brasília: 2008.

_____, Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar (2009).** Disponível em www.anvisa.gov.br acessado em 28 de abril de 2009.(a)

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Brasília, 2009.**(b)

_____, **Lei nº 9.431, 06 de janeiro de 1997.** Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País, Diário Oficial da União. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1997.

_____, **Portaria nº 2.616/98,** de 12 de maio de 1998, que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1998

_____, **Portaria nº 2.439/GM** de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 08 de dezembro de 2005.

_____. **Portaria nº 62** do Ministério da Saúde, de 11 de março de 2009. Dispõe acerca das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 11 de março de 2009.

_____, **Portaria nº 961,** de 16 de julho de 2010. Dispõe sobre instituir Grupo de Trabalho para Propor ações relativas ao seguimento de surtos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2010.

_____, **Portaria nº 102,** de 03 de fevereiro de 2012. Dispõe sobre atualização dos Hospitais habilitados na Alta Complexidade em Oncologia, Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2012.

_____, **Portaria nº 529,** de 1º de abril 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2013.

BREVIDELLI, M.M.; CIANCIARULLO, T.I. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.6, p.907-16, 2009.

BOHOMOL, E.; DENSER, C.; HARADA, M.J.C.S. Gestão em Enfermagem: ferramenta para a prática segura. In: **Taxonomia para segurança do paciente.** HARADA M.J.C.S. (org) Rev Técnica Isabel Cristina Kowal Olm Cunha. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011.

CABRAL, L.C. A relação entre o controle de infecção e o cuidado na prática de enfermeiros. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CASTRO, P.T.O.; CARVALHO, A.L.; PERES, S.V.; FOSCHINI, M. M.; PASSOS, A.D.C. Surgical-site infection risk in oncologic digestive surgery. **Braz J Infect Dis.** v. 15, n.2p. 109-115, 2011.

CATANEO, CI .CANINI, S.R.M.S.; CASTRO, P.T.O; MIYEKO, H.; ELUCIR, G. Avaliação da sensibilidade e da especificidade dos critérios para isolamento de pacientes admitidos em um hospital especializado em oncologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 5, Oct. 2011.

CAMARGO, B.V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa da das textuais. In: A.S.P. Moreira (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais**. Universidade Federal da Paraíba- João Pessoa / Editora Universitária, p.511- 539, 2005.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **Journal of Pediatric**, v.78, v.4, p.261-8, 2002.

CERQUEIRA, M.C.M.; MENDES, V.L.P.S. Avaliação da qualidade do programa de controle de infecção hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 22/v. 23, n. 1, 2, 3, p. 33-44, jan./dez. 2009.

CHEN, M.J.; NADALIN, W. Peculiaridades da radioterapia em idosos. **Radiol Bras.** v. 43, n. 5, p.324–329, 2010.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando com as pessoas: transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas**. 6 reimpressão, Elsevier- Campos, Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro, RJ. Elsevier, 2008.

_____. **Introdução a teoria geral da administração**, Rio de Janeiro, RJ. . Elsevier, p. 650, 2012.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 3, p.734-41, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº 7.498/86**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN, 25 de junho de 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas [Internet]. COFEN [citado em 2011 Jan 13]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>.

CRUZ, E.D.A.; PIMENTA, F.C.; PALOS, M.A.P.; SILVA, S.E.M.; GIR, E. Higienização das mãos: 20 anos de divergências entre as práticas e o idealizado. **Ciência Enfermagem**. v.15, n.1, p. 33-8, 2009.

CUCOLO, D. F.; FARIA, J. I. L.; CESARINO, C. B. Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infecção hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.1, 2007.

CUNICO, P.A. **As condições de trabalho e a aplicabilidade do gerenciamento de risco à prática de higienização de mãos** [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2009.

DAMASCENO, E, A. A dinâmica da análise lexicométrica e de conteúdo: perspectivas e aplicações ao ensino de língua materna. **Estudos Linguísticos**, v.36, n.2, p.42 / 51, 2007.

DANTAS, C.C. **Reconstruindo formas de gerenciar em enfermagem: enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional**. Rio de Janeiro, 2008. 223p. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde . **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde**. Série pacto pela saúde. v. 9. p.39-59, 2009.

DELEGE, D.G.A.;SILVA, G.A. Prevenção e controle das infecções hospitalares: um desafio em instituições de saúde de Juiz de fora. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.35, n.4, p.984-1000 out./dez. 2011.

DEV, R.; PARSONS, H.A; PALLA, S.; PALMER, J.L.; FABBRO, E.D.; BRUERA, E. Undocumented Alcoholism and Its Correlation With Tobacco and Illegal Drug Use in Advanced Cancer Patients. **Cancer**. 28 de outubro de 2011. Disponível em www.wileyonlinelibrary.com, 2011. acesso em setembro de 2013.

DEVITA J.R.; V.T; LAWRENCE, T.S.; ROSENBERG, S.A. **Cancer principles e practice of oncology**, 8 ed., Philadelphia: 2005.

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; SCHAEFER, A.L.F.M.; MEIRELLE, B. H.S. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm** Florianópolis.v.15, n.3, p.483-91, Jul-Set, 2006.

FELDMAN, B.L. Gestão de risco na Enfermagem. In **Gestão de risco e segurança hospitalar**. Organizadora Liliane Bauer Feldman, 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009.

FELDMAN, BL.. Gestão em Enfermagem: ferramenta para a prática segura. In: **Gestão de risco: implicações para a prática**. HARADA, M.J.C.S. (org) Rev Técnica Isabel Cristina Kowal Olm Cunha. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011.

FELLI, V.E.A; PEDUZZI, M. O Trabalho gerencial em Enfermagem. In **Gerenciamento em Enfermagem**. Organizadora Paulina Kurcgant, 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2010.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2.ed . Editora Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, V.C.P. **Modelos de Gestão** 3 ed. Rio de Janeiro, Editora FGV. 192p, 2009.

FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, p.129-159. 2000.

FERNANDES, T.A. **Percepções de profissionais de saúde relativas á infecção hospitalar e as práticas de controle de infecção**. (Dissertação de Mestrado em Medicina preventiva), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FRIESE, C.R. Prevention of infection in patients with cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 23, n. 3, p.174-183, 2007.

FONTANA, R.T.; LAUTERT, L. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, 2006.

GAIDZINSKI, R.R.; FUGULIN, F.M.T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Instituições de Saúde. In **Gerenciamento em Enfermagem**. Organizadora Paulina Kurcgant, 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.

GEROLIN, F.S.F.; SANTORO, C. M. O gerenciamento de risco no Hospital Alemão Oswaldo Cruz- HAOC. In **Gestão de risco e segurança hospitalar**. Organizadora Liliane Bauer Feldman, 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009.

GIAROLA, L.B.; BARATIERI, T.; COSTA, A.M.; BEDENDO, J.; MARCON, S.S. WAIDMAN, M.A.P. Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Cogitare Enferm.**;v.17, n.1, p.151-7, Jan/Mar, 2012.

GONÇALVES, F.A.F.; BRASIL, V. V.; MINAMISAVA, R.; CAIXETA, C.R.; OLIVEIRA, L.M.A.C.; CORDEIRO, J.A.B.L. Eficácia de estratégias educativas para ações preventivas da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Esc Anna Nery (impr.)**.v. 16, n.4, p.802 – 808, out –dez, 2012. (a)

GONÇALVES, F.A.F.; BRASIL, V.V.; RIBEIRO, L.C.M.; TIPPPE, A.F.V. Ações de enfermagem na profilaxia da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Acta Paul Enferm.**v. 25(Número Especial 1), p.101-7, 2012. (b)

GRIFFITHS, P.; RENZ, A.; HUGHES, J.; RAFFERTY, A.M. Impact of organization and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. **Journal of Hospital Infection**, v.73, p.1-14, 2009.

GUERRERO, G.P.; BECCARIA, L.M.; TREVIZAN, M.A. Procedimento Operacional Padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.6, 2008.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev Saúde Pública**.v.42, n.3, p.555-61, 2008.

HIGH, K.P.; BRADLEY, S.; LOEB, M.; PALMER, R.; QUAGLIARELLO V.; YOSHIKAWA. T. A new paradigm for clinical investigation of infectious syndromes in older adults: assessment of functional status as a risk factor and outcome measure. **Clin Infect Dis.** v.1;40, n.1, p.114-22., Jan 2005.

IMAGE **manual ALCESTE**- versão Windows, 1986 – 2010 Disponível em: www.alcestesoftware.com.br, acessado em jun 2012.

JOINT COMMISSION RESOURCE. **Temas e estratégias para a liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais**. Tradução Ana Thorell.- Porto Alegre :Artmed, 2008.

KAMBOJ, M.; SEPKOWITZ, K.A. Nosocomial infections in patients with câncer. **Lancet Oncol.** v. 10, p. 589–97, 2009.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; CASTILHO, V.; MACHADO, V.B.; PINHEL, I.; SIQUEIRA, V.T.; SILVA, M.F. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. **Rev Esc Enferm USP.** v. 43(Esp 2), p.1168-73, 2009.

LACERDA, M.R.; GIACOMOZZI, C.M.; PRZENYCZKA, R.A.; CAMARGO, T.B.. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da enfermagem: semelhanças e peculiaridades. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet].v.10, n.3, p.843-8, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a31.htm>, acesso em: 10 mar, 2011.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.19, n. 3, maio-jun, 2011.

LEE, A.; CHALFINE, A.; DAIKOS, G.L.; GARILLI, S.; JOVANOVIC, B.; LEMMEN, S. ; et al. Hand hygiene practices and adherence determinants in surgical wards across Europe and Israel: a multicenter observational study. **Am J Infect Control.** v.39, n.6, p.517-20, 2011.

LIMA, L.C. Programa Alceste, primeira lição: a perspectiva pragmatista e o método estatístico. **Revista de Educação Pública**, Cuiabá, v. 17, n. 33, p. 83-97, 2008.

MACHADO, C.M.; PEIXOTO, S.M. Avaliação da qualidade do programa de controle de infecção hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.23, n.1, p.33-44, 2009. Disponível em:<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4997/3633>. Acesso em: 02 Dez. 2012.

MANNING, M.L. Expanding infection preventionists' influence in the 21st Century: Looking back to move forward. **Am J Infect Control**, v.38, p.778-83, 2010.

MALAGUTI, S.E.; HAYASHIDA, M.; CANINI, S.R.M.S.; GIR, E. Enfermeiros com cargos de chefia e medidas preventivas á exposição ocupacional facilidades e barreiras. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, v.42, n.3, p.496-503, 2008.

MARQUIS, B.L; HUSTON, C.J. **Administração e Liderança em Enfermagem. Teoria e aplicação**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARIOTTI, H.O. **Pensamento complexo: suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINEZ, M.R.; CAMPOS, L.A.A.F.; NOGUEIRA, P.C.K. Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Paul Pediatr**. v. 27, n. 2, p. 179-85, 2009.

MAYA, C.M.; SIMÕES, A.L.A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília. v. 64, n. 5, p 898-904, set-out, 2011.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para enfermagem**. Tradução Ana Maria Thorell. 2 ed.. Porto Alegre; Artmed, 2009.

MENEZES, I.R.S.C. **Avaliação da conformidade de práticas de controle e prevenção de infecção da pneumonia associada à ventilação mecânica em um hospital público de ensino**. Dissertação de Mestrado. Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. 2009.

MENEZES, V.P.S.; BITTENCOURT, A.R.; MENEZES, M.F.B. Infecção relacionada a cateter venoso central: indicador de qualidade da assistência em oncologia. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online** v. 5, n. 3, p. 373-385, jul./set, 2013.

MENDONÇA, K.M.; NEVES, H.C.C.; BARBOSA, D.F.S.; SOUZA, A.C.S.; TIPPLE, A.F.V.; PRADO, M.A. Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. **Rev Enferm.UERJ** abr/jun 2011; 19(2):330-3.

MENOSSI, M.J. **O cuidado do adolescente com câncer: a perspectiva do pensamento complexo**. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONCAIO, A.C.S.; FIGUEIREDO, R.M. Conhecimentos e práticas no uso do cateter periférico intermitente pela equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.11, n. 3, p.620-7, 2009. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a20.htm>, acesso em 02 de agosto de 2013.

MORIN, E; LE MOIGNE, JL. **Inteligência da complexidade epistemológica e pragmática**. 1 ed. Lisboa. Editions de L'Aube, Tradução: João Duarte. 2007, 527p.

MORIN, E. **O problema Epistemológico da Complexidade**. Publicações Europa-América, Portugal. 3 ed. 2002 .

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre (RS): 3 ed. Sulina; 2007.

_____, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 14.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008. Tradução: Eloá Jacobina.

_____. **Amor, Poesia e Sabedoria**. 8 ed. Rio de Janeiro; Bertrand. Tradução: Edgard de Assis Carvalho. 2008, 72p.

_____. **Meu Caminho: Edgar Morin; entrevistas com Djánane Kareh.** 1 ed Rio de Janeiro, Bertrand. Tradução: Edgard de Assis Carvalho, Marisa Perassi Bosco. 2010, 378p.(a)

_____. **Ciência com consciência.** 14 ed Rio de Janeiro, Bertrand . Tradução: Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 2010, 350p.(b)

_____. **O método 6: ética.** 4 ed, Porto Alegre: Sulina, 2011. Tradução: Juremir Machado da Silva. 2011, 224p.(a)

_____. **O método II: a vida da vida.** Porto Alegre: Sulina, 2011. Tradução: Marina Lobo. 2011, 527p.(b)

_____. **O método 4: as ideias: habitat, vida, costume, organização.** 5 ed, Porto Alegre: Sulina. Tradução: Juremir Machado da Silva. 2011, 320p.(c)

_____. **O método 5: a humanidade da humanidade.** 5 ed, Porto Alegre: Sulina. Tradução: Juremir Machado da Silva. 2012. 309p.

MOTA, K.A.M.B. ; MUNARI, D.B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].**v.8, n.1, p.150-61, 2006. Available from:http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/atualizacao.htm. Acessado em 05 de set. 2012.

NASCIMENTO, A.R.A; MENANDRO, P.R.M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.6, n.2, 2006.

NEVES, H.C.C.; SOUZA, A.C.S.; MEDEIROS, M.;MUNARI, D.B.; RIBEIRO, L.C.M.;TIPPLE, A.F.V. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n. 2. mar-abr, 2011.

OLIVEIRA, A.C.; CARDOSO, C.S.; MASCARENHAS, D. Contact precautions in intensive care units: facilitating and inhibiting factors for professionals' adherence. **Rev Esc Enferm USP**. v.44, n.1, p. 161-5, 2010.

OLIVEIRA, A.C.; DAMASCENO, Q.S; RIBEIRO, S.M.C.P. Infecções relacionadas à Assistência a saúde: desafios para a prevenção e controle. **Rev. Min. Enferm**, v.13, n.3, p.445-45, 2009.

OLIVEIRA, A.C.; PAULA, A.O. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 3, 2011.

OLIVEIRA R, MARUYAMA SAT. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].**v.10, n.3, p. 775-83. 2008.

ONCOLOGY NURSING SOCIETY. 2009/2013 Research Agenda. Disponível em: URL: <http://www.ons.org/media/ons/docs/research/2009/2013aexecutivesummary.pdf>. Acessado em: maio 2012.

PAIM, L.; TRENTINI, M.; MADUREIRA, V.S.F.; STAMM, M. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enferm.** v.13, n.3, p.380-6, 2008.

PAIVA, M.H.R.S.; OLIVEIRA, A.C. Conhecimento e atitudes de trabalhadores de um serviço público de emergência sobre adoção de precauções padrão. **Rev Bras Enferm,** Brasília. v.64, n. 4, p. 704-10, jul-ago 2011.

PAVAN, P.; HERNANDEZ, A.L. O gerenciamento de risco na interface com as áreas hospitalares. In **Gestão de risco e segurança hospitalar.** Organizadora Liliane Bauer Feldman, 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009.

PRADE, S.S.; OLIVEIRA, S.T.; RODRIGUES, R; NUNES, F.A.; MARTINS NETO, E.; FELIX, J.Q.; et. al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. **Rev Contr Inf Hosp.,** v.2, n.11-24. 1995.

PRADEBON, V.M.; ERDMANN, A.L.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S.; PROCHNOW, A.G. A teoria da complexidade no cotidiano da chefia de Enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v. 24, n. 1, p.13-22, 2011.

PRADO, M.F.; HARTMANN, T.P.S.; TEIXEIRA FILHO, L.A. Higienização das mãos: acessibilidade da estrutura física. **Esc Anna Nery (impr.)**.v. 17, n. 2, p. 220 – 226, abr – jun, 2013.

PEIXOTO, I.C.; PEREGRINO, A.A.F.; OLIVEIRA, O.V.S.; RAMOS, R.S. Análise do perfil dos pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas de cura atuais. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ,** 2010.

PEREIRA, M.S.; SOUZA, A.C.S.; TIPPLE, A.F.V.; PRADO, M.A.. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto contexto-enfermagem,** v.14, n.2, 2005.

PEREIRA, W.R.; BELLATO, R. Relação entre a precarização do ambiente físico e o risco de infecção hospitalar: um olhar sob a perspectiva da ética, dos direitos e da cidadania. **Texto Contexto Enferm,** 13(n.esp), p.17-24, 2004.

PUCCINI, P.T. Perspectivas do controle de infecção hospitalar e as novas forças sociais em defesa da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 16, n.7, p.3043-3049, 2011.

RIBEIRO, M.M.R. **Avaliação Educacional em enfermagem na perspectiva da complexidade: a trama das interações e estratégias de (sobre) vivência.** Tese São Paulo (SP): Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.

RUTHES, R.M. Tendências e Perspectivas na Gestão de enfermagem. In: **Competências Gerencias: desafio para o enfermeiro.** Organizadores Alexandre Pazetto Balsanelli et al. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2011.

RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. As competências e a gestão de risco. In **Gestão de risco e segurança hospitalar**. Organizadora Liliane Bauer Feldman, 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009.

SANHUDO, N.F.; MOREIRA, M.C.; CARVALHO, V. Tendências da produção do conhecimento de enfermagem no controle de infecção em oncologia. **Rev Gaúcha Enferm**, v.32, n.2, p.402-10, 2011.

SANTOS, S.L.V.; SOUSA, B.T.K.; COSTA, D.M.; LOPES, L.K.O.; PELAJAD, E.B.; SOUSA, D.M.; PALOSA, M.A.P.; PEREIRA, M.S. Infecções associadas ao cuidado em saúde em um hospital oncológico brasileiro: análise de cinco anos. **Enfermería Global**, enero, 25:18-27. 2012, Disponível em: www.um.es/eglobal/., acesso em agosto de 2013.

SCHLESINGER, A.; PAUL, M.; GAFTER-GVILI, A.; RUBINOVITCH, B.; LEIBOVICI, L. Infection-control interventions for cancer patients after chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infectious Diseases**. n.9, n. 2, p. 97-107, 2009.

SENNA, K.M.S. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde relacionados à higiene de mãos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, C.P.R.; LACERDA, R.A. Validação de proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.1, p.121-8, 2011.

STRAPASSON, M.R; MEDEIROS, C.R.G. Liderança transformacional na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 228-33, 2009.

SILVA, E.F.F.S.; CHRIZOSTIMO, M.M.; AZEVEDO, L.A.; SOUZA, F.D.; BRAGA, A.L.S.; LIMA, J.L. Um desafio para o controlador de infecção: falta de adesão da enfermagem às medidas de prevenção e controle. **Enfermería Global**. v. 31, jul, 2013.

SOUSA, C.M.M.; ALVES, M. S.C.F.; MOURA, M.E.B.; SILVA, A.O. Os direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n.4, p. 411-7. jul-ago, 2008.

SOUZA, A.M.; ROCHA, R.F.; GABARDO, M.C.L. O papel do gestor no controle da infecção hospitalar. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 1, p39-60. 2011.

SOUZA, A.S.; CASTRO, E.A.B.; FERREIRA, C.C.M.; CHEBLI, J.M.F.; ALVES, M.J.M.; TEIXEIRA, M.T.B.; et al. Uma contribuição interdisciplinar ao estudo da regionalização em saúde: a assistência de média e alta complexidade na macrorregião sudeste de minas gerais. **Libertas**, Juiz de Fora, v.6 e 7, n. 1 e 2, p.76 - 103, jan-dez / 2006, jan-dez / 2007.

SOUZA, A.C.S.; NEVES, H.C.C.; TIPPLE, A.F.V.; SANTOS, S.L.V.; SILVA, C.F.; BARRETO, R.A.S. Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet].v.10, n. 2, 428-37, 2008

SOUZA, F.M; SOARES, E. A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo reflexivo. **Rev. Bras Enferm**, v.59, n.5, p.620-5, 2006.

TERRA, M.G.; CAMPONOGARA, S.; SILVA, L.C.; GIRONDI, J.B.R.; NASCIMENTO, K. RADÜNZ, V. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15 (Esp): p.164-9, 2006.

TIPPLE, A.F.V; MENDONÇA, K.M.; MELO, M.C.; SOUZA, A.C.S.; PEREIRA, M.S.; SANTOS, S.L.V. Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. **Acta Sci. Health Sci.** Maringá, v. 29, n. 2, p. 107-114, 2007.

THINES, D,G; LEMPEREUR, A. **Dicionário Geral das Ciências Humanas**. Edições 70, 1992.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 13ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TRENTINI, M; PAIM L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ª ed. (Revisada e ampliada). Florianópolis: Insular, 2004.

VELASCO E.; THULER, L.C.; MARTINS, C.A.; DIAS, L.M.; GONCLAVES, V.M. Nosocomial infections in an oncology intensive care unit. **Am J Infect Control**, v.25, n. 6, p.458-462, 1997.

VINCENT, S.P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 53, n.1, p. 79-85, 2007.

WHEATLEY, M.J. **Liderança e a nova ciência: descobrindo ordem num mundo caótico**. Tradução: Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Cultrix, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge: clean care is safer care. Genebra: **WHO**; 2009.

ZAVADIL, E.T.C.; MANTOVANI, M.F.; CRUZ, E.D.A. Representação do enfermeiro sobre infecções em pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Esc Anna Nery (impr.)**. v.16, n. 3, p.583-587, jul –set, 2012.

ZITELLA, L.J.; FRIESE, C.R.; HAUSER, J.; GOBEL, B.H.; WOOLERY, M.; O'LEARY, C.; ANDREWS, F.A. Putting evidence into practice: prevention of infection. **Clin J Oncol Nurs**, n.10, v.6, p.739-50, 2006.

Apêndices e Anexos

APÊNDICE A

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Enfermeiros

Resolução nº466/2012– Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “ **Proposições de estratégias de liderança em enfermagem para incorporação de medidas de prevenção e controle de infecções na oncologia**”, que tem como **objetivos**: conhecer; desenvolver; e validar proposta de estratégias de liderança em enfermagem para incorporação pela equipe de enfermagem de medidas de prevenção e controle infecções em clientes com câncer

Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como técnicas a entrevista individual, a entrevista coletiva para compor os grupos de discussão e a observação participante nesses momentos. A pesquisa terá duração de três anos, com o término previsto para dezembro de 2013.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória por números arábicos. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou na Instituição que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas individualmente e participar dos grupos de discussão nas entrevistas coletivas, os quais serão gravadas em áudio, para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos. Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail da doutoranda e da orientadora, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Dra Marléa Chagas Moreira
marleachagas@gmail.com

Nádia Fontoura Sanhudo
nadiananhudo@gmail.com
032-99773363- 91080648

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2012.

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao enfermeiro indicado acima.

_____/_____/_____
Data

Pesquisador responsável

APÊNDICE B

CARACTERIZAÇÃO E ENTREVISTA INDIVIDUAL

Data da entrevista: / / Início: _____

Término: _____

Nome _____

Idade: _____ Sexo: ()F ()M Tempo de formação: _____

Tempo de Atuação na Oncologia: _____

Tempo de atuação nessa Instituição: _____

Setor(es) onde já atuou na

Instituição: _____

Setor atual na

Instituição: _____

Horário de Trabalho: _____

Questão Guia

1. Fale-me como acontecem as situações vivenciadas em sua prática nesta instituição, em relação à implementação das medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência a saúde.

Pontos a serem esclarecidos:

Destacar as situações-problema.

Qual(s) medida(s) você entende ser mais importante?

Você prioriza alguma?

Em relação ao setor, você considera algum como prioritário?

Como acontece a abordagem da equipe de enfermagem?

2. Nesse contexto, o que você entende por liderança em enfermagem? (perguntar caso a resposta não tenha sido contemplada na questão acima)?

APÊNDICE C**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COLETIVA
Grupo de Discussão I – Proposição de Estratégias de Liderança****Data:** ____/____/____ **Número do grupo de Discussão:** _____**Horário do início:** _____ **Término:** _____**Número de participantes:** _____

1) Como nós enfermeiros, podemos desenvolver estratégias para melhorar a lavagem de mãos, o uso adequado de luvas e de álcool gel pela equipe de enfermagem?

2) Como nós enfermeiros, podemos desenvolver estratégias para que as pessoas ao trabalharem, sintam interesse pela prevenção de infecções?

3) Como nós enfermeiros, podemos desenvolver estratégias para promover o conhecimento para a equipe de enfermagem referente ao tema?

4) Como nós enfermeiros, podemos desenvolver estratégias junto à equipe para tratar a prevenção de infecções nos diferentes cenários?

5) Como nós enfermeiros, podemos desenvolver estratégias para articular atuação da CCIH com a equipe de enfermagem?

APÊNDICE D**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COLETIVA
Grupo de Discussão II – Discussão das Estratégias de Liderança****Data:** _____/_____/_____ **Número do grupo de Discussão:** _____**Horário de início:** _____ **Término:** _____**Número de participantes:** _____

1) Apresentação e discussão do quadro que consta a compilação das situações-problema e as respectivas estratégias de liderança.

APÊNDICE E

CARTA PARA INSTITUIÇÃO- RESULTADOS DE PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

Juiz de Fora, fevereiro de 2014.

De: Nádia Fontoura Sanhudo

Para: Instituto Oncológico/ Hospital 9 de Julho Juiz de Fora/Minas Gerais

Assunto: Pesquisa de Doutorado

Apresento algumas considerações acerca dos resultados obtidos em minha Tese de Doutorado intitulada “Liderança em enfermagem na prevenção e controle de infecções nos pacientes com câncer”, defendida em dezembro de 2013, cujos dados de pesquisa foram coletados neste hospital.

A finalidade deste documento é atender a recomendação da banca examinadora de defesa da Tese, a qual solicitou a sua elaboração e que fosse endereçada a Direção desse hospital, acerca da temática estudada visando melhorias no processo de assistência institucional. Essa recomendação reitera o meu posicionamento ético enquanto profissional da área de saúde, que me direciona ao desenvolvimento de estudos cujos resultados sejam convergentes com a melhoria da assistência de enfermagem.

Essa forma de pensar convocou um método de pesquisa capaz de responder aos desafios da complexidade vivenciados pelos enfermeiros frente às situações-problema desfavoráveis na incorporação de medidas de prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) junto à equipe de enfermagem. A eleição da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) ampliou as possibilidades de resolução e de enfrentamento das situações-problema através da elaboração de estratégias de liderança dentro de uma concepção teórico-filosófica mais abrangente como é o pensamento complexo.

O objeto estudado foram estratégias de liderança em enfermagem para incorporação de medidas de prevenção e controle IRAS em pacientes com câncer. A produção de dados foi construída em conjunto com os enfermeiros líderes, que estão na gerência do processo

assistencial, num processo de pesquisa que contemplou três etapas: a primeira através das entrevistas individuais, a segunda e a terceira por meio de grupos de discussão.

Saliento que enquanto pesquisadora minha posição foi de facilitadora do processo de construção das estratégias, no sentido de obter a visão dos enfermeiros e organizar as situações-problema que interferem na incorporação das medidas de prevenção e controle de IRAS.

A relevância desse estudo está ancorada na repercussão da IRAS no aumento da incidência de morbi-mortalidade nos pacientes com câncer que implica desfavoravelmente nos aspectos sociais, econômicos e históricos para toda sociedade. Prevenir e controlar IRAS, principalmente as associadas à contaminação cruzada, nas diretrizes do Ministério da Saúde tem aderência com a possibilidade de evitar a ocorrência de um evento adverso.

Tal perspectiva sob a ótica da integralidade da atenção à saúde é condizente com as Políticas Públicas, como por exemplo, na Política Nacional de Atenção Oncológica que privilegia a prevenção de complicações decorrentes do processo de saúde-doença para que a promoção da assistência em saúde aconteça de forma segura. Portanto, essa é uma premissa que deve ser difundida e incorporada nas instituições que se preocupam com a qualidade do serviço prestado, visto que, a atitude de instituir as medidas de prevenção e controle de IRAS é um dos requisitos da prestação de um atendimento seguro.

A visão dos participantes desse estudo sobre as situações-problema que influenciam na incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS nos pacientes com câncer se apresenta na forma da multidimensionalidade e fica evidente que acarretam implicações no processo de liderança da enfermagem. É possível inferir que essa Instituição hospitalar segue um modelo de gestão determinista e pouco participativo, com um modelo assistencial que privilegia os efeitos da doença em relação à prevenção de seus danos à saúde.

Essa circunstância culmina na falta de uma cultura de prevenção na Instituição, que compromete os aspectos éticos pela inobservância dos princípios da segurança do paciente. Ficou bem configurado a pouca presença da equipe de enfermagem na prevenção e no controle de IRAS, situação fomentada pela falta de cultura de segurança na Instituição. O contexto onde a assistência é desenvolvida exerce influência no trabalho, por exemplo, nas enfermarias onde há necessidade do enfermeiro líder gerenciar o processo assistencial a distância integrada à sobrecarga de trabalho, afeta a dinâmica de estar junto dos profissionais, e conseqüentemente do trabalho em equipe, da competência, resolubilidade e eficácia do cuidado profissional. Questão relacionada, sobretudo ao dimensionamento de pessoal aquém da necessidade integrado à alta rotatividade dos profissionais, o que dificulta o

estabelecimento de vínculos entre eles e repercutem desfavoravelmente no processo de trabalho. Além disso, o programa de educação é ineficaz e não consegue gerar mudança representativa no comportamento dos profissionais, tanto nos recém-admitidos, que na maioria das vezes são inexperientes no exercício profissional, quanto nos profissionais mais antigos na instituição que seguem na reprodução dos erros.

Um exemplo disso é a inadequação da higienização das mãos, é uma situação-problema existente e precisa ser reforçada em todos os setores da instituição que prestam assistência. Caracteriza-se como uma circunstância relacionada a vários fatores, como por exemplo, ao pouco conhecimento sobre IRAS, aspectos da infraestrutura, sobrecarga de trabalho, demanda do cuidado, são situações que refletem no despreparo da equipe para assistir os pacientes com câncer. Tudo isso implica diretamente no processo de liderança, pois os enfermeiros não conseguem no dia a dia trabalhar com as particularidades de cada componente da equipe de enfermagem.

Destaco que a enfermagem compõe uma parte do todo, assim exerce e sofre influência do modelo de gestão adotado pela instituição. Dessa forma, eles se questionam como gerenciar a distância o processo assistencial de enfermagem? Isso é possível? Entendo que o enfermeiro não possui a capacidade de ser onipresente, o fato de assumir vários setores contribui para a ocorrência de erros associados à assistência de enfermagem. Os enfermeiros sinalizam que as medidas de prevenção e controle de IRAS se perdem no emaranhado de suas atividades, muitas vezes ficando em segundo plano, não são destacadas como prioridade no processo de trabalho deles, e em consequência também no fazer da equipe de nível médio.

As situações-problema aqui apresentadas são questões preocupantes e diz respeito a todos envolvidos no planejamento institucional, na transversalidade do planejamento estratégico, tático e operacional, de forma que coloquem os profissionais no centro do processo de trabalho. Ficou evidente nos resultados do estudo que os enfermeiros possuem o desejo de promover a incorporação de medidas de prevenção e controle de IRAS, para que faça parte do fazer dos profissionais como algo intrínseco ao assistir/cuidar que ele buscará sempre contemplar independente dos desvios que possam ocorrer.

Os enfermeiros transitam pela temática numa lógica problematizadora, mesmo no momento de elaborar as estratégias prevaleceram os problemas seguindo numa perspectiva de justificação. Essa concepção conduziu os resultados do estudo à convergência para assistência, e pode ter contribuído na mudança de visão de todos os enfermeiros envolvidos no implemento do estudo, evidentemente também do meu. Esse movimento ocorreu por meio de reflexões sobre as circunstâncias que implicam no processo de liderança na incorporação

de medidas de prevenção e controle de IRAS e, sucessivamente, na elaboração das estratégias empreendidas de acordo com a situação e com a necessidade de adotar uma atitude educativa, que favoreça na mudança de comportamento dos profissionais de enfermagem.

Deste modo, uma importante contribuição que o estudo apresenta para o processo de liderança em enfermagem, refere-se à visão que compõe a recursividade das estratégias de liderança sobre os problemas, bem como dos problemas sobre as estratégias de liderança, o que acontece num processo cíclico. Onde os problemas têm caráter de certeza e incerteza, assim as estratégias são caminhos que os enfermeiros apontaram como possibilidades para enfrentar esses problemas na busca de mudanças no comportamento dos profissionais. Para que isso aconteça será preciso o envolvimento de todos, despertando a cultura da segurança como um princípio ético a ser seguindo na assistência aos pacientes com câncer.

Agradeço a oportunidade de desenvolver meu estudo nesta instituição, e tenho convicção que houve uma mobilização dos enfermeiros sobre o tema. Contudo, reitero a importância de construir uma cultura de segurança com a finalidade de despertar a prevenção e o controle de IRAS como algo incorporado ao assistir/cuidar dos profissionais de saúde. A implementação dessas ações vai além dos interesses da comunidade hospitalar, se delinea de forma inclusiva de todos os atores dos diversos segmentos da sociedade envolvidos na questão do câncer.

Dr^a Nádia Fontoura Sanhudo
Doutora em Enfermagem pela EEAN /UFRJ

Dr^a Marléa Chagas Moreira
Orientadora, Professora EEAN / UFRJ

APÊNDICE F

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA

APÊNDICE A

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Rio de Janeiro, 30/03/2012

Instituto Oncológico/ Juiz de Fora/ Minas Gerais

Ilmo (a) . Sr. (a) : SÉRGIO CALAVARA / DIRETOR CLÍNICO

Venho pelo presente, na qualidade de Doutoranda da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ/EEAN), do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem, solicitar autorização para desenvolver a pesquisa intitulada "Proposição de estratégias de liderança para a incorporação pela equipe de enfermagem de medidas de prevenção e controle de infecções na oncologia", sob a orientação da professora Dr^a Marléa Chagas Moreira.

Este estudo (em anexo) terá como objetivos:

- Conhecer junto aos enfermeiros quais são os principais problemas vivenciados no processo de liderança para a incorporação pela equipe de enfermagem de medidas de prevenção e controle de infecções em clientes com câncer.
- Desenvolver uma proposta com estratégias de liderança voltadas para a incorporação pela equipe de enfermagem de medidas de prevenção e controle de infecções em clientes com câncer
- Validar junto aos enfermeiros, as estratégias de liderança propostas para a incorporação pela equipe de enfermagem de medidas de prevenção e controle de infecções em clientes com câncer.

A condução do estudo configura-se numa pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, na modalidade da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Obedecerá aos critérios de um estudo de intervenção com o desenho que busca delinear o encontro que envolve questões da prática assistencial e da investigação científica.

A obtenção dos dados ocorrerá pelas técnicas de entrevista individual, entrevista coletiva através de grupos de discussões, e observação participante durante a implementação das estratégias. Os sujeitos da pesquisa serão os enfermeiros líderes, que estão na assistência direta, e os técnicos e auxiliares de enfermagem, de acordo com os critérios de inclusão.

O pensamento complexo formulado por Edgar Morin será o referencial teórico filosófico adotado para nortear a elaboração dessa Tese, auxiliado por outros autores que discutem a complexidade.

Será respeitada a resolução 196/96 CNS em todas os seus aspectos. Cabe ressaltar que será concedido a cada sujeito desta pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como forma de garantir o anonimato de todos que se dispuser a participar deste estudo. A exposição nominal da Instituição ficará a critério da Comissão de Ética ou correspondente.

Apresento desde já meus sinceros agradecimentos pela colaboração.

Atenciosamente,

Nádia Fontoura SanhudoEnf^a Nádia Fontoura Sanhudo
Doutoranda da UFRJ/EEANMarléa Chagas MoreiraDr^a Marléa Chagas Moreira
Orientadora, Professora UFRJ/EEAN

21554423/0001-23

INSTITUTO ONCOLÓGICO LTDA.

RUA SANTOS BARRON, 40
CENTRO - CEP 30001-010

JUIZ DE FORA - MG

Autorizado:

Marcelo Sousa Marôco
Marcelo Sousa Marôco
ENFERMEIRO
COREN-MG 227245

Autorizado

Sérgio Calavara
Dr. Sérgio Calavara
Diretor Clínico
CRM 10817 - CPF 161876.000-00

ANEXO A

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN/ UFRJ - Hospital Escola São Francisco de Assis - UFRJ

PROJETO DE PESQUISA

Título: Proposição de estratégias de liderança para a incorporação pela equipe de enfermagem de medidas de prevenção e controle de infecções na oncologia

Pesquisador: Nádia Fontoura Sanhudo

Versão: 1

Instituição: Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN/
Hospital Escola São Francisco de Assis -

CAAE: 02020012.2.0000.5238

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 14714

Data da Relatoria: 24/04/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto para obtenção de título de doutor

Objetivo da Pesquisa:

Propor estratégias de incorporação de medidas de prevenção de infecções hospitalares em serviço de oncologia resultantes da discussão e reflexão entre os enfermeiros que trabalham na área.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema pertinente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Abril de 2012

Assinado por:

Maria Aparecida Vasconcelos Moura