

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

SEBASTIÃO EZEQUIEL VIEIRA

**A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO
HOSPITALAR: POSSÍVEIS INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO
CONTINUADA**

VOLTA REDONDA

2014

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

**A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO
HOSPITALAR: POSSÍVEIS INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO
CONTINUADA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA como requisito à obtenção do título de Mestre.

Aluno: Sebastião Ezequiel Vieira

Orientador: Dr. Marcelo Paraíso Alves

VOLTA REDONDA

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

V657e Vieira, Sebastião Ezequiel.

A enfermagem e o processo de acreditação hospitalar: possíveis intervenções de educação continuada. / Sebastião Ezequiel Vieira. – Volta Redonda: UniFOA, 2014.

107 p. : II

Orientador(a): Marcelo Alves Paraíso

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2014.

1. Enfermagem - dissertação. 2. Acreditação hospitalar. 3. Enfermagem – educação. I. Paraíso, Marcelo Alves. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD – 610.73

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno:

Sebastião Ezequiel Vieira

Título da Dissertação:

A enfermagem e o processo de acreditação hospitalar: possíveis intervenções de educação continuada

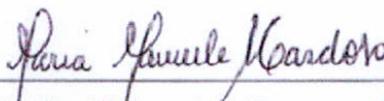
Orientador:

Prof. Dr. Marcelo Paraíso Alves

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Marcelo Paraíso Alves



Prof.ª Maria Manuela Vilanova Cardoso



Prof.ª Ilda Cecília Moreira da Silva

Ao Grande Arquiteto Jeová, que me deu a
força para este trabalho.

À esposa companheira de todas as horas,
Tatiane de Assis Bernardo Vieira.

Ao mestre e amigo, Marcelo Paraíso
Alves.

AGRADECIMENTOS

Aos ex-alunos, hoje colegas e mestres, que me incentivaram, e aos atuais alunos que me inspiram, e aos futuros alunos que, certamente, me lançarão desafios.

Ao Prof. Marcelo Paraíso, por propiciar esta oportunidade.

Ao Prof. Marcelo Genestra, pela amizade com que me brindou em vida.

À Professora Ilda Cecília, pelos ensinamentos que engrandeceram meu trabalho.

RESUMO

O estudo se refere à atuação de técnicos de enfermagem no processo de acreditação hospitalar. Escolheu-se essa temática devido à dificuldade de se delimitar e esclarecer as funções que dizem respeito à atuação e contribuição dos técnicos de enfermagem, diante da implantação do processo de acreditação. Optou-se produzir os dados a partir do Serviço de Controle de Infecção. Teve-se como objetivo compreender a visão dos profissionais técnicos de enfermagem sobre o processo de acreditação hospitalar, discutindo as possíveis contribuições que esses desenvolvem dentro das instituições hospitalares. O presente trabalho tem como percurso metodológico quatro etapas complementares e processuais, assim dispostas: a primeira é constituída por uma revisão da literatura; a segunda é configurada com a aplicação de um questionário, com perguntas semiestruturadas, a ser aplicado aos técnicos de enfermagem de um hospital filantrópico de grande porte; a terceira etapa é composta pela capacitação e estudo do produto – um manual a ser elaborado embasado na dissertação e a quarta etapa consiste na avaliação dos técnicos de enfermagem em relação ao produto final. Os sujeitos foram constituídos por 18 profissionais técnicos, que atuam em duas unidades de terapia intensiva no referido hospital. Como resultado apresentou-se o manual para técnicos de enfermagem na acreditação hospitalar em nível um. Conclui-se que o produto elaborado é uma ferramenta pedagógica de orientação no processo de educação permanente, agregando conhecimento aos profissionais sobre os métodos de prevenção de infecções, sendo de extrema importância para se proporcionar qualidade e segurança nos tratamentos de saúde, contribuindo assim, diretamente, para as instituições que buscam certificações de acreditação junto a ONA (Organização Nacional de Acreditação). A disseminação do produto será feita junto às instituições hospitalares que buscam agregar conhecimento aos seus profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem; Acreditação hospitalar; Educação Permanente; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This study refers to nursing technicians' performance in the process of hospital accreditation. The subject was chosen due to difficulty in define and clarify the functions that regard the nursing technicians' performance and contribution facing the implementation of the accreditation process. The data production was chosen from the Infection Control Department. Had as objective to understand the vision of technical nurses on hospital accreditation process, discussing the possible contributions that these develop in the hospitals. The work has as methodological course four complementary and procedural steps, thus provided: the first is formed by a revised literature; the second is configured questionnaire application, with semi-structured questions, to be applied to nursing technicians of a philanthropic mainframe hospital; the third step is composed by the product's empowerment and study - a manual based on this dissertation and the last step comprise the nursing technicians evaluation regarding the final product. The subjects were constituted by 18 professional technicians, who act in two intensive care units of the reported hospital. As a result, the manual for nursing technicians on hospital accreditation level 01 was submitted. It was concluded that the product prepared is a pedagogical orientation tool to the continual education process, aggregating knowledge to the professionals about infection preventing methods, been of extreme importance in order to provide quality and safety in health care, contributing thereby, directly, for institutes that seek accreditation certification by the ONA (National Accreditation Organization). The product dissemination will be done on the hospitals institution that search to add knowledge to their professionals.

Keywords: Nursing, Hospital Accreditation, Continuing Education, Intensive Care Unit.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Entrevista.....	105
---------------------------	-----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. METODOLOGIA.....	15
2.1. Á área de estudo e os atores da pesquisa.....	15
2.2. Coleta de dados e instrumento utilizado.....	16
3. ACREDITAÇÃO.....	19
3.1. Histórico da acreditação hospitalar.....	19
3.2. Acreditação Hospitalar no Brasil.....	21
3.3. Dimensões ético políticas do processo de Acreditação Hospitalar.....	23
4. ENFERMAGEM: DA HISTÓRIA DA FORMAÇÃO AO PROCESSO DE GESTÃO.....	27
4.1. Histórico de formação na enfermagem.....	27
4.2. A Enfermagem no Brasil.....	27
4.3. O técnico de enfermagem e a Acreditação Hospitalar.....	31
4.4. Discutindo a diferença entre educação continuada e educação permanente.....	32
4.5. Formação da mão de obra técnica na saúde.....	34
4.5.1. <i>Programas de formação profissional em saúde</i>	37
4.6. Gestão dos serviços de enfermagem no ambiente hospitalar.....	41
5. CONTROLE DE INFECÇÃO.....	45
5.1. Histórico do controle de infecção.....	45
5.2. Controle de infecção no Brasil.....	47
5.3. Controle de infecção e a Acreditação Hospitalar.....	52
5.4. O Técnico de enfermagem e o controle de infecções.....	54
6. APRESENTAÇÕES DE RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	60
6.1. A Visão dos técnicos de enfermagem sobre o processo de Acreditação Hospitalar.....	61
6.2. Os Técnicos de enfermagem e sua inserção no processo de Acreditação Hospitalar.....	63
6.3. Contribuições dos técnicos de enfermagem no controle de infecções pulmonares.....	66
6.4. Contribuições dos técnicos na prevenção de infecções no trato urinário.....	75

6.5. Medidas de Controle de Infecções Realizadas Pelos Técnicos em Cateter Implantado na Corrente Sanguínea.....	79
6.6. A transmissão de informações entre supervisores de enfermagem e os técnicos de enfermagem.....	82
7. PEDAGOGIA DE AUSUBEL.....	85
8. CONCLUSÃO	89
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS	93

APRESENTAÇÃO

Trazer à tona a questão referente aos processos de Acreditação Hospitalar se prende às contradições que envolvem minha prática profissional como enfermeiro na Casa de Caridade Hospital São Paulo (CCHSP), localizado no município de Muriaé – MG, instituição que busca ser acreditada junto a Organização Nacional de Acreditação (ONA) em nível 1 e que tem a finalidade de promover segurança e estrutura física adequada para os usuários.

Minha formação profissional é constituída de uma observação constante quanto ao processo de aprendizagem e capacitação dos profissionais técnicos de enfermagem. Sete anos de profissão exercida no atendimento direto aos usuários e seis anos como docente de curso profissionalizante permitiram-me refletir sobre algumas questões: é possível, no cotidiano hospitalar, inserir os profissionais técnicos de enfermagem ativamente no processo de gestão? Qual a participação do técnico de enfermagem em um processo de Acreditação Hospitalar em nível 1? Quais as principais dificuldades que entram tal processo?

No processo de formação profissional, convivo com a responsabilidade de supervisionar uma equipe de cinco técnicos de enfermagem, em uma unidade de terapia intensiva, sendo que, em todo o ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem é composta por 300 profissionais técnicos e 40 enfermeiros.

Embora a necessidade de melhoria nos procedimentos hospitalares seja uma prioridade na sociedade atual, e o processo de acreditação seja a forma pela qual a Organização Nacional de Acreditação (ONA) utiliza para intervir no referido espaço profissional, deparo-me com uma equipe que não apresenta motivação para se empenhar em assuntos pertinentes aos objetivos propostos pela ONA.

Essa situação que observo no trabalho, me fez refletir e aprofundar meus questionamentos e também procurar as respostas quanto aos problemas oriundos dessa realidade.

Na atualidade, o serviço hospitalar busca a sua referência de qualidade em atendimento aos usuários, procurando seguir os parâmetros estabelecidos em três níveis: Segurança e Estrutura (nível 1), Organização (nível 2), Práticas de Gestão de Qualidade (nível 3) (ONA, 2010).

1. INTRODUÇÃO

O Processo de Acreditação visa à melhoria da qualidade de forma contínua, na qual é proporcionada a possibilidade de um aprimoramento, que vai estabelecendo, de maneira progressiva, novos padrões, devido a resultados de estudos da mesma instituição ou em comparação com outras organizações semelhantes.

A finalidade do referido procedimento é a busca da inexistência de falhas. Sabe-se da impossibilidade dessa meta, entretanto, a busca incessante de problemas é que permite a condição necessária para orientar ações que desenvolvam uma gestão de qualidade. Observa-se um avanço no processo cultural dos funcionários de instituições motivadas a participar das certificações ofertadas por meio de reformulações no processo em educação e compromisso em longo prazo, tendo em vista o desenvolvimento dos processos e padrões dos resultados apresentados pela instituição (AZEVEDO, 1973; CAMPOS 2008).

A Acreditação Hospitalar é de suma importância do ponto de vista social, porque a partir do momento em que uma instituição hospitalar se qualifica para a certificação junto a ONA, tem-se a garantia da qualidade do serviço prestado mensurado, porquanto isso envolve a submissão da instituição aos requisitos e normas estabelecidos pela instituição acreditadora. A ONA estabelece que a organização que presta serviço de saúde aderindo ao processo de acreditação demonstra responsabilidade e também comprometimento com a segurança, apresentando garantia da qualidade do atendimento prestado à população (ONA, 2010).

No cenário hospitalar, é relativamente nova a preocupação com o gerenciamento dos riscos ligados aos usuários. No Brasil, segundo Carvalho (1973), o primeiro estudo no sentido de melhorar a qualidade na organização dos hospitais foi o de Odair Pedroso, em 1935 (MARQUES, 2010).

Historicamente, percebe-se que no país alguns hospitais foram criados com uma visão baseada em uma perspectiva paternalista, fundados em princípios distantes de estudos científicos e gestão qualificada. Mais especificamente, no que se refere aos hospitais das Santas Casas de Misericórdia espalhados pelo Brasil. Em decorrência, evidencia-se, atrelada a essa prática social, uma prática

profissional no cotidiano dessas instituições, que permite perceber a adesão a esta mesma metodologia na prestação de seus serviços (MARQUES, *Op. Cit.*).

No Sistema de Saúde brasileiro as iniciativas de classificação e categorização de hospitais e outros serviços de saúde sempre pertenceram ao poder público. Os esforços nesse sentido datam de 1930, com o senso hospitalar do estado de São Paulo, no qual se formulou uma primeira proposta de regionalização e hierarquização de serviços, que não chegou a ser implementada, mas serviu de inspiração (AZEVEDO, 1993).

Uma iniciativa concreta no que se refere à acreditação hospitalar ocorreu no período entre 1998 e 1999, quando o Ministério da Saúde realizou o projeto de divulgação da Acreditação no Brasil, cuja divulgação obteve um resultado positivo. A ONA, uma organização sem fins lucrativos e de interesse coletivo, ao ter como principais objetivos a implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da assistência à saúde estimulou todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do Processo de Acreditação. (ONA, 2000).

Corroborando então com o início do processo de acreditação no Brasil, passa a ser importante a qualificação dos profissionais para uma assistência progressiva da qualidade do serviço hospitalar (FREITAS; OGUISSO, 2007).

Devido à melhoria da mão de obra, observa-se que dentro dos hospitais a equipe de enfermagem, em especial os técnicos, compõe grande parte do contingente hospitalar no que tange aos serviços prestados diretamente aos usuários, serviços esses que podem colocar em risco a integridade física, tanto de pacientes, quanto a dos profissionais (FREITAS; OGUISSO, 2007).

Entendendo que a melhoria na qualidade da assistência à saúde passa pela orientação profissional, é de suma importância um acompanhamento na ação educacional de forma contínua, para que ocorra o processo de acreditação hospitalar. Isso se torna imprescindível porque o ambiente de saúde exige uma objetividade e uma subjetividade que são inerentes a essa área, visto que o objeto que a constitui é de seres humanos, cujas intervenções técnicas sofrem ação das relações interpessoais. Todas as profissões que se destinam ao cuidar são de equivalência ético-dependente, ou seja, no ambiente hospitalar é indispensável a

educação para que a ética seja exercida em todas as relações profissionais com os pacientes (RIOS, 2009; BACKER, 2008).

Nas últimas décadas houve uma grande evolução tecnológica, também evidente no ambiente hospitalar. Porém, não se observa a mesma evolução nos aspectos que envolvem o comportamento profissional, que se manteve estacionado no cenário nacional (BRASIL, 2000).

O processo de formação continuada dos técnicos de enfermagem frente à acreditação hospitalar se torna cada vez mais dificultado, porque há formação profissional ineficaz, conforme apontam os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico. Observa-se que há uma proliferação dos cursos de má qualidade, com precária infraestrutura, currículos tradicionais, corpo docente sem experiência e estágios mal supervisionados. O resultado é o profissional com conhecimento técnico insuficiente e postura inadequada (BRASIL, *op. cit.*).

Essa realidade tem levado a esforços incessantes no tocante à reeducação dos profissionais técnicos de enfermagem, com o objetivo de prestar sua contribuição efetiva na melhoria do atendimento hospitalar, e, posteriormente, obter uma certificação da entidade de saúde. (FREITAS E OGUISSO, 2007).

O processo de certificação hospitalar em nível 01 fornece subsídios para que a instituição acreditada forneça uma estrutura adequada e um serviço de segurança aos usuários (ONA, 2010).

Dentro da realidade hospitalar, os profissionais técnicos de enfermagem podem contribuir de inúmeras maneiras para que os usuários tenham um atendimento com segurança. Mediante situações passíveis de intervenções, opta-se por enfatizar como esse profissional pode proporcionar segurança no tratamento dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Neste trabalho abordou-se 30 profissionais técnicos de enfermagem, por meio de um questionário semiestruturado. Restringiu-se a assuntos que se relacionam principalmente ao controle de infecções relacionadas ao trato urinário, ao controle de infecções em ventilação mecânica e ao controle de infecções em cateteres implantados em corrente sanguínea (RODRIGUES, *ET AL*, 2009).

Assim, o objetivo geral do trabalho visa compreender a visão dos profissionais técnicos de enfermagem sobre o processo de acreditação hospitalar, discutindo as possíveis contribuições que esses desenvolvem dentro das instituições hospitalares, segundo os requisitos estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação. Como ações específicas o estudo percorreu o seguinte trajeto: Identificar a visão dos técnicos de enfermagem sobre o processo de Acreditação Hospitalar em nível 01 (estrutura e segurança); Discutir como os profissionais técnicos podem contribuir com o processo de acreditação mediante o controle de infecção; Identificar a visão do técnico de enfermagem sobre o processo de comunicação existente durante o processo de acreditação; Criar um manual para profissionais técnicos de enfermagem com orientações sobre o processo de Acreditação Hospitalar, exemplificando sua importância por meio do controle de infecção.

2. METODOLOGIA

2.1. Á área de estudo e os atores da pesquisa

A Casa de Caridade de Muriaé / Hospital São Paulo (CCMHSP), situada no centro de Muriaé – MG, foi fundada em 29 de maio de 1927 pelo Coronel Izalino Romualdo da Silva. Durante 53 anos, foi gerida pela Congregação das Marcelinas, sendo que, em 1977, foi declarada pelo estado, instituição de utilidade pública, e em 1983, reiterada essa posição pelo Governo Federal (CCMHSP, 2013).

Historicamente, construir um hospital na cidade de Muriaé, na década de 1920, era considerado, devido à situação econômica do município, um projeto audacioso. Porém, a demanda local e a mobilização social causam forte impacto na população, que se mobilizou para conseguir os recursos necessários para essa construção (CCMHSP, *Op. cit.* 2013).

Um aspecto importante a ser ressaltado foi a participação da sociedade nos rumos da CCMHSP, em que as decisões necessárias são definidas por meio da representação da irmandade. No início, a irmandade era constituída por pessoas que detinham uma idoneidade irrefutável, bem como recursos suficientes para auxiliar na sustentabilidade da instituição. Na atualidade, essa situação é diferente, pois a instituição se tornou autossustentável. Mesmo assim, a irmandade continua com o importante papel de opinar sobre as decisões a serem tomadas e a eleição de novos membros para representar a sociedade (CCMHSP, *Op. cit.* 2013).

A CCMHSP é uma instituição de referência em serviço de saúde, que atende ao município de Muriaé e cidades vizinhas, atingindo aproximadamente um milhão de pessoas por meio de seus serviços. A instituição consegue oferecer 99% de resolutividade dos casos atendidos, sendo que menos de 1% dos pacientes necessitam ser transferidos para outros hospitais.

A referida unidade hospitalar oferece serviços de alta e média complexidade em várias especialidades (obstetrícia, pediatria, nefrologia, urologia, cardiologia, hemodinâmica, clínica médica, clínica cirúrgica, pronto socorro, neurologia, neurocirurgia, ortopedia, gastroenterologia, dentre outras), como é característico de um hospital geral (CCMHSP, *op. cit.* 2013).

Sua estrutura conta com 189 leitos ativos, divididos entre clínica médica, cirúrgica, obstetrícia, pediatria e CTI. A unidade de terapia intensiva da CCMHSP é constituída por 16 leitos ativos, divididos em duas unidades denominadas CTI (1), com sete leitos, e CTI (2) com nove leitos. A equipe de enfermagem é constituída por um enfermeiro gerente de processo, 8 (oito) enfermeiros supervisores das unidades nos devidos plantões, (2) dois técnicos que trabalham de segunda a sexta, das 7 às 17 horas, e 32 (trinta e dois) técnicos de enfermagem que compõem as equipes dos quatro turnos, numa escala de 12 horas trabalhadas e 36 horas de folga.

Cabe esclarecer que o total de funcionários descrito refere-se às duas unidades de terapia intensiva existentes na unidade, sendo este o local escolhido para o desenvolvimento da pesquisa do presente trabalho (CCMHSP, *op. cit.* 2013).

2.2. Coleta de dados e instrumento utilizado

Este trabalho tem como percurso metodológico quatro etapas complementares e processuais, assim dispostas: a primeira é constituída por intermédio de uma revisão da literatura; a segunda foi configurada com a aplicação de um questionário, com perguntas semiestruturadas, a ser aplicado aos técnicos de enfermagem do CCMHSP; a terceira etapa é composta pela capacitação e estudo do produto – um manual - elaborado embasado na dissertação; e a quarta etapa consiste na avaliação dos técnicos de enfermagem em relação ao produto final.

A revisão da literatura é de suma importância, porque é a partir das pesquisas já realizadas, que a hipótese do trabalho deve ser fundamentada e o referencial teórico demonstra a base teórica já existente, que vai embasar a reflexão e argumentação do pesquisador (RIBEIRO; CRUZ, 2004).

Quanto à aplicação de um questionário, esse é considerado um dos instrumentos mais utilizados para obtenção de dados. Não existe uma quantidade normativa de questões, porém, sempre deve ser levada em conta a exaustão que pode causar um questionário com muitas perguntas. Essas podem ser abertas ou fechadas, ou combinando as duas modalidades. As vantagens do questionário é a obtenção de informações em curto prazo e a facilidade na tabulação. Ele também garante o anonimato e a economia de tempo e de recursos financeiros. Por outro

lado, tem suas limitações demonstradas na devolução dos formulários: no que diz respeito ao grau de confiabilidade das respostas obtidas, que pode variar; na dificuldade de formular perguntas específicas para cada grupo, para se obter o melhor entendimento do assunto (BARROS, 2007).

No questionário implantado junto aos técnicos de enfermagem, abordaram-se aspectos relacionados ao processo de acreditação hospitalar, buscando compreender a visão desses profissionais em relação ao processo de acreditação.

Outro aspecto abordado foi sobre o conhecimento a respeito de medidas de controle de infecção dentro das unidades de terapia intensiva.

A intenção foi estabelecer a relação entre os procedimentos técnicos e sua contribuição com a acreditação hospitalar. Para tanto a teoria de Ausubel sobre a aprendizagem significativa é de grande relevância para a abordagem do assunto. Partindo do pressuposto que os profissionais técnicos de enfermagem já detêm um conhecimento prévio adquirido, em sua formação curricular, sobre os cuidados relacionados aos pacientes, a aprendizagem pode ocorrer de duas formas, segundo Ausubel: a primeira, de forma mecânica, quando os profissionais memorizam novas informações literalmente. Na segunda, ocorrerá de forma significativa, quando o profissional raciocina de maneira lógica e que seja psicologicamente significativa, sendo importante ressaltar que cada indivíduo terá sua própria forma de raciocinar dependendo de sua formação e experiência de vida (AUSUBEL, 1982).

A capacitação dos Técnicos de Enfermagem desenvolveu-se por meio de seminário, em que foi exposto o conteúdo do manual para que os profissionais avaliassem o conteúdo, a clareza e a aplicação prática. Esse seminário serviu como método de validação para a realização do manual.

Com respeito à avaliação dos profissionais sobre o produto, ela ocorreu após o seminário, por intermédio de um questionário (BARROS. *op. cit.*, 2007) – ver anexo (1).

A metodologia tem como proposta a perspectiva do método qualitativo. A pesquisa qualitativa responde a questões bem particulares. No tocante às Ciências Sociais, ela tem a preocupação com uma realidade que não pode ser quantificada, ou seja, trabalha com um mundo de significados, motivos e aspirações, o que

corresponde a um espaço mais profundo dos relacionamentos, dos fenômenos, os quais não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

Os conjuntos de dados quantitativos e qualitativos não se opõem, complementam-se, pois na realidade que abrangem eles podem se interagir dinamicamente (MINAYO, *op. cit.*, 2004).

Dentro deste contexto se terá condições de avaliar qualitativamente os dados, bem como compreender os motivos ou aspirações que levaram a determinadas reações e decisões. A análise dos dados será feita mediante a interpretação pautada em referenciais teóricos ligados ao tema e apresentados no decorrer do estudo.

Os sujeitos foram divididos em três grupos: o grupo A, constituído por técnicos de enfermagem que possuem mais de 10 anos de experiência profissional; o grupo B, constituído por técnicos com 5 a 10 anos de experiência profissional; o grupo C, constituído por técnicos com menos de cinco anos de experiência profissional, totalizando 18 sujeitos. A escolha dessa divisão parte da hipótese de se verificar a diversidade de informações que se pode obter de um grupo de profissionais com uma grande divergência de tempo de serviço. É importante salientar que alguns Técnicos de Enfermagem, devido ao tempo de formação profissional, não obtiveram em sua formação inicial conceitos relacionados à Acreditação Hospitalar.

Os dados foram tratados à luz de Bardin (2006). Propôs-se a triangulação dos dados obtidos por meio dos questionários aplicados, o referencial bibliográfico e os documentos obtidos na CCMHSP. A partir da análise dos dados realizamos uma convergência temática que se configurou com as perguntas contidas nos questionário.

Assim, seguindo os pressupostos abordados pela autora, observaram-se os cuidados com a descrição e execução de cada uma das fases da análise, preservando a confiabilidade e validade dos dados (BARDIN, 2006).

Cabe apontar que todos os participantes da pesquisa preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido, em conformidade com a resolução 196/96, atendendo a normativa do Comitê de Ética e Pesquisa do UniFOA (CAAE-14288213.9.0000.5237).

3. ACREDITAÇÃO

A acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Por intermédio desse processo, as instituições obtêm a possibilidade de ter um programa de educação continuada e não uma forma de fiscalização (ONA, 2010).

3.1. Histórico da acreditação hospitalar

O processo de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares, por meio de certificações, começou em 1912, nos Estados Unidos, com o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), quando em 1950, aliado à Associação Canadense de Hospitais, criaram a *Joint Commission on accreditation of Hospitals* (JCAH) (ROBERTS, 1987).

Em meados de 1924, foi criado pelo CAC o Programa de Padronização Hospitalar (PPH). De acordo com esse programa, era garantida a qualidade da assistência aos pacientes. Na intenção de proporcionar qualidade nos serviços hospitalares prestados, três padrões relacionavam-se: primeiro, a forma de organização do corpo médico; segundo, o exercício da profissão e, por fim, o conceito de corpo clínico (ROBERTS, *op. cit.*, 1987).

É importante frisar que em outras partes do referido programa, era preconizada a importância do preenchimento do prontuário, não deixando de incluir história e exames do paciente e também as condições de alta; e por último, fazia-se referência aos recursos diagnósticos e terapêuticos, como laboratório clínico e departamento de radiologia (ROBERTS, *op. cit.*, 1987).

Dentro desse modelo, também devem ser ressaltadas as condições necessárias para os procedimentos médicos e o processo do trabalho. Porém, outras necessidades como dimensionamento do pessoal de enfermagem ou a assistência por um período de 24 horas não eram contempladas. Outro aspecto a ser evidenciado é a avaliação dos resultados quanto ao paciente. No entanto, poucos elementos da estrutura física hospitalar eram abordados, acarretando limitações que prejudicavam a avaliação dos serviços hospitalares (FELDMAN, 2004).

Quando o processo de avaliação dos hospitais começou nos Estados Unidos, houve uma grande evolução de 1918 até 1950. Na década de 1920, somente 89 hospitais com mais de 100 leitos atingiram requisitos mínimos.

Já na década de 1950, 3.290 instituições receberam certificação pelo PPH. A partir deste momento, observa-se uma grande evolução nos padrões mínimos de qualidade no país (ROBERTS, *op. cit.*, 1987).

Em meados de 1950, após a Segunda Guerra Mundial, a procura por especialidades não cirúrgicas cresceu muito nos EUA. Mediante essa situação, a CAC iniciou parcerias com a Associação Médica Americana, a Associação Médica Canadense, o Colégio americano de Clínicos e a Associação Americana de Hospitais para angariar apoio em prol de melhorias na qualidade e promoção da acreditação voluntária (ROBERTS, *op. cit.*, 1987).

Em 1951, foi criada nos EUA a Comissão Conjunta de Acreditação Hospitalar (CCAH), que, em 1952, delegou de maneira oficial o programa de Acreditação à *Joint Commission on Accreditation of hospitals* (JCAHO). Essa, inicialmente de origem privada, teve um grande poder de influenciar o legislativo e introduzir aspectos de avaliação, educação e consultoria dos hospitais (NOVAES, 1994).

Na década de 1970, foram divulgados os primeiros resultados dos padrões de qualidade. Devido ao fato de a maioria dos hospitais nos EUA terem atingido o padrão mínimo exigido, modificações foram feitas pela JCAHO, passando a direcionar e enfatizar o monitoramento por meio de indicadores de desempenho (NOVAES, *op. cit.*, 1994).

Por fim, a referida comissão vem assumindo o papel educador com monitoramento, produzindo uma série de documentos, normas e padrões de recomendações. Já com a uma nova denominação, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* passa a ser mais criteriosa com os aspectos relacionados ao atendimento ao usuário, desde sua entrada no hospital, passando pelo diagnóstico e os aspectos relacionados à sua permanência hospitalar. Portanto, atua desde a observação das atividades aos procedimentos técnicos (NOVAES, *op. cit.*, 1994).

Na atualidade, a acreditação foi ampliada para todas as redes de serviços de saúde, passando pelas clínicas de apoio ao serviço hospitalar, pelos laboratórios,

clínicas de fisioterapia, clínica radiológica, exames de diagnóstico em geral, dentre outras instituições, tendo-se a possibilidade desses serviços serem avaliados e acreditados (REDMAN, 1987; ONA, 2010).

O Histórico percorrido pelo processo de acreditação e suas origens são de extrema importância para se entender a sua influência no cenário dos hospitais brasileiros, e como esse método de avaliação e educação foi absorvido pelo país.

3.2. Acreditação Hospitalar no Brasil

O histórico do processo de acreditação no Brasil se torna significativo, ao se considerar que hoje, depois de dez anos da iniciativa, são mais de 300 instituições hospitalares com certificações validadas pela ONA (ONA, 2011).

No Brasil, a Acreditação Hospitalar começou a se tornar realidade no início dos anos noventa, com a publicação: 'Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe' (NOVAES, 1992).

Após essa divulgação, iniciativas do poder estadual se consolidavam e, posteriormente, articulações com o Ministério da Saúde, que em 1995, apresentou o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. A intenção era iniciar o processo de Acreditação Hospitalar no País, sendo que o primeiro Manual de Acreditação Hospitalar foi desenvolvido em 1998 (NOVAES, *op. cit.*, 1992)

No ano de 2001, o governo estabelece e passa a considerar como políticas públicas medidas que garantam a qualidade da assistência nos hospitais do Brasil, por meio da portaria nº 538, de 17 de abril de 2001 (ONA, 2001).

Nesse contexto, observa-se que a saúde sempre necessitou de locais próprios para realizar um processo curativo adequado. Devido a isso, perguntas importantes serão feitas ao longo da história hospitalar, como: os leitos são suficientes às demandas sociais? Existem possibilidades para tornar mais acessíveis aos usuários tais leitos? A atenção prestada é de boa qualidade? O tamanho da unidade hospitalar interfere na qualidade do atendimento? A resposta a essas perguntas tem variado de acordo com os critérios e realidades distintas (PORTER, 2006).

São vários os fatores que levam a mudanças no cenário hospitalar, conseqüentemente, é inevitável a busca por melhorias na qualidade da assistência. Dentre alguns fatores, destacam-se: o envelhecimento da população mundial, necessitando cada vez mais de internações; o perfil epidemiológico com a diminuição de mortes por doenças infectocontagiosas; aumento de doenças crônicas degenerativas, e enfermidades causadas por bactérias ultrarresistentes a antibióticos, têm levado à maior demanda por serviços de mais complexidade e qualidade, que por sua vez, estão localizados nos hospitais (NETO, 2007).

O autor ainda reforça a existência de outro ponto importante: o papel do cidadão que, com uma ação de cobrança e conhecedor de seus direitos, cada vez mais presente, tem levado à melhoria da qualidade dos atendimentos. E não menos importante, a disputa econômica que torna cada vez mais competitivo o mercado de saúde (NETO, *op. cit.*, 2007).

Outro aspecto ressaltado por Neto (2007) é o fracionamento do cuidado que tem demandado setores de serviços cada vez mais equipados em materiais e profissionais. Todos esses fatores têm levado os hospitais a procurar melhorias no atendimento e na qualidade do serviço prestado aos usuários.

A visão de uma assistência baseada no processo de caridade foi muito difundida no Brasil e se tornou, por muito tempo, o principal meio de assistência médico hospitalar prestado à população mais humilde da sociedade. Em parte, todo o sustento e subsídio eram providos por meio de doações. Dentro desse contexto, a mensuração da qualidade do serviço prestado nunca foi um dos fatores primordiais para a assistência hospitalar (MARQUES, 2010).

Mediante a realidade exposta se torna indispensável conhecer os profissionais que fizeram e fazem a história do atendimento hospitalar no Brasil. Dentre tantas classes de profissionais, a enfermagem tem sua importância particular. Isso porque sempre esteve inserida no processo de tratamento aos usuários dos serviços de saúde. Para tanto, conhecer como se originou a profissão de enfermagem pode contribuir para entendermos a sua importância no processo de qualificação das instituições que se propõem à certificação junto a Organização Nacional de Acreditação.

3.3. Dimensões ético políticas do processo de Acreditação Hospitalar

O processo de Acreditação Hospitalar tem como premissa a promoção da qualidade assistencial de forma segura. Isso envolve várias mudanças tanto no que diz respeito à organização quanto à gestão.

As medidas propostas pelo processo de acreditação ocasionam avanços na qualidade da saúde, entretanto, geram alguns problemas, principalmente quando se volta a atenção para instituições mais antigas, a maioria delas criadas com princípios distantes dos defendidos pela ONA.

Dentro desse contexto, pergunta-se qual a motivação de uma instituição hospitalar como a Casa de Caridade de Muriaé-Hospital São Paulo, criada há mais de 80 anos, segundo os moldes de uma visão paternalista, vir a submeter-se às normas de Acreditação Hospitalar? Essa pergunta pode se tornar ainda mais relevante, quando se leva em consideração as exigências de reformulações estruturais e de gestão preconizadas pela ONA (CCMHSP 2013; ONA, 2010).

Para compreender a motivação das instituições ao se empenharem pela certificação de Acreditação Hospitalar, é necessário remeter-se ao início desse processo e sua fundamentação ético política no cenário nacional.

A ética, do grego *ethos*, significando “modo de ser”, “caráter”, é associada ao estudo dos valores morais que orientam o comportamento humano em sociedade; enquanto a moral, de *mores*, significa “relativo aos costumes”, são os costumes, regras, tabus e convenções estabelecidas por cada sociedade. Na atualidade, as instituições hospitalares, na intenção de satisfazer seus clientes internos, externos e outros interessados, adéquam-se às normas governamentais, e, em muitos casos na intenção de restaurar a imagem pública, muitos hospitais estão adotando programas de qualidade. Esse fato é notório, tendo em vista que se denota por parte das instituições uma preocupação quanto aos valores éticos, ou seja, a restauração de um bom caráter perante a sociedade (AZEVEDO, ET AL. 2002; WIKIPEDIA, 2014).

Segundo Novaes (1998), o Programa de Garantia de Qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético e moral. Os cidadãos querem ser bem atendidos nos serviços de saúde, e eles têm o direito de receber esse tratamento. Desse modo, o que se observa é uma tendência,

não apenas para cumprir legalmente as medidas de segurança e qualidade, mas também uma necessidade de aprimorar a credibilidade junto aos clientes. Principalmente mediante os altos encargos de impostos cobrados da sociedade para manutenção da saúde pública e do setor privado (convênios).

Os planos de saúde têm-se tornado, nos últimos anos, um grande desafio no equilíbrio da satisfação entre o órgão regulador do governo (Agência Nacional de Saúde (ANS)) e os planos. Um dos fatores é que os planos convivem com inflação dos bens e cuidados de saúde, que são mais elevados do que a média do mercado, visto o serviço ser intensivo em mão de obra. Um fato observado é que onde existe a predominância do capital, pessoas qualificadas esperam ao longo do tempo, que sua renda aumente no mínimo em proporção à média da renda da sociedade. Para resolver o impasse, as operadoras estabelecem mecanismos de controle de demanda (como a criação de copagamento ou franquias), elevação dos preços dos planos para os beneficiários ou diminuição dos pagamentos por procedimentos realizados na rede credenciada; em contrapartida, a ANS procura defender os direitos dos usuários. Todos os fatores mencionados têm levado a um aumento das exigências de melhores serviços pelos usuários dos convênios (SATO, 2007).

Outro fator que tem levado os hospitais ao processo de certificação junto à ONA é a grande competitividade existente advinda de mudanças que estão ocorrendo nas empresas em âmbito mundial. Observa-se uma grande mudança comportamental do cliente em busca do melhor atendimento. Atrelada a essa situação, há um crescente número de processos jurídicos resultantes de casos de omissão ou negligências por parte de instituições hospitalares, que não ofereceram de maneira adequada seus serviços (BITENCOURT *ET AL*, 2007; AZEVEDO *op cit.* 2002).

Segundo Feldman (2002), a preocupação com qualidade e segurança tem-se intensificado no Brasil nos últimos anos. Um exemplo desse fato ocorreu em 1994, quando o Ministério da Saúde - MS, lançou o Programa de Qualidade, estabelecendo a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde – CNQPS, que teve um importante papel no desenvolvimento desse processo no cenário nacional. Outra medida foi adotada, em julho de 1997, onde o MS anunciou medidas para implantar o processo de Acreditação. Com relação a esse aspecto, o autor afirma que o método de avaliação da Acreditação Hospitalar é uma forma de

avaliar os recursos institucionais, que ocorrem de maneira voluntária, periódica e reservada. Nesse tipo de avaliação, prevalece a intenção de garantir o cumprimento das normas de qualidade, favorecendo a cada indivíduo como paciente e cidadão. Desta forma toda a sociedade é beneficiada.

Seguindo a perspectiva mencionada, o MS, por meio da Portaria 538 de 2001, desenvolveu o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, tendo como base o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS 1.107, de 14 de junho de 1995. A partir daí pode-se definir a Acreditação Hospitalar da seguinte forma:

A Acreditação Hospitalar é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. São estabelecidos padrões, em grau de complexidade crescente, os quais orientam a avaliação dos diversos serviços do hospital. O *status* de acreditado conota sempre confiança no hospital por parte dos clientes internos e externos, bem como da comunidade em geral. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização (Novaes, 1998, p.11).

O processo de verificação da qualidade, preconizado pela ONA, leva em conta o que o hospital pode apresentar para indicar que cumpre com determinado padrão, ligado ao nível em que pretende a certificação. No caso específico da CCMHSP, que procura a certificação em nível 01, predispõe-se a ser avaliada quanto à segurança e estrutura adequadas. As fontes usadas pela ONA para comprovar o cumprimento das exigências são: documentos do hospital; entrevistas com chefias de serviço; funcionários, clientes e familiares; prontuários médicos; registros de pacientes e outros (FELDMAN ET AL. 2005).

Na última década, houve um grande incentivo do governo federal quanto à melhoria da qualidade do serviço hospitalar, principalmente para restaurar a imagem do serviço público perante a população. Em maio de 2003, sob a resolução da Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais Nº 0082, de 16 de maio, foi instituído o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais – PRO-HOSP. Um dos objetivos principais era promover a melhoria da qualidade dos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. Desde que foi criado, tem sido usado pelo governo estadual como fonte de grande incentivo para as instituições públicas na busca da melhoria da qualidade do serviço (BRASIL, 2014).

O PRO-HOSP, a partir de sua criação tem uma íntima relação com o propósito originário do processo de Acreditação Hospitalar instituído pela ONA. Mediante essa proximidade, o Governo Estadual de Minas tem demonstrado grande interesse que as instituições públicas do Estado se empenhem pelo processo de certificação junto ONA, principalmente, levando em consideração que os critérios utilizados pela ONA fortalecem e direcionam as ações de gestão no âmbito hospitalar. Esse fortalecimento de gestão é importante para o governo, pois serve como incentivo para a melhoria da qualidade no serviço hospitalar. Dentro desse contexto, observa-se uma procura de melhorias na oferta dos serviços pelos hospitais privados e convênios de saúde. A comparação torna-se inevitável por parte dos usuários da Saúde, quando se deparam com hospitais públicos em condições precárias e a ausência de mão de obra qualificada para atender às suas necessidades. A preocupação do Estado em proporcionar melhorias na qualidade do serviço público torna-se real, mediante a necessidade de atender às expectativas dos usuários. Como incentivo às melhorias de qualidade na CCMHSP, o Governo do Estado estimulou, no ano de 2008, a primeira visita da ONA à instituição. Essa visita serviu para a realização do diagnóstico das fragilidades para uma possível certificação de qualificação em nível 01 (CCMHSP, 2013; BRASIL *op. cit.* 2014; SATO *op. cit.* 2007).

Tanto do ponto de vista ético como político, o que se observa é que a Acreditação Hospitalar instituída pela Organização Nacional de Acreditação tem contribuído, de forma direta e indireta, para se alcançar objetivos comuns da sociedade. Como exemplo pode ser mencionado a oferta de locais, que proporcionem segurança e estruturas adequadas, para realização de um atendimento com qualidade. Outro item a ser mencionado é a melhoria do processo de gestão organizacional das instituições, onde, por meio da certificação concedida pela ONA, consegue-se mensurar e fazer cumprir o que a legislação normatiza.

4. ENFERMAGEM: DA HISTÓRIA DA FORMAÇÃO AO PROCESSO DE GESTÃO

A Enfermagem como profissão, que teve seu início com a perspectiva do cuidar da saúde alheia, se defronta com a necessidade de agregar um conjunto de demandas e desafios, para a continuidade do serviço com qualidade e qualificação próprias no século XXI (SMELTZER, *ET AL*, 2002). Assim, torna-se necessário apresentar o processo histórico da enfermagem em sua área de formação, na tentativa de compreender as lacunas e dificuldades enfrentadas no seu processo laboral.

4.1. Histórico de formação na enfermagem

O trabalhador de enfermagem teve sua base profissional estabelecida na Inglaterra, no século XIX, por volta de 1860. A precursora, Florence Nightingale, foi convidada pelo Ministro da Guerra a organizar enfermarias improvisadas durante os conflitos militares na Guerra da Criméia (1854-1856). Quando retornou da guerra, fundou a escola de enfermagem em conjunto ao hospital Saint Thomas, que se tornou o modelo para instituições similares em diversos países. A partir dessa iniciativa, a base para o trabalho na área de enfermagem é lançada (ALMEIDA, 1986).

Posteriormente, o modelo nightingaleano se instalou no EUA, no ano de 1873, quando houve um crescimento estrondoso de hospitais que incorporaram massivamente os auxiliares de enfermagem com diferentes formações, organizando as classes de técnicos de enfermagem para melhor adequação do serviço e a um melhor atendimento, tendo como um dos grandes objetivos a diminuição do tempo de internação (ALMEIDA, *ET AL*, 1986).

Para uma breve análise dos primórdios do histórico da profissão de enfermagem, cabe perguntar: como se iniciou e se desenvolve a profissão de enfermagem no Brasil?

4.2. A Enfermagem no Brasil

Ao se estabelecer de forma acadêmica no Brasil, a enfermagem teve como precursoras as enfermeiras norte americanas. Nos EUA, na década de 20, a

profissão já estava bem organizada e potencialmente desenvolvida. O mesmo modelo nightingaleano foi implantado no Brasil, no ano de 1923, com a abertura da Escola de Enfermagem junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), na gestão de Carlos Chagas (ROMANELLI, 2002).

Aproximadamente em 1539, foi criada a primeira Casa de caridade em Olinda. Essas instituições se tornaram predominantes, chegando ao século XX com um total de 341 unidades. Nas Santas Casas, não existia mão de obra de enfermagem remunerada. Nesse contexto as enfermeiras norte-americanas encontraram uma realidade bem distinta daquela encontrada em seu país de origem, onde já existia uma evolução da profissionalização das enfermeiras. Além disso, o conflito entre as enfermeiras diplomadas e a mão de obra sem qualificação específica para atividade gerou certo desconforto. No tocante à formação da mão de obra de enfermagem, em meados de 1946 não havia diretrizes para o ensino dos profissionais que trabalhavam na assistência dos pacientes nas Santas Casas de Misericórdia. Esse fato dificultava que o trabalho fosse realizado de maneira sistematizada e com embasamento científico (ROMANELLI, 2002).

Em meados da década de 1950, foi aprovada a lei 2.604, de 17/09/1955, considerada a primeira lei de exercício profissional da enfermagem, que considerava ou contemplava e reconhecia todos os que exerciam alguma atividade na área, inclusive os práticos¹ de enfermagem. No período de 1934 a 1955, o que se verificou foi uma grande disputa política em torno da regulamentação da profissão e da sindicalização na área (ROMANELLI, *op. cit.*, 2002).

A formação do auxiliar de enfermagem como profissional foi regulamentada pela lei n. 775/1949. A partir daí, passou a ser considerada uma profissão com embasamento científico. Ainda hoje perdura a exigência de formação no Ensino Médio, para a profissão de auxiliar de enfermagem. (RAMOS, 2010; ROMANELLI, 2002).

Já a formação do profissional técnico de enfermagem foi aprovada pela lei de n. 4.024, de 20/12/1961. A partir desse momento, foi autorizada legalmente a formação do técnico de enfermagem e abriram-se, então, grandes oportunidades

1- Os práticos eram todas as pessoas que não tinham formação acadêmica ou científica na área de enfermagem.

para os cursos técnicos, na área de saúde, no cenário nacional. Quanto aos requisitos formadores, esse profissional é caracterizado por ter uma formação científica e acadêmica na área da Saúde. Para sua qualificação, passou a ser considerada necessária a escolaridade do segundo grau completo (RAMOS, 2010; ROMANELLI, 2002).

Com a aprovação legal dos cursos de enfermagem, observou-se que, nos anos seguintes, não houve uma agregação significativa na força de trabalho no âmbito da saúde hospitalar. Isso possivelmente ocorreu, devido à baixa escolaridade da população brasileira, sendo que, em 1970, ainda ficaram fora da escola cerca de 70% da população com idade de 5 a 24 anos (RAMOS, *op. cit.*, 2010).

Mediante a rigidez legal para implantação de escolas e a baixa escolaridade da população, o que se observou foi a incorporação dos chamados atendentes² de enfermagem, tanto pelos serviços públicos, quanto pelos privados. Devido à mão de obra barata, os atendentes de enfermagem perduraram nessa situação durante muito tempo, sendo que a parte organizacional e gestora dos hospitais ficava sob a responsabilidade dos médicos (NAKAMAÉ, 1987; LIMA, *op. cit.* 2010).

Nos anos que se seguiram, após a legalização dos técnicos e auxiliares de enfermagem, houve um progresso no que se refere ao surgimento de novas instituições formadoras de mão de obra qualificada. Porém, isso teria que ocorrer junto com o crescimento econômico do país, devido à necessidade de maior alfabetização e escolaridade da população, até que por fim, ela atinja a condição necessária para se profissionalização (Ramos, *op. cit.* 2010; NAKAMAÉ, *op. cit.* 1987).

Hierarquicamente, a enfermagem veio se organizando da seguinte forma: atendentes de enfermagem (conhecidos como práticos de enfermagem), cuja escolaridade equivalia ao antigo Ensino Primário, hoje correspondente às quatro séries iniciais do ensino fundamental; a classe dos Auxiliares de Enfermagem, de quem se exigia a conclusão do ensino fundamental, hoje se exige o Ensino Médio completo e, por fim, os enfermeiros, que concluem o curso de graduação superior (NAKAMAÉ, *ET AL*, *op. cit.* 1987).

² Profissionais sem formação específica na área de enfermagem que atuavam nas instituições de saúde.

Em meados dos anos 90, o ensino médio completo tornou-se o patamar mínimo para o ingresso dos profissionais da enfermagem no mercado de trabalho. (LIMA, *op. cit.* 2010).

Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, por meio do PROF AE (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem), a partir de 2000, revelou que existia no país cerca de 225.000 trabalhadores sem qualificação específica no Serviço de Saúde, atuando como atendentes de saúde (LIMA, *op. cit.*, 2010).

Apesar da proibição legal, por meio da lei 7.498/1986, o contexto social no país dificultava a implementação de tal política, pois a demanda de mão de obra de profissionais diplomados era reduzida. Outro fator importante era o baixo custo dos sujeitos sem a devida formação. Assim, se favorecia a permanência do quadro exposto anteriormente, ou seja, a continuidade da alocação dos profissionais sob outras denominações, como o Agente Operacional de Serviços e agentes de serviços médicos, dentre outras (VIEIRA, *ET AL*, 2003).

A ideia da contratação de mão de obra qualificada foi acolhida pelo mercado de trabalho, inicialmente e principalmente pelo sistema privado, com um crescimento expressivo da contratação de profissionais com maior qualificação profissional (VIEIRA, *ET AL*, *op. cit.*, 2003).

Dados do AMS/IBGE (Assistência Médica Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), do ano de 2005, apontam que os setores públicos foram responsáveis por 60,5% dos postos de auxiliares de enfermagem, já no setor privado encontravam-se 57,6% dos postos de trabalho dos técnicos de enfermagem (LIMA, *op. cit.*, 2003).

Desta forma, observa-se um crescente número de profissionais técnicos sendo absorvidos pelo mercado, de uma maneira geral. Isso pode ser visualizado estatisticamente, sendo que nos anos de 2002 a 2005, a taxa de crescimento de postos de trabalho para auxiliares aumentou 1,1%; já a de Técnicos de enfermagem somou 24,9%, segundo o observatório dos Técnicos em Saúde da EPSJV/ Fiocruz (VIEIRA, *ET AL*, *op. cit.*, 2003; IBGE, 2007).

Após conhecer a formação dos profissionais técnicos de enfermagem no cenário nacional, torna-se relevante, para o presente estudo, entender-se a dinâmica do serviço de enfermagem e o processo de acreditação.

4.3. O técnico de enfermagem e a Acreditação Hospitalar

Os serviços hospitalares têm buscado, de forma incessante, alcançar melhorias na qualidade dos atendimentos ofertados. Para atingir esse objetivo, eles necessitam alcançar os requisitos estipulados pela Organização Nacional de Acreditação, órgão norteador para instituições brasileiras, que buscam melhorias contínuas na assistência.

Neste trabalho aborda-se a realidade de um hospital geral de grande porte do interior de Minas Gerais, na cidade de Muriaé. Essa instituição, no momento da realização deste trabalho, busca a acreditação hospitalar de nível 01(ONA, 2010).

Para alcançar esse objetivo, o requisito fundamental é a necessidade de apresentar condições que possibilitem a oferta de um serviço com segurança e uma estrutura adequada para os potenciais usuários que buscam seus serviços (ONA, *op. cit.*, 2010).

Nos hospitais, a equipe de enfermagem compõe o maior quantitativo de profissionais que trabalham diretamente com os pacientes, sendo seus serviços de extrema importância, para o tratamento e recuperação dos usuários. Esses profissionais, quando devidamente habilitados, proporcionam segurança, conforto e um atendimento que garante a recuperação da enfermidade.

Especialmente no ambiente hospitalar, os técnicos compõe grande parte do contingente, principalmente quando se refere aos serviços prestados de maneira pessoal e direta aos usuários. Esses serviços são considerados essenciais para se garantir a qualidade da assistência prestada (FREITAS, 2007).

Entendendo que a melhoria na qualidade da assistência à saúde passa pelo processo da orientação profissional, considera-se que é de suma importância um acompanhamento no processo de Educação Continuada para que se alcance a certificação de acreditação hospitalar (ONA, 2010; FREITAS, *op. cit.*, 2007).

Portanto, tendo em vista a acreditação hospitalar, observa-se que é de suma importância o trabalho voltado para a classe dos profissionais técnicos de enfermagem. Pode-se agregar a importância desses profissionais no processo de acreditação hospitalar a partir de dois movimentos: primeiro, eles compõem o maior quantitativo de profissionais no ambiente hospitalar e trabalham diretamente com os pacientes; segundo, referente à sua atuação que, quando bem orientada, pode contribuir de maneira eficaz e também de forma preventiva no que tange à segurança dos pacientes no ambiente hospitalar, neste caso específico, as unidades de terapia intensiva (ONA, *Op. Cit.* FREITAS, *op. cit.*, 2007).

Desta forma, o processo de educação continuada proposto neste trabalho tem como meta a prevenção e controle de infecção em unidades de terapia intensiva, objetivando, em concomitância, proporcionar segurança e um tratamento de qualidade aos pacientes, atendendo assim aos requisitos preestabelecidos pela ONA (PELIZZARI, *ET AL*, 2002).

A educação continuada com os técnicos torna-se imprescindível porque no ambiente de saúde se exige uma objetividade e uma subjetividade que são inerentes a essa área, visto que o objeto que a constitui é o ser humano, em cujas intervenções técnicas sofrem ação das relações interpessoais. Todas as profissões que se destinam ao cuidar são de equivalências ético-dependentes, ou seja, no ambiente hospitalar é indispensável educação para que a ética seja exercida em todas as relações profissionais com os pacientes (RIOS, 2009; BACKER, 2008).

4.4. Discutindo a diferença entre educação continuada e educação permanente

O processo de educação continuada dos técnicos de enfermagem mediante a acreditação hospitalar se torna cada vez mais dificultado, devido à precariedade da formação inicial do técnico de enfermagem, conforme apontam os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico. Observa-se que há uma proliferação dos cursos de má qualidade, com precária infraestrutura, currículos tradicionais, corpo docente sem experiência e estágios mal supervisionados. O resultado é o profissional com conhecimento técnico insuficiente e postura profissional inadequada (BRASIL, *op. cit.* 2000).

Quando a referência é processo educativo no ambiente de trabalho, é importante que alguns conceitos sobre a educação continuada e o processo de educação permanente sejam compreendidos. Assim visualizar-se-á o contexto e a terminologia usada no trabalho.

Segundo Paschoal (2004), a educação continuada é toda ação desenvolvida após o término da profissionalização e tem como objetivo a atualização de conhecimentos, sendo definida por meio de métodos formais.

De acordo com Davini (1994), a educação continuada, além de ser um conjunto de experiências adquiridas após a formação inicial, tem a condição de aumentar, manter ou até mesmo melhorar a competência, compatível com as responsabilidades. Desta forma, caracteriza-se como um atributo individual.

Sobre o conceito de educação continuada, a Organização Pan-americana da Saúde (OPS) menciona que essa é um processo dinâmico de ensino aprendizagem, tendo como finalidade, atualizar e melhorar a capacidade dos grupos frente à evolução científico tecnológica, bem como às necessidades sociais e objetivos institucionais (OGUISSO, 2000).

No que se refere à educação permanente, essa possui uma exigência quanto à formação do sujeito, pois requer novas formas de visualizar o conhecimento. Segundo Morin (1990), na atualidade, não basta saber ou simplesmente fazer, é necessário que exista uma interação entre os dois tipos de conhecimento. Desse modo, torna-se possível que o sujeito sempre consiga associar o conhecimento com a ação.

A educação permanente se destaca quanto à amplitude do conhecimento, sendo que o indivíduo torna-se crítico, buscando sempre um aprimoramento de forma contínua e sem um fim determinado. O potencial pessoal é desenvolvido constantemente, proporcionando, além de conhecimento técnico, novos conceitos e atitudes. Desta forma o que se proporciona é o desenvolvimento intrínseco de cada pessoa, não num determinado campo da vida, mas onde é possível fazer correlações entre todos os aspectos em que convive.

Segundo a Organização das Nações Unidas para Educação (UNESCO), a educação permanente é descrita como a condição em que o homem se educa a vida

inteira, tanto no campo profissional, quanto nas capacidades pessoais, motivações e aspirações (DELORS, 1999).

Mediante os conceitos de educação continuada e permanente descritos acima, optou-se por descrever neste trabalho a educação continuada, por ter as características do trabalho que se pretende desenvolver. Dentre elas, pode-se mencionar, conforme Mancia (2004), o público alvo sendo uni profissional; o enfoque sendo temas de especialidades; o objetivo principal a atualização técnico científica; a metodologia sendo a pedagogia da transmissão e o resultado, a apropriação do conhecimento.

Por outro lado, a educação permanente, segundo o autor, tem como público-alvo a equipe multiprofissional, o enfoque está nos problemas de saúde, o objetivo principal é baseado na transformação das práticas técnicas e sociais, sendo sua periodicidade contínua, sua metodologia centrada na pedagogia da resolução de problemas e os objetivos centrados na mudança.

Visto tratar-se neste trabalho, especificamente, com os profissionais técnicos de enfermagem, torna-se viável a terminologia de educação continuada. Um grupo específico de profissionais que traz em seu histórico e formação uma visão tecnicista.

Essa realidade tem levado a esforços incessantes no tocante à reeducação dos profissionais técnicos de enfermagem, com o objetivo de ter sua contribuição efetiva na melhoria do atendimento hospitalar. Sendo um dos seus objetivos sua contribuição para certificação da qualidade assistencial junto a ONA (Organização Nacional de Acreditação) (FREITAS E OGUISSO, 2007).

Compreender o histórico e a realidade da formação da mão de obra técnica na área de Saúde no Brasil pode ser de grande ajuda, para que se entenda os desafios, conquistas e possibilidades que norteiam essa classe de profissionais.

4.5. Formação da mão de obra técnica na saúde

Neste tópico, abordar-se-á o processo histórico da formação do técnico de enfermagem e a relação da interação social sobre a qualificação profissional, mediante a necessidade que se apresentava à classe burguesa no século XVIII. Por

fim, será enfocada a qualificação profissional na área técnica de enfermagem no cenário nacional.

Conforme relata Ramos (2010), para entender-se a relação existente entre o mecanismo de produção capitalista, é necessário voltar-se no tempo e entender como surgiu esta modalidade de produção, bens de consumo e mão de obra.

Para o autor, desde os primórdios da civilização, os homens detêm uma capacidade de se utilizar do meio para trazer a subsistência a sua família e comunidade. Dentro desse contexto, sempre houve indivíduos que possuíam meios para realizar sua produção, como por exemplo, matéria-prima e instrumentos de trabalho. Já as pessoas que não detinham os meios devidos de produção só podiam contar com sua força de trabalho, ou seja, sua própria mão de obra.

Com o surgimento do capitalismo, a forma de trabalho exercida pelo modelo feudal e escravocrata sofre grandes variações. Isso porque, além de possuir os produtos necessários para realização do serviço, as pessoas que tinham esses recursos precisariam de uma mão de obra livre no mercado. Logicamente que essa liberdade passa por restrições, visto que esse trabalhador não dispõe de outras mercadorias para vender a não ser sua mão de obra. (RAMOS, 2010).

O uso do homem como sujeito para promover os interesses do capitalismo ocorre desde o século XVIII com a evolução dos manufaturados, quando passa a existir a necessidade de novos saberes na área da educação. Esse processo se pautava no pensamento iluminista, em que as classes sociais eram consideradas diferenças de capacidades (DELUIZ, 2000; RAMOS, *op. cit.*, 2001).

No século XIX, com a disseminação da revolução industrial, o que se observa é que o capitalismo sempre teve uma grande influência sobre o ensino, principalmente sobre as divisões estabelecidas entre o saber intelectual e o prático.

Com o surgimento do capitalismo, o homem passa a ser considerado e apropriado pela classe capitalista como mercadoria e força de trabalho. Dessa forma, o ser humano se torna um objeto para um fim estabelecido pela burguesia (RAMOS, 2001, BRASIL, 2007; BRASIL, 2001).

Neste período, está associado ao capitalismo o pensamento iluminista, que usa o processo educativo para disciplinar a classe popular, proporcionando a ela somente o mínimo de conhecimento necessário para realização dos serviços. A

partir daí, se estabelece a formação de um cidadão passivo, que obtinha alguns poucos direitos (RAMOS, *op. cit.*, 2001; BRASIL, 2001).

No século XIX, com o domínio da burguesia sobre o conhecimento, novas modalidades de conhecimento foram sendo criadas. Dentre elas, pode-se mencionar a formação profissional, que, na realidade, se caracterizava como a formação para um determinado serviço.

Nas fábricas, onde todo o processo começou novas divisões dos trabalhos foram sendo hierarquizadas, de acordo com as classes sociais: operários, técnicos, engenheiros, cientistas e outros. Ficando estabelecida de forma evidente a diferença entre o trabalho manual e o intelectual, esse modelo de divisão da força de trabalho ficou caracterizado como taylorista-fordista, no qual se organizava a produção em escalas (DELUIZ. *op. cit.* RAMOS, *op. cit.*, 2001).

Entender os primórdios da qualificação profissional na formação dos trabalhos faz-se importante para que se associe os conceitos adquiridos e agregados à formação de profissionais técnicos da área de Saúde, no cenário nacional, que, conseqüentemente, sofreram influência e refletiram posteriormente as mesmas características no século XX.

Desde o início do século XX até a década de 1970, a formação do profissional técnico na área de Saúde não se mostrou uma prioridade para o Ministério da Saúde, principalmente no que se refere à realização da formação técnica associada à formação geral. Diferente dessa realidade, no setor industrial já existia uma rede de escolas federais de formação técnico-industrial (RAMOS, *op. cit.*, 2010; DELUIZ, *op. cit.* 2000).

Segundo Ramos (2010), na área da Saúde, a formação ocorria como uma extensão das próprias unidades hospitalares, onde se provia uma mão de obra imediata, com uma formação restrita, tendo como característica o fornecimento de pessoal para o funcionamento do atendimento médico-hospitalar.

Desde a aprovação e reconhecimento da formação dos cursos técnicos de enfermagem, em 1966, pelo Ministério da Educação, a formação dos profissionais ocorria invariavelmente como treinamentos em serviços.

Segundo Ramos (2010), nesse período havia uma grande divisão das tarefas, não predominando a preocupação com os pacientes. Como exemplo menciona-se a

maneira individualizada a qual cada profissional realizava uma função específica dentro das unidades de internação (verificação de pressão, cuidados pessoais, medicação, dentre outras).

Outro aspecto mencionado pela autora foi a hierarquização do trabalho manual e do intelectual, ficando os serviços de cuidados para os técnicos e auxiliares e o serviço intelectual a cargo do enfermeiro (RAMOS, *op. cit.*, 2010, BRASIL, 2007).

A mão de obra técnica na área de enfermagem, no cenário nacional, sempre foi voltada para atender uma demanda já existente no setor, sendo a formação dos trabalhadores moldada sob a necessidade dos serviços de saúde. Um exemplo desse processo de formação são os programas implantados a partir da década de 1980: Projeto Larga Escala (anos 1980), Profae³ (anos 1990), e Educação Permanente em Saúde (2000) (RAMOS, 2010, BRASIL 2007).

Todos os projetos citados tinham uma estreita relação com os serviços de saúde, o que propiciava a formação de profissionais de maneira descentralizada e sempre voltada para essa área especificamente. Assim, segundo Ramos (2010), caracterizava-se a maneira predominante no cenário nacional, centrada no modelo taylorista-fordista (BRASIL, *op. cit.* 2001).

4.5.1. Programas de formação profissional em saúde

Tendo em vista a necessidade de compreensão dos programas de formação técnica no Brasil, a partir da década de 1980, como acima descritos, eles serão sinteticamente apresentados.

Na década de 1980 foi firmado e introduzido, por meio de discussões da VIII Conferência de Saúde, o Projeto **Larga Escala**. Esse projeto enfatizava mais a formação pedagógica dos profissionais e menos a divisão do trabalho. Estavam especialmente em foco os profissionais já inseridos nos serviços de saúde e que, por sua vez, não podiam se afastar para realização de um curso profissionalizante.

Segundo Ramos (2010), o Projeto Larga Escala perdeu seu foco, convertendo-se em uma escola convencional pela inclusão da formação geral,

³ Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

sendo direcionada, sob-regulamentação dos termos da legislação, ficando focalizada especificamente nos jovens. Encaminhou-se por alternativas em que o processo de repasse de informações não se constituía em um fim em si mesmo. A intenção inicial era de que os participantes tivessem condições de analisar de forma crítica as propostas ofertadas pelos serviços na área de saúde.

A crítica ainda se justifica, segundo a autora, porque o projeto fica atrelado a um treinamento desvinculado da realidade dos serviços oferecidos na saúde. Para ela os processos de ensino e aprendizagem eram estabelecidos sob a forma de memorização e a mecanização.

Em 1986, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, teve como tema a Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária. No relatório final foi frisada, de forma unânime, a necessidade de melhoria na articulação entre as instituições que prestam os serviços e os órgãos que formam o pessoal na área de Saúde.

Segundo Sorio (2002), o Projeto Larga Escala direcionou-se por alternativas em que os treinamentos não constituem seu propósito. Dentro desse cenário, critica-se a desvinculação da realidade dos serviços prestados no contexto nacional.

Isto posto, o que se observa é uma característica tecnicista focalizada no fazer, não sendo abordadas as necessidades do pensamento sobre a forma como deve ser feito o processo de aprendizagem por parte do aluno (RAMOS, *op. cit.*, 2010; DEPRESBITERIS, 2001).

No final da década de 1990, ocorre a mudança no direcionamento do processo de formação do enfermeiro por intermédio do **Programa do Profae**.

O programa tinha como função principal capacitar as pessoas que não possuíam as respectivas qualificações, e também proporcionar a escolarização adequada. A base desse projeto constituía-se na mesma intencionalidade do programa Larga Escala.

Porém, algumas diferenças devem ser ressaltadas: a qualificação de pessoas que trabalhavam como atendentes de saúde para auxiliares de enfermagem, possibilitou a qualificação escolar ao nível fundamental, realizando convênios com as secretarias estaduais de educação; também foi possibilitada a formação de curso

técnico para os que possuem escolaridade equivalente (RAMOS, *op. cit.*, 2010; BRASIL, 2007; COSTA, *ET. AL.*, 2008).

De acordo com Ramos (2010), as políticas da educação ficaram vinculadas às políticas do governo Fernando Henrique Cardoso, junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento. Nesse período, o objetivo era promover a expansão, modernização e melhoria da qualidade educacional.

Um dos pontos mais marcantes do Profae foi a adoção da pedagogia das competências, muito difundida pelo programa. Isso ocorreu principalmente por meio do Sistema de Certificação de Competências (SCC/Profae).

A intenção inicial era aferir a qualidade dos cursos de qualificação profissional de auxiliar e de técnicos de enfermagem implementados pelo projeto, avaliando os profissionais nos vários contextos onde se desenvolviam os serviços. A partir daí, intencionava-se desenvolver um currículo de competências para as diversas categorias profissionais no setor da saúde, especialmente na área da enfermagem (COSTA, *ET. AL.* 2008; RAMOS, *op. cit.*, 2010).

Desta forma, buscava-se valorizar a qualificação do trabalhador, compreendendo uma série de situações e competências que vão além da dimensão cognitiva, constituindo-se mais no “saber ser” do que no “saber fazer”. Ao fim, buscavam-se condições para os profissionais conseguirem enfrentar as variadas situações da profissão com iniciativa e responsabilidade, sendo conduzidos por uma sabedoria prática (COSTA, *et. al. op.cit.* 2008; RAMOS, *op. cit.*, 2010).

Conforme Ramos (2010), a Pedagogia das Competências implicava na resolução feita à crítica imposta ao currículo disciplinar fragmentado. Assim, foi difundida rapidamente para o cenário nacional como uma suposta capacidade de converter o sistema curricular em um ensino integral.

Dentro do cenário proposto pelo Profae, a autora comenta que, em concomitância com a pedagogia das competências, observa-se a tentativa da superação da hegemonia tecnicista e conteudista do ensino. No entanto, a busca pelo sucesso e qualidade profissional desenvolve o “enquadramento da força de trabalho humano como recurso para a adaptação funcionalista, tão bem entalhada pela ideologia da empregabilidade” (DUARTE, 2004, p. 54).

Na década de 2000, foi introduzida uma grande mudança no cenário nacional no que tange aos trabalhadores da saúde, principalmente pela ênfase que se deu ao processo de educação permanente. A intenção do processo de educação permanente, diferentemente, do Programa Larga Escala, que procurava habilitar profissionais sem formação acadêmica, está endereçado aos profissionais com formação, mas que precisam passar por transformações a fim de atender melhor às necessidades da sociedade (RAMOS, *op. cit.*, 2010; BRASIL, 2007).

Um dos principais eixos da educação permanente está em produzir novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo seu foco os processos de trabalho, tais como: controle social, gestão e atenção. Neste momento o alvo são as equipes e o lócus de operação, os coletivos. Com essa mentalidade as atualizações técnicas-científicas não seriam o foco, mas sim um dos pontos a ser considerado na transformação das práticas exercidas (RAMOS, *op. cit.*, 2010; BRASIL, *op.cit.* 2001).

De acordo com Ramos (2010), a partir do início do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, visualiza-se a necessidade de transformações no cenário da América Latina, onde se aliava à Organização Pan-americana de Saúde, na busca da solução da crise interna nos sistemas de saúde, principalmente, no que se refere à necessidade de transformações mais amplas, sendo estas de ordem econômico-social, atrelando-se ao gradativo aumento do neoliberalismo, ou seja, à maneira variável de acumulação capitalista.

Ainda segundo a autora, a crise da saúde tem tendência a ser tratada como um problema de formação e de gestão, sendo considerados de maneira menos importante todos os fatores que se inter-relacionam com as tendências macroeconômicas e políticas do cenário capitalista.

Ramos reitera tal afirmação mencionando que “na ótica do capital, o fortalecimento da noção de competência é defendido como ponto de convergência dos projetos dos empresários e dos trabalhadores em termos de educação profissional” (2001, p. 75).

Considerando tal assertiva, é importante perceber que essa política vincula a necessidade de se reformar os sistemas de educação e educação profissional na tentativa de forjar um sistema de certificação. Pensar a partir dessa perspectiva

requer reconhecer que tal concepção ao reformar propostas considera as anteriores obsoletas, obrigando o indivíduo a buscar novas formações. Assim, as formações e a busca da competência auxiliam a formulação de “códigos de comunicação entre as instituições formativas e as organizações produtivas” (p. 77).

Ao se visualizar a formação dos profissionais técnicos de enfermagem na área de saúde, consegue-se entender quais as principais dificuldades, que se pode encontrar na implementação de medidas de conscientização e novos pensamentos educacionais, no cotidiano das instituições hospitalares.

Levando em consideração modelos de formação do técnico de enfermagem expostos ao longo deste trabalho, optou-se pela teoria de Ausubel na tentativa de construir significativamente o processo de ensino e aprendizagem na área da saúde. Assim, ao se discutir o produto deste estudo, adentrar-se-á nos pressupostos da teoria de aprendizagem significativa de David Ausubel.

O processo de educação instituído no cenário nacional tem levado à formação de profissionais com uma visão tecnicista; isso ocasiona uma grande dificuldade de visualizar o processo de melhoria contínua, que se tenta implantar com a acreditação hospitalar. Devido a essa situação, optou-se por exemplificar, por meio do controle de infecção, como o técnico de enfermagem pode contribuir de maneira direta com o processo de acreditação hospitalar.

4.6. Gestão dos serviços de enfermagem no ambiente hospitalar

Quando se analisa a história do exercício da profissão de enfermagem, fica evidente que o profissional enfermeiro tem-se voltado, predominantemente, para desempenhar a função de gerente dos serviços de enfermagem; isto, por sua vez, inclui a supervisão dos serviços prestados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem dentro do ambiente hospitalar (BOCCHI, 1996).

O modelo de sistematização do serviço de enfermagem, quanto ao tempo e movimento, foi iniciado nos primórdios da década de XX, conforme o taylorismo, que, a partir de então teve um reflexo na produção científica do serviço de enfermagem. Isso ocorreu em concomitância ao crescimento espantoso de informações científicas sobre métodos corretos de lavagem das mãos, métodos de

amamentação e a verificação da temperatura por meio do termômetro, bem como a procura e propostas ao redor de experimentações em enfermagem.

Estas técnicas passam a ter seu desenvolvimento pleno, quando se organizam também as ações dos operários na indústria norte-americana. Os estudos de Taylor sobre a gerência científica passam a ser importante fonte de dados para a organização, também, do trabalho de enfermagem nos hospitais, que no primeiro quarto [do século XX] é todo realizado por pessoal não preparado, ficando as poucas enfermeiras responsáveis pela supervisão desse pessoal. Então é necessário que as tarefas sejam previamente descritas, passo a passo, para o pessoal que não tem preparo para realizá-las, e é preciso economizar material, tempo, movimento e energia para que um pequeno número de trabalhadores dê cumprimento às inúmeras tarefas hospitalares (ALMEIDA, 1986, p. 34).

Com esse processo desenvolveram-se as técnicas, possibilitando a organização dos serviços do trabalho de enfermagem, que se tornaram uma modalidade funcional⁴. Uma característica importante dessa modalidade era a divisão de acordo com a complexidade. Busca-se esclarecer que os cuidados básicos, tais como: higiene dos pacientes, verificação dos sinais vitais, oferta de medicação, entre outros, eram delegados aos técnicos de enfermagem, considerados profissionais menos qualificados.

Um fato importante é que cada profissional executava uma tarefa específica; assim o paciente era assistido por vários profissionais simultaneamente. Os serviços de maior complexidade ficavam ao encargo dos enfermeiros.

Partindo do pressuposto que diversos documentos oficiais estabelecem as atribuições exclusivas do enfermeiro, como exemplo menciona-se a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem busca-se para este trabalho os procedimentos de gerência, que tiveram um grande reforço e se firmaram, sob a influência de Frederick Winslow Taylor, que tratava de temas de gerência científica (ALMEIDA, 1986).

Dentro desse contexto, afirma-se que, quando a enfermagem se organiza profissionalmente no Brasil, ela traz todo um histórico da representação norte-americana e seu desenvolvimento naquele país (ALMEIDA, *op. cit.*, 1986).

O serviço de enfermagem no ambiente hospitalar, na atualidade, continua sendo gerido de forma hierárquica, sendo designado em condições legais, sob-

⁴ Realizada por pessoas não preparadas acadêmica e cientificamente.

responsabilidade dos órgãos regulamentadores da profissão: COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e COFEN (Conselho Federal de Enfermagem).

Entender o procedimento de organização do serviço de enfermagem é fundamental para se compreender, de forma adequada, o processo de gestão que deve existir dentro do ambiente hospitalar. Como também, entender o papel educador que o profissional enfermeiro deve desempenhar na política de Educação permanente nesse ambiente.

Assim, mediante o processo de acreditação, hospitalar, o enfermeiro necessita ser criativo, possibilitando, por meio de artifícios próprios, uma forma significativa de aprendizagem. Essa conduta possibilita aos profissionais técnicos condições apropriadas para serem reflexivos sobre as mudanças exigidas pela ONA (REIBNITZ, 2003).

No que se refere à legislação de enfermagem, no ano de 1986, a lei 7.498, que dispõe sobre a regularização do exercício da enfermagem no Brasil, foi aprovada. A partir desse momento, ficou estabelecido que coubesse ao enfermeiro as atividades relacionadas a todas as ações de planejamento, gestão, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

No decorrer das últimas décadas, o que se espera com os processos de formação da profissão do técnico de enfermagem, é que esse profissional deixe de ser um simples executor de tarefas, para assumir a capacidade de definir uma determinada situação e ajustar, quando necessário, as medidas administrativas e educativas às diversas ocasiões comuns à profissão.

Dentre essas ocasiões, pode-se mencionar a adequação dos recursos humanos e de materiais para uma assistência desejada e de forma planejada. Nesse mesmo contexto, a ação ou prática do enfermeiro deve ser inovadora, e, portanto, conclusiva, já que é justamente esse tipo de prática que permitirá que ele enfrente novas situações, algo bem característico, quando um hospital procura melhoria na qualidade da assistência (VASQUEZ, 1977).

Em meio às funções exercidas pelo enfermeiro no ambiente hospitalar, considera-se de extrema importância o seu papel de educador. Sendo assim, o enfermeiro tem um papel atualmente de grande responsabilidade política e social, observando-se uma estreita relação entre o trabalho em saúde e o trabalho em

educação. Ao exercer a educação em saúde percebe-se que essa ação gera, de forma imediata, um bem simbólico, evidenciado na ação no momento de sua conduta. (REIBNITZ, *op. cit.*, 2003).

Devido aos pressupostos apresentados, acredita-se que o enfermeiro pode proporcionar uma gestão de qualidade dentro dos hospitais. No tocante ao papel de educador, ele deve promover para os técnicos momentos de formação (Educação Permanente) durante o processo de acreditação hospitalar, objetivando aguçar a criatividade e a autorreflexão dos assuntos propostos.

Para tanto, é necessário conhecer o papel que o profissional técnico de enfermagem exerce durante o período de internação dos pacientes em uma instituição hospitalar. É indispensável perguntar-se: como esse profissional pode contribuir para a acreditação hospitalar? Como contribui para proporcionar segurança no tratamento de pacientes internados em unidades de terapia intensiva? Na tentativa de responder a essas questões, torna-se imprescindível discutir o papel do técnico de enfermagem na acreditação hospitalar.

5. CONTROLE DE INFECÇÃO

O controle de infecção deve ser feito de maneira específica para que cada instituição tenha condições de se adaptar às condições e aos recursos necessários e disponíveis (PARREIRA, *ET, AL*, 2012).

5.1. Histórico do controle de infecção

Há alguns séculos, a preocupação com o controle de infecções já estava presente no cotidiano da civilização, sendo exercida de forma direta ou indireta. Em 1820, durante a guerra da Criméia, uma dama da sociedade inglesa chamada Florence Nightingale foi convidada por Sidney Herbert, então Ministro responsável, para ir ajudar naquele conflito, com a finalidade de organizar e transformar a assistência aos feridos. Na época, foram divulgadas pela mídia as condições precárias de atendimento aos pacientes. Era algo que exigia uma tomada de decisão rápida, para satisfazer os anseios da população. O trabalho de Florence se baseou na organização do atendimento dispensado aos enfermos, providenciando a limpeza do ambiente, cuidados com a alimentação, lavanderia e adequação do sistema de esgoto. Com essas medidas Florence conseguiu reduzir a mortalidade de 42% para 2,2% entre os feridos do conflito (FERNANDES, *ET AL*, 2000; RAMOS, 2001).

Em 1830, James Simpson, famoso professor de Edimburgo, que introduziu o clorofórmio na anestesia, preocupado com a origem das enfermidades que acometiam seus pacientes, iniciou seus estudos analisando a mortalidade em procedimentos cirúrgicos.

Em suas pesquisas, o professor Simpson descobriu que a mortalidade era quatro vezes maior nos procedimentos hospitalares, quando comparada aos procedimentos domiciliares, e que esse risco aumentava com o tamanho do hospital. Enquanto nos procedimentos comunitários a principal causa de morte era o choque, nos hospitais era a septicemia⁵ generalizada. Partindo desse estudo, iniciou-se um movimento sugerindo a desativação dos grandes hospitais e substituindo-os pela realização de procedimentos cirúrgicos em tendas de campanha, que seriam

⁵ Presença de micro-organismos no sangue. (Infecção generalizada).

montadas em “sítios salubres⁶”. Com essa medida, ele conseguiu reduzir a taxa de infecção do sítio cirúrgico⁷ após amputação e automaticamente a mortalidade de 41% para 11%. Uma redução muito significativa na incidência de óbitos pós-operatórios por complicação infecciosa (RODRIGUES, 1997; RAMOS, *op. cit.* 2001; PARREIRA, *ET AL*, 2012).

Em 1844, o médico húngaro Ignas Philipp Semmelweis iniciou suas pesquisas na busca da causa de óbitos puerperais. Considerado o pai do controle de infecções hospitalares no mundo, o Dr. Semmelweis, que trabalhava em uma maternidade em Viena, ficou muito intrigado com o que observava. Havia duas divisões na maternidade: na primeira, a assistência era prestada por médicos e acadêmicos de medicina; na segunda, por parteiras. Porém, a mortalidade na primeira divisão era cinco vezes maior que na segunda, algo realmente difícil de entender, afinal, os médicos e acadêmicos eram os profissionais verdadeiramente capacitados para o procedimento e por isso a taxa de mortalidade naquela unidade deveria ser menor (PARREIRA, *ET AL*, 2012; RAMOS, *op. cit.* 2001).

Dr. Semmelweis acreditava que, por se tratar de um mecanismo fisiológico, o parto não poderia culminar em óbito, acarretando a sua recusa para tal situação. Diante daquele contexto, buscaram-se as causas dos óbitos, constatando-se que os médicos e acadêmicos realizavam autópsias e aulas práticas de anatomia nos cadáveres já em decomposição, e dali migravam para as salas de parto para assistir às parturientes (CABRAL, 2006; FERNANDES, *ET AL*, 2000).

Essa era a diferença entre os médicos e as parteiras. O que justificaria diferentes taxas de mortalidade puerperal? Ele acreditava que os médicos e acadêmicos traziam em suas mãos e transmitiam às mulheres na hora do parto, o que então se chamava de vírus cadavérico, afinal os conhecimentos de microbiologia na época eram escassos. A partir disso, o Dr. Semmelweis tornou obrigatória a lavagem das mãos com água clorada antes da entrada nas salas de parto. Essa simples medida reduziu a mortalidade puerperal de 18,27% para 1,2% (CABRAL, *op. cit.* 2006).

⁶ Locais que seriam favoráveis à saúde; o que é saudável.

⁷ Local demarcado para a realização da cirurgia.

Desde o sec. XIX, o controle de infecção enfatiza a necessidade de higienização das mãos, e até o momento essa é considerada a melhor e mais barata forma de controle de infecção, porém, sua adesão ainda é muito baixa (RAMOS, 2001).

Infelizmente, embora tenha provado estatisticamente os benefícios da higienização das mãos, o Dr. Semmelweis não foi bem aceito entre a comunidade médica de sua época. A defesa de seus pontos de vista não teve os resultados esperados, e sua sanidade mental foi questionada (RODRIGUES, 1997).

Ele foi internado em um manicômio e, em agosto de 1865 faleceu de septicemia, vítima de um ferimento no dedo durante uma de suas últimas autópsias realizadas (PARREIRA, *ET AL*, 2012).

Em 1876, Joseph Lister instituiu medidas de antissepsia e assepsia em procedimentos cirúrgicos e reduziu a mortalidade de 35% para 15% no pós-operatório. Porém, essas medidas repercutiram de forma mais lenta, pois embora a assepsia cirúrgica tenha sido descoberta em 1865, ela chegou ao Brasil apenas nas últimas duas décadas do século XIX, com o professor Manuel Vitorino Pereira, na Faculdade da Bahia (FERNANDES, *ET AL*, 2000; RAMOS, *op. cit.* 2001).

5.2. Controle de infecção no Brasil

No Brasil o início do controle de infecção aconteceu de forma progressiva, atingindo seu ápice na década de 80. O início dos primeiros recortes de informações relacionadas ao assunto ocorreu na década de 1950.

A realidade do país naquele momento, no que se refere à Saúde, é caracterizada por poucas unidades hospitalares, e, em sua predominância, Santas Casas de Misericórdia. A produção literária sobre o assunto ainda é restrita, apesar de existirem algumas produções como “Ato cirúrgico e infecção pós-operatórias” (1959), porém, pouca relação se faz entre o controle e as infecções hospitalares, ficando as discussões setorializadas. As preocupações voltam-se, principalmente, para o “ambiente” e procedimentos de antissepsia. Nesse momento, não se constituem pesquisas nacionais, na maioria dos casos é utilizada bibliografia internacional (BRAGA, 1981).

A década de 60 foi marcada pelo desenvolvimento social e assistência à Saúde, devido a mudanças que emergem das políticas de saúde, influenciadas pelo processo de industrialização. Diante dessa configuração, criam-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões e, posteriormente, durante a ditadura militar, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (LACERDA, *ET. AL.* 1996).

Outra ação ocorrida foi a viabilização, por intermédio de financiamentos, dos hospitais privados no cenário nacional, refletindo-se no avanço tecnológico e nos procedimentos complexos como cirurgias de transplantes, passando a existir a necessidade de uso mais intenso de antibióticos e imunossupressores. (BRAGA, 1981).

Tem início uma tendência evolutiva no que se refere às preocupações gerais de infecção, começando a busca da compreensão dos fatores desencadeantes. Algumas publicações nesta linha são: “Infecção cruzada⁸ nos hospitais gerais” (1964) e “Controle de Infecção no Hospital” (1964). Já existem, nesse momento, estudos internacionais sobre infecções hospitalares endógenas, causadas por bactérias como estafilococos⁹ e estreptococos¹⁰. Também já é reconhecida a resistência bacteriana, como mostra o estudo intitulado “Estudos sobre Estafilococcias” (1961) e “Resistência infecciosa a drogas em bactérias” (1968) (BRAGA, *op. cit.* 1981; LUZ, 1979).

Segundo Lacerda (2002), na década de 1960 os procedimentos relacionados à infecção hospitalar estavam mais voltados à parte ambiental e procedimental. O controle se referia predominantemente à higiene, antissepsia, desinfecção e esterilização, áreas de risco, fluxo de pessoal e de material. A produção de enfermagem relacionada ao assunto ainda era pequena, contribuindo, predominantemente, com controle ambiental, assepsia e desinfecção, como a publicação intitulada “Estudo das Condições Bacteriológicas de um Hospital”.

⁸ Fato de um doente de um hospital transmitir sua doença a outro doente, ou contrair a doença de outro.

⁹ Bactérias que se apresentam em forma de cacho de uva, causadoras de doenças, gran positivas.

¹⁰ Gênero de bactérias que se apresentam em forma de cadeia ou rosário.

Na década de 70, o país vive uma grande expansão industrial frente à entrada de empresas multinacionais, junto também a adesão do país às indústrias farmacêuticas e de equipamentos de grande porte na área da Saúde.

Simultaneamente, o Brasil enfrenta a realidade das infecções endógenas multirresistentes. Existe então no país uma realidade divergente, em que a sociedade necessita de melhores serviços de saúde, e a classe profissional de Saúde requer a criação de um processo de trabalho mais claro e específico para o controle da infecção hospitalar (ZANON, 1987, LUZ 1979, OLIVEIRA, 1989).

Em janeiro de 1976, por intermédio do Decreto nº 77.052, o Ministério da Saúde determinou que as instituições apenas pudessem funcionar, no plano administrativo, se dispusessem de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde (FERNANDES, *ET AL*, 2000).

Com relação à produção científica na área de infecções hospitalares, percebe-se o surgimento de maneira definitiva, no cenário nacional, do reconhecimento de que vários fatores podem corroborar para as infecções hospitalares e não somente aspectos relacionados ao ambiente e aos procedimentos, como por exemplo: a suscetibilidade do indivíduo e a evolução do estado clínico.

Lacerda (2002) menciona que algumas publicações intensificam a discussão sobre o assunto, tais como o estudo das fontes de infecção no hospital (1972). O autor ainda observa a preocupação crescente sobre a necessidade de um controle das infecções hospitalares e não apenas de maneira setorializada. As produções dos trabalhos de enfermagem nessa área passam a ser bem mais expressivas.

Em 1979, o Brasil enviou diversos representantes a uma conferência patrocinada pela Organização Mundial da Saúde. A intenção era a de analisar os programas de controle de infecção na América Latina. Na conferência, o destaque foi a criação de núcleos para a definição das políticas de controle de infecção, treinamentos, padronização de critérios, normas técnicas e procedimentos, estudos de prevalência e avaliação de indicadores. Na ocasião, foram recomendados como desejáveis a criação de CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), a vigilância epidemiológica, as técnicas de isolamento, o programa de saúde do trabalhador e outros (FERNANDES, *ET AL*, 2000).

Na década de 1980, o problema da infecção hospitalar surge no cenário nacional, impactando os meios de comunicação. A população começa a ficar ciente dos problemas relacionados ao assunto (LACERDA, *ET AL*, *op.cit.* 1996).

Lacerda (1995) comenta que, em 1981, pesquisas apontam que a infecção hospitalar mata 150 mil por ano. O autor utiliza como fonte jornais de grande circulação no cenário brasileiro.

Fernandes *et al.* (2000) reforça tal perspectiva, mencionando que, o tema infecção hospitalar começou a ser divulgado na imprensa. O autor ainda salienta que, em resposta, o Ministério da Saúde cria, em 31/01/1983, um grupo de trabalho que elabora a Portaria 196 de 1983 recomendando aos hospitais brasileiros a criação de CCIH.

A partir daquele contexto social, iniciou-se uma conscientização por parte dos profissionais de Saúde e, em 1982, foi fundado o Núcleo Paulista de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar. Em 1987, esse grupo transformou-se em associação, organizando o primeiro Congresso Brasileiro sobre o tema em São Paulo (FERNANDES, *ET AL*, 2000).

O problema das infecções hospitalares fica conhecido e toma proporções catastróficas, ficando mais intensificada a solicitação de medidas, após a morte de Tancredo Neves com complicações por infecção hospitalar, em meados de 1985 (LACERDA, *op.cit.*1996).

Apesar de todos os agravantes da década de 1980 e os graves problemas gerados pelo poder público em detrimento da política nacional, os serviços de saúde continuam sem melhoras significativas, como, por exemplo, na desigualdade nos atendimentos e acessos aos serviços. (ALVES, *ET. AL* 2002).

Apesar dessa realidade, ações dos governos atendem à solicitações dos profissionais da saúde, por meio de uma estruturação do controle de infecção hospitalar, reconhecendo a necessidade de um controle de medidas qualificadas (ALVES, *ET. AL*, *op. cit.* 2002).

A epidemiologia passa a ser vista como um instrumento do controle de infecções, que fornece base para a criação de indicadores. Paralelamente ao contexto apresentado, o governo tem a iniciativa de padronizar e validar produtos desinfetantes, antissépticos e esterilizantes (LACERDA, *op. cit.*, 2002).

Outro aspecto a ser ressaltado na década de 1980, é o entendimento generalista sobre o controle de infecção. O papel do enfermeiro e sua atuação também se fortalecem, com ênfase na realização dos indicadores epidemiológicos, vigilância epidemiológica, além das inúmeras tentativas de destruição de micro-organismos e implantação de barreiras microbiológicas. (ALVES, *ET AL.* 2002).

Em 1985, o Ministério da Saúde opta por realizar uma capacitação de recursos humanos em controle de infecção, e, em 1987 foram realizados fóruns anuais. Ganhando força no Ministério, o programa de controle de infecção contribuiu de diversas maneiras para melhorar a qualidade dos tratamentos de saúde (FERNANDES, *ET AL.*, 2000).

Na década de 1990, o processo de controle de infecção confronta-se com o desafio do sistema vigente: o Sistema Único de Saúde (SUS). Devido ao momento político e econômico, tem-se uma dependência grande de capital externo e aumenta o endividamento do país. Segundo Faveret (1990), grandes cortes são realizados na área de saúde.

Em 1992, foi lançada uma portaria que defendia a busca ativa de casos, por meio de uma equipe própria para executar ações de controle de infecção hospitalar. Ainda nesse período, tramitava em votação um projeto de lei que tornava obrigatório o controle de infecção hospitalar, confirmando as recomendações da Portaria 930. Apesar de aprovado pelo Congresso, os principais artigos dessa lei foram vetados pela presidência da república, mantendo apenas a obrigatoriedade da CCIH e do PCIH (Programa de Controle de Infecção Hospitalar) (FERNANDES, *ET AL.*, 2000).

Assim, o que se observa é uma ampla divulgação do serviço do controle de infecção hospitalar por meio da CCIH. Porém, apesar (desta) de boa divulgação e aceitação do serviço de CCIH, pouca efetividade se nota. O governo, por meio do Ministério da Saúde, reconhece, em 1993, que apenas 10% dos hospitais tinham criado o serviço - CCIH (LACERDA, 2002).

Em 12 de Maio de 1998, foi publicada a Portaria nº 2616 que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, substituindo a portaria nº 930, de 1992, do Ministério da Saúde. Outro dado importante foi o reconhecimento de que as ações práticas do CIH devem ter maior abrangência, o que acarreta a melhoria da qualidade assistencial. Nessa década uma das maiores conquistas está nos

estudos experimentais controlados. Pode-se citar o estudo de 1991, que se refere à “Resistência a drogas em cepas bacterianas de pacientes de serviços hospitalares” (FERNANDES, *ET AL*, 2000; PARREIRA, *ET AL*, 2012).

Estudos realizados no Centro de Controle e Prevenção de Doenças (C.D.C.), nos EUA, ainda exercem grande influência.

As medidas de controle nem sempre eram as mais adequadas, devido à inadequação de realidades distintas. Com todo o processo de repercussão em torno das infecções hospitalares, novos agentes surgem nesse cenário. A exemplo, os médicos infectologistas que assumem o papel principal na CCIH.

Atualmente, a terminologia sobre o controle de infecção se define, segundo o Ministério da Saúde, como Infecções Relacionadas a Saúde (IRAS). Essa terminologia torna mais abrangente o controle de infecções, não se restringindo ao ambiente hospitalar ou a qualquer outro ambiente da saúde (BRASIL, 2013).

Nos últimos anos, mais especificamente a partir da implantação efetiva da ONA no ano de 2001, o processo de controle de infecção hospitalar se tornou mais presente na qualificação dos hospitais, seja por meio do controle de indicadores, seja como agente educador de medidas preventivas.

Por fim, no país, no presente contexto social, percebe-se que o controle de infecção, segundo os autores supracitados, tem apresentado uma grande evolução no cenário hospitalar no que se refere à importância do controle de infecção.

Na intenção de compreender tais processos, optou-se por aprofundar esses conhecimentos.

5.3. Controle de infecção e a Acreditação Hospitalar

O processo de acreditação pode ser considerado o mais antigo e divulgado processo de avaliação externa de serviços, que culmina em uma certificação de mérito (PARREIRA, *ET AL*, 2012).

Na última década, esse processo se firmou como um meio de implantação da gestão da qualidade e de monitorização da melhoria de forma contínua. Portanto, a acreditação é um instrumento de aferição da gestão da qualidade, conferindo ao comprador (Planos de saúde) e aos clientes/ pacientes a credibilidade de

estabelecer um negócio, com uma instituição que apresenta uma concordância de ofertar qualidade de atendimento e segurança aos clientes/ pacientes (PARREIRA, *ET AL*, 2012).

A prevenção de controle de infecção hospitalar, na atualidade, permite a melhoria da qualidade assistencial, principalmente devido à redução dos custos envolvendo os tratamentos de infecção, além da diminuição do tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Dentro desse contexto, a avaliação da qualidade cada vez mais se utiliza dos indicadores clínicos, definidos como medidas quantitativas contínuas ou variáveis de um dado processo. Rooney *et al.* (1999) ressalta que esses indicadores não respondem definitivamente, mas, por outro lado, podem indicar problemas potenciais às boas práticas do cuidado.

Outro método importante se refere aos indicadores epidemiológicos tradicionais, bem conhecidos e também difundidos por sua capacidade de fornecer índices de incidência e prevalência dos eventos relacionados à infecção hospitalar e das intervenções implantadas. Por outro lado, os indicadores de processo são usados para verificar as não conformidades de estrutura e também das intervenções realizadas (ROONEY, *ET AL*, 1999).

No início da década de 1990, quando se pensava em progredir rumo às melhorias na qualidade, algumas publicações chegaram a colocar o serviço de controle de infecção hospitalar como um divisor de águas, agregando somente a esse serviço a capacidade de proporcionar um atendimento de qualidade.

Um destes correlatos abordando esse ponto de vista é o caso do manual sobre acreditação hospitalar editado pela Organização Pan-americana de Saúde e a Federação Latino-americana de Hospitais, onde os indicadores epidemiológicos estão estabelecidos, principalmente na estrutura e na organização do serviço, ao invés de focalizarem nos processos de uma forma mais abrangente (LACERDA, 2002; FERNANDES, *ET AL*, 2000).

Dentro do processo de acreditação hospitalar, os indicadores de processo fornecem a condição de uma avaliação do desempenho das intervenções no decorrer do tempo, que inclui, dessa forma, ações de comunicação, acessibilidade,

educação, investigação, prescrição, intervenções clínicas, dentre outras (PARREIRA, *ET AL*, 2012).

Para McGlynn e colaboradores (1998) surge recentemente uma tendência das unidades acreditadoras para a elaboração de um sistema de avaliação, que apresente os resultados da assistência e não apenas os eventos relacionados à infecção hospitalar. Para tanto, os indicadores de resultados podem ser usados pelo serviço de controle de infecção, para associar a relação existente entre o evento que está sendo medido e a população que está sob avaliação de risco para determinado evento.

O serviço de controle de infecção oferece a oportunidade de um atendimento com qualidade, atuando na prevenção das infecções ocasionadas nos pacientes internados nas instituições hospitalares. Pode fazer uso de instrumentos próprios na monitorização diagnóstica e avaliação das atividades implantadas. Nesse sentido, acredita-se que o técnico, quando orientado e conhecedor da importância do serviço de prevenção de infecção, pode contribuir de maneira efetiva para uma melhor qualidade da assistência, contribuindo assim com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) (PEREIRA, *ET AL*, 2005). Mesmo porque, apesar do serviço de controle de infecção ser muito amplo, seu sucesso depende de todos os profissionais envolvidos no processo da assistência hospitalar.

Segundo Fernandes *et. al.* (2000) e Pereira *et. al.* (2005), deve-se também referir à classe dos profissionais técnicos de enfermagem. Para os estudiosos, esses profissionais podem contribuir diretamente no controle de infecções nas unidades de terapia intensiva, bem como em todas as unidades de assistência à Saúde. Pensando na pertinência de tal assertiva o presente estudo deter-se-á na reflexão sobre a importância do técnico no controle de infecção.

5.4. O Técnico de enfermagem e o controle de infecções

Neste item tem-se como proposta a discussão da relação entre o controle de infecções e o processo de Acreditação Hospitalar. No entanto, não basta saber da importância dos técnicos de enfermagem em tal processo, mas procurar formas de melhorar a inserção deles nesse processo. Para tanto, deve-se nos perguntar: qual a importância do técnico na gestão da acreditação hospitalar? O técnico está

preparado para ser participante de tal processo? Quais as dificuldades no processo de acreditação hospitalar, mais especificamente no controle de infecções? Qual a visão do técnico de enfermagem sobre a acreditação hospitalar? Essas são algumas das perguntas consideradas de suma importância na busca de respostas, com o fim de orientar instituições que procuram a certificação junto à ONA.

Com a implantação do processo de acreditação, as instituições buscam, segundo os critérios estabelecidos pela ONA (2010), a melhoria contínua da qualidade nos serviços prestados.

Segundo D’Innocenzo (2006) a sociedade, de uma forma bem abrangente, está permeada de mudanças, entre as quais se destacam: a globalização da economia, o custo crescente dos serviços, os avanços da tecnologia, a produção e difusão de conhecimentos técnico-científicos.

Os processos de acreditação hospitalar, no decorrer das décadas vêm se consolidando como um método em que se proporciona a oportunidade de uma melhora progressiva e planejada de hábitos. Não se deixa, entretanto, de salientar a importância da sensibilização contínua e permanente de todos os envolvidos na melhoria do serviço quando se busca a acreditação hospitalar (MANZO, *ET AL.* 2011).

Segundo Manzo (2011), como característica fundamental para uma boa qualidade da assistência está a mão de obra profissional. Somente com uma mão de obra qualificada e consciente de todo o processo se obtém a garantia da manutenção do processo. Portanto, o diferencial das organizações está no âmbito das pessoas, ou seja, de sua mão de obra qualificada.

A estrutura das organizações, juntamente com a tecnologia, pode ter um valor reduzido se os profissionais não se sentirem comprometidos com a qualidade (MANZO, *ET AL.*, 2012).

Na ótica da importância da mão de obra no processo de acreditação hospitalar, pretende-se demonstrar como o profissional técnico de enfermagem pode contribuir para a acreditação, atuando de forma incisiva na promoção da qualidade assistencial e promovendo o controle de infecções nas unidades de terapia intensiva.

O processo de controle de infecção, conforme apresentado historicamente, tem a finalidade de proporcionar uma redução dos riscos acometidos aos pacientes, oferecendo assim um atendimento de segurança e qualidade, sendo esses requisitos básicos para acreditação hospitalar (ONA, 2010; PARREIRA, 2012).

Mediante os requisitos exigidos pela ONA (2010), observa-se que para se oferecer segurança no tratamento, os técnicos de enfermagem podem atuar como agentes importantes, agregando muita qualidade no que se refere ao controle de infecção. Dois motivos básicos demonstram sua importância nesse processo: o primeiro, devido ao fato do seu trabalho ser desenvolvido diretamente com o paciente; o segundo refere-se ao tempo envolvido no tratamento do paciente, podendo este profissional monitorar e servir de vigia quanto a procedimentos incoerentes na prevenção de infecção, em muitos casos realizados por outros profissionais (SMELTZER, 2002).

Dentro desse contexto, quando uma instituição hospitalar se propõe a melhorar a qualidade do serviço prestado, submetendo-se as avaliações predispostas pela Organização Nacional de Acreditação, há uma preocupação com o processo administrativo envolvido e, conseqüentemente, todos os recursos necessários para se conseguir atingir o pretensado título. Logo, pode-se incorrer no risco de esquecer a importância da qualificação e sensibilização dos profissionais, para acompanhar a implementação da modalidade exigida pela acreditação junto à ONA.

Ao produzir e criar uma visão crítica construtiva sobre o processo de acreditação hospitalar depara-se com a realidade da CCMHSP, instituição que passa por todo esse processo de reformulação estrutural e também ideológica. Visto ser historicamente uma casa de caridade com toda uma visão paternalista que a precede, essas mudanças não passam despercebidas, quando refere-se à mão de obra dos profissionais que trabalham nesse ambiente.

É importante mencionar-se que muitos profissionais que têm vários anos de formação na enfermagem, tiveram sua formação profissional baseada em critérios diferentes dos exigidos pelo modelo de gestão da ONA: um profissional crítico, reflexivo e que repensa a própria prática.

Exemplificando essa situação, cita-se os relatos de Ramos (2001), em que a autora menciona a existência de uma diferenciação entre o trabalho intelectual e o trabalho mecânico, principalmente com o surgimento dos manufaturados nas indústrias no século XIX, e que se reproduz ao longo do processo educacional no século XX, inclusive nos processos de formação do profissional da área da saúde. Ou seja, novas modalidades de conhecimento foram sendo criadas, dentre elas a formação profissional, que na realidade se caracterizava como a formação para um determinado serviço.

Ramos (2010) apresenta outro aspecto relevante a ser considerado a partir da perspectiva fabril: a centralização do poder e a ausência do diálogo nos processos decisórios. A falta de aproximação dos diálogos entre setores gerenciais e profissionais assistenciais pode ser um dos pontos que gera todo o desconforto e falta de entusiasmo em aderir às novas mudanças.

A autora busca esclarecer que, quando as decisões são tomadas sempre em esferas hierárquicas superiores, os sujeitos que estão na base da hierarquia apenas cumprem ordens, não tendo a possibilidade de intervir no processo.

Ao considerar-se o espaço hospitalar e sua relação histórica com o espaço fabril, observam-se consequências na ação dos técnicos de enfermagem. Ramos (2001) menciona que não existe, na maioria dos casos, a participação ou a iniciativa de se perguntar qual é a opinião desses profissionais a respeito dos assuntos abordados e discutidos nos cotidianos de tais instituições.

Mediante toda a problemática do processo de inserção dos profissionais no processo de acreditação, observa-se que em alguns hospitais acreditados, segundo Manzo (2012), aspectos negativos às creditações estão relacionados à grande cobrança advinda das demandas impostas pelo processo de certificação, gerando sentimentos de desmotivação, e, principalmente, no que se refere aos técnicos de enfermagem, a sua dificuldade de adesão às mudanças e reformulações na estrutura burocrática.

Diversos autores, como Bonato (2007), descrevem o processo de acreditação como alternativa para a inserção de mudanças na organização hospitalar, passando a exigir dos trabalhadores alterações em suas estruturas de crenças e valores pessoais.

Segundo Manzo (2011), o processo de Acreditação Hospitalar tem como objetivo a melhoria contínua no nível de gestão, mas isso não exime a importância dos profissionais técnicos. Isso porque, sem a mão de obra operando de forma correta e com um propósito bem focalizado, não se consegue atingir o objetivo da gestão hospitalar, que é a melhoria da qualidade na oferta do serviço aos usuários. Segundo Bonato (2007), o processo de melhoria da qualidade é algo dinâmico, sendo esse influenciado diretamente pelo planejamento e execução.

Nessa metodologia, é necessário que os profissionais técnicos consigam visualizar todo o processo de que estão participando, pois não atuarão com foco na qualidade sem estarem convencidos da validade do programa em que estão inseridos, bem como da clareza das informações sobre ele.

Nessa linha de pensamento encontra-se a visão de Schiesari (1999), que menciona ser necessário que os profissionais conheçam o processo para se sentirem convencidos. Somente com essa visão irão se comprometer com o resultado. Assim visualiza-se como é importante conscientizar os profissionais sobre a necessidade de conhecerem o objetivo e o cenário em que estão inseridos.

Ainda menciona-se a importância do gerenciamento e processos educativos dos recursos humanos que estão ligados diretamente ao cliente, porque, quando não se dispensa uma boa organização no preparo desses profissionais para um atendimento de qualidade, realmente torna-se inatingível o objetivo principal da acreditação, que é a qualidade do atendimento. Ainda mais quando se aborda a Acreditação Hospitalar em nível 01, que, refere-se a ofertar uma estrutura adequada e segurança aos pacientes que procuram tratamento junto à unidade hospitalar (ONA, *op. cit.* 2010). A segurança, nesse caso, deve ser um dos principais objetivos a serem alcançados pela instituição proponente, que pretende a certificação de qualidade junto ONA e torna-se imprescindível que os profissionais técnicos de enfermagem sejam inseridos de forma ativa nesse processo.

Por conseguinte, a intenção deste estudo é criar um produto que sirva como orientação - um manual - a ser utilizado pelos técnicos de enfermagem, servindo como uma proposta de educação continuada. O manual será embasado na teoria de Ausubel da aprendizagem significativa. Adequar-se-á sua elaboração para os profissionais de nível médio, levando em conta todas as condições necessárias para

um bom atendimento e contendo, em sua estrutura técnicas e métodos cientificamente aprovados, para o controle de infecções relacionadas ao trato urinário, sistema respiratório e cateteres implantados em corrente sanguínea (BRASIL, 2013).

6. APRESENTAÇÕES DE RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como já mencionado, o presente trabalho teve como percurso metodológico quatro etapas complementares e processuais: a primeira foi constituída por uma revisão da literatura; a segunda foi configurada com a aplicação de um questionário, com perguntas semiestruturadas, aplicado aos técnicos de enfermagem do CCMHSP; a terceira etapa foi composta, pela capacitação e estudo do produto – um manual - elaborado a partir da dissertação e a quarta etapa consistiu na avaliação dos técnicos de enfermagem em relação ao produto final.

Após a revisão da literatura, aborda-se, a seguir, a segunda etapa do percurso metodológico, ou seja, as respostas dadas pelos técnicos de enfermagem aos questionários propostos.

Os dados foram tratados à luz de Bardin. Propôs-se a triangulação dos dados obtidos por meio dos questionários aplicados, o referencial bibliográfico e documentos obtidos na CCMHSP. Os cuidados com a descrição e execução de cada uma das fases da análise foram observados, conforme caracterizados pelo autor, preservando a confiabilidade e validade dos dados (BARDIN, 2006).

Segundo Barros (2007), o questionário é considerado um dos instrumentos dos mais utilizados para obtenção de dados. Não existe uma quantidade normativa de questões, porém, deve-se levar em conta a exaustão que pode causar um questionário com muitas perguntas, que podem ser abertas ou fechadas ou a combinação das duas modalidades.

A vantagem do questionário se dá pela obtenção de informações em curto prazo e facilidade na tabulação. Também garante o anonimato e economia de tempo e recursos financeiros.

Por outro lado, observam-se as suas limitações, que são demonstradas na devolução dos formulários em branco; no grau de confiabilidade das respostas obtidas, que podem variar; na dificuldade de formular perguntas específicas para cada grupo, com o objetivo de se obter o melhor entendimento do assunto. Ver anexo 01 (Questionário).

Aplicou-se o questionário a 18 técnicos de enfermagem, que trabalhavam em duas unidades de terapia intensiva no hospital da CCMHSP. Nesse questionário,

abordou-se aspectos relacionados ao processo de acreditação hospitalar em nível 01 (segurança e estrutura), tecendo correlações sobre a atuação profissional do técnico de enfermagem, mediante a necessidade do controle de infecções.

Nos questionários, os técnicos de enfermagem que participaram do trabalho foram enumerados de 01 a 18, na intenção de manter a privacidade e sigilo da identificação desses participantes. Dessa forma, em todos os momentos, ao referir-se à fala do técnico de número 15, por exemplo, na realidade, menciona-se o conteúdo descrito por aquele profissional.

O perfil do participante foi constituído por 13 profissionais do sexo feminino e 05 profissionais do sexo masculino, sendo que 09 exerciam a profissão há menos de cinco anos, 05 exerciam a profissão entre cinco e dez anos e 04 profissionais exerciam a profissão há mais de dez anos.

Segundo Manzo (2011), os programas de acreditação têm-se mostrado relevantes no que se refere à melhoria contínua e programada da assistência à Saúde. Isso tem impulsionado vários hospitais à melhoria progressiva da qualidade dos serviços.

6.1. A Visão dos técnicos de enfermagem sobre o processo de Acreditação Hospitalar

De acordo com Campos (2008), em um estudo sobre a Acreditação Hospitalar, existem consideráveis melhoras mediante a adesão do processo estabelecido pela ONA, sendo otimizados os setores de gestão da qualidade, eficiência e eficácia financeira, organização dos processos e desenvolvimento da satisfação dos colaboradores, resultando na melhoria da qualidade no atendimento hospitalar.

Visto que o processo de acreditação envolve mais do que aspectos gerenciais, pois existe conjuntamente uma mudança de valores individuais e sociais que caracterizam em muitas situações uma mudança interior, segundo Manzo (2011), evidencia-se a necessidade de se pensar na melhoria da qualidade dos serviços para além da ordem do capital.

Pode-se visualizar tal perspectiva no seguinte questionamento aos técnicos: qual a sua visão sobre a Acreditação Hospitalar?

Observação: As respostas aos questionários foram citadas como ditas, justifica-se, portanto, não serem feitas correções ortográficas nesses textos.

T(01) “**traz segurança** para o cliente seguindo parâmetros estabelecidos e gerenciados pelo grupo de risco”.

T(5) “onde os hospitais poderão **oferecer um serviço de qualidade e segurança**”.

T(6) “o certificado qualifica os serviços prestados, **padroniza e sistematiza todo o serviço da instituição minimizando erros**”.

T(10) “visa **melhorias no atendimento e segurança**”.

T(11) “ajuda os hospitais a obter **melhoria em relação a qualidade da assistência**”

Algo relevante a ser observado é que nove técnicos de enfermagem de um total de dezoito, associaram o processo de acreditação, como uma ação importante para se proporcionar melhorias, principalmente no que se refere à qualidade dos serviços e medidas de segurança.

Diante dos relatos dos técnicos, salienta-se que, para Manzo e colaboradores (2012), a equipe de enfermagem, ao adentrar no processo de acreditação desenvolve valores essenciais como o ato de cuidar: “individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo importantes ações por meio do cuidado, responsabilizando-se pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes” (p. 4).

Outro aspecto que aparece nos relatos dos técnicos – segurança e humanização - reafirma a pesquisa realizada pelo autor supracitado:

Os profissionais abordaram que o funcionário inserido num serviço acreditado sente-se mais bem preparado para atender as necessidades dos clientes à medida que oferecem recursos materiais, técnicos e humanos mais qualificados pela padronização de rotinas e maior organização (MANZO ET ALL, 2012, p. 5).

Um aspecto importante a ser ressaltado é o fato de que este trabalho está articulado ao processo de certificação Hospitalar em nível 1, pela ONA, e se torna ainda mais importante, visto que a realidade dos profissionais que participaram da pesquisa, objetiva a certificação junto a ONA em nível 1, que especificamente trata de segurança e estruturas adequadas, para se ofertar o serviço de cuidados de saúde no ambiente hospitalar (ONA, 2010).

Os nove técnicos restantes não apresentaram respostas relacionadas ao processo de Acreditação Hospitalar, ficaram restritos à discussão sobre os processos internos do Hospital.

Diante das respostas apresentadas pelos técnicos, percebe-se a necessidade de um trabalho voltado nomeadamente para o processo de educação permanente, focando as demandas, os objetivos e a importância da Acreditação Hospitalar, bem como a abordagem de métodos próprios de sensibilização dos profissionais técnicos de enfermagem, pois não foi possível perceber se há, na verdade, um desconhecimento desses profissionais sobre esse processo. Esse aspecto é fundamental, na medida em que justifica a criação do produto pretendido com esta dissertação: MANUAL DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR PARA TÉCNICOS DE ENFERMAGEM COM FOCO NO CONTROLE DE INFECÇÃO (ITU, ICS e PAAS).

6.2. Os Técnicos de enfermagem e sua inserção no processo de Acreditação Hospitalar

Segundo Manzo (2012), para que o processo de Acreditação Hospitalar ocorra de forma eficaz, pressupõe-se que deva existir uma interligação entre os profissionais e os setores envolvidos no processo de mudança.

Devido à complexidade dos serviços prestados no ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem deve compreender o seu papel, que por sua vez é de fundamental importância na implantação e continuidade do programa.

A enfermagem, de acordo com a autora, tem uma quantidade significativa de profissionais envolvidos no referido processo, tornando-se evidente a importância do comprometimento desses profissionais no processo de acreditação.

Por outro lado, deve-se levar em consideração a medição e complexidade dos serviços realizados por esses profissionais no ambiente hospitalar. O que se busca salientar é que a enfermagem trabalha na execução dos serviços prestados pelo hospital, no entanto, existe a necessidade de setores de apoio, como administração (suporte de equipamento e recursos materiais), lavanderia, farmácia, higiene e limpeza, dentre outros. Isso torna imprescindível a ação criteriosa desses profissionais, na mediação da relação interpessoal desses setores.

Diante do exposto, a segunda pergunta: **você** se sente inserido e acredita que suas opiniões estão sendo ouvidas neste processo de implantação da Acreditação Hospitalar? Os entrevistados deveriam justificar suas respostas. Buscou-se investigar o envolvimento dos técnicos de enfermagem na implementação do processo de Acreditação realizado no CCMHSP:

T(01) me sinto inserida, mas não sei se minhas opiniões serão ouvidas devido **as dificuldades de comunicação na enfermagem**.

T(4) de uma forma sim, mas **as vezes não somos ouvidos da forma que queremos** sendo que na maioria das vezes não temos retorno dos nossos pedidos por falta de estrutura.

T(10) Não... **falta comunicação, aceitação de opinião da equipe** com os profissionais; não tem o valor que merece.

T(15) Não... **nós não sabemos normas, não temos reuniões abertas onde nós possamos discutir qualquer tipo de caso**.

T(17) Não... **nunca ninguém veio até mim me explicar sobre acreditação**.

É notável que 12 entre 18 profissionais mencionassem ter dificuldades quanto a sua inserção do processo de Acreditação Hospitalar. É importante ressaltar também a contradição que aparece nos relatos apresentados: apesar de se sentirem inseridos no processo de acreditação, eles percebem a dificuldade para intervirem nos procedimentos estabelecidos pelo hospital.

Nesse sentido, cabe refletir sobre a complexidade que envolve a hierarquização hospitalar: como se estabelecem os processos de decisão dos procedimentos no hospital? Qual a postura do coordenador da equipe frente às opiniões dos técnicos? Como se estabelecem os diálogos no interior das equipes de enfermagem e entre os setores envolvidos na acreditação?

Com relação à dificuldade mencionada pelas técnicas de enfermagem, essa se aproxima do exposto por Manzo e colaboradores (2012), quando relata que em sua pesquisa, um dos aspectos negativos da acreditação é a forma como se desenvolve sua implantação: como um processo de cima para baixo. Para os autores, a administração, em sua grande maioria, decide pela implementação dos processos sem informar antecipadamente a proposta à equipe de profissionais.

O que se percebe com os relatos mencionados é uma relação com o processo educativo descrito por Ramos (2001), em que se relaciona o capitalismo com o surgimento do pensamento de se apropriar do ser humano, como forma de objeto, para um fim estabelecido.

Essa característica estabeleceu-se, no século XIX, com o gradativo domínio da burguesia sobre as novas modalidades de conhecimentos, ficando evidenciada a diferença entre o trabalho manual e o intelectual.

Nos relatos descritos pelos técnicos de enfermagem, observa-se a falta de interação entre os gestores e a classe dos profissionais técnicos. Neles descrevem-se, de forma clara, os mesmos valores mencionados por Ramos (2001), em que se observa uma hierarquização do trabalho manual e o intelectual, ficando os serviços de cuidados para os técnicos e auxiliares e o serviço intelectual a cargo do enfermeiro.

Dentro de um processo de acreditação hospitalar, segundo a ONA (2010), o que se pretende é uma melhora da qualidade de forma permanente. Os profissionais técnicos de enfermagem, bem como todas as atividades eles que exercem, devem sofrer processos de melhorias de forma contínua.

Em relação a esse aspecto, o da subalternização provocada pela hierarquização laboral, Manzo e colaboradores (2012), mencionam que “em relação às percepções negativas sobre a acreditação, a falta de valorização é uma queixa dos referidos profissionais” (p. 6). Os autores citam que os profissionais não se sentem valorizados, relatando que os seus erros são notados e criticados, ao passo que os acertos e o alcance das metas não apresentam repercussões.

Portanto, pensar em um processo de intervenção, via acreditação, justifica-se pela necessidade da comunicação entre os atores sociais envolvidos, pela liberdade e exposição de ideias e pelo respeito da gerência aos diversos setores e hierarquias institucionais.

Esse fato denota a necessidade de um processo gerencial por parte dos enfermeiros, que são os responsáveis pelos técnicos de enfermagem e em transmitir a eles segurança para se expressarem e colocarem seus pontos de vista de maneira aberta e franca.

Para tanto, um processo de liderança deve ficar bem estabelecido pelos enfermeiros responsáveis por essas equipes. De acordo com Furukawa (2011), a liderança é a competência mais importante presente nos gerentes de enfermagem. Deste modo, os liderados devem sentir segurança para se expressarem e realmente ter a convicção de que suas falas serão ouvidas.

Por outro lado, seis profissionais demonstraram em suas falas segurança sobre sua inserção no processo de acreditação:

T(2) me sinto inserido, pois faço parte da equipe... quando sinto que posso fazer algo melhor, nós conversamos chegando a um acordo se vai ou não ser implantado.

T(8) Sim... um dos pontos importantes da acreditação é saber ouvir a opinião mostrando sempre o respeito mútuo.

Segundo Quinto Neto (2004), é fundamental que os profissionais percebam e compreendam a necessidade do processo de acreditação, pois, de outra forma poderão ignorar os objetivos, bem como as propostas da instituição.

Um aspecto que surge nas falas dos técnicos e se relaciona com a inserção desses profissionais no processo é o fato de se ouvir a opinião dos colaboradores ou da necessidade de interação deles. Manzo e colaboradores, em sua pesquisa, também reforçam tal perspectiva ao afirmar que “os profissionais relatam, ainda, que o processo de acreditação proporciona clima organizacional favorável e propício para fortalecer as relações” (p. 6). No entanto, os autores ainda mencionam que a falta de integração entre os profissionais pode provocar problemas no cotidiano do ambiente hospitalar:

Os entrevistados mencionam a falta de integração da equipe multiprofissional e relatam a inexistência de coesão entre os profissionais, ainda que devessem estar unidos em busca da excelência dos serviços. A situação revelada contraria os princípios preconizados pela ONA, quanto ao trabalho em equipe interdisciplinar e o cuidado integral (MANZO *ET. AL.*, 2012, p. 06).

Devido a essa situação, justifica-se a melhoria contínua do processo de comunicação entre as equipes que estão engajadas na busca do processo de certificação junto à ONA (ONA, 2010), e da elaboração do produto pretendido neste trabalho.

6.3. Contribuições dos técnicos de enfermagem no controle de infecções pulmonares

Segundo Schiesari (2003), o processo de Acreditação Hospitalar é uma avaliação na qual as instituições se comprometem de forma periódica, voluntária e

racionalizada, e principalmente, onde ocorre o processo de educação permanente dos profissionais, tendo como finalidade a melhoria contínua dos serviços.

De acordo com a posição do autor, torna-se indispensável que os profissionais técnicos de enfermagem desenvolvam, de maneira eficaz, a função prática das atribuições relacionadas aos cuidados oferecidos aos clientes.

A terceira pergunta do questionário aborda as medidas preventivas para as infecções pulmonares realizadas na UTI: **como** se previnem as infecções pulmonares em pacientes com ventilação mecânica e em respiração espontânea nas unidades de terapia intensiva?

O questionamento pretende visibilizar o conhecimento técnico que esses profissionais possuem nesse processo de cuidado. Esse fator torna-se essencial, pois, de acordo com a ONA (2010), não se pode fornecer aos pacientes condições seguras de tratamento sem os requisitos propostos por este órgão.

É importante ressaltar que, dentre as medidas mencionadas pelos profissionais técnicos, destaca-se a elevação da cabeceira do leito. Dos participantes, dez mencionaram a sua importância. Assim como seguem as falas:

T(2) **Cabeceira elevada**... cuidado com dispositivos de assistência ventilatória... posicionamento adequado de sonda enteral... precaução de barreira (luva, capote e máscara).

T (8) Desprezar condensado... técnica correta de aspiração... higiene oral... **cabeceira elevada**... observar se o paciente está bem acordado antes de ofertar dieta via oral... auxiliar na alimentação e observar deglutição.

T (10) Desprezar condensado... diminuir o tempo de ventilação mecânica... fisioterapia... deambulação... mudança de decúbito... aspiração de vias aéreas... **cabeceira elevada**.

T (11) Equipe multi... técnica correta de aspiração... desprezar o condensado... manter tubos elevados... higiene oral... **cabeceira elevada**.

A elevação da cabeceira foi mencionada em 10 entrevistas como medida de prevenção de pneumonia e se justifica segundo o *Institute for Healthcare Improvement* (2010), sendo considerada uma das principais medidas para evitar a broncoaspiração. Torna-se importante, principalmente em pacientes com nutrição enteral. Além disso, contribui para uma melhoria do volume corrente, o que pode contribuir para a diminuição dos casos de atelectasia.

Outra medida citada por nove profissionais, na prevenção de pneumonia, é a higienização da cavidade oral.

T(3) **Higiene oral**... cabeceira elevada... cuidados com tubo orotraqueal... técnica estéril de aspiração... higiene das mãos.
 T (4) Higiene das mãos... cuidados com o cuff do tubo orotraqueal... **higiene oral**... cuidados com circuito (desprezar o condensado).
 T (11) Equipe multi... técnica correta de aspiração... desprezar o condensado... manter tubos elevados... **higiene oral**... cabeceira elevada.

Segundo Silva (2012), quando realizada a higiene oral de forma adequada, passa a existir a diminuição da formação do biofilme dental, que é um meio de cultura apropriado para bactérias patogênicas que, quando broncoaspirados, podem causar a pneumonia.

De acordo com a ANVISA (2013), a higienização oral, segundo a autora, deve ser realizada com solução antisséptica Gluconato de Clorexidina 0,12%, principalmente devido ao potencial antibactericida.

Nas instituições hospitalares, os profissionais técnicos de enfermagem são responsáveis pela realização do cuidado direto com o paciente, entre eles a higienização da cavidade oral. Portanto, algo a ser observado de forma reflexiva é o número de profissionais que não fizeram menção desse cuidado, principalmente considerando que é uma função específica dos técnicos de enfermagem, sendo uma medida tão importante de prevenção de pneumonia.

Cabe salientar que o desconhecimento ou o descaso com tal procedimento de prevenção aumenta o risco de desenvolvimento de pneumonia, acarretando a diminuição da qualidade assistencial e prejudicando o atendimento seguro do paciente, requisitos básicos para um serviço que se pretende estar qualificado para a acreditação em nível 1.

Outra medida importante de prevenção, mencionada pelos entrevistados, é a intubação orotraqueal dos pacientes em ventilação mecânica. Essa medida foi citada por nove sujeitos na pesquisa, sendo importante, segundo os participantes, a necessidade da técnica ser feita de forma correta, assim como se segue nas falas:

T(3) Higiene oral... cabeceira elevada... cuidados com tubo orotraqueal... **técnica estéril de aspiração**... higiene das mãos.
 T (8) Desprezar condensado... **técnica correta de aspiração**... higiene oral... cabeceira elevada... observar se o paciente está bem acordado antes de ofertar dieta via oral... auxiliar na alimentação e observar deglutição.
 T (11) Equipe multi... **técnica correta de aspiração**... desprezar o condensado... manter tubos elevados... higiene oral... cabeceira elevada.

Ao visualizar-se a importância do procedimento ser executado de forma adequada, assim como mencionado por Tablan (2004), observa-se como é fundamental que os técnicos saibam a realização correta desse procedimento, não somente como ator direto das tarefas, mas como sensibilizadores, atuando junto às possíveis situações nas quais os demais profissionais não estejam atuando, segundo os princípios científicos.

Para o autor, esse procedimento realmente deve ser realizado com toda cautela, usando-se sempre luvas e sondas de aspiração estéril, considerando que o trato respiratório fica vulnerável à permeação de bactérias, tendo como porta de entrada o tubo orotraqueal.

Mediante a ausência de resposta de nove técnicos de enfermagem com relação à necessidade de realização do procedimento de aspiração, torna-se necessário o questionamento sobre a qualidade da assistência prestada por esses profissionais. É importante a necessidade da padronização dos procedimentos de enfermagem, quanto à assistência de pacientes em unidades de terapia intensiva.

Cabe salientar a importância da implantação do manual proposto neste trabalho, como medida de auxílio à educação permanente e a padronização dos cuidados, de forma a assegurar a qualidade assistencial.

Um procedimento mencionado pelos técnicos e que é reforçado pela ANVISA (2013) foi a lavagem das mãos. Apesar de aparentar ser um procedimento extremamente simples, acarreta resultados positivos e proporciona, segundo a ONA (2010), uma segurança no trato e cuidado com a qualidade do serviço.

Segundo Noguerras (2001), cerca de 30% dos casos das IRAS são consideradas preveníveis por medidas simples, dentre elas se destaca a lavagem das mãos, sendo considerada a prevenção mais barata, mais fácil e mais eficaz.

Dentre os participantes da pesquisa nove sujeitos mencionaram a lavagem das mãos como medida importante na prevenção de pneumonia:

T (6) Higiene oral... cabeceira elevada... cuff insuflado... aspiração de vias aéreas... **higiene das mãos.**

T (7) Preservação de vias aéreas... realizar procedimentos com técnica estéril... **higiene das mãos...** higiene dos materiais... paciente limpo e seco... mudança de decúbito e cabeceira elevada.

T (18) Cuidado com equipamentos... equipamentos de proteção individual... **higiene das mãos.**

É importante ser frisado que, segundo a ANVISA (2013), a lavagem das mãos antes e pós- procedimentos técnicos, no âmbito das unidades de terapias intensivas, torna-se um dos principais métodos para se prevenir infecções, e, entre elas está a prevenção de pneumonias.

Outra questão que chama à atenção, devido sua importância nas unidades de terapia intensiva, é a ausência de respostas no questionário relacionadas ao estímulo da tosse em pacientes internados nesse tipo de unidade. Em resposta à pergunta, apenas um técnico apresentou o estímulo à tosse como um procedimento relevante na prevenção de pneumonia:

T (1) Mudança de decúbito... **estímulo de tosse**... aspiração.

Sabendo que o estímulo à tosse é um procedimento comum dos profissionais de fisioterapia, considera-se importante a participação dos técnicos nesse processo, sendo como um incentivo direto ao estímulo ou por intermédio do acionamento do profissional, diante daquilo que se apresenta no cotidiano da unidade de terapia intensiva.

Algo propício a se fazer, é uma correlação do estímulo à tosse com a interrupção diária da sedação, sendo importante ressaltar-se que nenhum profissional fez menção à realização dessa técnica. Isso porque, segundo Beraldo (2008), quando tal procedimento é adotado de maneira apropriada, pode ter uma relação imediata com o tempo de ventilação mecânica, portanto, passa a existir uma redução de PAV. O processo de estímulo à tosse deve ser incentivado logo após o procedimento de extubação, visto a importância do mecanismo da tosse em impedir secreções da cavidade oral de irem para o pulmão, causando infecção.

O fato de apenas um profissional mencionar a necessidade do estímulo à tosse leva a se correlacionar tal situação com o conceito de Ramos (2010), que menciona serem necessárias intervenções educativas mais abrangentes em seu conteúdo, pois somente assim, esses profissionais poderão atuar de forma eficaz, contemplando os conceitos teóricos sobre a fundamentação da técnica exercida, abandonado a visão tecnicista.

No que se refere à prevenção de pneumonias em pacientes internados em unidades de terapia intensiva, foi mencionada pelos profissionais pesquisados a

necessidade do cuidado com o cateter nasoentérico. Essa preocupação se justifica, porque, segundo Lorente (2008), a sondagem deve ser vistoriada com cautela para se evitar o refluxo gastroesofágico. Quando esse processo ocorre, os pacientes ficam expostos a um grande fator de risco para a broncoaspiração.

Nesse contexto, é importante frisar-se que o material proveniente do estômago está colonizado com bactérias comuns da flora gastrointestinal, o que acarreta pneumonia, quando em contato com o sistema pulmonar.

Dentre os profissionais pesquisados, observa-se a seguinte fala:

T(2) Cabeceira elevada... cuidado com dispositivos de assistência ventilatória... posicionamento adequado de sonda **enteral**... precaução de barreira (luva, capote e máscara).

Mais uma vez questiona-se o fato de apenas um profissional técnico mencionar a importância do posicionamento adequado da sonda nasoentérica, tendo em vista o fato de ser um procedimento que faz parte da rotina do serviço desses profissionais.

Fazendo um paralelo quanto ao procedimento anterior, estímulo à tosse, apenas um técnico ressaltou a sua importância. Quanto ao posicionamento correto da sonda nasoenteral, essa condição também se reproduz, com apenas um técnico mencionando sua importância para a prevenção da pneumonia. Diante dessa situação reforça-se a necessidade da intervenção permanente, por meio do manual proposto nesta dissertação.

Torna-se importante observar que, segundo Paschoal e colaboradores (2007), o processo de educação é algo dinâmico, que exige uma construção gradativa do conhecimento:

Desse modo, percebe-se a educação como um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, por intermédio do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade (p. 2).

Acredita-se que os profissionais terão condições de refletir e compreender a importância de determinadas técnicas exercidas por eles durante os procedimentos no ato de cuidar.

No que se refere ao fato de apenas um profissional mencionar a importância do cuidado com o posicionamento adequado da sonda, isso predispõe a se pensar na necessidade de um processo educativo autorreflexivo, tendo em vista esse procedimento ser de extrema importância para prevenção de pneumonia. Assim, os profissionais passariam a contemplar a importância dessa medida.

Outro aspecto importante mencionado nas respostas dos questionários respondido pelos técnicos de enfermagem é a necessidade de se desprezar o condensado do circuito do respirador, sempre que esse estiver presente. Isso foi mencionado por quatro profissionais:

T (4) Higiene das mãos... cuidados com o cuff do tubo orotraqueal... higiene oral... cuidados com circuito **desprezar o condensado**.

T (10) **Desprezar condensado**... diminuir o tempo de ventilação mecânica... fisioterapia... deambulação... mudança de decúbito... aspiração de vias aéreas cabeceira elevada.

De acordo com Dodek (2004), é crescente a preferência do sistema passivo de umidificação das vias respiratórias, em pacientes mecanicamente ventilados. Esse fato ocorre devido à facilidade de manuseio e ausência de condensados nos circuitos, além disso, pode-se atribuir ao relativo baixo custo.

Os umidificadores aquecidos são os preferíveis em pacientes, com copiosa quantidade de secreções respiratórias, hemoptise abundante; ou naqueles com maior susceptibilidade à atelectasias. Porém, a água e condensados formados são possíveis fontes de micro-organismos, daí o risco que os pacientes correm à presença do condensado.

De acordo com os questionários, observou-se que apenas um sujeito demonstrou preocupação com o tempo de ventilação mecânica, indicando assim, que a retirada precoce do paciente do ventilador é uma medida de prevenção de pneumonia.

T (10) Desprezar condensado... **diminuir o tempo de ventilação mecânica**... fisioterapia... deambulação... mudança de decúbito... aspiração de vias aéreas cabeceira elevada.

De acordo com Guimarães (2006), a incidência dessa infecção aumenta com a duração da ventilação mecânica e aponta taxas de ataques de 3% ao dia, durante os primeiros cinco dias de ventilação e depois de 2% para cada dia subsequente.

Diante dos benefícios do processo de extubação precoce, segundo Beraldo (2008), torna-se necessário trabalhar uma maior conscientização dos técnicos sobre o assunto, visto que, apenas um sujeito mencionou tal cuidado.

Outro item que não foi citado pelos entrevistados é a profilaxia de úlcera péptica. Segundo Machado (2006), mesmo não estando associada diretamente à prevenção da PAV, constitui medida importante de qualidade assistencial e realmente tem um impacto na diminuição da mortalidade hospitalar e também no tempo de internação. Nesse contexto, justifica-se, mais uma vez, o processo de educação permanente voltado para a orientação específica, no tocante à prevenção de infecções relacionadas à pneumonia.

Dentro do contexto de prevenção de pneumonia na UTI, percebe-se que não foi mencionada a profilaxia de trombose venosa profunda (TVP) e medição do volume do *cuff* do tubo orotraqueal.

Segundo dados da ANVISA (2013), a profilaxia de TVP é indicada para pacientes com fatores de risco para essa patologia, entre eles: obesos, idosos, história de estase venosa profunda, imobilização prolongada, cirurgias de grande porte e doenças vasculares e pulmonares prévias.

Além da profilaxia de TVP, deve-se também observar a prevenção de úlcera gástrica e verificação do volume do *cuff*. Esses cuidados são de grande importância no ambiente hospitalar e, principalmente, nas unidades de terapia intensiva, visto que são essenciais no ato de cuidar dos pacientes. Chama-se à atenção para a existência de um conjunto de medidas de ventilação mecânica nas unidades de terapia intensiva onde foi realizada a presente pesquisa. Nela é aplicada a verificação dos seguintes cuidados, diariamente por meio de um *checklist*: elevação da cabeceira de 30° a 45°, higiene da cavidade oral, verificação de volume do *cuff*, profilaxia de úlcera péptica e profilaxia de trombose venosa profunda (CCMHSP, 2013)

A falta de adesão aos protocolos de cuidados da instituição é presente nas respostas dos profissionais. Reflete-se sobre isso, principalmente por essa adesão fazer parte de uma rotina estabelecida pelo hospital nas unidades de terapia intensiva. Observou-se que apenas dois profissionais mencionaram cuidados relacionados à verificação do volume do *cuff*.

T (5) Cabeceira elevada... higiene das mãos... **cuff insuflado** e higiene oral.
T (6) Higiene oral... cabeceira levada... **cuff insuflado**... aspiração de vias aéreas... higiene das mãos.

De acordo com Lorente (2007 e 2008), a monitorização de *cuff* nos pacientes submetidos à ventilação mecânica é de suma importância na prevenção de pneumonia. Isso porque a excessiva pressão compromete a microcirculação da mucosa traqueal e causa lesões isquêmicas. Por outro lado, se a pressão for insuficiente pode haver dificuldade na ventilação com pressão positiva e vazamento da secreção subglótica por entre o tubo e a traqueia. Para evitar-se os extremos de pressão, é recomendado que essa permaneça entre 20 a 25 cm de água.

Os demais profissionais não fizeram menção aos cuidados de verificação do *cuff*, bem como da profilaxia de trombose venosa profunda e da úlcera gástrica. Desta forma, um programa de educação permanente voltado para orientação do profissional técnico se justifica, mediante a criação do manual que se pretende fazer.

Outro fator a ser observado é que em muitos cuidados que exigem um maior conhecimento teórico ainda são poucos e, em alguns casos, não fazem parte do contexto dos cuidados referidos pelos profissionais técnicos; mesmo executando mecanicamente, diariamente, tais tarefas ou procedimentos. Como exemplo: a administração de medicações para profilaxia de úlcera péptica e a de trombose venosa profunda.

Mediante a descrição do quadro fornecido pelos profissionais técnicos de enfermagem, observa-se a ausência de padronização das respostas, mesmo em equipes que desenvolvem o mesmo tipo de cuidado.

Assim torna-se importante salientar-se a visão tecnicista, citada por Ramos (2010), em que a formação profissional está voltada para execução das tarefas de forma específica e mecanizada; em que não se oferece aos profissionais a condição de visualizar o contexto e a finalidade dos procedimentos que são executados.

Para tanto, a construção do produto proposto neste trabalho torna-se importante, visto a contribuição que poderá trazer na padronização do conhecimento de forma autorreflexiva.

6.4. Contribuições dos técnicos na prevenção de infecções no trato urinário

Mediante a pergunta de numero quatro: como se previne as infecções por trato urinário em unidades de terapia intensiva? Aplicada aos técnicos de enfermagem, um fator encontrado de grande relevância, foi o conhecimento apresentado por esses profissionais sobre as medidas importantes na prevenção dessa infecção.

A preocupação com essa questão se justifica por ser um tipo de infecção recorrente dentre as IRAS. Segundo a ANVISA (2013) às ITU são responsáveis por 35% a 45% das infecções em adultos.

Algo importante a ser considerado é que a prevenção, na maioria das vezes, pode ser feita por medidas simples, conforme salientado pela CDC (2008).

Nesse caso, os profissionais técnicos de enfermagem podem oferecer grande contribuição na redução das taxas de infecção, visto o contato direto que possuem com os pacientes e o tempo que dispensam aos cuidados.

Na questão quatro do questionário foi perguntado aos profissionais técnicos de enfermagem: como se previnem as infecções por trato urinário em unidades de terapia intensiva?

O que se buscou com esse questionamento foi visualizar o conhecimento técnico científico sobre as possíveis intervenções realizadas pelos técnicos de enfermagem. Dessa maneira, objetivou-se correlacionar essas intervenções com as condições seguras propostas pela ONA, para instituições que buscam acreditação nível 01, nesse caso, a CCMHSP.

Entre os depoimentos, as respostas de 05 profissionais, que mencionaram a necessidade da bolsa coletora estar fixada abaixo do nível da bexiga, bem como o seu clampeamento e demais cuidados durante a movimentação do paciente:

T (3) Higiene das mãos... **cuidado com manuseio da sonda durante o banho**... assepsia durante posicionamento... tempo de permanência do cateter.

T (8) Fixação do cateter... higiene íntima... **clampear o cateter ao movimentar com a sonda**... manter bolsa pendurada evitando contato com superfícies sujas... desprezar a diurese sempre que a bolsa estiver na metade... comunicar mudança de característica da diurese.

T (10) **Cateter abaixo do nível da bexiga...** assepsia para realizar cateterismo... higiene do paciente no momento do banho.

Segundo Souza (2007) essa medida simples impede o retorno da urina da bolsa para dentro da bexiga, diminuindo o risco de infecção. Nesse mesmo contexto, correlacionou-se e considerou-se importante o fato dos profissionais fazerem menção do cuidado com a bolsa nas situações em que há necessidade de movimentação do paciente.

Assim como defendido pelo autor, essa técnica, quando realizada, também evita o retorno da urina para dentro da bexiga, diminuindo assim os riscos de ITU.

Diante do exposto, é importante ressaltar que a padronização dos cuidados não é visualizada nas respostas obtidas no questionário, visto que, apenas cinco profissionais mencionaram o cuidado com a fixação da sonda. Dessa forma, não existe uma linguagem de comum acordo entre os sujeitos da pesquisa, o que dá margem a pensar que os cuidados não detêm a mesma especificidade.

Desse modo, justifica-se o manual, produto deste trabalho, visando a um processo de educação permanente, voltado para a padronização da qualidade.

Outro cuidado importante frisado pelos profissionais é a higienização íntima, medida de precaução mencionada por doze profissionais. Segundo Souza (2007) a higiene rotineira e bem feita pode evitar o acúmulo de bactérias, que por sua vez podem migrar para o trato urinário causando infecções.

T (7) Evitar procedimentos invasivos... **higiene íntima**... trocar fralda sempre que molhada... higiene das mãos... procedimentos invasivos de forma estéril.

T (8) Fixação do cateter... **higiene íntima**... clampear o cateter ao movimentar com a sonda... manter bolsa pendurada evitando contato com superfícies sujas... desprezar a diurese sempre que a bolsa estiver na metade... comunicar mudança de característica da diurese.

T (15) **Higiene íntima**... evitar cateterismo vesical de demora... remoção precoce.

T (18) Evitar cateterismo vesical de demora... **higiene íntima**... e higiene das mãos.

Considerando que 12 entre os 18 sujeitos pesquisados mencionam o cuidado com a higienização íntima, fica claro ser essa técnica bem presente no cotidiano dos profissionais. Essa situação retrata bem a padronização dos cuidados, de acordo com os princípios científicos, o que proporciona segurança aos usuários do serviço, assim como preconiza a ONA (2010).

A sondagem vesical, outro aspecto mencionado pelos técnicos, está entre os fatores que mais desencadeiam infecção nos pacientes hospitalizados. Devido a isso, todas as situações em que se pode evitar o uso desse dispositivo devem ser consideradas.

O procedimento de sondagem vesical foi destacado por nove participantes da pesquisa, como procedimento relacionado a ITU, sendo mencionada a necessidade de se proporcionar medidas que estimulem a micção, e de se realizar uma observação quanto ao estímulo de se ficar o menor tempo possível com a sonda. Essas foram algumas das medidas importantes na prevenção de ITU citadas pelos sujeitos da pesquisa.

T (4) Higiene íntima e remoção precoce do cateter vesical de demora.

T (11) **Remover o cateter precocemente...** trocar fraldas e manuseio adequado,

T (16) Desprezar diurese... trocar de luva entre um paciente e outro... higiene das mãos... **evitar cateterismo vesical de demora.**

T (18) **Evitar cateterismo vesical de demora...** higiene íntima... e higiene das mãos.

O profissional técnico de enfermagem pode proporcionar várias medidas de estímulo à micção, como colocar água morna na região suprapúbica, abrir torneira ou chuveiro, oferecer comadre ou periquitos (ANVISA, *op cit.* 2013).

Ao observar-se que nove técnicos de enfermagem não fizeram menção a esse cuidado, questionou-se se tal cuidado faz ou não parte da rotina de cuidado desses profissionais. Mediante essa realidade, o que se pretende com o manual proposto é fundamentar o cuidado com a padronização, oferecendo aos usuários segurança e qualidade nos tratamentos.

Outro fator importante a ser considerado na pesquisa é o tempo de permanência da sonda vesical, e quanto de demora após sua instalação. Segundo Grabe (2012), após a instalação do cateter o crescimento bacteriano ocorre numa proporção de 5% a 10% ao dia.

Estando ciente dessa situação, sabe-se que a cada dia que um paciente tem a possibilidade de ficar sem o cateterismo vesical, menores são as possibilidades de se desenvolver a ITU (ANVISA, 2013).

Dentre os participantes da pesquisa, observou-se várias citações sobre a necessidade da remoção precoce da sonda vesical. Realmente, torna-se

significativa essa consciência, pois reflete uma atitude crítica sobre o processo de infecção hospitalar.

Quando os profissionais inseridos em uma equipe passam a ter esse tipo de visão, contribuem de forma a auxiliar em diversos momentos os enfermeiros e médicos sobre o tempo de uso do dispositivo, impedindo o esquecimento e o tempo prolongado do uso da sonda.

É importante salientar-se que essa visão contrasta com a visão tecnicista, descrita por Ramos (2010), em que limita os profissionais de nível técnico a executarem os procedimentos sem questionarem, ou até mesmo saberem, o motivo da execução daquela tarefa.

Outra técnica importante mencionada por 06 sujeitos nos depoimento foi a inserção do cateter vesical, com uso de equipamentos de proteção, que forneçam um procedimento de forma estéril:

T (7) Evitar procedimentos invasivos... higiene íntima... trocar fralda sempre que molhada... higiene das mãos... **procedimentos invasivos de forma estéril.**

T (12) **Técnica correta de cateterismo**... remoção do cateter... higiene íntima..

T (17) Higiene íntima... higiene das mãos... barreiras de proteção (máscara, óculos e luva)

Conforme relata Lens (1982), assegurar que a inserção do cateter seja feita apenas por profissionais capacitados e treinados, e disponibilizar materiais para inserção de forma asséptica, proporciona ao paciente uma das medidas mais importantes na prevenção de infecções em trato urinário.

Um processo de educação permanente, como se pretende por meio do manual, produto desta dissertação, tem por objetivo alcançar um padrão de cuidados oferecidos por todos os profissionais. Isso se torna importante, visto que 12 profissionais não fizeram menção do referido cuidado, o que possibilita margem para questionar se o cuidado com a assepsia na sondagem é realizado de forma correta, ou se até mesmo, se é realizado.

Vale salientar-se que um procedimento seguro traz aos pacientes um melhor atendimento e com qualidade. Esses constituem princípios básicos, para uma instituição que pretende certificação de qualidade junto a ONA. Mediante essa situação é que se justifica a produção do pretendido manual.

6.5. Medidas de Controle de Infecções Realizadas Pelos Técnicos em Cateter Implantado na Corrente Sanguínea

Uma importante fonte propagadora de infecção a ser considerada é a dos cateteres implantados em corrente sanguínea. Segundo dados da ANVISA (2013), as estimativas mostram que cerca de 60% das bacteremias estão relacionadas a dispositivos intravasculares. No que refere a esses dispositivos, perguntou-se aos técnicos na quinta pergunta: como se previnem as infecções ocasionadas por cateter em corrente sanguínea?

Um procedimento importante mencionado pelos técnicos de enfermagem são os cuidados relacionados aos circuitos de medicações. Cinco profissionais destacaram a importância da desinfecção de circuitos como medida de prevenção:

T (2) **Assepsia com álcool para administrar medicação, troca do equipo, conexões tampadas**, acesso limpo e seco, precaução de barreira (luva, máscara e capote)..

T (6) Higiene das mãos, **desinfecção do injetor lateral**, curativo limpo e seco, observar sinais flogísticos, trocar acesso a cada 72 horas, **troca de circuitos em 72 horas**.

T (17) Higiene das mãos, luvas para administrar medicação, **assepsia no injetor lateral com álcool**.

Segundo preconização do ANVISA (2013), alguns cuidados devem ser tomados, quanto ao uso desses dispositivos na infusão de medicações intravenosas. Dentre eles, podem-se destacar os equipos,¹¹ que devem ser trocados sempre que houver suspeita ou confirmação de infecção da corrente sanguínea, visando eliminar qualquer possibilidade do equipo estar contaminado. Pode-se ainda citar outras medidas mencionadas pelo órgão acima citado, como nas situações em que existe a necessidade de infusão contínua de soroterapia. Nesse caso, a troca deve ser realizada a cada 72-96 horas.

Nos casos de infusão intermitente, de nutrição parenteral¹² e a administração de emulsões¹³ lipídicas, a troca deve ser a cada 24 horas. Nos casos de administração de hemocomponentes e sangue, a troca é a cada bolsa.

¹¹ Dispositivos usados para conectar a solução a ser administrada na punção do paciente.

¹² Administração de solução com nutrientes por via endovenosa para substituir a alimentação natural

¹³ Substância insolúvel em outro líquido. Ex: Notadamente de água em óleo

Outros dispositivos, também mencionados pela ANVISA, são os conectores, que devem ser trocados a cada 72-96 horas ou de acordo com a recomendação do fabricante. No que se refere às dânuas (torneirinhas), elas devem ser substituídas juntamente com o sistema de infusão. Suas entradas devem ser mantidas protegidas com tampas estéreis. Os extensores multivias, que também fazem parte desses dispositivos, devem ser trocados juntamente com o sistema de infusão.

Nesse contexto, estão inseridas as Bombas de Infusão¹⁴, que devem receber manutenção preventiva e corretiva, estando o registro de manutenções corretamente preenchido e acompanhado. Devem ser submetidas, diariamente, ao processo de limpeza e desinfecção e a cada troca de paciente deve ser repetido o processo de limpeza (SANTANA, 2007; CDC op. cit. 2011).

Apesar de se observar que os técnicos fizeram menção e se preocuparam com dispositivos na punção, ressalta-se que, apenas quatro profissionais se referiram a esses cuidados, demonstrando assim, a falta de padronização dos procedimentos na assistência prestada pelos profissionais pesquisados.

Outro aspecto a ressaltar no questionário foi o cuidado com a permanência da punção venosa, a maneira de se realizar os curativos, bem como o tempo para realização do curativo. Esses cuidados foram mencionados por 16 profissionais. Segundo Fernandes (2004), e CDC(2011), após a realização da punção, deve ser feita uma cobertura apropriada para se evitar a contaminação do local da inserção, e também a troca do dispositivo intravenoso no tempo apropriado:

T (1) **Assepsia e troca do curativo.**

T (6) Higiene das mãos, desinfecção do injetor lateral, **curativo limpo e seco**, observar sinais flogísticos, **trocar acesso a cada 72 horas**, troca de circuitos em 72 horas.

T (9) **Troca em 72 horas (acesso venoso periférico)**, remover cateter se presença de sinais flogísticos.

T (15) **Tegaderme no cateter venoso central**, higiene correta com luva estéril, álcool a 70% e gaze.

T (16) **Curativo estéril com clorexidina, observar curativo antes de trocar.**

De acordo com os órgãos supracitados, a cobertura, fixação e estabilização dos cateteres implantados devem ser feitas com gaze ou filme transparente. Deve ser feita a limpeza do local de inserção com clorexidina alcoólica 0,5% a 2%. Nesses

¹⁴ Equipamento eletrônico usado para infundir soluções de maneira contínua

casos, a troca da cobertura, caso se utilize a gaze estéril, deve ser realizada a cada 48 horas. Nos casos em que se utilizar o filme transparente, esses poderão manter-se por até sete dias. Em ambos os casos, a cobertura deverá ser trocada antes do prazo, caso esteja suja, úmida ou solta.

Observou-se nas respostas dos questionários a importância da cobertura, sendo que dezesseis profissionais fizeram menção à necessidade da cobertura estar limpa e seca, da troca da punção e dos curativos no tempo correto. Visto ser uma prática muito própria dos técnicos de enfermagem, observa-se um conhecimento técnico claro no cotidiano desses profissionais.

Ainda considera-se nas respostas fornecidas por meio dos questionários, a importância das medidas de precaução de barreiras, sendo esse um mecanismo de extrema importância na prevenção de infecções. Segundo a CDC (2011), precauções de barreira máxima devem ser usadas na punção de artérias e veias de grande calibre, desse modo, considera-se as veias centrais (subclávia, jugular interna, artéria radial, veia femoral, artéria femoral entre outras). De acordo com o questionário, notou-se que dois profissionais fizeram menção desse cuidado:

T (2) Assepsia com álcool para administrar medicação, troca do equipo, conexões tampadas, acesso limpo e seco, **precaução de barreira (luva, máscara e capote)**.

T (7) Curativo limpo e seco, **cuidados com material estéril para punção profunda**, observar sinais flogísticos, trocar acesso a cada 72 horas.

De acordo com o autor, entre as medidas adotadas para procedimentos de punção profunda estão incluídas a higiene das mãos, o uso de gorro, máscara, avental, luvas estéreis e campo estéril, sendo que, de preferência, cubram o paciente como um todo.

Nessas punções, o preparo da pele deve ser feito com gluconato de clorexidina (solução degermante e alcoólica 0,5% a 2%), devendo o enfermeiro esperar a secagem natural da pele antes da inserção do cateter.

Como já mencionado, há a necessidade de colocação de barreiras de proteção essenciais para promoção do controle de infecção, mas infelizmente, apenas quatro profissionais fizeram menção da proteção de barreira.

Conforme as respostas dos questionários, observou-se que apenas dois profissionais mencionaram a importância da técnica asséptica.

Devido à relevância da punção profunda sempre ser realizada de forma estéril, e por outro lado, a evidência de que a grande maioria dos profissionais não mencionaram essas medidas de prevenção de infecção, cabe questionar: esses profissionais possuem conhecimentos básicos sobre os riscos de infecção? Ou será que não se preocupam em colocá-los como prioridade em sua prática profissional? Até que ponto esse aspecto é consequência de falta de capacitação direcionada à prevenção de infecções?

Essas perguntas justificam a necessidade de um manual que priorize um treinamento voltado para o controle de infecção relacionado ao cateter em corrente sanguínea.

6.6. A transmissão de informações entre supervisores de enfermagem e os técnicos de enfermagem

Pergunta seis do questionário: quais as principais dificuldades encontradas com respeito às informações que são repassadas pelos gerentes das unidades? Essa pergunta justifica-se porque ela remete à percepção dos técnicos de enfermagem, em relação às informações que são repassadas pelos seus supervisores diretos, nas unidades de terapia intensiva.

Segundo Broca (2012), o processo de comunicação na enfermagem deve ser encarado como uma peça chave, conforme é declarado pela política da transversalidade.

Considera-se a comunicação como um elemento de extrema importância no processo do “cuidado”, tendo como pressuposto a sua complexidade. Ao questionar os enfermeiros sobre tal procedimento, observou-se que 13 entre os 18 sujeitos da pesquisa afirmam ter dificuldades quanto ao processo de comunicação:

T (4) **pois a comunicação é corrida, fica perdida no ar.** Pedem coisas que a falta de estrutura não permite, como a falta de funcionários e equipamento.

T (8) há trabalho em excesso, falta de materiais, falta de respeito e **as prioridades não são observadas corretamente.**

T (9) há dificuldade de manter uma voz ativa dentro de uma visão de grupo.

T (15) as informações chegam através dos corredores.

T (16) temos poucas informações, sempre que sabemos é de terceiros... quando muda as coisas não somos avisados.”

T (17) até o momento não temos informações objetivas sobre o que é acreditação.

Segundo Berlo (2003), o processo de comunicação deve ser compreendido como uma interação, caracterizada quando dois indivíduos fazem inferências sobre os próprios papéis e assumem o ponto de vista um do outro. Deste modo, realmente existe a possibilidade de se estabelecer a comunicação de forma efetiva.

Em todos os momentos em que os técnicos se referem à falta de clareza ou informações que chegam pelos corredores, visualizou-se uma grande dificuldade no que tange à reciprocidade na comunicação. Isso porque os supervisores, em determinados momentos, não estão se preocupando em se certificar que as informações repassadas estão ou não sendo compreendidas pelos receptores, nesse caso, os técnicos de enfermagem.

Mediante as respostas dadas notou-se uma característica da visão tecnicista, porque esses profissionais técnicos estão inseridos em um processo de certificação hospitalar nível I, porém, não estão a par das informações sobre essa reformulação de gestão.

Assim ocorre como o caracterizado por Ramos (2001) sobre a existência da visão tecnicista, em que os questionamentos e a visualização de todo o processo não fazem parte da função do técnico, sendo a função do pensamento intelectual a cargo do enfermeiro.

De acordo com Spagnuolo (2005), as formas de comunicação são variadas e dentre as principais pode-se mencionar o modelo linear, onde as informações são repassadas no sentido único: do sujeito que emite a mensagem para aquele que a recebe a informação. Essa situação pode ser visualizada nas falas de 06 sujeitos da pesquisa:

T (1) falta de clareza, pois falta **passar informação de forma clara e objetiva.**

T (7) pois são raras as reuniões, **falta de diálogo.**

T (16) temos poucas informações, sempre que sabemos é de terceiros... **quando muda as coisas não somos avisados."**

Mediante as respostas dos técnicos de enfermagem, observa-se a forma linear de comunicação adotada pelos gerentes das unidades. Segundo Teixeira (1997), em contraste ao modelo linear há o modelo dialógico que propõe e coloca o emissor na mesma condição de sujeito. O modelo dialógico confere o poder de reciprocidade de informações, direcionando o conhecimento de forma a atender as

necessidades do emissor e do receptor. Nesse caso, o supervisor (enfermeiro) e os receptores (técnicos de enfermagem).

Diante da dificuldade na forma de transmissão das informações, observa-se como se faz importante um processo de educação permanente nas instituições que pretendem uma melhoria contínua junto a ONA.

De modo que se justifica a criação do manual proposto, tendo como objetivo o aprimoramento do conhecimento dos profissionais técnicos sobre a Acreditação Hospitalar Nível I e as medidas de prevenção de infecções em unidades de terapia intensiva.

7. PEDAGOGIA DE AUSUBEL

O processo educativo ocorre quando, de maneira sistemática e interativa, tem-se uma troca de informações entre pessoas de um mesmo convívio ou comunidade, com o propósito de ajudá-las a elaborar conhecimentos e significados (JAEGER, 1995).

Na década de 1960, David Ausubel (1980 -2003) propôs a sua teoria de aprendizagem significativa, em que se enfatiza a aprendizagem de significados como sendo a mais relevante para os seres humanos. Ressalta-se que a maior parte da aprendizagem acontece de forma receptiva e, desse modo, os humanos se valem para transferência de informações entre as gerações (TAVARES, 2004).

Para que a aprendizagem seja significativa, são necessários três fundamentos indispensáveis. Primeiro, que os indivíduos tenham disposição para aprender, estejam motivados e queiram aumentar o conhecimento já adquirido. Segundo, que o conhecimento seja significativo para as pessoas inseridas naquela realidade. E terceiro, que já exista um conhecimento prévio para que o indivíduo consiga cognitivamente fazer uma relação entre o novo conhecimento e o já existente. Quando o conhecimento é formado de maneira lógica, isso possibilita uma assimilação do conteúdo, porém a formação da ideia e de sua importância varia de acordo com a filtragem e assimilação que cada indivíduo realiza (PELIZZARI, *ET AL* 2002; AUSUBEL, 1982).

Em uma aprendizagem significativa acredita-se que não acontece apenas uma retenção da estrutura do conhecimento, mas também uma capacidade de transferir esse conhecimento para uma realidade distinta da que foi proposta inicialmente (TAVARES, 2008).

As vantagens da aprendizagem significativa são evidentes de três formas essenciais. Em primeiro lugar, aumenta a capacidade de retenção por mais tempo. Em segundo, aumenta a capacidade da aprendizagem de conteúdos diversos de maneira mais fácil, mesmo que a informação inicial /original tenha sido esquecida. Por fim, em terceiro, ainda que tenha sido esquecida, ficará mais fácil a aprendizagem seguinte. Logicamente que esse processo depende da estrutura prévia formada cognitivamente pelos indivíduos (AUSUBEL, 1982).

Um dos objetivos desta pesquisa consiste em implementar uma metodologia de aprendizagem, que possa direcionar a classe dos profissionais técnicos de enfermagem de forma a agregarem conhecimento e qualificação ao serviço hospitalar, principalmente no que se refere ao controle de infecção nas unidades de terapia intensiva. Para atingir essa expectativa, pretende-se visualizar como o técnico de enfermagem está inserido no processo dos cuidados aos clientes. Uma pedagogia apropriada é de especial importância para se entender os requisitos da Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2010; AUSUBEL, 1982).

Quando se consegue explicar que o processo de acreditação busca organizar o serviço, isso por si só pode facilitar a adesão do técnico no processo de organização e reestruturação do serviço mediante a Acreditação Hospitalar. Nesse contexto, observa-se que, especialmente a enfermagem, e também o técnico, estão envolvidos em quase todos os processos da acreditação (nível 01, Segurança e Estrutura), seja diretamente, atuando como agente principal, executando o serviço, ou também colaborando inspecionando indiretamente as etapas dos processos, podendo indicar situações que não condizem com o que se preconiza pela ONA (ONA, 2010).

Como observado, constata-se a importância do técnico de enfermagem em todas as situações em que se necessita proporcionar segurança aos pacientes. Por esse motivo, sua contribuição deve ser extremamente aproveitada e sua abordagem metodológica bem realizada em processo tão complexo como é o da Acreditação. Por outro lado, quando não se tem uma abordagem apropriada, desenvolve-se uma dificuldade no entendimento do que é a Acreditação Hospitalar e também de seus requisitos

Partindo do pressuposto que os profissionais técnicos de enfermagem já detêm um conhecimento prévio adquirido em sua formação curricular sobre os cuidados relacionados aos pacientes, presume-se que a aprendizagem pode ocorrer de duas formas, como relacionadas por Ausubel: primeiro, de forma mecânica, quando os profissionais memorizam novas informações literalmente. Segundo, de forma significativa, quando o profissional raciocina de forma lógica e psicologicamente significativa. É importante ressaltar que cada indivíduo terá sua própria forma de raciocinar, dependendo de sua formação e experiência de vida (AUSUBEL, 1982).

Procurou-se implementar, por meio deste trabalho, algo que fosse de fácil compreensão sobre o assunto, simplificando as informações referentes aos requisitos da ONA (Organização Nacional de Acreditação) e instituições terceirizadas que atuam na realização do credenciamento das instituições. O presente manual pretende direcionar os técnicos de enfermagem para que os mesmos possam visualizar a sua importância, bem como a forma em que estão inseridos nesse processo. Logicamente que, a partir dessa visualização, pretende-se aproximá-los da gestão hospitalar, de forma a ter esse profissional atuando de maneira mais plena nos processos, envolvendo a qualificação do hospital.

O processo de aprendizagem dos profissionais técnicos será baseado no conhecimento prévio que possuem a respeito da assistência de enfermagem. A teoria da aprendizagem significativa, de Ausubel foi escolhida para o embasamento deste trabalho, visto abordar de maneira mais apropriada o contexto em que se pretende desenvolver os temas educativos da pesquisa. O conhecimento já existente dos profissionais técnicos de enfermagem irá proporcionar uma aplicabilidade adequada ao educador, isso ocorrerá porque, a partir desse conhecimento prévio, eles terão condições de construir estruturas mentais e descobrir outros conhecimentos, caracterizando, assim, uma aprendizagem prazerosa, eficaz e com significado. (TAVARES, 2008).

No ambiente hospitalar, em anos recentes, observa-se uma grande modernização do conhecimento no que se refere aos cuidados, fato relacionado às constantes pesquisas na área. Quando se fala de melhorias na assistência aos usuários, deve-se lembrar de que muitos profissionais estão, há vários anos, no mercado de trabalho, sem que tenham a oportunidade de realizar um processo de reciclagem, tendo como base o conteúdo primário de seu aprendizado. É por esse motivo que, com base na formação e experiência profissional, a aprendizagem significativa implicará na conexão ou vinculação que esses profissionais farão dos novos conhecimentos com os antigos (TAVARES, 2008; PELIZZARI, *ET AL* 2002).

Em resumo, tem-se a intenção de uma participação ativa dos profissionais, por meio de um processo educativo no qual eles não são simplesmente uma cópia do educador, mas sim pessoas que formam suas próprias opiniões, tornando o conhecimento adquirido realmente significativo e de modo que consigam colocá-lo em prática na sua vida profissional, melhorando assim a qualidade do atendimento.

Acredita-se que os técnicos têm uma grande colaboração no controle de infecção e poderão ajudar na qualificação do serviço de acordo com as normas da Organização Nacional de Acreditação.

8. CONCLUSÃO

A busca incessante pela melhoria da qualidade do serviço hospitalar tem-se mostrado o caminho para as instituições que buscam a permanência do atendimento de qualidade oferecido aos seus usuários. Nessa realidade, os hospitais têm investido em buscar inovações no seu modelo de gestão e de assistência, sempre objetivando oferecer os melhores serviços aos pacientes e familiares.

Nesse cenário, o Programa de Acreditação Hospitalar tem possibilitado grandes inovações no cenário nacional, principalmente promovendo uma mudança na prestação dos serviços, que há tempos não passavam por mudanças ideológicas diferenciadas da visão tecnicista. A partir da implantação do processo de acreditação hospitalar no cenário nacional, tem-se difundido uma mudança no comportamento dos indivíduos que compõem as instituições hospitalares, especialmente rompendo com os cuidados mecanizados, historicamente arraigados na cultura dos hospitais, não deixando de mencionar que passa a existir um modelo de excelência, como algo a ser buscado de maneira incessante.

Este estudo buscou aprofundar a reflexão sobre o processo de Acreditação Hospitalar e as possíveis ingerências que podem ser feitas, a partir de intervenções no serviço ofertado pela classe profissional dos técnicos de enfermagem, reforçando a necessidade da inclusão desses profissionais, a partir de um processo educacional que valorize a sua atividade, de forma que consigam a Acreditação Hospitalar em nível 01.

Ressalta-se que dentre os obstáculos encontrados ao realizar a pesquisa, destaca-se a escassez de material bibliográfico que permeia a subjetividade do papel do técnico de enfermagem no cenário da Acreditação Hospitalar. No entanto, mediante as pesquisas, se obteve respostas, que permitiram compreender a ótica dos profissionais e também a relação desses com o modelo de gestão hospitalar no qual estão inseridos.

Além disto, foram obtidas informações importantes sobre a visão dos profissionais técnicos de enfermagem sobre a implantação do processo de acreditação, sua inserção dentro do modelo de gestão, seus conhecimentos técnicos sobre o controle de infecção e a maneira como as informações sobre acreditação são repassadas pelos seus supervisores.

Por meio deste estudo notou-se que os profissionais técnicos de enfermagem associam o processo de acreditação como ação importante para se alcançar mudanças, principalmente quando se refere às medidas de segurança.

Surgindo entre os participantes a falta de consenso sobre os benefícios do programa de Acreditação Hospitalar, e havendo a exposição de pensamentos restritos a problemas internos da instituição, distantes dos conceitos e propósitos fundamentados pela ONA e o processo de acreditação hospitalar, a ideia do produto desta dissertação defende a necessidade de uma abordagem educacional voltada para o combate à fragmentação dos conceitos relacionados ao processo de Acreditação Hospitalar.

Outro fator relevante levantado na pesquisa refere-se à inserção dos profissionais técnicos de enfermagem no processo de acreditação. O que se observa na pesquisa é que existe uma dificuldade de interação entre os gestores e os profissionais técnicos, sendo que uma parcela significativa de enfermeiros relata a dificuldade em serem ouvidos.

Desta forma, está caracterizada uma hierarquização do trabalho intelectual sobre o manual. Visto que o processo de acreditação se justifica pela necessidade de comunicação entre os atores envolvidos, deve ser destacada a importância de um processo gerencial, por parte dos enfermeiros, que possa trazer segurança aos técnicos de enfermagem quanto a se expressarem e colocarem seus pontos de vista de maneira franca e aberta. Somente dessa forma os profissionais poderão se sentir inseridos, e assim colaborar no processo de Acreditação Hospitalar.

Um achado importante referiu-se à contribuição que os profissionais técnicos de enfermagem podem realizar no controle de infecções pulmonares, proporcionando, assim, segurança nos cuidados ofertados. Observa-se que cuidados como elevação da cabeceira, higienização da cavidade oral, aspiração do tubo orotraqueal, desprezo de condensado em tubo orotraqueal e lavagem das mãos, foram mencionados por grande parte dos participantes.

Os relatos apresentados referem-se a conhecimentos de ordem técnica, que são importantes para a instituição que pretenda proporcionar segurança aos pacientes. Porém, algumas fragilidades também foram encontradas, revelando a necessidade de intervenção, como aquela que propõe este trabalho.

Algo relevante é observar-se que cuidados que exigem uma complexidade maior de conhecimento, mesmo sendo executados diretamente pelos profissionais técnicos, como realização de medicações para prevenção de úlcera péptica e profilaxia de trombose venosa profunda, não são mencionados.

Sendo assim, vale lembrar a necessidade da reformulação da visão tecnicista, que permeia a formação dos profissionais técnicos. Isso se torna ainda mais importante, visto ser essa uma necessidade do novo modelo de gestão preconizado pela Organização Nacional de Acreditação.

Os relatos dos profissionais técnicos sobre as medidas de prevenção de infecção demonstram um conhecimento realmente importante e significativo na prevenção de infecções relacionadas ao trato urinário. Esse conhecimento retratado pelos profissionais contrasta com a visão tecnicista, levando à observância de sujeitos capazes de proporcionar segurança nos tratamentos de saúde, justamente o que a Acreditação Hospitalar em nível 01 preconiza e que prioriza a segurança e estruturas adequadas para os tratamentos de saúde.

Outro aspecto relevante apresentou os cuidados relacionados à prevenção de infecções desenvolvidas em cateteres implantados na corrente sanguínea. A preocupação dos profissionais é concreta, principalmente no âmbito de se proporcionar segurança aos pacientes. Grande parte dos participantes mencionaram cuidados com o circuito das medicações, como troca das conexões no tempo correto, assepsia antes de ejetar as medicações. Outros demonstraram preocupação com a realização dos curativos e sua troca no tempo apropriado.

A par do conhecimento técnico sobre os meios de precauções utilizados para diminuir as infecções, no ambiente hospitalar, os entrevistados demonstram insatisfação sobre a maneira como as informações são repassadas pelos seus supervisores. Vários relatos demonstram o questionamento sobre a falta de clareza nas informações, fato esse que se questiona se existe dificuldade na transmissão das informações, pelos supervisores, devido à falta de didática, ou se eles não estão bem familiarizados com o processo de acreditação e, devido a isso, a equipe de técnicos demonstra falta de clareza em suas explicações.

Nesse cenário, observa-se a dificuldade dos profissionais técnicos em se desprenderem da visão tecnicista, em virtude do fato de não compreenderem

plenamente o contexto em que estão inseridos. Por isso, o trabalho continua mecanizado, sem um entendimento mais amplo do porquê de se fazer ou não determinados cuidados.

Com base neste estudo, foram identificadas diferentes formas de inserção e contribuições por parte dos profissionais técnicos de enfermagem, no processo de acreditação em nível 01. É essencial salientar-se sua importante atuação no controle de infecções, algo extremamente relevante para instituições que procuram proporcionar um ambiente seguro para seus clientes. Reforça-se a necessidade de um trabalho mais específico, com vista à padronização dos cuidados prestados, visto ter sido demonstrado neste estudo haver cuidados importantes que não foram nem mesmo citados pelos profissionais.

Outro aspecto a salientar é a necessidade do processo de educação permanente ser considerado uma das principais preocupações das instituições que se propõem a buscar a acreditação. Essa medida torna-se de extrema importância porque foram observadas carências fundamentais no processo de transmissão de informações e de inserção dos profissionais técnicos no projeto de acreditação, sendo observados e determinados momentos de ausência de conhecimento sobre o objetivo da instituição, bem como sobre a Organização Nacional de Acreditação e também sobre o projeto em que a instituição está inserida.

Espera-se, portanto, que a partir do maior conhecimento sobre a importância do profissional técnico de enfermagem no processo de acreditação hospitalar, obstáculos sejam rompidos, prioridades sejam estabelecidas e que esses profissionais possam ser qualificados. Além disso, almeja-se que este estudo possa suscitar novas pesquisas sobre o tema e, que provoque nos profissionais técnicos de enfermagem a motivação necessária para se sentirem inseridos na acreditação, proporcionando ao paciente uma melhor prestação de seus serviços, objetivando assim a excelência almejada.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALVES, D.C.I.; EVORA, Y.D.M – Questões éticas envolvidas na prática profissional de enfermeiros da comissão de controle de infecção hospitalar. Ver. Latino-am Enfermagem 2002 maio-junho; 10(3):165-75.

Andrade, M.M – Como preparar trabalhos para cursos de Pós- Graduação, 7ª Edição, SP, 2008.

AUSUBEL, D. P. A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.

AZEVEDO, A.C. Indicadores de Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. Rev Ind Qual Produt Ipea 1993; 1(1):49-54.

AZEVEDO L.D; OLIVEIRA Z.L; ROCHA R.A; PISTÓIA L.C – Gestão da mudança na saúde – A Acreditação Hospitalar. XXII Encontro de Engenharia de Produção Curitiba – PR, 2002.

BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. Revista Ciência Cuidado Saúde. 2008 jul/set; 7(3):319-326

BARDIN, L. (2006). Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

BARDINI, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, A.J.S. e LESHFELD, N.A.S. – Fundamentos de Metodologia Científica, 3ª Edição, SP : Pearson Prentice Hall, 2007.

BERALDO, C.C. Prevenção da pneumonia associada á ventilação mecânica: revisão integrada. Dissertação. USP-SP, 2008.

Bergamini CW. O líder eficaz. São Paulo (SP): Atlas; 2002.

BERLO, D.K. O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática. 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

BITENCOURT A.G.V; NEVES N.M.B.C; NEVES F.B.C.S; BRASIL I.S.P.S; SANTOS L.S.C – Análise do Erro Médico em processos Ético- Profissionais: Implicações na Educação Médica. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 224 31 (3): 223 – 228; 2007.

BOCCHI, S.C.M.; FÁVERO, N. Caracterização das atividades diárias do enfermeiro chefe de seção em um hospital universitário. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 41-59, julho 1996.

Bonato VL. Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais. São Paulo: Ícone; 2007.

BRAGA, J.C DE PAULA, S.G. Saúde e previdência. Estudos de política social. São Paulo (SP): CEBES/HUCITEC; 1981.

BRASIL. Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas á ventilação mecânica. J Bras Pneumol. 2007; 33 (Supl 1):S 1-S 30

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem- PROFAE. Brasília- DF. 2001

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecção do Trato Respiratório. 2009

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. 2007

BRASIL. Leis n. 7498/86, 26 jun. 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986. Seção 1, p. 9273-5.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionadas á Assistência á Saúde. Copyright. 1ª Edição, 2013.

BRASIL - Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais- PRO-HOSP. Site da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Acessado em 27 de fevereiro de 2014, <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/411-resolucoes-sesmg>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Acreditação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília (DF, 2000).

BRASIL - O processo histórico do trabalho em saúde / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BROCA, P.V; FERREIRA, M.A; Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 97-103.

BRUNNER & SUDDARTH- Tratado de Enfermagem Medico-cirurgico. 9º Edição. Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, RJ.

CCMHSP – Casa de Caridade de Muriaé / Hospital São Paulo. Disponível em: <URL: [http:// www.hsp.org.br/conteudo/conteudo.php?id=6](http://www.hsp.org.br/conteudo/conteudo.php?id=6). Acesso em: 04 de outubro. 2013

CABRAL, L.C. A relação entre o controle de infecção e o cuidado na prática de enfermeiros. Dissertação de mestrado UFSC. Florianópolis- SC, 2006

CAMARGO, P.P. Procedimento de inserção, manutenção e remoção do cateter central de inserção periférica em neonatos. Dissertação de mestrado USP- SP, 2006

CAMPOS, L. I. Impacto da implantação em hospitais do sistema de gestão da qualidade, baseado nos requisitos de nível 1, 2, 3 do Sistema Brasileiro de Acreditação ONA. 2008 a. 133 f. Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte.

Canadian Task Force on the periodic Health Examination. **Can Med Assoc J.** 1979 November 3; 121(9): 1193-1254.

COSTA, C.C.C; FILHO.J.G.B; MACHADO.M.M.T; MACHADO.M.F.A.S; JORGE. A. C; FURTADO.A.A.A; LIMA.I.M.S. Curso técnico de enfermagem do profae-ceará: A voz dos Supervisores. Curso técnico do PROFAE- Ceará. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 705-13.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for preventing healthcare-associated pneumonia, 2003; recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR Morb Mortal Wkly Resp 2004; 53:1-36.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011

CATERNO, L.O; LOBO, J.A; MASSON, W. The excessive use of urinary catheters in patients hospitalized in university hospital wards. Rev.esc. enferm. USP (serial on the internet). 2011 Oct (cited 2013 feb 14); 45 (5): 1089-1096. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000500009&lng=en

DAVINI MC. Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: Haddad JQ, Roschke MAC, Davini MC, editores. Educación permanente de personal de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 109-25. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n.100).

DEBORAH, S; YOKOE, M.D; M.P.H; DAVID, C. M.D. MS. Melhorando a segurança do paciente por meio do Controle de Infecção: um novo imperativo no cuidado a saúde. CDC- Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 53-S11

DEPRESBITERIS.L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. Seminário Certificação de Competências para a Área de Saúde: os desafios do PROFAE, realizado em novembro de 2000, em Brasília-DF.

DESFULIAN, C; SHOJANIA, K; COLLARD, H.R; KIM H.M; MATTHAY M.A; SAINT S. Subglottic secretion drainage for preventing ventilator- Associated pneumonia: a meta-anlysis. Am J Med 2005; 118: 11-18.

Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez; 1999.

DELUIZ.N. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. Seminário Certificação de Competências para a Área de Saúde: os desafios do PROFAE, realizado em novembro de 2000, em Brasília-DF.

D'INNOCENZO A; ADAMI, NP; CUNHA I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev. Bras Enferm. 2006;59(1):84-8.

DODEK, P; KEENAN, S; COOK, D; HEYLAND, D, JACKA, M; HAND, L, MUSCEDERE, J; FOSTER, D; MEHTA, N; HALL, R. AND BRUN BUISSON C.; For The Canadian Critical Care Trials Group and the Canadian Critical Care Society. Evidence- Based Clinical Practice Guideline for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia. Ann Inter Med. 2004; 141: 305-313.

FARIAS, G.M; FREITA,M.C.S; ROCHA,K,M,M; COSTA,I.K.F. Pacientes sob ventilação mecânica: cuidados prestados durante a aspiração endotraqueal. Revista científica Internaciona. Ano 2 - N ° 09 Setembro/Outubro - 2009

FAVERET, P, Filho; Oliveira, P.J de A universalização excludente: Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Plan Pol Públ. 1990; (3): 139-62.

FELDMAN, L.B; Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: Critério de avaliação, procedimentos de conduta e gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari; 2004.

FELDIMAN, L.B. et al. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. Acta Paulista de Enfermagem, vol 18 nº 2, São Paulo, abril/junho 2005.

FELDMAN L.B; GATTO M.A.F; CUNHA I.C.K.O – História da evolução da qualidade Hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):213-9

FERNANDES, T. A; FERNANDES, V.O.M; FILHO, R.N. Infecções hospitalares e suas interfaces na área da saúde. São Paulo (SP), Atheneu, 2000.

FERNANDES, Antonio Tadeu. Guia para tratamento de infecções relacionadas aos cateteres vasculares. Disponível em: <<http://www.ccih.med.br.2004>>

FIOCRUZ - O processo histórico do trabalho em saúde / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FREITAS, G.F; OGUISSO, T. Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas, Acta Paul Enferm, 2007 – SciELO Brasil.

FURUKAWA, P.O, CUNHA,I.C.K.O (Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals). Rev. Latino-Am. Enfermgem. 2011; 19(1):106-14.

GRABE, M; BJRKLUND-JOHANSEN, T.E; BOTTO, H; WUTLT B; CEK, M; NABER, K.G; PICKARD, R.S; TENKE, P; WAGENLEHNER, F. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology 2012.

GOULD, C.V; UMSCHIED, C.A; AGARWAL, R.K. I; KUNTZ, G; PEGUES, D.A. Guidelines for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infection 2009 Practices Advisory Committee (HICPAC). I Infect Control Hosp Epidemiol. 2010 april; 31(4): 1-8.

GUIMARÃES, M.M.Q; ROCCO, J.R- Prevalência e prognóstico dos pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica em um hospital universitário. J Bras. Pneumolol. 2006;32(4):339-46.

IBGE. Análise de alguns indicadores da pesquisa de assistência médico-sanitária 2005. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/comentarios.pdf> Acesso em: 27 de agosto de 2007

HICPAC) Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009 • Author(s): Carolyn V. Gould, MD, MSCR; Craig A. Umscheid, MD, MSCE; Rajender K. Agarwal, MD, MPH; Gretchen Kuntz, MSW, MSLIS; David A. Pegues,

MD; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) Source: Infection

Institute for Healthcare Improvement. 5 million lives campaign. getting started kit: prevent ventilator-associated pneumonia how-to guide. Cambridge, MA (US): Institute for Healthcare Improvement; 2010.

JAEGER, W. Paidéia: a formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes; 1995.

JOHN, P; BURKE. Infection Control- A problem for Patient Safety. N Engl J Med 2003 Feb 13; 348:651-656.

KNOLL, B.M; WRIGHT, D; WLLINGSON, L; PARTIRE, R; KUSKOWSKI, M.A; JOHSON, J.R. Reduction of inappropriate urinary catheter use at a Veterans Affairs hospital through a multifaceted quality improvement project. Clin Infect. Dis. 2011 jun; 52 (11): 1283-90.

KOBAYASHI, Dificuldades para acreditação hospitalar em hospital cardiovascular, Rev. Rene, Fortaleza v.1, n4, p. 19-28, out/ dez. 2010

KRESS, J.P, PHHLMAN A, S, O; CONNOR, M.F; HALL, J.B. Daily interruption of Sedative Infusions in Critically Ill Patients Undergoing Mechanical Ventilation. N Engl J Med 2000; 342: 147-1.

LACERDA, R.A. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: Ontem, hoje e perspectivas. Ver. Latino- AM Enfermagem 2002 Janeiro-fevereiro; 10(1):55-63.

LACERDA, R.A. Infecções hospitalares no Brasil. Ações governamentais para o seu controle enquanto expressão de políticas sociais na área da saúde. Tese. São Paulo (SP): Escola de enfermagem/USP, 1995.

LACERDA, R.A; JOUCLAS, V.M.G; EGRY, E.Y. A face iatrogênica do hospital. As demandas para o controle de infecção hospitalar. São Paulo (SP): Atheneu Editora São Paulo; 1996.

LENS, L.L. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. Arquivos Catarinenses de medicina, SC: 1982.

LIMA, J.C.F. Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem (Tese de doutorado), Rio de Janeiro (RJ): UERJ 2010.

LORENTE, L; BLOT, S; RELLO, J. Evidence on measures for the prevention of ventilator-associated pneumonia. Eur Respir j. 2007; 30: 1193-1207.

LORENTE L. Nonpharmacologic Measures to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. *Clinical Pulmonary Medicine* 2008; 15: 63-70.

LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil, instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro (RJ); GRAAL, 1979.

MACHADO, A.S; TEIXEIRA, C; FURIANETTO, L; TONIETTO; ET AL. Profilaxia para Úlcera de Estresse nas Unidades de Terapia Intensiva: Estudo Observacional Multicêntrico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 229 Vol. 18 Nº 3, Julho – Setembro, 2006

MARTINS, L. M. Da Formação Humana em Marx à Crítica da Pedagogia das Competências. In DUARTE, N. **Crítica ao Fetichismo da Individualidade**. São Paulo: Coletivo de Autores, 2004.

MANCIA, R.J; CABRAL, L.C; KOERICH, M.S; A educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev Bras Enferm, Brasília (DF)* 2004 set/out;57(5):605-10

MANZO, B. F.; RIBEIRO, H.C.T.C; BRITO, M. J.M; ALVES, M. As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar. *Ver. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro*, 2011 out/dez; 19(4):571-6.

MANZO, B.F; BRITO, M.J.M; CORRÊA, A.R. implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Rev. Esc. Enferm USP, SP*, 2012; 46(2):388-94

MASRY, A.E; WILLIAMS, P.F; CHIMPMAN, D.W; KRATOHVIL, J.P. and KACMAREK, R.M, The Impact of Closed Endotracheal Suctioning Systems on Mechanical Ventilator Performance. *Respir Care* 2005; 118: 11-18.

MCGLYNN; STEVEN, M.A. Developing a clinical performance measure. *Am J Prev Med* 1998. (156 perguntas e respostas).

Morin E. *La méthode 3: la connaissance de la connaissance*. Paris: Seuil; 1990.

MINAYO, *Pesquisa Social*. Petrópolis, Edição 23, 2004.

Ministério da Saúde (BR). Manual de controle de infecção hospitalar. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1985.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 930 de 27 de agosto de 1992. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1992.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2616 de 12 de maio de 1998. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

Ministério do Trabalho (Br). Norma regulamentadora NR 32 de 2002. Dispõe sobre a saúde do trabalhador de instituições de saúde. Brasília (DF). Secretaria de Comunicação; 2002. Disponível em www.mte.gov.br. Acesso em 29 jul 2004.

Murahovschi D. Curso Talsa Multiplicadores [texto na Internet]. Brasília (DF): Organização Nacional de Acreditação; 2003-2005. [citado 2003 Out 31]. Disponível em: <http://www.ona.org.br>

NAKAMAE, D. D. **Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão**. São Paulo: Cortez, 1987.

NASCIMENTO, I.J. LEITÃO R.E.R. VARGENS O.C.M.C. A qualidade dos serviços de saúde pública segundo enfermeiros que gerenciam Unidades Básicas de Saúde. Rev. Enferm UERJ. 2006;14(3):350-6.

Neto, G.V; MALIK, M.A. Tendências na Assistência Hospitalar. Rev Ciência e Saúde Coletiva, 12(4):825-839, 2007.

NOGUERAS M, MARINSALTA N, ROUSSELL M, NOTARIO R. Importance of hand germ contamination in health-care workers as possible carriers of nosocomial infections. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 2001;43:149-52.

NOVAES, H.M; PAGANINI, J.M. Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e o Caribe. Washington (DC): Federação Brasileira de Hospitais; 1992. (Série Silos, 13).

NOVAE, H.M; PAGANINI, J.M. Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde; 1994 (OPAS/HSS/94.05).

NOVAES, H. M. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1998.

OLIVEIRA A. TEIXEIRA, S.M.F. (Im) previdência social. 60 anos de historia da previdência no Brasil. 2. Ed. Rio de janeiro (RJ): Vozes-Abrasco; 1989.

Organização Nacional de Acreditação. Manual Brasileiro de Acreditação. Brasília (DF); 2010.

Organização Nacional de Acreditação. The National System of Accreditation. [homepage on the Internet]. Brasília (DF): Organização Nacional de Acreditação; c 2003-2005. [citado 2003 Ago 29]. Disponível em: <http://www.ona.org.br/>

Organização Nacional de Acreditação, Brasil DF, 2011. (<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>)

OGUISSO T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. *Nursing (São Paulo)*. 2000;3(20):22-9.

PARREIRA, F.C, PERDIZ, L.B. *Prevenção e Controle de Infecção Relacionada á Assistência á Saúde (Coleção 156 perguntas e respostas)*. São Paulo (SP): Sarvier, 2012.

PASCHOAL AS. *O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal [dissertação]*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.

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 Enferm* 2005 Abr-Jun; 14(2):250-7.

PEREIRA RCC & ZANETTI ML. Complicações decorrentes da terapia intravenosa em pacientes cirúrgicos. *Ver Latinoam Enf* 8: 21-27, 2000.

PELIZZARI, A. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel, Ver. *Rev. PEC, Curitiba*, v.2, n.1, p.37-42, jul. 2001-jul. 2002

Porter, ME, TEISBERG, E.O. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.

Puntis JW, Holden CE, Smallman S, Finkel Y, George RH, Booth IW. Staff training: a key factor in reducing intravascular catheter sepsis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 1991;66(3):335-7.

QUINTO NETO A. BITTAR O.J.N. *hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas*. Porto Alegre: dacasa; 2004. 315 p.

RAMOS, M. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: EPSSJV, UFRJ 2010.

RAMOS, M.N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo (SP), Editora Cortez, 2001.

RAMOS, I.T.B. *Prevenção e controle de infecção: uma contribuição para a formação do enfermeiro*. Dissertação do curso de Pós- graduação da UFSM. RS, 2001.

REIBNTZ, K.S; PRADO.M.L – *Criatividade e Relação Pedagógica: em busca de caminhos para a formação do profissional crítico criativo*. Ver *Bras Enferm*, Brasília (DF) 2003 jul/ago; 56(4): 439-442.

RELLHO, J. ET. AL. A European care bundle for management of ventilator-associated pneumonia. *Journal of Critical Care*. V.26. 2011.

RHAIS (Revista de administração Hospitalar e Inovação em Saúde). Desafios da acreditação em um hospital da rede Fhemig, dezembro de 2011.

RIBEIRO, U; CRUZ, C., - Metodologia Científica: Teoria e Prática, 2º Edição, RJ, 2004.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev. bras. educação médica. vol.33 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2009.

RITA, C, M. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) – séculos XVIII-XX. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

ROBERTS, J.C; COALE, J.G; REDMAN, M.A. A history of the joint commission of accreditation of hospitals. JAMA 1987; 258(7):936-40.

RODRIGUES, E.A.C; RICHTMANN, R. Infecções Relacionadas á Assistência á saúde. São Paulo (SP), Sarvier, 1ª Edição, 2009.

RODRIGUES, E. A. C. Histórico das infecções hospitalares. In: Rodrigues, E. A. C., MENDONÇA J. S., AMARANTE, J. M. B., ALVES FILHO, M. B., GRINBAUM, R. S., RICHTMANN, R. (Org.) **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997, p. 3-27.

ROMERO, T. Aprendizagem significativa e o ensino de ciências. Ciências & Cognição 2008; Vol 13 (1): 94-100 <<http://www.cienciasecognicao.org>.

ROMERO, T. Aprendizagem significativa. São Paulo (SP): 2004

ROONEY, A.L; OSTENBERG, P.R.V. Licenciamento, acreditação e certificação: Abordagem á qualidade de serviços de saúde. Serie de Aperfeiçoamento sobre metodologia da Garantia de Qualidade. Bethesda: Center for Human Services (CHS), USAID. Abril, 1999.

SANTANA, L.M; GANDIN, R.B.R, Manual de normas e rotinas do serviço de controle de infecção hospitalar. Secretaria de estado da Saúde de Santa Catarina. SC- 2007.

SANTOS, J.C.; CEOLIM, M.F. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. Ver Esc Enferm USP 2009; 43(4):810-7. www.ee.usp.br/reeusp/

SATO F.R.L - A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. RAP Rio de Janeiro 41(1):49-62, Jan./Fev. 2007

SCHIESARI LMC. Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.

SILVA. S.G; NASCIMENTO, E. R; SALLES, R.K.- Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 837-44.

SILVA RF. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. Rev Latino-am Enfermagem 2003 janeiro-fevereiro; 11(1):108-14.

SÓRIO, Rita E. da R. Inovações no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão à luz da experiência do PROFAE. In.: BRASIL. Ministério da Saúde.

PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, A.C.S; TIPPLE,A.F.V; BARBOSA, J.M; PEREIRA, M.S.P; BARRETO, R.A. S.S. Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 03, p. 724 - 735 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a12.htm>

SOUZA, C.R; SIMIONI.S. Impacto da aspiração supra-cuff na prevenção da pneumonia associada á ventilação mecânica. Rev Brasileira de Terapia Intensiva. São Paulo – SP. 2012; 24(4):401-406.

SMELTZER, S.C; BARE,B.G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica (BRUNER E SUDDARTH). Rio de Janeiro (RJ): Ed. Guanabara; 2002.

STAMM, A.M.N.F; COUTINHO, M.S.S.A. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. Ver Ass Med Brasil. 1999; 45(1): 27-33.

LETRA T

TABLAN OC, ANDERSON LJ, BESSER R, BRIDGES C, HAJJEH R.Guidelines for preventing health-careassociated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR Recomm Rep. 2004 Mar 26;53(RR-3):1-36.

TEIXEIRA RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ 1997;1(1):7-42.

VASQUEZ, A.S. Filosofia da práxis. 2.ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1977.

VIEIRA, M. A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE. **Formação**, v.3, n.8. Brasília: MS, mai./ago., 2003, p.29-46.

WIKIPEDIA- Ética e Moral - Acessado em 27 de fevereiro de 2014.
<http://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica>

ZANON U, NEVES, J. Infecções hospitalares. Prevenção, diagnóstico e tratamento, Rio de Janeiro (RJ): MEDSI; 1987.

ZEITOUN, S.S.; BARROS, A.L.B.L. de; DICCINI, S.; JULIANO, Y. Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado: estudo prospectivo - dados preliminares. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 46-52, janeiro 2001.

3. Como se previnem as infecções pulmonares em pacientes com ventilação mecânica e em respiração espontânea nas unidades de terapia intensiva?

4. Como se previnem as infecções por trato urinário em unidades de terapia intensiva?

5. Como se previnem as infecções ocasionadas por cateter em corrente sanguínea?

6. Quais as principais dificuldades encontradas com respeito às informações que são repassadas pelos gerentes das unidades? Justifique.
