

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Segurança do Paciente Violação às Normas e Prescrições em Saúde

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública

Nadia Bomfim do Nascimento

Orientadora:
Cláudia Maria de Rezende Travassos CICT-FIOCRUZ

**Rio de Janeiro
2010**

Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

Segurança do Paciente

Violação às Normas e Prescrições em Saúde

Nadia Bomfim do Nascimento

BANCA EXAMINADORA

(nome e assinatura)

(nome e assinatura)

(nome e assinatura)

(nome e assinatura)

Tese defendida e aprovada em: ___/___/_____

A solidariedade encontra seu fundamento na simetria dos interesses, em uma desapaixonada comunidade de interesses com os infortunados, na medida em que todos compartilham uma única preocupação por universalizar a dignidade humana.

Sandra Caponi

À minha mãe Marlene, ao meu pai Darcy pela base sólida e amorosa e aos meus filhos Rafael e Diogo, que a distância geográfica não impede que vivamos em comunhão. Todos são a minha genuína fonte de estímulo ao crescimento, a superação dos obstáculos e a coragem para enfrentar os novos desafios.

Agradecimentos

Aos gestores da área de Qualidade e Segurança dos hospitais pesquisados.

À equipe administrativa da área de Qualidade e Segurança dos hospitais pesquisados.

À equipe de saúde das Unidades de Tratamento Intensivo de Adultos e da Unidade de Tratamento Semi-intensivo do hospital ‘Anchieta’.

À equipe administrativa das Unidades de Tratamento Intensivo de Adultos e da Unidade de Tratamento Semi-intensivo do hospital ‘Anchieta’.

À equipe de saúde do Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico do hospital ‘Anchieta’.

À equipe administrativa do Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico do hospital ‘Anchieta’.

À equipe de saúde do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do hospital ‘Anchieta’.

À equipe de saúde da Unidade de Tratamento Intensivo do hospital ‘Araribóia’.

À equipe administrativa da Unidade de tratamento Intensivo do hospital ‘Araribóia’.

À equipe de saúde do Serviço de controle de Infecção Hospitalar do hospital ‘Araribóia’.

Ao revisor Hugo Villamaior.

À Célia Leitão Ramos pela inestimável e generosa colaboração.

Especial agradecimento à orientadora Cláudia Maria de Rezende Travassos.

SUMÁRIO

ABSTRACT	8
RESUMO.....	9
Introdução.....	11
1. O Erro Médico e a Violação às Normas e Prescrições em Saúde. Uma discussão Teórica na Área de Segurança do Paciente	14
1.1. Errar é humano	14
1.2. O erro como fator inerente a execução da tarefa.....	32
1.3. Discussão dos Aspectos Teóricos.....	40
2. O Contexto Hospitalar e a Higienização de Mãos como Prevenção as Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde	43
2.1. Especificidades: o hospital e processo de trabalho em saúde.....	43
2.2. Segurança do Paciente e Infecção relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) ..50	
2.3. Higienização de Mãos.....	57
2.3.1. Os insumos necessários	58
2.3.2. Os equipamentos necessários	58
2.3.3. As técnicas corretas	60
2.3.4. O momento adequado	63
3. Proposta de trabalho e Metodologia utilizada	68
3.1. Objetivo geral do trabalho	68
3.2. Objetivos específicos do Trabalho	68
3.3. Métodos e Técnicas	69
3.3.1. Mapa de Campo	74
4. Trabalho de campo e suas injunções	77
4.1. A entrada no campo	80
4.2. Definição do papel do pesquisador	89
4.2.1. O pesquisador como visitante	90
4.2.2. O pesquisador como aliado da instituição	92
4.2.3. O pesquisador como amigo	96
4.2.4. O pesquisador como aliado da equipe de saúde	103
4.3. Saída do campo	108
5. Análise dos Fenômenos e de seus entrelaçamentos	112
5.1. Os primeiros fenômenos observados	113

5.2. Os desdobramentos subsequentes	122
5.3. O entrelaçamento dos fenômenos	130
6. Considerações Finais	141
7. Referências Bibliográfica.....	154
8. Anexos:	
(I) O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente	159
(II) Entrevista estruturada/semi-estruturada	182

Abstract

National and international organizations insist on the need to develop mechanisms and strategies *to reduce the unnecessary harm associated with healthcare to a minimum*. In this sense, more and more actions and researches have been accomplished in the last decade. Besides technology and knowledge developed in the meantime, behavioral aspects have to also be taken into consideration in order to meet the complexity and specificity requirements of healthcare.

Hand hygiene procedures and the paradoxes surrounding the healthcare workers compliance to these procedures, here understood as a phenomenon, are the subject of this research. It leads to the understanding of violation behavior – a stage of the error attainment process -, which is partly responsible for the high incidence of preventable and adverse events. Some explanatory models have been used to visualize that phenomenon, which has been studied from different standpoints. In this thesis, qualitative research is grounded on a theory that aims to understand the violation behavior that occurs throughout medical actions that require their compliance to hand hygiene initiatives.

This analysis sustains the importance of the implementation of hand hygiene initiatives and the systematic advancement of such procedures in order to qualify healthcare workers to prevent cross-transmission of microorganisms. The more advanced is the implementation stage of the process, higher is the possibility of detection and understanding of the behavioral dynamic involving low compliance to it. Thus, the development of strategies might diminish the gap between *prescribed work* and *real work*.

Key-words: Patient safety; medical errors; violation; behaviour.

Resumo

Organismos nacionais e internacionais evidenciam a necessidade do desenvolvimento de dispositivos e estratégias para *a redução do dano desnecessário associado ao cuidado em saúde a um mínimo aceitável*. Inúmeras ações e pesquisas vêm sendo realizadas de forma crescente na última década. Além das tecnologias e conhecimentos técnicos produzidos nesse período, aspectos comportamentais passaram a ser levados em consideração em função da complexidade e especificidade envolvidas na assistência à saúde.

Os procedimentos de higienização de mãos e os paradoxos que envolvem a adesão dos profissionais de saúde a esses procedimentos foi o fenômeno utilizado para empreender um estudo que possibilitasse a compreensão do comportamento de violação, etapa do processo de consecução do erro, responsável em parte pela alta incidência de eventos adversos evitáveis. Alguns modelos explicativos foram utilizados para visualizar o fenômeno estudado por prismas diferentes. A pesquisa qualitativa realizada teve como base o desenvolvimento de uma teoria fundamentada que visou à compreensão do comportamento de violação ocorrida nas ações médicas frente às iniciativas de higienização de mãos.

A análise empreendida assevera a importância da implantação das iniciativas de higienização de mãos e do avanço sistemático do processo implementação dessas iniciativas, no sentido de qualificar os profissionais de saúde para agir preventivamente em relação às infecções relacionadas à assistência à saúde. Quanto mais avançado for o estágio de implementação dessas normas e procedimentos maior a possibilidade de

detecção e compreensão da dinâmica comportamental que envolve a baixa adesão e consequentemente a criação de estratégias que possam diminuir a distância entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real*.

Palavras-chave: Segurança do paciente; erros médicos; violação; higienização de mãos; comportamento.

Introdução

Nos últimos vinte anos, as organizações e agências internacionais de saúde têm evidenciado a necessidade de desenvolver dispositivos para a melhoria da segurança do paciente. Ao longo desse período desenvolveram um número significativo de estratégias voltadas para melhorar a qualidade do cuidado à saúde e consequentemente minorar os riscos inerentes a esses cuidados de saúde oferecidos.

A segurança do paciente, uma importante dimensão da qualidade em saúde, se tornou foco de atenção a partir do relatório apresentado pelo Instituto de Medicina há aproximadamente 10 anos – *To Err is Human*¹ –, que apontou a alta frequência de eventos adversos resultante do cuidado hospitalar, ou seja, incidentes que resultavam em dano para o paciente, e que mais da metade dos casos eram ocasionados por erros médicos. Vários fatores foram inicialmente apontados como fomentadores das condições de insegurança do paciente, dentre eles, o silêncio que cerca a questão do erro médico. Apesar dos esforços despendidos até o momento na busca da compreensão e criação de estratégias que contemplem a questão, poucas respostas efetivas foram obtidas e isso se deve, em parte, à complexidade do tema, como também à complexa natureza do cuidado em saúde.

*O cuidado em saúde tem sido caracterizado como resultante de um complexo sistema sócio técnico, no qual papéis e responsabilidades geralmente desafiam definições formais tais como as descrições das atividades do trabalho (p.312)*². Nesse sistema, erros podem ocorrer em função do aspecto exploratório inerente ao permanente processo de aprendizagem associado à execução do trabalho clínico, como nos sugere Cohen e colaboradores². A distinção entre erro e violação tem sido suscitada por alguns autores^{2,3} como um caminho para a compreensão dos

processos envolvidos na ocorrência do erro. A identificação e compreensão dos atos de violação possibilitariam a precoce identificação de situações vulneráveis à ocorrência de erro, já que a violação de normas prescritas é assumida como a etapa inicial de um processo de progressão que culmina na ocorrência de erro médico².

Na área de Segurança do Paciente, as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representam um problema para o qual convergem pesquisas, procedimentos e estratégias, que abrangem desde a criação de insumos e tecnologias de alta complexidade até o treinamento dos recursos humanos e o envolvimento dos pacientes. Duas questões importantes resultam desse esforço. A primeira é o consenso de que a higienização de mãos [Hand Hygiene]⁴ é uma medida simples, de baixo custo e baixa complexidade e, portanto, um dos pilares na prevenção e controle da infecção hospitalar. A segunda é o reconhecimento, apontado por diversos estudos, da baixa adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização de mãos apontada por diversos estudos^{5, 6, 7, 8}. A baixa adesão à higienização de mãos constitui-se numa violação às normas prescritas e nos parece ser um fenômeno e condição exemplar a ser investigado com vistas à prevenção de erro.

Os estudos sobre a baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos apontam vários fatores que afetam a execução do procedimento preconizado e conseqüentemente a aderência: produtos abrasivos e/ou inadequados que causam irritação na pele; ausência de material para realização da higienização próxima aos locais de atendimento dos pacientes; a falta de tempo para a realização do procedimento devido ao excesso de carga de trabalho; a equipe reduzida entre outros^{6, 8, 9, 10}. Foram também identificados como preditores de baixa aderência aos procedimentos de higienização de mãos: a categoria profissional, o local do hospital, o horário do dia ou semana, o tipo e a intensidade do cuidado dispensado ao paciente^{5, 6, 7, 8}. Os médicos

foram apontados como os profissionais de saúde que apresentaram a menor adesão à higienização de mãos dentre àqueles que executam suas atividades no ambiente hospitalar. Moret e colaboradores⁵ destacam que esse comportamento tende a influenciar os demais componentes da equipe, tendo em vista o papel modelar que o médico ocupa dentre os profissionais de saúde. A baixa adesão do médico e seu papel dentro da equipe de trabalho ratificam a necessidade de investigação sobre a questão da baixa adesão à higienização como fator de prevenção a ocorrência das IRAS e de forma mais ampla possibilita a tentativa de compreensão sobre o processo que envolve a dinâmica do comportamento relativo à violação as normas e procedimentos preconizados, que pode ocorrer tanto nos procedimentos mais simples, como na higienização de mãos, até os que demandam maior tecnologia e complexidade.

1. O Erro Médico e a Violação às Normas e Prescrições em Saúde. Uma discussão Teórica na Área de Segurança do Paciente.

Algumas teorias sobre o erro foram propostas na tentativa de compreender e lidar com o fenômeno. James Reason através da psicologia cognitiva buscou a compreensão do comportamento humano na ocorrência do erro e seus achados vêm sendo utilizados em diversas áreas onde ao processo de trabalho humano se realiza. Runciman e colaboradores tomam como base a teoria proposta por Reason para entender como esse processo ocorre na área de saúde tendo em vista a especificidade e complexidade a que está sujeita. Christophe Dejours volta sua atenção para a dimensão humana do trabalho e o microcosmo onde ela se dá. Parte do princípio de que o trabalho, na sua execução cotidiana, está intrinsecamente ligado ao fracasso e que é necessário criar condições sociais e psicoafetivas favoráveis para que o indivíduo possa enfrentar e sobrepor às situações imprevistas. Com o intuito de alcançarmos maior compreensão sobre o tema e com a perspectiva de intervenção na realidade laboral, a seguir exporemos de forma sucinta o trabalho dos autores acima mencionados, seguida de breve discussão.

1.1. Errar é humano.

Os conceitos *fator humano* e posteriormente *erro humano* foram amplamente utilizados pelo psicólogo cognitivo James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester e membro da Sociedade Britânica de Psicologia, nos estudos por ele desenvolvidos na busca do entendimento dos mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro. Estes estudos e subseqüentes publicações, inicialmente foram direcionados à área da aviação, posteriormente às indústrias de grande porte e mais recentemente à área de saúde. A Segurança do

Paciente, definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS como a ausência de dano potencial ou desnecessário para o paciente associado aos cuidados em saúde, e a capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho é o foco central desses estudos que têm como objetivo a criação de instrumentos para manejo do ato inseguro. Tornar-se resiliente, objetivo dos sistemas e organizações de alta complexidade, tal qual o sistema de saúde é, portanto, torná-lo tão robusto e praticável em face de situações que envolvem riscos humanos e operacionais, e conseqüentemente a ocorrência de erro¹¹. Conter os efeitos danosos emergentes dessa ocorrência e mesmo assim atingir os objetivos propostos encerra em si um trabalho com múltiplos objetivos, já que levam em conta as ações do indivíduo, da equipe, o local de trabalho e a empresa como um todo.

A teoria sobre o erro humano, produto da extensa pesquisa realizada sobre o tema, foi apresentada em livro editado no ano 1990 – Human Error. Nele, James Reason, tem como proposta apresentar uma teoria que se volte para uma análise mais profunda da questão, ultrapassando a mera descrição de princípios gerais sobre a ocorrência e tipos de erros. Reason tem como público alvo não só os psicólogos cognitivos, mas também os engenheiros, profissionais na área de segurança e estudantes. Objetiva a transmissão e o fomento da discussão no nível teórico, como também a aplicação prática de seus achados. A discussão teórica busca o avanço do conhecimento a respeito dos processos em que o erro humano se engendra e a aplicação prática tem o propósito de eliminar ou conter os efeitos adversos decorrentes desse erro.

Reason introduz o tema com uma discussão sobre a natureza do erro. Nesta discussão aponta que as noções de intenção e erro são inseparáveis, ou seja, o termo erro só pode ser aplicado às ações intencionais, já que os tipos de erro dependem de

duas espécies de falhas: (i) *falhas na execução*, ou seja, as falhas nas ações que caminham de acordo com a intenção pretendida – deslizes e lapsos [slips and lapses] e (ii) *falhas no planejamento*, ou seja, as falhas das ações intencionais para alcançar os resultados desejados – enganos [mistakes]. Para a discriminação e categorização do erro numa ação realizada, Reason utiliza o método indutivo de inquirição através das três questões seguintes: 1) Existiu uma prévia intenção para agir? 2) As ações procederam de acordo com o plano? 3) As ações alcançaram o fim desejado? As duas últimas questões, segundo o autor, possibilitam a construção de uma taxonomia do erro psicologicamente significativa.

Reason propõe uma *definição operacional* [working definition] sobre erro, em função de sua utilidade na composição das características psicológicas essenciais do fenômeno. *O erro será tido como um termo geral que abrange todas aquelas ocasiões em que uma seqüência traçada de atividades mentais ou físicas falha em alcançar o resultado esperado e quando estas falhas não podem ser atribuídas à intervenção do acaso* (p.9)¹¹. A distinção entre as ações que não ocorrem conforme planejadas e aquelas devidas à inadequação do plano dentro da mesma seqüência de execução de uma determinada ação ou comportamento, como vimos acima, apontam para duas subseqüentes definições operacionais, a saber: (i) *deslize* [slip] (e) *lapso* [lapse], que são ambos [operacionalmente] definidos como *erros que resultam de alguma falha na execução e/ou no estágio de armazenagem de uma seqüência de ação, independentemente se o plano que os guia é ou não adequado para alcançar o objetivo* (p.9)¹¹. O *deslize* está mais diretamente relacionado a ações observáveis que se realizam fora do plano prescrito. Já o *lapso* é geralmente relacionado a formas de erros mais encobertas e que não se manifestam necessariamente sobre a forma de comportamento, como por exemplo, falha de memória; (ii) *engano* [mistake], que é tida como

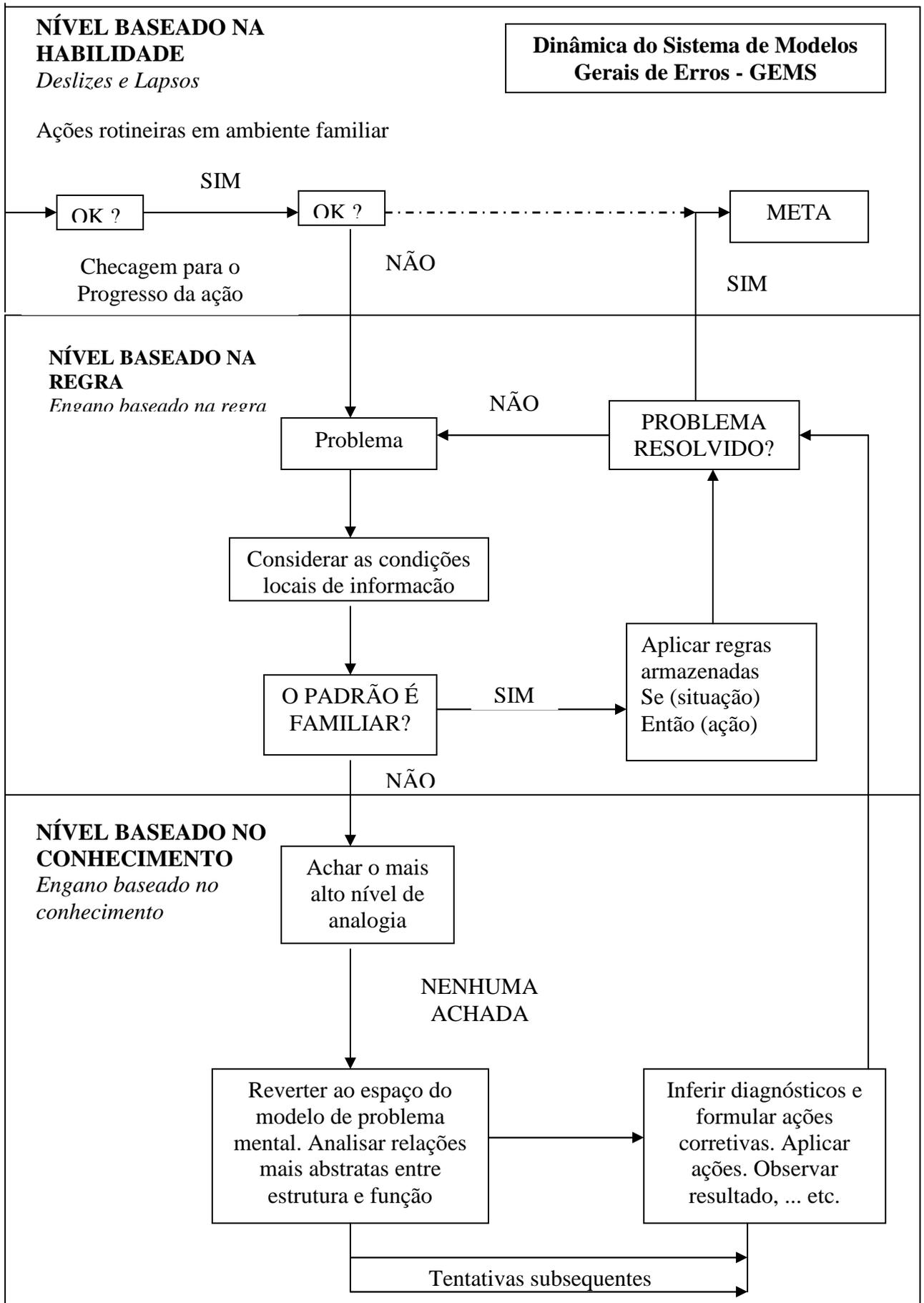
deficiência ou falha no processo de julgamento ou inferência envolvido na seleção de um objetivo ou na especificação dos meios para alcançá-lo, independente das ações dirigidas ao esquema de decisão ocorrer ou não de acordo com o planejado (p.9)¹¹.

Esta última definição é mais sutil e complexa, portanto com maior dificuldade de detecção. A distinção entre as definições operacionais *deslize* [slip] (e) *lapso* [lapse] – falha na execução, e *engano* [mistake] – falha no planejamento, fazem parte da classificação de erro no desempenho humano estruturada por J. Rasmussen¹². Essa classificação foi utilizada por Reason como base para seu sistema classificatório, que segundo o mesmo não era suficiente para apreender todos os tipos básicos de erros.

As definições operacionais acima assinaladas são as bases, utilizadas por Reason, para a identificação e o delineamento das diversas categorias do erro: classificação, tipos e formas. Desempenho correto e erro sistemático são os dois lados ou manifestações do mesmo *balancete cognitivo* [Cognitive Sheet], é o que assinala o autor. Os erros não são tão abundantes e variáveis como pode sugerir uma avaliação menos apurada. Eles também tendem a ter número limitado de formas quando confrontados com suas possíveis variações. Os erros apresentam uma roupagem similar ao longo de um amplo espectro de atividades mentais. Portanto, é possível identificar formas comparáveis de erros nas atividades da ação, fala, percepção, recordação, reconhecimento, julgamento, solução de problemas, decisão, formação de conceitos e similares.

Os mecanismos básicos e os processos que geram recorrentes formas de uma variada gama ou tipos de erros são descritos por Reason sob a forma do *sistema de modelos gerais de erros*/SMGE [Generic error-modelling system/GEMS], que têm como objetivo precípua delimitar as origens dos tipos básicos de erro humano, apresentar um modelo integrado e dinâmico dos mecanismos operativos do erro, e

especificamente procurar integrar as duas áreas aparentemente distintas de erros: (i) *deslizes e lapsos* [slips and lapses]; e (ii) *enganos* [mistakes]. Esse modelo permite a identificação e a descrição de três tipos/mecanismos básicos de erros: 1) *deslize e lapso com base na habilidade* [skill-based slips and lapses]; 2) *engano com base nas regras* [ruled-based mistake]; 3) *engano com base no conhecimento* [knowledge-based mistake]. E mostra também como a detecção da existência de um problema na execução de uma determinada tarefa pode ser apontada como um referencial na consecução do erro, tendo em vista que os *deslizes e lapsos com base na habilidade* precedem a detecção do problema e são geralmente categorizados como falhas de monitoramento. Os *enganos baseados na norma ou no conhecimento* se enquadram como falhas que ocorrem imediatamente após a detecção do problema e são considerados como falhas gerais na resolução de problemas.



Fonte: Reason J. *Human Error*; 2003. p. 64.

O *deslize e lapso com base na habilidade*, como vistos anteriormente, são geralmente atribuídos a falhas no monitoramento de uma ação rotineira ou contínua devido à desatenção ou a excessiva concentração, onde é feita uma checagem atenta em um ponto inapropriado de automatizada seqüência de ações. Tanto uma quanto outra podem ser denominadas como *falha no modo de controle*, pois os erros ocorrem em função de estarem num modo de controle errado em referência as demandas da tarefa. Este nível – *nível baseado na habilidade* – está relacionado ao desempenho de atividades altamente rotineiras em ambientes familiares.

O *engano com base nas normas* e o *engano com base no conhecimento* estão associados à resolução de problemas, tendo em vista que um problema, segundo definição do autor, é uma situação que requer uma revisão de uma ação corrente programada que tem por base normas e conhecimentos relativos à sua execução. Somente quando há falha no modelo semi-automático relacionados aos procedimentos de combinação de padrões e de aplicação de regras para a resolução de problemas, ou seja, falha na execução de ações ou atividades rotineiras, é que uma forma mais laboriosa de realizar inferências, a partir do modelo mental de resolução de problemas baseado no conhecimento, é ativado.

O *nível baseado nas regras*, onde os *enganos baseados nas regras* ocorrem, é demandado quando se detecta um desvio, a partir da checagem de atenção, em relação ao que foi planejado para a consecução de uma determinada atividade. Quando os desvios são menores e as regras apropriadas para a resolução dos problemas são encontradas e aplicadas, há o retorno ao *nível baseado em habilidade*. Quando os desvios e/ou problemas são maiores o ciclo que ocorre dentro deste nível deve ser repetido várias vezes.

Um aspecto central deste modelo, no que diz respeito às normas, é que elas são estabelecidas segundo *hierarquias de falha* [default hierarquies] em relação ao seu conteúdo, sendo que as normas que possuem representações mais gerais dos objetos ou eventos se situam nos níveis mais altos da hierarquia, as mais específicas e que contemplam as exceções situam-se em níveis hierárquicos mais baixos. A adição de normas cada vez mais específicas aumenta a complexidade e adaptabilidade do modelo como um todo e a possibilidade do surgimento de erro na sua aplicação. O *engano com base nas normas* se relaciona então, a duas outras categorias: a *má aplicação de boas normas* [misapplication of good rules] e a *aplicação de más normas* [application of bad rules]. No caso da má aplicação de boas normas, tendo como definição de boa norma *ser aquela com comprovada utilidade em uma particular situação* (p.75)¹¹, observa-se que essas normas embora perfeitamente adequadas a certas circunstâncias, elas podem ser aplicadas de forma inadequada em situações que possuem características comuns, mas que também possuam elementos ou circunstâncias que demandam outro tipo de ação. Em função desta condição, o autor aponta que vários fatores concorrem na aplicação errada das normas de nível mais geral ou de normas ‘forte-mas-errada’ [strong-but-wrong], ou seja, onde a ação errada é mais uma conservação de práticas passadas do que a demanda da circunstância corrente e a força é determinada pela relativa frequência de execução bem sucedida de referida ação. Reason aponta que *os seres humanos têm uma forte tendência de buscar e achar soluções previamente estabelecidas no nível baseado nas normas antes de recorrer a uma ação de maior esforço no nível baseado no conhecimento, mesmo onde esta última é demandada a princípio* (p.65)¹¹.

A *aplicação de más normas* pode emergir, de uma forma geral, da deficiência na decodificação do problema, onde numa particular situação não se

consegue decodificá-la de forma alguma ou quando há deturpação dos componentes da norma. Ela pode também emergir da deficiência das ações utilizadas a partir de referida norma usada como parâmetro, ocasionando respostas inadequadas e/ou ineficientes em relação ao resultado esperado ou em conformidade com norma utilizada.

Quando todo o repertório de normas utilizadas na resolução de um determinado problema não traz solução adequada para enfrentá-lo, inicia-se, então, o processo de formulação e experimentação de várias possibilidades remediadoras no *nível baseado no conhecimento* do SMGE. Reason menciona que a passagem do *nível baseado nas normas* para o *nível baseado no conhecimento* possui fatores determinantes menos distintos e que os fatores emocionais provavelmente desempenham um aspecto importante. Recorrer a um esquema de funcionamento que exige maior esforço poderá depender da combinação entre incerteza (subjéctiva) e preocupação ocasionada pelo reconhecimento de que sucessivas tentativas de soluções baseadas na utilização das normas não foram bem sucedidas. Por outro lado, paralelamente ao esforço de formulação de possibilidades remediadoras, há a tendência de continuar buscando, mesmo que inconscientemente, por ações análogas previamente armazenadas que possam trazer soluções ao problema, numa tentativa de retornar ao *nível baseado nas normas*. A circulação entre esses dois níveis pode ocorrer repetidas vezes enquanto várias similaridades são exploradas.

O *engano com base no conhecimento* tem raízes em dois aspectos da cognição humana: (i) na racionalidade limitada [bounded rationality], ou seja, processo de raciocínio consciente lento, seqüencial, laborioso e de recursos limitados frente a resolução dos problemas que são apresentados; (ii) no fato de que o conhecimento relevante para a solução dos problemas é geralmente incompleto e impreciso, isto é, insuficiente disposição para localizar um único fator que aglutine o conhecimento e a

incompletude do conhecimento. Para lidar com esse tipo de *engano*, se faz necessário primeiramente reconhecer com que tipo de configuração de problema nos deparamos, ou seja, qual o *montante de pistas, indicadores, sinais, sintomas e condições profissionais que estão imediatamente disponíveis para quem avalia o problema e sobre os quais trabalha para alcançar uma solução* (p.87)¹¹. Reason aponta três tipos de configurações de problemas: (i) *Configurações estáticas* [Static Configurations], nas quais as características do problema permanecem fixas independentemente das ações daqueles que se debruçam para resolvê-las, como por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal no que diz respeito ao montante de gastos possíveis; (ii) *Configurações dinâmica reativa* [Reactive-dynamic Configurations], onde as configurações do problema mudam como consequência direta das ações daqueles que intervêm; o que pode ser observado na forma de enfrentamento de problemas cotidianos pelo gestor hospitalar que varia segundo estilo pessoal, formação acadêmica e orientação política; (iii) *Configurações dinâmicas – múltiplas* [Multiple-dynamic Configurations], neste caso as configurações do problema podem mudar tanto em função das ações empreendidas por aqueles que buscam resolve-la, quanto paralelamente, a fatores situacionais ou do sistema que acontecem espontaneamente. Reason chama atenção para uma importante distinção neste tipo de configuração, pois ela pode ocorrer de tal modo que as variações do problema podem se originar de fontes limitadas e conhecidas como no caso de um gestor de instituição hospitalar pública cuja orientação política entra em conflito com a orientação político-administrativa do secretário de saúde de seu município. Mas também pode ser de natureza mais complexa ao se originar de fontes muito diversas, onde algumas delas são pouco conhecidas ou não são passíveis de serem controlada, como ocorre com a premência de reestruturação

do sistema de navegação aéreo brasileiro após o acidente entre o avião de companhia comercial aérea e a aeronave de pequeno porte.

O reconhecimento destas diferenças requer estratégias diferenciadas e, paralelamente, trazem a tona diferentes formas de *patologias de solução de problemas*, ou seja, erros de raciocínio na solução dos problemas, que em última instância geram *enganos com base no conhecimento*. Seleção inapropriada de informação em função da tarefa, confiança excessiva na avaliação da correção ou precisão do próprio conhecimento, simplificação na relação de causa e efeito na análise do problema ocasionando subestimação de irregularidades futuras, dentre outras, são algumas dessas *patologias*.

O sistema cognitivo como um todo tende, por ocasião da existência de conflitos entre ações, atividades ou estruturas de conhecimento *inespecíficas* (ou ainda não reconhecida dentro do sistema), selecionar apropriadamente conforme o contexto, em favor das respostas que se apresentam em maior frequência. A *inespecificidade cognitiva* [cognitive underspecification], conceito introduzido pelo autor em função deste fenômeno, e que diz respeito às operações cognitivas cujas características não são descritas ou delineadas de forma rigorosa, minuciosa e precisa, dá origem a diversos tipos de erros.

Os erros provenientes da *inespecificidade cognitiva* se conformam primariamente a partir de dois fatores: o de similaridade e o de frequência. Há um processo de correção automática, onde estruturas de conhecimentos são acionadas e o produto desta ação é levado para a consciência através de pensamentos, imagens, palavras, e aí então para o ambiente do indivíduo através das ações, falas ou gestos. Neste automatismo há dois processos envolvidos, o de *combinação por similaridade* [similarity matching] e o do *jogo de frequência* [frequency-gambling]. O primeiro

processo se dá quando atributos particulares do conhecimento são combinados, à medida que são acionados, tomando por base a similaridade. No segundo processo a alta frequência é a resposta ao conflito das escolhas para combinação das estruturas de conhecimento. Ambos, mas marcadamente o último, são processos que se tornam proeminentes à medida que as operações cognitivas se apresentam insuficientemente especificadas. A *inespecificidade cognitiva*, em última instância, tem suas origens na insuficiente disposição em localizar um único fator que congregue o conhecimento e a incompletude do conhecimento e permeia, de uma forma ou de outra, todas as ações que estejam relacionadas à solução de problemas dentro do sistema cognitivo..

Runciman e colaboradores¹³ destacam a complexidade e especificidade do sistema de saúde. A especificidade reside no fato dos profissionais de saúde lidar invariavelmente com grande diversidade de tarefas e meios para executá-las; em ter como clientela pessoas vulneráveis o que aumenta os riscos da ocorrência de danos devido a atos inseguros e, por último, a condição de que a maioria das ações executadas em áreas críticas de segurança é realizada por mãos humanas, o que gera diminuição na padronização das atividades e incertezas. Para Runciman e colaboradores *é vital distinguir-se os erros, cuja origem está na evolução humana e sua prevenção na capacidade do sistema de evitar sua ocorrência; e violações, cuja origem está no comportamento e na cultura e cuja prevenção está na mudança do comportamento e na apreensão do desenho do sistema* (p.111)¹³.

Runciman ao focar os cuidados de saúde propõe uma extensão do *sistema de modelos gerais de erros/ SMGE* descrito por Reason, com o objetivo de ampliar operacionalmente a capacidade de planejamento e execução de estratégias corretivas para lidar com o erro. O sistema de classificação de erro proposto por Runciman e colaboradores amplia e sistematiza os três tipos básicos de erros descritos por Reason –

erros baseados no conhecimento, baseado nas normas e baseado na habilidade (deslizes e lapsos) –, no qual o mesmo tipo de erro pode provir de bases cognitivas diferentes. Os tipos de erros propostos são: (i) erros de informação [Errors in information]; (ii) erros na aquisição de conhecimento [Errors in acquisition of Knowledge]; (iii) erros de percepção [Errors in perception]; (iv) erros de combinação [Errors in matching]; (v) erros no armazenamento do conhecimento como esquema [Errors in knowledge stores as schemata]; (vi) erros no armazenamento do conhecimento como norma [Errors in knowledge stores as rules]; (vii) erros baseados na habilidade – descuido e lapso [Skill based errors – slips and lapses]; (viii) Erros na escolha de regras [Errors in choice of rules]; (ix) Erros técnicos [Technical errors]; (x) Erros deliberados [Deliberative errors]. Os conceitos de erro e violação e suas respectivas aplicações possuem definições distintas dentro dos sistemas classificatórios propostos por Reason e Runciman.

Para Runciman e colaboradores, *violações* diferem de *erros* pelo fato dos primeiros envolverem um elemento de escolha e geralmente implicarem em ações que fogem ao prescrito nas normas, ações estas que reconhecidamente incorrem em risco. Também ressalta que a *violação* não se aplica a situações onde haja intenção de dano. Reason, por sua vez, apresenta duas diferentes definições que podem ser conjugadas. A primeira delas diz que *violação é um desvio deliberado, mas não necessariamente repreensível, de procedimentos operacionais seguros, padrões ou normas (p.122)¹³*. A segunda definição, com a qual Runciman se contrapõe de forma mais clara, afirma que *o limite entre erro e violação não é tão rigoroso e palpável, nem em termos conceituais nem dentro da seqüência de ocorrência de um acidente em particular (p.122)¹³*. Runciman e colaboradores ao fazerem distinção entre *violação* e *erro* propõem uma classificação específica para as violações, da qual destacamos o tipo *violação de*

rotinas. Esse tipo de *violação*, segundo o autor, ocorre na execução das atividades diárias na maioria dos ambientes de trabalho com o objetivo de “aparar as arestas” para se levar a cabo uma determinada tarefa proposta. A baixa adesão à higienização de mãos por parte dos profissionais de saúde – falha na lavagem de mãos entre o contato sucessivo com os pacientes, entre outros – é trazido como um exemplo paradigmático, e que não tem sua incidência reduzida apesar das evidências apontarem que a utilização deste procedimento reduz significativamente o risco de infecção hospitalar¹³. Runciman argumenta em favor da distinção entre esses dois tipos de comportamento – *violação* e *erro* –, que a ocorrência diária da *violação*, também a diferencia do *erro*, já que tanto para ele quanto para James Reason, esse último só ocorre excepcionalmente. Acrescenta que, *a existência de escolha em violações rotineiras pode existir apenas nas primeiras vezes em que a violação é cometida. Apesar disso é geralmente possível mudar o comportamento com relação à violação através de uma decisão de parar de violar. No caso do erro, a decisão por si só não é capaz de prevenir a sua recorrência* (p.122)¹³. Quais seriam os fatores, associados ao ambiente, de um lado, e aos indivíduos envolvidos na execução da tarefa, de outro, que fomentariam a escolha inicial que levaria ao afastamento da execução das tarefas conforme a prescrição das normas? E conseqüentemente, o que as manteria nesta direção?

James Reason, como já foi assinalado anteriormente, tem uma genuína preocupação com a aplicação prática da teoria e conceitos por ele formulados no que diz respeito à detecção e à correção do erro. Apesar da insuficiente compreensão a respeito destes mecanismos, o autor sustenta que há um vasto campo para argumentação e aprofundamento sobre o tema e aponta algumas hipóteses: (i) o processo da atenção [attentional process] envolvido no monitoramento da execução de um plano de ação é razoavelmente bem sucedido na detecção de desvios não intencionais, mas quando a

construção deste plano é de um nível mais elaborado há uma relativa insensibilidade ao real ou potencial extravio de algumas etapas adequadas em direção ao objetivo desejado; (ii) a relativa eficiência dos mecanismos de detecção de erro depende decisivamente da mediação e adequação da retroalimentação de informação e a qualidade desta última sofre crescente degradação a medida que o plano de ação alcança níveis mais elaborados de controle.

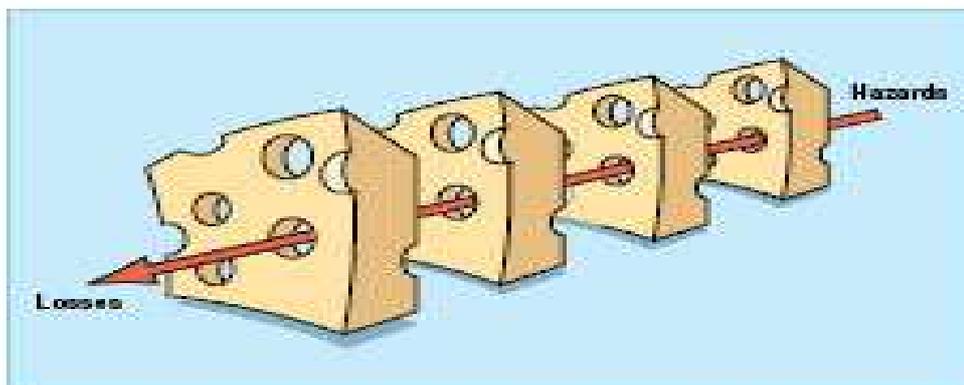
Reason¹⁴propõe duas formas de abordar o erro – a *abordagem do sujeito* [Person Approach] e *abordagem do sistema* [System Approach]. A primeira se detém nos atos inseguros dos indivíduos que trabalham na ponta, isto é, nos erros e violação de procedimentos adotados por pilotos de avião, controladores de vôo, médicos, enfermeiras, cirurgiões, e similares a partir de um processo mental fora do padrão tais como: esquecimento, desatenção, descuidado, motivação pobre, negligencia e imprudência. A abordagem do sistema tem como premissa básica a falibilidade dos seres humanos e, portanto, erros são esperados mesmo nas organizações de excelência. Essa abordagem não enfatiza à perversidade humana e nem a culpabilização e a responsabilização do indivíduo como única causa do erro. Aspectos morais também são colocados em segundo plano. Nesse caso, assume-se a premissa de que não se pode mudar a natureza humana, mas que é possível mudar as condições em que os indivíduos trabalham. Os sistemas de defesa são o eixo desta abordagem. Na ocorrência do erro, a questão importante é identificar-se como e porque as defesas falharam.

Os conceitos de *erro ativo* [active error] e *erro latente* [latent error]^{11, 14}são utilizados pelo autor para justificar a forma de manejo de erro por ele defendida, a *abordagem do sistema* [System Approach]. Os *erros ativos* são atos inseguros cometidos por uma pessoa que está em direto contato com o sistema e pode assumir variadas formas – *deslize e lapso com base na habilidade, enganos com base nas*

normas, enganos com base no conhecimento ou violações. O erro latente é um ato ou ação evitável existente dentro do sistema e surge a partir de decisões feitas por analistas, gerentes e pelo alto nível gerencial.

James Reason¹⁴ propõe o “Modelo do Queijo Suíço no Sistema de acidentes”, que se adequa especialmente aos sistemas de alta tecnologia por eles terem várias camadas defensivas: algumas são construídas como alarmes, umas são focadas nos indivíduos que trabalham nas ações finalistas ou de ponta (cirurgiões, pilotos e etc.) e outras dependem de procedimentos e dos controles administrativos. Suas funções são proteger potenciais vítimas e situações do risco casual. Na prática as barreiras defensivas são como fatias de queijo suíço, com muitos furos. Somente quando os furos, nas várias camadas defensivas, estão momentaneamente dispostos em uma mesma linha permite-se que a trajetória do acidente venha a ocorrer.

Modelo do Queijo Suíço



The Swiss cheese model of how defences, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory

Fonte: British Medical Journal, 2000; 320; 768-770.

Os “furos” nas camadas de defesa acontecem em função de erros ativos e de erros latentes. A distinção entre erros ativos e latentes permite a distinção da

contribuição humana na ocorrência dos acidentes. *Os erros latentes são “patógenos residentes”* [resident pathogens] *inevitáveis dentro do sistema* (p.769)¹⁴ e são gerados por decisões tomadas pelos responsáveis pelo desenho de seu funcionamento e que possibilita a ocorrência de dois tipos de efeitos adversos: (i) efeitos que podem provocar *condições*²⁶ que se traduzem em erro no ambiente de trabalho (equipamento inadequado, fadiga, inexperiência) e (ii) que podem criar fragilidades e lacunas no sistema que se mantém por longos períodos (alarmes e indicadores que não são fidedignos, desenho e construção de processos de trabalho deficientes e etc.). Condições latentes podem permanecer imperceptíveis por anos a fio até que se combine com um erro ativo no sistema de modo a criar uma oportunidade de acidente. Nesse caso são acidentes de grande monta, tais como: acidentes aéreos, vazamentos em usinas nucleares, etc. Diferentemente do erro ativo, os erros ou condições latentes podem ser remediados e/ou identificados antes que o acidente ocorra. Ao advogar pela *abordagem do sistema* como forma de prevenir o erro, o autor propõe ações pautadas em distintos objetos: no indivíduo, na equipe, na tarefa, no local de trabalho e na instituição como um todo. A criação e manutenção de um sistema resiliente é o principal objetivo.

A análise do processo de ocorrência do erro dentro do sistema cognitivo como também a análise da ocorrência de acidentes nos mais diversos ambientes de trabalho contribui de forma significativa para a prevenção e o desenho de medidas voltadas para a melhoria da segurança com a conseqüente diminuição dos riscos. O conhecimento desta matéria é de vital importância para a área da saúde no que diz respeito à formulação de novas estratégias para aperfeiçoamento das várias camadas defensivas do complexo processo de cuidado do paciente dentro do sistema hospitalar. Entretanto, nos parece que as barreiras ou camadas defensivas, mecanismos essenciais introduzidos pelo modelo epidemiológico¹⁵ apresentado por Reason, com as

esclarecedoras contribuições trazidas por Runciman e colaboradores no que diz respeito à questão da violação das diretrizes clínicas de higienização de mãos, nos parece não trazer respostas a outro tipo de questão mais direcionada às múltiplas correlações existentes entre o ambiente onde o trabalho se realiza, a tarefa a ser executada e seus executores.

Retomamos nesse momento a contribuição trazida por Cohen e outros autores, citada anteriormente, relativa à importância da distinção entre erro e violação como um caminho para a compreensão dos processos envolvidos na ocorrência do erro. A identificação e compreensão dos atos de violação tomam então, um papel central nesse contexto, e transforma-se no alvo da investigação em função de ser assumida como a etapa inicial de um processo de progressão que culmina na ocorrência de erro médico e possibilitar identificação precoce de situações vulneráveis.

O modelo explicativo de ocorrência do erro trazido pelos autores acima mencionados trabalha na lógica de decomposição das atividades laborais executadas para melhor compreensão das mesmas e propõe como forma de prevenção da ocorrência de erro o enfraquecimento das barreiras ou “patógenos residentes” inerentes ao sistema através da criação de camadas defensivas complexas, mas lineares. Na tentativa de responder à pergunta anteriormente formulada, relativa aos fatores que estariam envolvidos na escolha inicial que levaria ao afastamento da execução da tarefa conforme a prescrição das normas, sua dinâmica de ocorrência e manutenção da escolha introduziremos as contribuições teóricas aportadas por Christophe Dejours que propõe um modelo sistêmico¹⁵ de compreensão das ações e tarefas executadas pelo indivíduo para a consecução das atividades profissionais dentro do contexto laboral e que levam em conta essas múltiplas inserções envolvidas e cuja compreensão se dá no microcosmo onde trabalho é realizado.

1.2. O erro como fator inerente a execução da tarefa.

Christophe Dejours¹⁶, diretor do Laboratório de Psicologia do Trabalho do Conservatório Nacional de Artes e Ofícios de Paris, analisa como a rapidez e a complexidade das transformações contemporâneas do trabalho tornou ultrapassado o conhecimento científico armazenado e compartimentado em diferentes disciplinas. A complexificação das organizações de trabalho, por uma questão de ordem prática, passa a precisar de pessoas permanentemente motivadas e preparadas para enfrentar e superar imprevistos. Para tal, é necessário garantir que haja condições sociais e psicoafetivas favoráveis à mobilização das inteligências que irão se defrontar com situações imprevistas.

Também ergonomista, Dejours utilizou os achados dos estudos em ergonomia realizados na França a partir da segunda metade do século XX, que possibilitaram a construção de um dos conceitos centrais em sua teoria: o *trabalho real*. Esse que contrasta e se opõe ao *trabalho prescrito*, é *aquilo que no mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico* (p.40)¹⁶, ou seja, o trabalho real é tudo aquilo que na realização da tarefa não pode ser obtido pela observação rigorosa das leis, normas e regras técnicas existentes para execução da mesma, isto é, o *trabalho prescrito*. O *trabalho real* incide sobre a dimensão humana, no que diz respeito ao que deve ser rearranjado, imaginado, inventado, acrescentado pelos envolvidos em levar em conta e dar conta do real do trabalho. O *real* (do trabalho), para Dejours, está intrinsecamente ligado ao fracasso, visto que a organização do trabalho apresenta inúmeras contradições e não é completamente absorvida por aqueles que a executam. A execução de tarefas torna-se então um enigma a decifrar, já que o *prescrito* (do trabalho) nunca é suficiente. O *real* é a parte da realidade que resiste

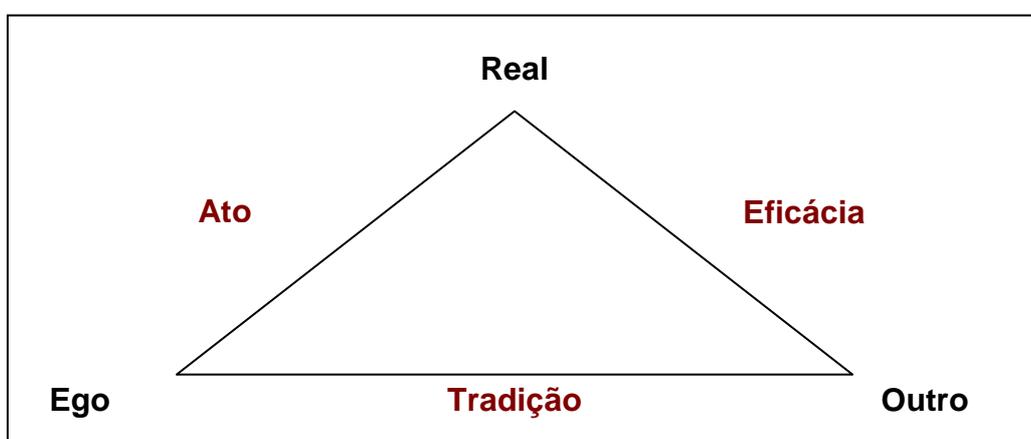
a simbolização e não remete exclusivamente à materialidade físico-química-biológica no mundo.

A *técnica* passa a ser um ato que incide sobre o *real*, e que têm em sua origem os traços da cultura onde ela é desenvolvida e é sancionada a partir do julgamento daqueles envolvidos – o *outro*; mas que ao mesmo tempo produz cultura dando resposta às exigências da uma sociedade historicamente datada. O *trabalho* é uma atividade julgada e reconhecida pelo *outro*, não somente por sua eficácia técnica, mas por sua utilidade social e econômica. Para Dejours, é no trabalho (real) que *os limites do saber, do conhecimento e da concepção, (...) se chocam com os atos técnicos e as atividades de trabalho* (p.43)¹⁶. E mais ainda: *Todo trabalho é sempre trabalho de concepção. A definição de trabalho corrente insiste na dimensão humana do trabalho. O trabalho é, por definição, humano, uma vez que é mobilizado justamente ali onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente* (p.65)¹⁷. As interações entre o sujeito – o *ego* –, e o *outro* estão submetidas a uma exigência suplementar, a coordenação das atividades no trabalho.

O *triângulo tecnológico do trabalho* cujos vértices são o *real*, o *ego* e o *outro*, criado por Dejours, nos fala das interações entre o sujeito que trabalha e àqueles que compartilham do mesmo contexto laboral – o *ego* e o *outro*. Essas interações estão submetidas às exigências da coordenação das atividades, que por sua vez se remetem à tradição. A tradição nesse contexto constitui-se em uma condição sobre a possibilidade de coordenação, não estando assegurada unicamente pelo cognitivo-instrumental, mas supõe também relações e interações no registro da compreensão e do sentido, bem como relações sociais de trabalho. O triângulo tecnológico, portanto, é atravessado pelo *ato* na relação entre o *ego* e o *real*, pela *tradição* na relação entre o *ego* e o *outro* e pela *eficácia* na relação o *real* e o *outro*. O ato, seja qual for o instrumento de que faz uso, se

propõe a uma mudança no mundo real. Para um ato ser considerado um ato técnico necessita da homologação de um grupo de sujeitos capacitados para julgar se há continuidade ou ruptura do mesmo em relação à tradição, que é uma forma de sedimentação das rotinas praticadas até então. O ato técnico, após ser considerado como tal, e conseqüentemente passar a fazer parte da tradição, contribui para que a própria tradição se torne renovada. A eficácia, neste sentido, é a capacidade que o ato técnico tem de transformar o mundo real. A eficácia não existe em si, ela passa por um julgamento. E esse julgamento tem como fundamento ser uma atribuição do *outro* a qual o *ego* está ligado pela tradição. A complexidade desse processo faz-nos entrever que é impossível prever-se tudo e ter-se o domínio sobre tudo de forma antecipada no trabalho, portanto a falha humana frente à tarefa, no trabalho real, é inevitável.

Triângulo Tecnológico



Fonte: Dejours C; 2007. p. 37.

A distância entre a organização do *trabalho prescrito* e o *trabalho real* é dinâmica. Em alguns momentos oferece margens para a liberdade criadora aos sujeitos envolvidos na execução da tarefa. Em outros momentos é restritiva, fazendo com que

esses mesmos sujeitos temam ser surpreendidos cometendo erros. É comum que esses dois processos, tanto de liberdade criadora como de restrição à tarefa de liberdade criadora e de restrição frente a tarefa, ocorram concomitantemente¹⁷. Esse espaço de manobra entre a organização do *trabalho prescrito* e o *trabalho real* possibilita, através da *inteligência astuciosa*, que seja possível ao trabalhador lidar com os reverses do *real* de forma criativa e transformá-los, incluindo-os no repertório das ações prescritas. Processos, caso sejamos astuciosos, que se realizarão infinitamente.

Portanto, a *inteligência astuciosa* ou *inteligência prática* é a disponibilidade de iniciativa, criatividade e de formas de inteligência específicas próximas daquilo que o senso comum denomina de engenhosidade, capazes de ajustar a tarefa real à organização prescrita do trabalho. Ela advém fundamentalmente do engajamento do corpo na execução da tarefa, ou seja, manejos e maneirismos do corpo se ajustando ao que a tarefa propõe e demanda. Privilegia a habilidade em detrimento da força numa tentativa do uso econômico de forças.

O processo de utilização da *inteligência astuciosa* possui paradoxos pelo fato de comportar dois lados. O primeiro deles é que a astúcia em relação ao *real* (do trabalho) ao introduzir a imaginação criadora, a invenção e certa falta de prescrição – *quebra galho* –, implica na digressão à norma e a tradição. O segundo aspecto e que está relacionado ao espaço privativo, local onde se realizam estas ações – bricolagens, tentativas e ensaios –, isto é, ao abrigo dos controles e da segurança, no segredo.

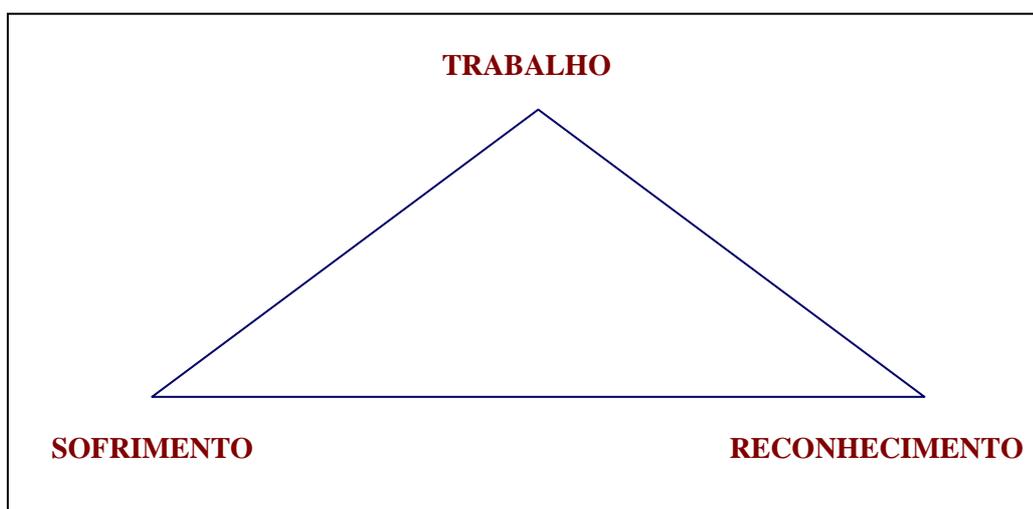
O segredo confere poder a quem o detém, pois o coloca, em posição vantajosa de negociação na esfera social e econômica em relação aos colegas e superiores, mas há reverses nesta questão. Primeiramente o segredo é visto como desvio da disciplina. O outro aspecto é o fato de lançar o sujeito na solidão e, conseqüentemente, na dissimulação em relação à execução da tarefa. O *quebra-galho*

no coletivo do trabalho arrisca criar incoerência e desorganizar a coordenação das atividades e dos indivíduos, isto é, desordenar aquilo que geralmente todos têm uma consciência clara. Para vencer os inconvenientes do segredo, deve-se recorrer à visibilidade¹⁸. Portanto, as descobertas, engenhosidades e inovações advindas das interpretações da organização prescrita do trabalho devem ser coordenadas, para não se incorrer no risco de provocarem incoerências e incompreensões que destruiriam as potenciais vantagens da *inteligência prática*, tendo em vista a qualidade e segurança do trabalho.

A *visibilidade* é, então, a condição de passagem do estatuto subjetivo de engenhosidade à objetivação dos achados. Ela pode se dar entre colegas que executam o mesmo tipo de tarefa – eixo horizontal – e àqueles que se encontram na escala hierárquica – eixo vertical. As condições que tornam possível a *visibilidade* é a confiança entre as pessoas, pensada a partir da intersubjetividade e das interações no coletivo de trabalho.

A *confiança*, que diz respeito à promessa de equidade nos julgamentos proferidos pelo outro sobre a conduta do *ego*, é o requisito da *visibilidade* e também condição precípua à coordenação e cooperação. A confiança possui também um papel determinante no processo apontado por Dejours¹⁷ como o *triângulo dinâmico do trabalho*, onde se dão as dinâmicas e inter-relações entre o trabalho, o sofrimento e o reconhecimento inerentes à execução da tarefa no *real* (do trabalho).

Triângulo Dinâmico do Trabalho



Fonte: Lancman S, Sznelwar L I; 2004. p.74.

Os julgamentos, nos quais a *confiança* tem sua base de sustentação, dizem respeito às dificuldades práticas encontradas face ao *real*, como resistência e revés à tarefa a ser executada e a qualidade dos arranjos produzidos graças à engenhosidade. Esses julgamentos se dão sob duas óticas: utilidade e beleza. O primeiro está relacionado à utilidade técnica ou econômica da atividade singular do *ego* e confere ao ato técnico sua inscrição na esfera do trabalho. O segundo possui duas faces. A primeira está relacionada a conformidade do trabalho ou serviço com as artes do ofício e confere ao *ego*, no sentido qualitativo, o pertencimento ao coletivo ou à comunidade de pertença. O segundo, mais comum, mas mais importante, consiste em apreciar o que faz a distinção, especificidade ou até mesmo o estilo de trabalho. Tal julgamento confere ao *ego* o reconhecimento de sua identidade singular dentro de um coletivo de iguais e o julgamento é essencialmente proferido pelos pares.

O *reconhecimento* é uma forma específica da retribuição moral-simbólica dada ao *ego*, como forma de compensação pela eficácia da organização do trabalho, isto

é, engajamento de sua subjetividade e inteligência. Para que a cooperação se dê, além de todo esse processo, é necessário que ocorra a etapa de arbitragem, ou seja, colocar os achados técnicos à prova de discussão, das vantagens e inconvenientes de sua adoção, posteriormente estabilizá-los ou integrá-los à tradição da empresa ou do ofício. O *reconhecimento* e o processo nele envolvido possibilitam a evolução das regras do trabalho que estão numa relação dialética com a organização do *trabalho prescrito*, que por elas são subvertidas, para então melhorá-las. A cooperação enfim, situa-nos no nível do par tarefa-atividade, ou seja, no nível da inteligência singular.

Trabalhar, como dito anteriormente, não é somente executar atos técnicos, é também fazer funcionar o tecido social e as dinâmicas intersubjetivas indispensáveis à psicodinâmica do *reconhecimento*, caráter necessário à mobilização subjetiva da personalidade e inteligência. Mais ainda, o fator humano não pode ser reduzido à dimensão técnico-científica e nem a psicológica, ela também envolve posições ideológicas e escolhas éticas dos indivíduos que trabalham e intervêm no espaço de discussão¹⁶.

A psicodinâmica do *reconhecimento* tem papel fundamental no destino do sofrimento no trabalho, sofrimento este advindo dificuldades práticas encontradas face ao *real*, e na possibilidade de transformar sofrimento em prazer. Em síntese, o *triângulo da psicodinâmica do trabalho* nos aponta que o acesso ao *reconhecimento* é feito pela via do sofrimento no trabalho, que por sua vez é proveniente de toda a situação laboral onde o *ego* se encontra diante de vários constrangimentos. A construção de sentido no ato da execução da tarefa pode transformar sofrimento em prazer. A subjetividade, então, é substituída pela identidade singular na esfera do trabalho, que possibilita enfrentar os ataques direcionados a saúde mental. A conquista da identidade está especialmente relacionada a realização no campo das relações sociais que por sua vez

favorece a construção da identidade em outros campos da vida subjetiva. Fechando o triângulo dinâmico, a conquista da identidade no campo social, mediada pela atividade do trabalho, passa pela dinâmica do *reconhecimento*, que por sua vez gera a mobilização da racionalidade subjetiva frente ao sofrimento.

Mas, em realidade, o *reconhecimento* raramente é satisfatório. Espera-se então, que o sofrimento no trabalho gere uma série de manifestações psicopatológicas. Se o sofrimento não se faz acompanhar por descompensações psicopatológicas é porque contra ele os sujeitos empregam defesas que lhe permitem controlá-lo. Além das estratégias de defesa individuais descritas pela psicanálise, existem as coletivas^{17, 18, 19, 20}. As defesas coletivas dos trabalhadores são especificamente marcadas pelas pressões reais do trabalho relacionadas às especificidades de cada contexto profissional e o funcionamento destas estratégias mostra que elas podem igualmente contribuir para tornar aceitável aquilo que não deveria sê-lo.

As defesas cumprem um papel paradoxal, porém capital. Necessárias à proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento, *as estratégias defensivas também podem funcionar como armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Permite às vezes tornar tolerável o sofrimento ético, aquele que pode experimentar ao cometer, por causa do seu trabalho, atos que condena moralmente* (p.38)¹⁸, ou seja, infligir a outrem um “sofrimento indevido”, que pode causar sofrimento àquele que assim age, mas também serem construídas defesas contra este sofrimento para manter o equilíbrio psíquico.

1.3. Discussão dos Aspectos Teóricos.

Os modelos explicativos para a compreensão da consecução do erro ou violação na execução das tarefas no ambiente laboral, acima explicitados, trazem inúmeras contribuições teóricas passíveis de aplicação direta à prática, algumas delas já implementadas. A análise do processo de ocorrência do erro dentro do sistema cognitivo, introduzidas por James Reason, contribui e parece ter seu foco de ação voltado para a prevenção e o desenho de medidas direcionadas à segurança e à diminuição de riscos, propiciando na área de saúde a criação de estratégias nas várias *camadas defensivas* no complexo processo de cuidado ao paciente que se encontra em tratamento dentro sistema hospitalar. Já as contribuições de Christophe Dejours, se voltam para análise da dinâmica do contexto laboral, microcosmo onde o trabalho ocorre e que envolve o indivíduo, a tarefa a ser executada e o conjunto dos profissionais que dela participam, direta ou indiretamente, pertencendo ou não a mesma categoria profissional e nível hierárquico.

Runciman e colaboradores ao fazerem clara distinção entre *erro* e *violação* nos aproximam mais, no nível conceitual e teórico, da questão da baixa adesão dos profissionais de saúde aos procedimentos de higienização de mãos, em especial os médicos. A detecção do elemento de escolha com relação às ações a serem realizadas pelos indivíduos no que diz respeito ao desvio ou fuga às normas prescritas, ou seja, a ação da *violação*, possibilita a criação de instrumentos para observação e análise dos processos em curso.

Tanto Dejours quanto Runciman e colaboradores dão destaque a necessidade de se ‘aparar as arestas’ ou realizar ‘quebra-galhos’ no cotidiano da execução das tarefas laborativas no sentido de levar a termo uma determinada atividade ou tarefa proposta. Runciman sugere que esse fato contribui de maneira significativa para a

ocorrência da *violação*. Dejours parece avançar nesta questão ao partir do referencial de que a realização da tarefa não pode ser obtida somente pela observação rigorosa das leis, normas e regras técnicas existentes, ou seja, o *trabalho real*. O ‘aparar de arestas’ e o ‘quebra galho’ para Dejours possui dupla faceta. Por um lado coloca em risco a consecução da tarefa e tudo aquilo que a envolve por provocar incoerências e incompreensões, e nesse aspecto podemos, talvez, utilizar a baixa adesão às normas e procedimentos de higienização de mãos como exemplo paradigmático. Por outro lado, como nos aponta o autor, o ‘aparar de arestas’ e o ‘quebra galho’ possibilita o surgimento da criatividade no indivíduo diante das dificuldades e impasses no cotidiano do trabalho, podendo gerar soluções mediante a visibilidade e o consequente julgamento realizado pelos seus pares. Baseado nessa assertiva, ainda no que diz respeito à higienização de mãos, inferimos que propiciar a visibilidade do processo que subjaz as ações de baixa adesão, pode descortinar possibilidades de lidar de forma criativa com os ‘reveses’ do *real* do trabalho e diminuir o sofrimento dele advindo, e mais ainda, ao utilizar o potencial desse coletivo de profissionais no enfrentamento de um impasse vivido no cotidiano das tarefas, se reforçaria a capacidade de julgamento desse mesmo coletivo e valorizaria a capacidade de criação desses indivíduos mesmo dentro das limitações que as diretrizes técnicas, advindas do avanço tecnológico, trazem.

Os fatores emocionais, além de outros fatores menos distintos, apontados por Reason como determinantes na passagem do *nível baseado nas normas* para o *nível baseado no conhecimento*, ou seja, quando a utilização das normas existentes para solução do problema, apesar de inúmeras tentativas não encontram sucesso, parecem encontrar uma perspectiva de maior compreensão através do aspecto criativo do ‘quebra-galho’, como também do tratamento conceitual de *trabalho* proposto por

Dejours, no qual é percebido como eminentemente humano, um ato de concepção e de mobilização para o qual a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente.

E por último, reiteramos a contribuição teórica trazida por Dejours no que diz respeito aos *mecanismos de defesa coletivos* na possibilidade de compreensão da passividade e do alheamento dos profissionais de saúde em relação às evidências referentes aos procedimentos de higienização de mãos. O papel paradoxal desses mecanismos na dinâmica do contexto laboral, que protegem os profissionais de saúde dos efeitos deletérios do sofrimento, mas podem também insensibilizá-los contra aquilo que faz sofrer, poderá propiciar a identificação dos fatores que se encontram em jogo e que incidem diretamente sobre a segurança do paciente.

2. O Contexto Hospitalar e a Higienização de Mãos como Prevenção as Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde.

2.1. Especificidades: o hospital e processo de trabalho em saúde.

A gama de componentes – infra-estrutura, recursos humanos, tecnologia, etc. – e o modo de interação entre eles, complexo e de infinita variabilidade confere ao sistema de saúde alto grau de especificidade e complexidade. A especificidade está relacionada a inúmeros aspectos relacionados ao funcionamento do sistema. A vulnerabilidade dos pacientes, as diversidades de tarefas e de modos para executá-las, os padrões de atividades que na maior parte do tempo é realizado por seres humanos e direcionado a seres humanos, diferentemente do que ocorre em outros sistemas complexos, aumenta o grau de incerteza dos resultados e o risco¹³. Outra especificidade existente é que o produto do processo de trabalho no sistema de saúde ocorre no momento em que o mesmo é desenvolvido. A relação entre o profissional de saúde e o paciente, as circunstâncias dinâmicas e variáveis em que ela se dá limitam as possibilidades de prescrição da atividade e aumentam a necessidade de criar formas para lidar com imprevistos²¹. Esse contexto propicia não só o aumento da incidência do erro e como também estimula a necessidade de “aparar as arestas” e de se utilizar do “quebra-galho” para se levar a cabo uma determinada tarefa proposta.

O hospital em seu nascimento, não era o mesmo que hoje conhecemos e nem são as mesmas as suas atribuições. Para Carapinheiro, o hospital é *entendido como uma organização moderna e complexa, local de ancoragem de processos sócio-históricos recentes, incorporando progressivamente a noção moderna de serviço público e constituindo-se como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna* (p.45)²². É também um modelo reconhecido e consagrado, sob o

ponto de vista social e cultural, de regulação do modo de viver a doença e a medicina, proporcionadora dos agentes de cura, detém a versão oficial das idéias sobre a doença e o adoecer. O que antes era um espaço de produção de conhecimento e ações eminentemente médicos tornou-se, na atualidade, um campo de convergência de saberes, alguns derivados e/ou dependentes da ação médicas e outros complementares. *O hospital é não só uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos, mas simboliza também o poder social da profissão médica, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados (p.69)²². Analisar a instituição hospitalar é, também, debruçar-se sobre o papel do médico nesta instituição e a relação de poderes a eles subjacentes.*

O hospital moderno trouxe consigo a necessidade da estratificação e hierarquização de funções para dar conta de necessidades, que não são somente as que estão relacionadas à sua missão, ou seja, *a atenção hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizada em ambiente hospitalar* ²³, mas também a sua própria existência e manutenção. Por essa máquina em movimento, demanda uma estrutura burocrática administrativa com profissionais habilitados, além do Gerente. No cotidiano das práticas assistenciais, com seus impasses e emergência de soluções, existem duas linhas de autoridade: a médica e a administrativa gerencial. A primeira atua por deter um poder de origem carismática, *fato de possuírem o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas e na competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração, as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa dos privilégios profissionais no interior do hospital (p.47)²². Mas que em função do incremento tecnológico e seus desdobramentos, a função de ‘produtor-chave’ do cuidado em saúde que conferia ao médico grande prestígio e *status*, mostra-se em lento declínio, em função da*

complexificação do cuidado, que traz a necessidade da inserção de novas especialidades profissionais dentro do contexto hospitalar, e da formalização e da racionalização dos cuidados em saúde, racionalização essa que se traduz em importantes esforços no controle de qualidade dos cuidados prestados e na responsabilização daqueles que o provêm. Esse lento declínio parece não afetar o poder de barganha dentro do contexto laboral em função do profissional médico possuir o monopólio sobre o direito de admitir, tratar, dar licença ao paciente, ou seja, exercer o discernimento sobre o curso do seu trabalho²⁴.

Já a linha de autoridade administrativa atua por deter o poder instituído de gerenciamento das ações, clínicas ou não, sob o prisma de melhor qualificação do atendimento e de otimização da relação custo-benefício. O administrador não-médico vem paulatinamente tendo sua importância aumentada dentro do hospital e do sistema de saúde como um todo, mas nada que legitime sua autoridade em formular padrões, supervisionar ou controlar o sistema, atribuições que permanecerão sob a tutela da medicina e das profissões aliadas correlatas²⁴. Alguns autores apontam esta dupla linha de poder dentro da instituição hospitalar^{22, 24, 25} e o quanto as normas e os sistemas de valores do profissional médico podem influenciar as organizações hospitalares. Em alguns momentos essas normas e valores podem ser preponderantes a ponto de fomentar disputas, gerando então a necessidade de conciliação entre as normas profissionais e as burocráticas.

Pitta²⁶ salienta a singularidade da relação, na prática hospitalar, entre o profissional que cuida, o médico, e o doente. Destaca ser essa relação permeada por tensão e conflitos, inerentes a relação humana e, em especial, ao sofrimento e a possibilidade de morte frente à doença. Na relação médico-paciente, a ação médica pressupõe julgamento, conhecimento técnico, experiência prática e autonomia de ação,

ou seja, capacidade de diagnosticar, tratar, e caso as condições do paciente e a gravidade da patologia permita, curar. Conciliar esses dois aspectos, o técnico e o relacional, parece conferir à medicina a ciência e a arte de curar.

O avanço tecnológico, necessário ao cumprimento da missão proposta pela medicina em relação à prestação de cuidado de qualidade, proporcionando a cura e minimização do sofrimento, introduziu novos elementos com conseqüências no *modus operandis* do profissional médico. Esses novos elementos que acarretaram mudanças na forma de tratamento dos pacientes, também trouxeram alterações na inserção do profissional médico no contexto de trabalho e puseram por terra a uma das conquistas até então adquirida, a autonomia do pleno exercício da subjetividade sob o aspecto técnico. Autonomia médica, medicina liberal da primeira metade do século XX e cerne de uma conquista dentro da história moderna, foi desde então qualificada como o pleno exercício da subjetividade no que diz respeito à perspectiva técnica, de posição social, política e ideológica²⁷. Os automatismos gerados por esta forma de intervenção diminuem sensivelmente a capacidade de reflexão na prestação de cuidados, de forma diferenciada para cada classe de trabalhadores dentre deste sistema, conforme nos aponta Donnangelo²⁸. A autora também salienta que *a padronização das atividades, a racionalização do uso dos instrumentos de trabalho, o estabelecimento de vias institucionalizadas de cooperação entre os especialistas, ao mesmo tempo em que oferecem maiores possibilidades de integração das diferentes 'parcelas' do trabalho médico, encontram obstáculos nas resistências do profissional a submeter-se a condições normativas capazes de interferir com sua autonomia, na execução do trabalho e com a espontaneidade da relação médico-paciente, encarada como uma relação singular exclusiva* (p.58)²⁸.

Cecílio²⁵, em artigo que analisa as questões de poder no interior das organizações de saúde, relativiza as relações entre autonomia e controle do processo de trabalho. O médico, dentro do contexto hospitalar, apesar dos novos elementos introduzidos em função do avanço tecnológico e conseqüente alteração do processo de trabalho, seria o único profissional realmente autônomo e a natureza do poder de ser autônomo reside no seu conhecimento técnico, o que é denominado pelo autor, de *poder-saber*. Esse atributo o protege mais da rotinização e da desqualificação das tarefas. O alto grau de incerteza ou indeterminação sobre os processos de trabalho pode limitar a prescrição da atividade e dificultar o controle sobre o processo de trabalho, mas paradoxalmente é o que ainda possibilita o exercício de criação inerente a essa classe de profissionais. Essa especificidade, para Cecílio, está longe de dificultar a consecução das ações no âmbito dos cuidados, ao contrário, é o que possibilita conferir maior autonomia, e, por conseguinte maior poder em relação aos demais profissionais. Esse fato apontado por Cecílio é corroborado por Dejours no que diz respeito a utilização da *inteligência astuciosa* enquanto um *segredo*, que além do poder, e neste caso somente entre os pares, dentro da corporação médica, confere posição vantajosa de negociação na esfera social e econômica em relação àqueles que não o detêm. Mas Dejours também aponta os riscos, ou melhor, os reverses que esse tipo de utilização da *inteligência astuciosa* oferece. O primeiro deles é o desvio das normas que pode desorganizar a coordenação das atividades prescritas. O outro aspecto, no que diz respeito a questão do sujeito, é o de lançá-lo na solidão e conseqüente dissimulação em relação a execução na tarefa. No coletivo de uma corporação, como aqui nos referimos, parece lançá-la no isolamento e gerar dissonância com relação a execução da tarefa prescrita para totalidade do grupo de profissionais. Para neutralizar os reverses do *segredo*, nos assinala Dejours, é necessário recorrer à visibilidade.

Cecílio também menciona que a indeterminação sobre os processos de trabalho também possibilita a não ingerência de grande parte das formas de regulação externa à profissão e faz com que os outros saberes se tornem saberes periféricos ou um sub-poder e o saber do doente em saber profano e não oficialmente reconhecido. Com relação ao reconhecimento do saber e poder de intervenção dos pacientes no seu processo de cuidado observamos a ocorrência de um movimento inverso. Em detrimento da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados oferecidos, nas campanhas desenvolvidas por agências internacionais relativas às infecções relacionadas ao cuidado em saúde – IRAS, são criadas iniciativas para fomentar o envolvimento e conscientização dos pacientes com relação ao seu processo de cuidado, encorajando-os a questionar os profissionais de saúde quanto a utilização ou não das normas e diretrizes relativas à higienização de mãos²⁹.

Schraiber²⁷ assinala que o desenvolvimento da medicina ocasionou rearranjos no processo de trabalho médico que ocasionaram constrangimento da autonomia. No entanto, a assistência médica por ser um ato que envolve uma intervenção individualizada, a relação médico-paciente, consegue se qualificar como um ato singular e único, apesar de fundação no conhecimento técnico científico evocar repetições e rotinas. A autora defende que sob a aparência do constrangimento da autonomia, houve uma reorientação dos espaços de exercício da profissão e transformações nos processos de trabalho. A autonomia ganhou outra especificidade, mudou para se preservar. Schraiber concorda com a assertiva trazida por Cecílio referente autonomia e poder médico estar relacionada ao conhecimento técnico quando afirma que *a relação do médico com o saber, é que define a instância intelectual do processo de trabalho e diz respeito à apropriação/controla o projeto de trabalho. Remete no plano de produção de serviços, à qualificação do médico de mentor do trabalho, denotando-lhe a*

especificidade de sujeito da ação enquanto agente técnico. E acrescenta que o plano corporativo-profissional, dirá respeito ao monopólio de saber e prática, enquanto for o médico, sujeito coletivo, o exclusivo detentor de autoridade no campo da saúde. (...) autonomia técnica, autonomia que se dá nos trabalhos individualizados – tarefas especializadas (parcelares) do trabalho médico coletivo (p.62)²⁷.

Por outro lado, a nova conformação do hospital moderno trouxe novas relações de poder, tanto verticais – chefia, coordenação, administração, supervisão, etc., quanto horizontais – estratificação de funções, divisão de tarefas com profissionais de outras especialidades não médicas, etc., que interferem significativamente na autonomia médica e impossibilitam o controle do atendimento em mãos de um só profissional. Bem diferente da definição de autonomia cujos parâmetros demarcadores tomavam por referência a posse exclusiva e pessoal dos instrumentos de trabalho e da clientela e sua capacidade de fixação pessoal de preços e remuneração do trabalho, em autonomia mercantil²⁷. São inúmeras as variáveis que incidem sobre a complexa relação médico-paciente e não podemos observá-la como um ato isolado e desconectado de um contexto tão amplo.

O processo de trabalho médico nas instituições hospitalares não se constitui somente no ato de diagnosticar e tratar. Conhecimento técnico, julgamento, experiência prática e autonomia de ação são prerrogativas necessárias ao ato de cuidar em si, mas que sofrem a influência do contexto relacional, social e político-institucional em que estão inseridos. E esse contexto, no momento atual, sofre influência da nova configuração do hospital, uma instituição moderna complexa. Incremento tecnológico, convergência de campos de saber, novas linhas de autoridade e poder, envolvimento e conscientização dos pacientes com relação ao seu processo de cuidado são necessários para manter o seu funcionamento e atender a missão que se propõe. Outro fator a ser

destacado no processo de trabalho médico é o seu papel e do hospital como agentes da medicina enquanto ciência responsável pela *cura* das doenças que povoam tanto o imaginário da população quanto o dos próprios profissionais.

A prestação de cuidado de qualidade, propiciada pelo avanço tecnológico, trouxe alterações aos processos de trabalho dos profissionais de saúde que atuam nos hospitais. Automatização do atendimento através da inserção de diretrizes clínicas e padronizações de condutas necessárias a consecução das ações assistenciais com vistas a minimizar os riscos inerentes ao atendimento e propiciar maior da segurança ao paciente trouxe relativa perda de autonomia ao médico. Novos referenciais relativos à questão se estabeleceram.

2.2. Segurança do Paciente e Infecção relacionada à Assistência à Saúde (IRAS).

Segundo a Classificação Internacional para Segurança do Paciente [*International Classification for Patient Safety – ICPS*], *Segurança do Paciente* consiste na redução do *dano* [harm] desnecessário associado ao *cuidado em saúde* a um mínimo aceitável. Sendo *dano* definido como prejuízo [impairment] da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, lesão [injury], sofrimento, incapacidade ou disfunção [disability] e morte; e pode ser física, social ou psicológica. E *cuidado em saúde* definido como definido como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para prover, manter, monitorar ou restaurar a saúde, sendo incluído nesse processo o autocuidado.

Um mínimo aceitável se refere a noção coletiva de um dado conhecimento corrente, aos recursos disponíveis e ao contexto em que o cuidado é oferecido ponderado em relação ao risco de não tratamento ou outro tratamento. Essa classificação vem sendo desenvolvida desde 2003, graças a agregação de esforços de

diversos especialistas de todo mundo sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem como objetivo o uso consistente de conceitos e termos consensuados internacionalmente para facilitar a organização sistemática e a análise de informações relevantes sobre o tema nas fontes de pesquisas disponíveis.

Os esforços relativos à Segurança do Paciente foram intensificados nos últimos dez anos em função do alerta trazido pelos dados contidos no relatório *To Err is Human: Building a safer health System* realizado pelo *Institute of Medicine* (IOM) no ano de 1999, que apontou a elevada ocorrência de eventos adversos nos hospitais pesquisados e que um percentual significativo desses é devido a erros médicos. Levando-se em consideração a grande quantidade de pacientes atendidos nas redes hospitalares americanas pode-se estimar que as mortes devidas a erros médicos excedam em número às aquelas causadas por acidentes de trânsito, câncer de mama ou AIDS no ano de 1997 nos Estados Unidos. O relatório também aponta que os processos de licenciamento e acreditação tiveram foco limitado em relação a ocorrência de erro. O silêncio que cerca o tema e a natureza descentralizada e fragmentada do sistema de saúde dos Estados Unidos são fatores que contribuíram para as condições de insegurança do paciente. O objetivo último desse relatório foi quebrar um ciclo de inação com relação ao fato paradoxal de que um sistema que tem como missão promover a cura e oferecer cuidados em saúde estar ocasionando danos aos pacientes a partir desses mesmos cuidados.

Desde o lançamento do relatório 'To Err is Human', várias entidades e instituições, em diferentes lugares do mundo, se organizaram com a proposta de contribuir para melhoria da Segurança do Paciente. Destacamos a iniciativa realizada pela OMS, que após sucessivos esforços lançou em novembro de 2004 a *World Alliance for Patient Safety*³⁰ com objetivo de coordenar, disseminar e acelerar melhorias relativas

a Segurança do Paciente em todo mundo. A *Alliance* se tornou um veículo de colaboração e ação internacional entre os Estados Membros, o Secretariado da OMS, especialistas técnicos, profissionais de saúde, grupos da indústria ligada a área e consumidores. A *World Alliance* desde seu lançamento desenvolve vários programas e projetos, dentre eles podemos citar *Cuidado Limpo é Cuidado Seguro* [Clean Care is Safe Care], *Cirurgia Segura Salva Vidas* [Safe Surgery Saves Lives] e *Pacientes para a Segurança do Paciente* [Patients for Patient Safety]. A cada dois anos é publicado o programa do período subsequente, que estabelece as ações a serem realizadas, como também são apresentados relatórios detalhados sobre as ações realizadas anteriormente no sentido de apontar as prioridades. No Biênio 2006-2007 havia 10 áreas de ação, algumas propostas desde o biênio anterior e outras foram acrescentadas em função do relatório feito sobre as ações realizadas com objetivo de apontar prioridades. O Programa do Biênio 2008-2009 possui doze áreas de ação. A Área de Ação 11, traz como inovação em relação aos programas anteriores, a proposta de desenvolver um guia curricular para estudantes médicos, assim como a implementação de um Programa de Segurança de Saúde para estudantes bolsistas.

Organizações voltadas para a Segurança do Paciente como a *World Alliance for Patient Safety*, o *Institute of Healthcare Improvement* – Organização independente sem fins lucrativos fundada em 1991 com sede em Cambridge – Massachusetts, cujo objetivo é orientar o desenvolvimento dos cuidados em saúde em todo o mundo –, dentre outros, criaram nos três últimos anos, programas e campanhas voltados para esta questão. O programa desenvolvido pela *World Alliance*, ao ter como um de seus objetivos a construção de compromisso com os Estados Membros da OMS, possui uma feição mais direcionada a implementação de políticas de saúde e a proposição de ações que possam ser de interesse e que tenham capacidade de implementação em âmbito

global. Procedimentos clínicos seguros, água e saneamento seguro na proteção à saúde e higienização de mãos são alguns dos componentes do *First Global Patient Safety Challenge* proposto no primeiro biênio. O *Institute of Healthcare Improvement*, por adotar objetivos mais direcionados ao desenvolvimento técnico no confronto da questão da segurança do paciente, criou o Programa de Redução das Infecções Hospitalares Adquiridas [Reducing Hospital Acquires Infections (HAIs)] voltado ao desenvolvimento e implementação de diretrizes clínicas e intervenções baseadas em evidências. Essas diretrizes abrangem desde a introdução e execução de procedimentos de maior especificidade no manejo de instrumentos como no uso de cateter venoso central e bandagem ventilada, até a aparentemente simples conduta clínica de adequada higienização de mãos. A divisão de segurança do paciente da Inglaterra e País de Gales da *National Patient Safety Agency* com o suporte da *World Alliance* desenvolveu uma campanha inteiramente voltada para esta temática, a campanha *Limpe suas Mãos* [Cleanyourhand Campaign], que visa interromper a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), treinar o profissional de saúde e dar subsídios aos pacientes para encorajar o profissional na realização da higienização de mãos são as metas a serem alcançadas pela campanha. Vale notar que todos os programas e campanhas desenvolvidos pelas agências internacionais relativos às IRAS, no período assinalado, independentemente dos objetivos propostos e do nível de abrangência pretendida, envolveram total ou parcialmente a questão da higienização de mãos.

Programa e/ou Projeto	Agência(s) Responsável(eis)	Objetivo	Componentes e/ou elementos	Período/Fases de Implantação
First Global Patient Safety Challenge	WHO World Alliance for Patient Safety	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a consciência do impacto das IRAS; • Priorização da questão pelos Estados Membros; • Testar e implementar novo manual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança do Sangue • Segurança na imunização • Procedimentos clínicos seguros • Água e saneamento seguro na proteção à saúde • Higiene das Mãos 	Biênio 2005-2006
High 5s Project	<ul style="list-style-type: none"> • Commonwealth Fund • World Alliance for Patient Safety - WHO • WHO Collaborating Center for Patient Safety 	Implementar protocolos operativos inovadores e padronizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção do erro: <ol style="list-style-type: none"> 1. de encaminhamento; 2. cirúrgico (procedimento/local/pessoa); 3. de alta concentração da medicação; 4. na continuidade da medicação. • Promoção de efetivas práticas de higiene das mãos 	<p>Fase I: novembro/2006 a julho/2007</p> <p>Fase II: agosto/2007 a dezembro/2009</p> <p>Fase III: 2010 a 2011</p>
Reducing Hospital Acquired Infections (MRSA, VRE, C diff)	<p>Institute of Healthcare Improvement</p> <p>Programa da Categoria: Comunidade de Aprendizado e Inovação</p>	Deteção do agente transmissor, isolamento dos pacientes colonizados, higiene de mãos e desinfecção do ambiente e do equipamento pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Ativa deteção dos agentes transmissores de MRSA • Precaução no contato e no uso do equipamento utilizado • Higiene das mãos • Descontaminação do ambiente e do equipamento • Uso de cateter venoso central e bandagem ventilada (?) 	<p>Primeiro encontro em Atlanta, Geórgia, USA em 19 e 20 de maio de 2008</p> <p>1ª fase de implantação na NHS da Escócia e Irlanda</p>
Cleanyourhand campaign	<p>National Patient Safety Agency Patient Safety Division</p> <p>com suporte da WHO World Alliance for Patient Safety</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoar a higiene das mãos visando interromper o alastramento da infecção; • Informar e educar o profissional ; • Prover o paciente de informações sobre como encorajar a boa higiene das mãos de quem os trata. 	<p>Utilização do método multimodal: (educar, incitar e capacitar os profissionais de saúde)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solução Alcoólica – assegurar a acessibilidade do material; • Prontidão [Prompts] – posters informativos acessíveis a todos; • Envolvimento do paciente – despertar a consciência e encorajar o questionamento à equipe; • Fatos e Manuais – implementação de material educativo 	Início em 2006 nos hospitais do National Healthcare Services da Inglaterra e Wales

Esses esforços, como explicitado anteriormente, se devem a dois aspectos:

1) O consenso de que a higienização de mãos é uma medida simples, de baixo custo e baixa complexidade, no controle das IRAS e na prevenção e controle da infecção hospitalar; 2) A baixa adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização de mãos consoante as recomendações vigentes^{5, 6, 7, 8}.

No Brasil, a Agencia Nacional de Vigilância sanitária – ANVISA, agência reguladora criada em janeiro de 1999 com a missão de promover a proteção da saúde da população garantindo a segurança sanitária por intermédio do controle da produção e comercialização de produtos, insumos e serviços, é o órgão governamental que realiza esforços no sentido de fomentar estudos e debates sobre a questão da infecção hospitalar. Indo ao encontro de uma de suas atribuições, a qual seja a de “*estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária*” (Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, art. 7º, item III), a ANVISA promove diversas oficinas e seminários para a discussão da temática contando com a participação das Coordenadorias das Comissões Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar existentes e das Agencias de Vigilância Sanitária Estaduais, disponibiliza aos gestores de saúde e hospitais o Sistema Nacional de Informações para Controle de Infecção em Serviços de Saúde (Sinais), instrumento de aprimoramento das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares, entre outros esforços nesse sentido.

Por ocasião da comemoração do Dia Nacional do Controle de Infecção Hospital – 15 de maio –, foi realizado em 2007 em Brasília a Oficina Nacional de Controle das Infecções em Serviços de Saúde. Ao longo do evento foram discutidas algumas diretrizes com relação a prevenção e controle dessas ocorrências. As ações que mereceram destaque nos debates foram: o uso racional de antimicrobianos; a

importância da higienização de mãos; a capacitação dos recursos humanos. O lançamento do guia técnico *Higienização das Mãos em Serviços de Saúde*³¹, cujo objetivo é orientar os profissionais de saúde quanto às técnicas corretas, insumos e equipamentos necessários à higienização de mãos, consubstanciou a importância do tema.

No ano seguinte, em comemoração, a data foi realizado o II Seminário de Controle de Infecção Hospitalar, também em Brasília, que no seu segundo dia teve a quase totalidade dos trabalhos voltados para a apresentação e discussão das ações em curso referentes à questão da higienização de mãos. As experiências relativas à implementação do Programa de Higienização de Mãos no Hospital Albert Einstein, em São Paulo, e no Hospital das Clínicas, em Porto Alegre, foram percorridas e discutidas. A ANVISA, se fazendo representar pela Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos – GIPEA, na mesma ocasião, apresentou a pesquisa que está sendo desenvolvida conjuntamente com diversas entidades (Conselhos profissionais, CONASS, Federação Brasileira de Hospitais, entre outros), e que envolve cinco hospitais sentinelas de cinco regiões distintas no Brasil. O objetivo da pesquisa é realizar um diagnóstico sobre a adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização de mãos com o intento de gerar estratégias para a melhoria das mesmas³².

Também no ano de 2008 foi publicado o *Manual de Segurança do Paciente – Higienização de Mãos*³³, destinado aos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atenção. Neste manual buscou-se o aprofundamento dos conteúdos apresentados no guia técnico publicado no ano anterior, ampliando-se o tema com a incorporação de outros conteúdos bem sistematizados e de interesse, tais como: evidência de transmissões de patógenos por meio das mãos e impacto da promoção e melhoria na adesão às práticas de higienização de mãos.

As recomendações preconizadas pelo Guia de Higienização de Mãos da *World Alliance/OMS [Advanced Draft Guidelines on Hand Hygiene in Health Care]* como também a orientação quanto as técnicas corretas, insumos, equipamentos necessários e momentos a esse procedimento que se encontram tanto no guia técnico *Higienização de Mãos em Serviços de Saúde* quanto no *Manual de Segurança do Paciente – Higienização de Mãos*, material confeccionado e disponibilizado pela ANVISA, foram transformadas, em algumas instituições hospitalares no Brasil, em iniciativas cujo conjunto de ações a serem desenvolvidas de forma deliberada e sistemática visam a redução máxima possível da transmissão de infecções veiculadas pelo contato.

2.3. Higienização de Mãos.

A higienização de mãos tem como objetivo imediato remover microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele (sujidade), suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e microrganismos que se albergam na pele – microbiota –, com vistas a interromper a transmissão de infecções. E como objetivo último a prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas. A utilização das técnicas corretas e o treinamento dos profissionais de saúde para a sua execução, a existência dos insumos e equipamentos necessários para a execução do procedimento são os componentes mínimos necessários para a implantação e consecução da iniciativa e serão expostos a seguir:

2.3.1. Os Insumos necessários –

Insumo	Descrição	Observações
Água	A água utilizada deve ser livre de contaminantes químicos e biológicos, obedecendo aos dispositivos da Portaria nº 518/GM, de 25 de março de 2004, que estabelece os procedimentos relativos ao controle e à vigilância da qualidade deste insumo.	Os reservatórios devem ser limpos e desinfetados, com controle microbiológico semestral
Sabões	Recomenda-se o uso de sabão líquido, tipo refil, devido ao menor risco de contaminação do produto. Este insumo está regulamentado pela resolução ANVISA nº 481, de 23 de setembro de 1999.	O sabão deve ser agradável ao uso, com fragrância leve e que não resseque a pele. A adição de emolientes à sua formulação pode evitar ressecamentos e dermatites.
Agentes Anti-sépticos	São substâncias utilizadas para reduzir o número de agentes da microbiota transitória e residente da pele.	Álcoois, Clorexidina, Compostos de iodo, Iodóforos e Triclosan são os anti-sépticos mais utilizados.
Papel-Toalha	O papel-toalha deve ser suave, possuir boa propriedade de secagem, ser esteticamente aceitável e não liberar partículas	Dar preferência aos papéis em bloco, que possibilitam o uso individual, folha a folha

2.3.2. Os Equipamentos necessários –

1. Lavatórios.

Descrição	Os lavatórios ou pias devem possuir torneiras ou comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Deve possuir provisão de sabão líquido e recursos para secagem das mãos.
Especificidades	<ol style="list-style-type: none"> 1. No lavabo cirúrgico, o acionamento e o fechamento devem ser efetuados com cotovelo, pé, joelho ou célula fotoelétrica. 2. Nos ambientes que executem procedimentos invasivos, cuidados a pacientes críticos ou que a equipe de assistência tenha contato direto com feridas, deve existir, além do sabão, provisão de anti-séptico junto às torneiras de higienização de mãos.
Proporcionalidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quarto ou enfermaria: 1 (um) lavatório externo pode servir a, no máximo, 4 (quatro) quartos ou 2 (duas) enfermarias. 2. UTI: deve existir um lavatório a cada 5 (cinco) leitos de não isolamento. 3. Berçário: 1 (um) lavatório a cada 4 (quatro) berços.

	<p>4. Ambientes destinados à realização de procedimentos de reabilitação e coleta laboratorial: 1 (um) lavatório a cada 6 (seis) boxes.</p> <p>5. Unidade destinada ao processamento de roupas: 1 (um) lavatório na área “suja” (banheiro) e 1 (um) lavatório na área “limpa”.</p>
--	---

2. Dispensadores de Sabão e anti-sépticos.

Descrição	<p>1. Deve-se optar por dispensadores de fácil limpeza e que evitem o contato direto das mãos. Escolher, preferencialmente, os do tipo refil.</p> <p>2. Devem possuir dispositivos que facilitem seu esvaziamento e preenchimento.</p> <p>3. Em caso de não serem descartáveis deve-se proceder à limpeza com água e sabão (não utilizar o sabão restante no recipiente) e secagem, seguida de desinfecção com álcool etílico a 70%, no mínimo uma vez por semana ou a critério da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).</p>
Manuseio	<p>1. Não se deve completar o conteúdo do recipiente antes do término do produto, devido ao risco de contaminação.</p> <p>2. Para os produtos não utilizados em recipientes descartáveis, devem-se manter os registros dos responsáveis pela execução das atividades e a data de manipulação, envase e de validade da solução fracionada.</p> <p>3. A validade do sabão, quando mantida na embalagem original, é definida pelo fabricante e deve constar no rótulo.</p> <p>4. A validade do produto fora da embalagem do fabricante ou fracionado deve ser validada para ser estabelecida. A validade pode ser monitorada pelo uso de testes que apurem o pH, a concentração da solução e a presença de matéria orgânica.</p>

3. Porta Papel-Toalha.

Descrição	<p>1. O porta papel-toalha deve ser fabricado, preferencialmente, com material que não favoreça a oxidação, sendo também de fácil limpeza.</p> <p>2. A instalação deve ser de tal forma que ele não receba respingos de água e sabão.</p>
Manuseio	É necessário o estabelecimento de rotinas de limpeza e de reposição do papel.
Observação	Não é indicado o uso de <i>secadores elétricos</i> , no processo de secagem das mãos: 1) Podem carrear microrganismos; 2) O tempo de secagem é raramente obedecido, como também há dificuldade em seu acionamento.

4. Lixeira para descarte do papel-toalha.

Descrição	Este recipiente deve ser de fácil limpeza, não sendo necessária a existência de tampa. No caso de optar por mantê-lo tampado, o recipiente deverá ter tampa articulada com acionamento por pedal.
Localização	Junto aos lavatórios e às pias, deve sempre existir recipiente para o acondicionamento do material utilizado na secagem das mãos.

2.3.3. As técnicas corretas –

São quatro as técnicas de higienização de mãos, que podem variar de acordo com o objetivo a que se destinam: 1) Higienização simples das mãos; 2) Higienização anti-séptica das mãos; 3) Fricção de anti-séptico nas mãos; 4) Anti-sepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos. Antes de iniciar qualquer uma dessas técnicas, é necessário retirar quaisquer objetos que nelas estejam (anéis, pulseiras, relógio), pois sob tais objetos podem acumular-se microrganismos. E a eficácia da higienização de mãos depende da duração e da técnica empregada.

A *Higienização simples de mãos* tem como finalidade remover como uso de água e sabão os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos. A duração do procedimento é de 20 a 60 segundos e o processo é composto por várias etapas de ação consecutivas que se inicia com a forma adequada de abrir a torneira e termina com a secagem das mãos e o desprezo no papel-toalha na lixeira. Sete formas ou posições de lavagem de mãos estão inseridas neste processo.

Posição 1: Friccionar as palmas da mãos entre si



Posição 2: Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa



Posição 3: Friccionar as palmas da mãos entre si com os dedos entrelaçados



Posição 4: Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa



Posição 5: Friccionar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa



Posição 6: Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa



Posição 7: Friccionar os punhos com movimentos circulares.

Fonte: Guia técnico da ANVISA/2007. *Higienização das Mãos em Serviços de Saúde*. www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm. Último acesso em 23.03.2009

A *Higienização Antisséptica das Mãos* tem como objetivo promover a remoção da sujidade com o auxílio de um anti-séptico. É idêntica a utilizada na a higienização de mãos Simples com a substituição do sabão pelo anti-séptico e a duração do procedimento é a mesma.

A *Fricção de Antissépticos nas Mãos* tem por objetivo reduzir a carga microbiana das mãos sem haver remoção de sujidade. É utilizado gel alcoólico a 70% ou solução alcoólica a 70% com 1-3% de glicerina e pode substituir a higienização com água e sabão quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A duração do procedimento é menor, sua duração é de 20 a 30 segundos. Após a higienização com preparação alcoólica deve-se deixar que as mãos sequem naturalmente sem o uso de papel toalha. Para evitar ressecamento ou dermatites não se deve higienizar as mãos com água e sabão antes ou depois de usar preparação alcoólica.

A *Antissepsia Cirúrgica* ou *Preparo Pré-operatório das Mãos* tem por finalidade eliminar a microbiota residente – aquela que é constituída por microrganismos de baixa virulência e pouco associado às infecções veiculadas pelas mãos –, e reduzir a microbiota transitória – aquela que coloniza a camada mais superficial da pele, o que permite sua remoção mecânica pela higienização de mãos, sendo eliminada com mais facilidade quando se utiliza uma solução anti-séptica –, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional. Esse procedimento é realizado com escovas nas mãos e antebraços e essas devem ter as cerdas macias e descartáveis, impregnadas ou não com anti-sépticos e de uso exclusivo em leito ungueal e subungueal. A duração do procedimento é de 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subseqüentes.

2.3.4. O Momento Adequado –

A campanha *Salve Vidas. Limpe suas Mãos* [Save lives. Clean your Hands] da *World Alliance* preconiza como cinco os momentos adequados para a realização das técnicas corretas para a higienização de mãos [Five Moments for Hand Hygiene].

1. Antes de tocar o paciente.	Por quê? Para proteger o paciente contra os germes nocivos levados pelas mãos
2. Antes do procedimento de limpeza/assepsia.	Por quê? Para proteger o paciente contra os germes nocivos levados pelas mãos pelas mãos, inclusive que os próprios germes do paciente entrem em seu corpo.
3. Depois da exposição aos fluidos corporais do paciente	Por quê? Para proteger o profissional e o ambiente dos germes nocivos dos pacientes.
4. Após tocar o paciente.	Por quê? Para proteger o profissional e o ambiente dos germes nocivos dos pacientes.
5. Após tocar o material e mobiliário que cerca o paciente.	Por quê? Para proteger o profissional e o ambiente dos germes nocivos dos pacientes.

Conforme apontado anteriormente, as técnicas corretas para higienização de mãos, o treinamento dos profissionais de saúde para a sua execução, a existência dos insumos, equipamentos necessários e momentos adequados para a realização dos procedimentos são os componentes mínimos necessários para a implantação e implementação da iniciativa de higienização de mãos. Pittet⁷ aponta ser o clima institucional de importância capital para a consecução desse tipo de programa. A ausência da participação ativa da instituição na promoção da higienização de mãos tanto em nível individual quanto coletivo, a falta líder que sirva de modelo e carregue ações para realização dos procedimentos adequados, a baixa prioridade do programa mediante outros ou dentro da própria instituição e a ausência de sanção administrativa aos profissionais que não aderem as ações preconizadas são, possivelmente, barreiras para a realização adequada desses procedimentos.

As ações e os eventos acima destacados, tanto no âmbito internacional quanto nacional, não deixam dúvidas sobre a relevância do tema, o lugar que a prevenção da IRAS ocupa na área de segurança do paciente e o papel que as práticas de higienização de mãos representam neste contexto. O aprofundamento constante na temática tem evidenciado a necessidade premente da criação de ações voltadas à melhoria da segurança do paciente.

As questões de pesquisa suscitadas mediante o problema exposto são diversas e serão expostas a seguir: 1) Por que os médicos não cumprem adequadamente as normas e procedimentos relativos à higienização de mãos? 2) Como são executados os procedimentos relativos a higienização de mãos por parte dos médicos? 3) Quais os fatores ocasionados pelo ambiente e pelos profissionais que fomentariam o afastamento do cumprimento das normas e procedimentos e sua manutenção? 4) Como incidem as normas e recomendações preconizadas por campanhas/iniciativas que visam a qualidade

do atendimento e segurança do paciente sobre a autonomia do médico agora reorientada em função do desenvolvimento da medicina e do avanço da tecnologia?

Para a realização da presente pesquisa partimos do pressuposto de que ocorrem violações às normas e aos procedimentos assinalados e como hipótese de trabalho postulamos que em função da padronização de condutas proposta pelas campanhas de higienização, essas são vividas pelos médicos como perda de autonomia – perda do pleno exercício da subjetividade sob uma perspectiva técnica, política, ideológica e de posição social –, gerando mecanismos de defesa cuja expressão ocorre através das ações que se afastam da execução dos procedimentos conforme estabelecido pelas normas e procedimentos, bem como a baixa adesão

O conceito de ‘autonomia médica’ utilizado na presente pesquisa foi definido por Lilia Schraiber^{27, 35, 36} em seu estudo direcionado à compreensão da prática médica, sua organização e transformação na sociedade brasileira. A autora empregou o relato oral de médicos a respeito de seu cotidiano de trabalho. Esse instrumento buscou recuperar a história do desenvolvimento tecnológico qualificado em medicina através dos profissionais que iniciaram o exercício de sua prática entre os anos de 1930 e 1955, no máximo. Ou seja, o interesse da autora centrava-se na passagem da medicina liberal para a medicina tecnológica. E por medicina liberal, conquista impar da medicina moderna, a autora definia ser o *pleno exercício da subjetividade, traduzindo, da perspectiva técnica, igual posição social e político-ideológica do médico, qual seja, autoridade exclusiva sobre a saúde e o adoecer, tanto do ponto de vista científico quanto moral* (p.58)²⁷. Sua hipótese de trabalho partia do pressuposto de que a incorporação de tecnologia, no que diz respeito às técnicas e equipamentos, se constituía também num movimento de reordenar o exercício autônomo da prática

médica, já que esse desenvolvimento promoveu novos arranjos no trabalho que implicaram em constrangimentos à liberdade conquistada.

À primeira vista, a introdução da tecnologia, trouxe aos médicos a percepção de redução da autonomia e neutralização de seu valor, tendo em vista o caráter individualizado aferido a esse tipo de trabalho. A ação médica envolve técnica, criação no sentido da formulação de um conhecimento novo e investigação de comportamentos vitais em situações concretas. Concentra em si o conhecimento científico e a ação empírica, ou seja, o *saber científico* e o *saber prático*. Já a institucionalização da medicina, principalmente no espaço hospitalar, gerou a necessidade de transformação da ação e do ato médico em ações segmentadas para ir ao encontro das necessidades assistenciais, ocasionando interdependência no trabalho. O surgimento de novas categorias profissionais dentro desse ambiente foi uma das conseqüências do trabalho parcelar e a presença maciça de equipamentos acelerou-se em função do avanço científico-tecnológico. Ambos os fatores proporcionaram maior divisão técnica e social do trabalho suscitando novos enquadramentos tecnológicos em função de modalidades socioeconômicas do contexto. Rodízios de trabalho e equipes heterogêneas foram constituídas para oferecer cuidados a um mesmo paciente, o que produziu nova dimensão na relação entre o médico e o paciente. Por um lado, tornou-a mais impessoal e menos privativa, por outro, mais científica em função da introdução de novas tecnologias. No entanto, não anula a autonomia médica no que diz respeito ao processo decisório que envolve sua ação.

O percurso analítico da autora, tendo de um lado os dados obtidos e de outro a contribuição de vários autores, introduziu novos elementos para o exame da questão. O primeiro deles diz respeito a relação do médico com o saber, o que o qualifica como *mentor do trabalho* e *sujeito da ação enquanto agente da técnica*, o que num plano

corporativo-profissional lhe assegura o *monopólio de saber e prática* como exclusivo detentor de autoridade no campo de saúde, o que no conjunto lhe proporciona *autonomia técnica e hierárquica*. Outro elemento diz respeito à intersubjetividade que permeia a relação médico-paciente, conferindo-lhe uma dimensão de *ação moral*, na qual a autonomia emerge como valor ético e comportamento moral. Todo esse conjunto possibilitou a autora re-conceituar autonomia, passando então a ser *o lema de uma disposição de luta técnico-política desses profissionais ao se voltarem para sua preservação. Luta em que se colocam em jogo não apenas prestígio, alta remuneração ou vantagens materiais, características que, aliadas ao monopólio corporativo de prática, permitiu a elitização desses trabalhadores, mas luta em que se sabe em jogo a própria autoridade técnico-científica, pela situação crítica a que é levada a ação médica por seus tensionamentos internos, em especial no que se refere à autonomia do agir técnico* (p.62)²⁷. E é com essa abordagem que tentaremos inicialmente responder as questões acima assinaladas.

3. Proposta de Trabalho e Metodologia Utilizada.

Objetivo Geral

Identificar e analisar a dinâmica das ações ou atos relacionados à violação das normas e procedimentos de higienização de mãos por parte dos médicos e os fatores que propiciam a manutenção desta dinâmica a despeito das inúmeras campanhas desenvolvidas visando à adesão a estas diretrizes.

Objetivos Específicos

(i) Identificar e analisar as percepções compartilhadas pelos médicos, enquanto uma corporação profissional, relativas ao seu papel e autonomia dentro contexto hospitalar como fator produtor de sentido na execução das tarefas a serem realizadas, em especial o que diz respeito ao cumprimento de procedimentos relativos à higienização de mãos;

(ii) Identificar e analisar como se realizam os procedimentos relativos à higienização de mãos, tendo em vista a possibilidade de dimensionar a distância existente entre o trabalho prescrito (normas e procedimentos) e o trabalho real;

(iii) Identificar e analisar as ações que propiciam e os que dificultam a execução dos procedimentos relativos às normas de higienização de mãos no ambiente de trabalho.

Métodos e Técnicas

O estudo em questão trata-se de uma pesquisa qualitativa e tem como base o desenvolvimento de uma teoria fundamentada ('grounded theory') sobre a compreensão das violações ocorridas nas ações médicas mediante as iniciativas de higienização de mãos. Esse método se baseia na coleta e concomitante formulação de idéias em um esquema lógico, sistemático e explanatório. Acreditamos que a teoria se desenvolve durante a pesquisa real e faz isso através da continua ação recíproca entre a coleta de dados e sua análise e, gerando, portanto, uma análise comparativa constante. Nesse método há a interação entre induções, ou seja, derivações de conceitos, suas dimensões e propriedades a partir dos dados, e deduções, que se dariam através da criação de hipótese sobre as relações entre os conceitos, relações essas derivadas dos dados abstraídos dos dados brutos.

Espera-se ao final a transformação sistemática dos produtos da análise em uma teoria, o que denota um conjunto de categorias bem desenvolvidas que sistematicamente interrelacionadas através de *declarações de relações* formará uma estrutura teórica que explique alguns fenômenos relevantes psicológicos, sociais, entre outros³⁴. As *declarações de relação* explicam quem, como, onde, o que, quando, por que, como e com que conseqüências um fenômeno ou fato ocorre. E os resultados da pesquisa vão além do *ordenamento conceitual*³⁴, ou seja, organização dos dados em categorias ou classificações segundo propriedades e dimensões. Eles objetivam explicar ou prever uma conexão entre dois ou mais conceitos – uma declaração teórica.

Esse método, que pressupõe uma constante interação entre o pesquisador e a ato de pesquisar através da continua ação recíproca entre a coleta de dados e sua análise, suscita um equilíbrio entre objetividade e sensibilidade. A objetividade, a interpretação

imparcial e acurada dos fatos, adicionada à sensibilidade, percepção de nuances e significados dos dados para reconhecer as conexões entre os conceitos, são necessárias a realização de descobertas. Afastar-se do objeto de análise para obter pontos de vistas múltiplos a respeito de um fato ou fenômeno será realizado pela reunião de dados através de diferentes técnicas – entrevistas, observação, documentos –, sendo essa, dentre outras, uma das formas utilizadas para possibilitar o aumento da consciência (entendimento baseado nos valores, cultura, treinamento e experiência do pesquisador)³⁴ e controlar os desvios de análise concomitante à sensibilidade para àquilo que é dito pelos dados.

A presente pesquisa será realizada nas Unidades de Tratamento intensivo (UTI) de adultos e crianças de dois hospitais da região sudeste do país. Os dois hospitais têm como característica comum o fato terem implementado a iniciativa de higienização de mãos conforme preconizado por agências nacionais e internacionais; serem acreditados, o que imprime um padrão de qualidade no cuidado aos pacientes, e por último, serem instituições que desenvolvem ações de ensino e pesquisa. Esses hospitais ao longo da apresentação do estudo serão denominados de hospital Anchieta e hospital Araribóia.

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram: entrevista estruturada/semi-estruturada e observação participante. Ambas foram realizadas pelo autor da pesquisa. A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos. No primeiro deles realiza-se entrevista (Anexo II) com o gestor de cada uma das instituições a ser investigada, cujas atribuições estejam relacionadas à área de qualidade e segurança do paciente. Essa entrevista foi dividida em duas partes: a primeira parte foi estruturada e teve como objetivo obter informação sobre a organização e suas equipes de saúde (relação entre o número de leitos e número de profissionais por especialidade, tipo de vínculo

empregatício, etc.). Buscou também obter informação a respeito da implantação e do processo de implementação da iniciativa de higienização de mãos no que diz respeito ao instrumental utilizado na sua consecução e à capacidade de avaliação do processo empreendido. A segunda parte, semi-estruturada, objetivou obter informações a respeito da implantação e do processo de implementação da iniciativa sob a ótica do gestor.

A observação participante, com origens na antropologia, é realizada através da observação dos atores sociais envolvidos no contexto em estudo. Esse instrumento possibilita a relação face a face entre o pesquisador/observador e esses atores, para daí extrair dados que possivelmente não poderiam ser revelados através da expressão verbal direta, ou até mesmo por meio de entrevistas e questionários. O pesquisador deve possuir uma visão que permita apreender não só o espaço a ser observado, mas também àqueles que nele transitam através da manifestação dos fenômenos e expressões que emergem do cotidiano e da rotina do trabalho. Essa visão possibilita transformar as atividades e idéias humanas captadas em dados inteligíveis e organizados possibilitando a sua compreensão como um todo^{37, 38, 39}.

O pesquisador adotou como estratégia deixar claro para os atores sociais envolvidos, que a relação de campo se restringiria ao tempo de duração da pesquisa, não se entendendo para além desse período. As regras e formas de atuação solidária no convívio com os atores sociais no trabalho de campo também foram adotadas e a observação de acontecimentos julgados importantes dentro das rotinas diárias foi realizada, mas sem haver qualquer tipo de interferência na execução das tarefas dos profissionais. Poderíamos classificar esse tipo de inserção em campo, segundo a nomenclatura proposta por Raymond Gold³⁷ de *Participante-como-Observador*, apesar de ser rara a utilização de qualquer tipo de estratégia em sua forma pura, como destaca o próprio autor.

A observação participante é constituída de etapas, que indicam os momentos cruciais ao longo do percurso do trabalho. E são pelo menos três os momentos apontados: (a) *entrada em campo*; (b) *definição do papel do pesquisador*; (c) *saída do campo*^{37, 40}. A *entrada em campo* diz respeito ao contato inicial e essencial com pessoas que possuem um papel significativo dentro do campo a ser investigado. Ele pode garantir a entrada do pesquisador em campo, mas não a permanência e a continuidade do trabalho. Por esse motivo, é necessária a criação de uma rede de interlocutores que permita o avançar do trabalho de tal forma a prescindir das pessoas que a introduziram no ambiente. E paralelamente, através das relações interpessoais já estabelecidas, desenvolver um lastro de confiabilidade para a consecução do trabalho.

A *definição do papel do pesquisador* ocorre na interlocução entre o pesquisador e o campo, e por conta desse fato não é possível saber *a priori* que rumos irão tomar, mas a experiência e o conhecimento teórico do pesquisador poderão antecipar alguns desfechos, que o possibilita agir e responder às demandas que possam surgir de acordo com as necessidades do bom andamento da pesquisa. Esse papel é fruto dessa dinâmica e pode variar de acordo com a situação da pesquisa. A imagem do pesquisador, que é absorvida pelo grupo onde ele está inserido, sofre mais a influência de sua postura, comportamento, personalidade e aspectos culturais apresentados do que os efeitos e resultados da pesquisa em si. A preocupação dos atores sociais envolvidos está mais voltada para o que de prejudicial ou benéfico o pesquisador possa trazer ao ambiente, ou seja, traições ou inconfidências que poderão afetar as ações ou estratégias utilizadas no convívio diário.

A *saída de campo* diz respeito a como lidar com as relações intersubjetivas estabelecidas ao longo do processo de trabalho, já que os vínculos criados não poderão se romper automaticamente. O momento de saída e o período de manutenção dos

contatos informais estarão diretamente relacionados com o tipo de vínculo estabelecido e para isso não há ‘receita de bolo’. Questões concernentes à relação informal construída entre os envolvidos e o compromisso com o grupo em relação ao uso dos dados obtidos, seu uso científico e forma de devolução, devem ser objeto de reflexão e planejamento como parte integrante das estratégias de construção do conhecimento. As questões éticas e teóricas que envolvem esse momento também devem ser consideradas.

A presente pesquisa teve então, ao utilizar a observação participante, o objetivo de captar o *real do trabalho*, ou seja, *tudo aquilo que no mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico*, relativo à execução das normas e procedimentos de higienização de mãos. A utilização desse instrumento possibilitou a apreensão dos fatores comportamentais facilitadores e dificultadores na execução da tarefa, além da dinâmica intersubjetiva existente entre os atores envolvidos.

Para este fim foi necessário permanecer pelo período de aproximadamente três meses em cada um dos hospitais nas UTIs de Adultos e na UTI Infantil, perfazendo a média de três dias de permanência por semana em cada um desses hospitais. A pesquisa teve início no hospital Anchieta e ao término do trabalho realizado, deu-se o início da pesquisa no Hospital Araribóia. *Os Cinco Momentos para Higienização de Mãos* [Five Moments for Hand Hygiene] preconizados pela campanha *Salve Vidas. Limpe suas Mãos* [Save lives. Clean your Hands] da *World Alliance* foi utilizado como padrão de referência para avaliação da prática dos profissionais de saúde na consecução da higienização de mãos.

Quadro 2 – Mapa de Campo				
Instrumentos	Antecedentes 1	Observação Participante 2	Entrevista 3	Documentação 4
Conceitos	Autonomia (médico)			
Conceitos	Higienização de Mãos			
Observável	<ul style="list-style-type: none"> • Compatibilidade dos dados preliminares obtidos (DATASUS, site na internet, documentos, etc.) com a realidade da instituição; • Coerência e qualidade dos dados preliminares obtidos; • Contato inicial com a instituição para oficialização da pesquisa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condições físicas adequadas para execução dos procedimentos; • Condições institucionais adequadas para execução dos procedimentos (treinamento, incentivos, etc.); • Condições relacionais adequadas para execução dos procedimentos (relacionamento da equipe, informalidade x hierarquização de papéis, carga de trabalho, etc.); • Nível de conhecimento e percepção da equipe com relação às normas e procedimentos; • Oportunidade de higienização de mãos não utilizada: <ol style="list-style-type: none"> 1. Classe profissional envolvida e frequência; 2. Contexto de ocorrência; 3. Fatores físicos, institucionais e relacionais envolvidos; 4. Reação a autopercepção de não realização; 5. Reação a percepção externa (declarada ou não) de não realização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel e influencia institucional do entrevistado; • Tipo de interesse com relação à efetivação da iniciativa; • Tipo de interesse com relação à realização da pesquisa; • Grau de disponibilidade e envolvimento com relação à consecução da iniciativa; • Grau de disponibilidade e envolvimento com relação a consecução da pesquisa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fonte; • Coerência interna; • Condizente com material, procedimentos e ações observados; • Atores envolvidos na confecção da documentação
	1	2	3	4

A interpretação dos dados se deu inicialmente através da microanálise dos dados brutos obtidos, ou seja, um exame cuidadoso através da análise comparativa e da formulação de perguntas, separando os dados e rotulando-os, o que posteriormente possibilitou a identificação de propriedades, sua classificação e definição de uso. No presente trabalho a microanálise foi realizada nos diários de campo construídos a partir da observação participante realizada em cada um dos hospitais e nas entrevistas com os gestores. Esse processo permitiu a descoberta de novos conceitos e relações e o desenvolvimento sistemático de categorias ou fenômenos (importantes para os informantes) em termos de propriedades e dimensões, que foram acrescidas àquelas obtidas através da discussão sobre os modelos teóricos explicativos relativos ao comportamento de baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos (autonomia médica; trabalho prescrito; trabalho real; etc.)

A *codificação axial*³⁴ foi o processo utilizado para interpretar e analisar o material obtido. Esse processo consistiu no agrupamento dos dados anteriormente analisados e em relacionar as categorias obtidas (o fenômeno em si) às subcategorias, ao longo das linhas de suas propriedades e dimensões, com a finalidade de gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. Foram utilizadas indagações do tipo, quem, como, onde, o que, quando, por que, como e com que conseqüências um fenômeno ou fato ocorreu para propiciar maior poder explanatório ao conceito e a categoria que dele emergiu. Esse tipo de codificação busca descobrir relações e posicionar os fenômenos dentro de uma estrutura como também entender como os atores sociais agem e interagem, tendo em vista que as condições criam as circunstâncias para que os acontecimentos de um determinado fenômeno surjam e os meios pelos quais os fenômenos se manifestam, denotam as ações e interações entre pessoas, comunidades e instituições em resposta a certos problemas e questões.

A codificação axial tenta relacionar, portanto, a estrutura como o processo pelo qual os fenômenos se dão e tenta capturar a dinâmica e a natureza evolutiva dos fatos. No presente trabalho, através desse processo, houve o esforço de apreender os padrões que pudessem trazer compreensão das ações dos médicos relativos à violação das normas e procedimentos de higienização de mãos e sua manutenção. O papel do médico dentro da instituição hospitalar e a autonomia funcional e hierárquica dela advinda foram categorias inicialmente utilizadas para análise do fenômeno.

A presente pesquisa pelo fato de envolver seres humanos, ou seja, lidar individual ou coletivamente com o ser humano, de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de informações ou materiais, esteve sujeita a Resolução 196/96 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde que estabelece as *Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos* e nesse sentido cumpriu com as seguintes determinações: (i) obter o consentimento livre e esclarecido e proteger os grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes; (ii) ponderar entre os riscos e os benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, com o comprometimento de oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; (iii) garantir que os danos previsíveis seriam evitados; (iv) conter relevância social ao trazer vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, sem perder de vista o sentido sócio-humanitário envolvido.

O trabalho de campo e suas injunções.

Os dados de campo sobre o estudo de violação às normas e procedimentos da higienização das mãos por parte dos médicos foram obtidos através de pesquisa qualitativa e se baseou na observação participante. Durante esse trabalho houve a oportunidade de realizar entrevistas informais com os profissionais da equipe de saúde, médicos e não médicos, participar de pequenos encontros e assistir a palestra e reuniões clínicas. A entrevista com os gestores foi realizada com o objetivo de obter informações complementares tanto sobre a organização dos serviços e o trabalho das equipes de saúde, como também sobre o processo específico de implantação e implementação da iniciativa de higienização de mãos no que diz respeito ao instrumental utilizado e à capacidade de avaliação do processo empreendido.

A observação de campo foi escolhida por permitir que o pesquisador se encontrasse face a face com esses atores sociais e com muitas das circunstâncias que os cercam, para daí, obter dados, que dificilmente seriam revelados através de outras técnicas. Chamamos a atenção para o fato de que uma das funções do pesquisador é captar os fenômenos ou expressões que emergem do cotidiano e da rotina de trabalho, ou seja, o contexto onde se expressam as ações e os sentimentos desses atores sociais, e é necessário saber escolher o método que melhor contribua para a obtenção de dados necessários para a abordagem das questões da investigação.

Os contatos iniciais dessa investigação envolveram uma série de telefonemas, trocas de e-mails, encontros e reuniões. Através desses trâmites ficaram esclarecidos junto às instituições os objetivos e a forma de obtenção de dados da pesquisa. Nunca houve da parte de nenhuma delas, qualquer reserva quanto à permanência do pesquisador dentro dos serviços e a proposta de contato direto com os profissionais de

saúde foi bem recebido. As instituições prontamente perceberam que esse método de coleta de dados representa uma abordagem adequada para ao estudo da baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos.

A boa receptividade ao trabalho, por parte da Direção, não excluiu o estranhamento de outros profissionais, fato esse que pode ser observado em vários momentos na fala dos mesmos. Expressões como, “*os profissionais já estão acostumados com a auditagem*” foi muito ouvida durante a negociação e apresentação da pesquisa, antes mesmo do início da observação nas Unidades de Tratamento Intensivo - UTIs.

A indagação por parte de avaliadores dos comitês de ensino e pesquisa dessas instituições quanto à pertinência da pesquisa e de seus métodos, se direcionou a princípio ao fato da pesquisadora “*não ser uma observadora anônima*”, e se essa questão faria com que os profissionais “*agissem de forma adequada na sua presença*”. Um dos médicos observados, no início das atividades nas UTIs, afirmou que a investigadora deveria se manter como observadora anônima, já que toda a vez que a visse ele, naturalmente, lavaria as mãos.

As expressões acima destacadas parecem estar ligadas a duas questões complementares. A primeira delas é que os profissionais envolvidos no contexto hospitalar parecem estar pouco familiarizados com trabalhos, pesquisas ou instrumentos relacionados à dimensão qualitativa de análise dos dados, ou seja, a pesquisa social. A outra questão é que a auditoria da adesão aos procedimentos de higienização de mãos, uma medida de avaliação quantitativa introduzida na área, que tem como base de mensuração o número de higienizações de mãos realizadas por número de oportunidades de realização desse procedimento, vem, recentemente, sendo introduzida nos hospitais que adotam essas iniciativas e a aparente semelhança entre os dois

métodos de observação, parece ter gerado essa confusão. Assim sendo, introduzir, nessa área, formas de observar e detectar dinâmicas das ações dos profissionais, para melhor compreendê-los, era ainda uma novidade para todos.

Como essa forma de estudo é um processo construído na relação entre o pesquisador e os observados é importante estar atento as etapas que o constituem. Utilizaremos como eixo para a apresentação do estudo, método e instrumento empregado, os três momentos destacados anteriormente: (a) *entrada em campo*; (b) *definição do papel do pesquisador*; (c) *saída do campo*.

No momento da *entrada em campo* serão explicitados os contatos que emergiram dessa interação e as formas como foram utilizados para a sedimentação e desenvolvimento da pesquisa. Na *definição do papel do pesquisador* trataremos de como a interlocução entre o pesquisador e o campo apontou os caminhos a serem trilhados e as estratégias por ele utilizadas, tendo a experiência do pesquisador e o seu domínio teórico como medida de antecipação de desfechos que a princípio não poderiam ser previstos. A *saída do Campo* apresentará o desfecho alcançado em função das relações intersubjetivas e dos vínculos estabelecidos ao longo do processo de trabalho. E, discute-se também como as reações dos atores sociais envolvidos funcionaram como um ‘termômetro’ em relação à qualidade dos dados obtidos.

Todos os três momentos são delicados e oferecem fontes inesgotáveis de conflitos. Mesmo o trabalho bem conduzido passa por momentos de estranheza, e isso é comum sempre que nos encontramos fora de um terreno familiar. Essa ‘estranheza pacífica’, contudo, pode ser útil para deixar o observador atento.

A Entrada no Campo.

Os contatos iniciais da *entrada no campo* envolvem uma série de procedimentos e condutas que são essenciais aos possíveis sucessos e devem ocorrer tanto no nível formal e quanto no informal já que em ambos os níveis há regras, explícitas e implícitas, que devem ser observadas, sob a pena de colocar por terra todo o empreendimento.

Nos dois hospitais em que foi realizada a pesquisa, o contato inicial se deu com os gestores cujas áreas de atuação estavam diretamente ligadas à questão de segurança e qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. A adesão e o apoio desses profissionais foram de suma importância para a recepção do pesquisador na instituição e o avanço do trabalho. Esses contatos abriram subsequentemente uma cadeia de novos contatos, tanto formais como informais.

Por se tratar de instituições com setores específicos de coordenação de ensino e pesquisa foi necessário não só o cumprimento dos tramites relativos à aprovação da realização da pesquisa na instituição, como também a liberação para a realização de pesquisa com seres humanos segundo os requisitos exigidos por lei. Após essas liberações e outras específicas às regras de funcionamento de cada uma das instituições, tais como: tipo de roupa a ser utilizado para transitar nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), tipo de identificação para ingresso no hospital e nas suas unidades, foi possível definir a data de início da pesquisa nas Unidades de Terapia Intensiva.

Para captar os fenômenos e expressões do cotidiano e da rotina de trabalho, espaço de expressão das ações e sentimentos dos sujeitos, a primeira tarefa realizada foi a familiarização com a estrutura física e organizacional do hospital. Os contatos, formais ou informais, ou seja, os informantes, também possuíam o mesmo grau de importância neste momento, tendo em vista que somente através deles seria possível

realizar a primeira tarefa. Foot-White⁴¹ assinala que o informante é um dos pontos primordiais sem o qual não é possível realizar a observação participante. O informante é o intermediário que possibilita a abertura de vias pelas quais se podem obter as informações necessárias e os contatos subsequentes. Ele também age, junto aos seus pares, como um porta-voz no sentido de dissipar as dúvidas que possam surgir.

Em ambos os hospitais que serviram de campo para a investigação, num primeiro momento, os funcionários de nível administrativo foram aqueles que exerceram a função de informante. O fato de conhecerem não só a estrutura organizacional do serviço, mas também as funções hierárquicas com os seus respectivos poderes e limites, possibilitaram o primeiro 'abre portas' e, em muitos momentos, apontou as regras formais e informais que regem o ambiente e os limites que não poderiam ser transpostos. Os enfermeiros, sem sombra de dúvida, foram os informantes privilegiados ao longo de todo o processo e, em acordo com o que nos aponta Cecílio²⁵, são eles que podem ser reconhecidos como plataforma privilegiada, tanto funcional quanto de poder dentro da estrutura hospitalar, situando-se entre os doentes e o poder médico. Assim sendo, se mostram detentores do conhecimento relativo ao funcionamento do hospital e à dinâmica relacionada aos pacientes dentro da instituição.

A equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, se constituiu no principal grupo gerador de informações na obtenção de dados referentes a estrutura física e organizacional das UTIs pesquisadas, tais como: números de leitos, relação profissional-paciente, tipos de escala de trabalho, divisão de tarefas e tipos de iniciativas de higienização de mãos utilizadas. No hospital Anchieta, por ser de maior porte, as Unidades de Pacientes Críticos englobam UTI de adultos, Unidades Semi-intensivas e Centro de Terapia Intensiva Pediátrica. O reconhecimento e familiarização com a estrutura física se direcionaram, inicialmente, a esses locais, mas

outras dependências foram posteriormente visitadas em função dos desdobramentos da observação de campo. No hospital Araribóia, por ser de menor porte, foi possível conhecer todas as dependências e o fluxograma de entrada e saída do paciente da instituição. Essas informações possibilitaram reconhecer quais caminhos e circunstâncias levaram os pacientes a serem admitidos na UTI.

Algumas diferenças importantes existentes entre os dois hospitais observados foram percebidos logo de imediato durante a entrada no campo: (a) o tipo de vínculo de trabalho do profissional médico; (b) o estágio do processo de implementação da iniciativa de higienização de mãos; (c) o conhecimento, por parte da equipe de saúde, sobre o fluxo e socialização da informação sobre as políticas de cuidado ao paciente, com as respectivas metas estabelecidas pela instituição de cumprimentos aos protocolos e diretrizes clínicos.

O hospital Anchieta possui dois tipos de vinculação dos profissionais médicos com o hospital. Há um Corpo Clínico aberto de médicos credenciados, a partir de critérios estabelecidos pela própria instituição, que encaminham os seus próprios pacientes para atendimento nos serviços prestados pelo hospital, tais como exames e internação. O Corpo Clínico fechado é composto por médicos que são contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Nas áreas críticas de atendimento – Pronto Atendimento, UTI de adultos, Unidades Semi-intensivas e CTI Pediátrica –, os médicos são contratados sob o regime CLT. Os enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos, demais profissionais da equipe de saúde dessas unidades, também são contratados sob esse regime. Os médicos do Corpo Clínico fechado também podem fazer parte do Corpo Clínico aberto, caso preencham os critérios estabelecidos pela instituição. Essas duas modalidades de vínculo de trabalho que perpassa a corporação médica na relação com a instituição trazem desdobramentos

de ordem político/relacional entre esses profissionais e entre eles e os demais membros da equipe, que serão discutidas posteriormente. Já no hospital Araribóia há somente um tipo de vinculação para todos os profissionais da equipe de saúde, ou seja, todos são servidores admitidos através de seleção em concurso público. As distinções existentes entre os profissionais da corporação médica nesta instituição são de outra ordem. Por se tratar de um hospital especializado, o status e a distinção profissional dos médicos estão mais vinculados ao grau de complexidade e dificuldade da tarefa executada do que a forma de vinculação com o hospital.

No que diz respeito ao estágio de implementação das iniciativas de higienização de mãos, constatamos que o hospital Anchieta possuía um percurso mais longo nesse sentido, e esse percurso parece ter estreita ligação com a necessidade de conformidade aos padrões e as metas internacionais de segurança em função da acreditação. O referido hospital, havia sido reacreditado recentemente, perfazendo dez anos consecutivos de conformidade com esses padrões.

Há mais de 10 anos eram realizadas, periodicamente, campanhas abertas sobre a questão da higienização de mãos, ou seja, atividades educativas voltada ao público interno e externo do hospital baseada em apresentação, demonstração dos procedimentos e distribuição de folhetos informativos. Desde 2004, segundo informação de gestores da área, o investimento nessa iniciativa se intensificou. A atenção traduziu-se na realização da avaliação sobre a qualidade do álcool gel utilizado. Há consenso entre os informantes de que esses foram *“os primeiros passos para a adesão aos procedimentos e normas de higienização de mãos”* nesse hospital.

Na sequência desse processo, no ano de 2005, foi elencado um rol de procedimentos críticos entre aqueles já realizados pela equipe de saúde, que estariam

sujeitos a avaliação sistemática segundo as normas e parâmetros das metas internacionais de segurança, dentre os quais estaria incluída a higienização de mãos.

A auditoria das ações de higienização de mãos, implantada desde 2007, foi um marco no processo de implementação da iniciativa nesse hospital, segundo a expressão de uma gestora da instituição, por destacar esse procedimento e propiciar a obtenção de dados mais precisos relativos à adesão dos profissionais a essa iniciativa. Ao longo do ano de 2008, duas estratégias que foram utilizadas no sentido de aumentar a adesão à higienização de mãos dos profissionais de saúde das Unidades Semi-intensivas e Intensivas de adultos. A primeira delas foi o uso de uma metodologia específica que objetivava identificar comportamentos incomuns para solução de problemas dentro da própria comunidade, neste caso a baixa adesão a higienização de mãos nas unidades Semi-intensivas de atendimento crítico, e a partir daí disseminar essas ações dentro do grupo, eliminando possíveis barreiras. A outra estratégia objetivava a promoção de mudanças na organização através do gerenciamento dos processos de trabalho. O aumento da qualidade ocorre com a eliminação do desperdício e o aumento da eficiência na execução dos procedimentos envolvidos nesse processo. Ênfase no controle de qualidade, na análise e solução de problemas e no uso sistemático de ferramentas estatísticas é algumas das características desse método, utilizado na UTI de adultos. Constatamos então o emprego de duas abordagens com métodos diferenciados, qualitativo e quantitativo, para obtenção de maior adesão à higienização de mãos.

O hospital Araribóia, por se tratar de um hospital público diretamente ligado ao Ministério da Saúde, tem algumas de suas ações e diretrizes estratégicas determinadas por esse órgão, e assim ocorreu com a questão da acreditação. Há cerca de uma década, esse hospital foi designado a se tornar um 'hospital piloto', em função das

suas características e tamanho, no que diz respeito a esse processo. Várias ocorrências de ordem político-institucional acarretaram a interrupção do processo de acreditação, sendo retomado mais recentemente.

Nesse contexto, campanhas educativas de higienização de mãos ocorreram esporadicamente a partir da proposta inicial de acreditação. Em decorrência desse fato, é possível encontrar-se espalhado pelo hospital e, principalmente, nas dependências da Unidade de Tratamento Intensivo (UTEIN), cartazes alertando para a importância do procedimento. A introdução do álcool gel no hospital ocorreu inicialmente na UTEIN, em 2004, por iniciativa de sua chefia. Atividades de capacitação voltadas para a equipe de enfermagem, nos últimos quatro anos, que dão destaque à questão da higienização de mãos, ocorreram em função da retomada e da busca de conformidade às metas internacionais de segurança do paciente. As campanhas educativas tornaram-se periódicas. Foi integrada ao conteúdo da maioria dos cursos direcionados profissionais da instituição, a higienização de mãos como estratégia de prevenção das infecções associadas à assistência em saúde. Mais recentemente foi realizado um treinamento para todos os profissionais, envolvendo desde o auxiliar de limpeza até o médico, com duração de dois meses. Esse treinamento atingiu 65% de cobertura. Também, segundo informação provinda do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, encontra-se em andamento a implantação da auditoria da higienização de mãos.

Pareceu-nos que a etapa em que o hospital Anchieta e o hospital Araribóia se encontram, com relação ao processo de implementação dos procedimentos e normas de higienização de mãos, representa um fator associado à intensidade com a qual o fluxo, a socialização da informação, do conhecimento e das políticas do cuidado ao paciente ocorrem entre os profissionais de saúde.

A homogeneidade do discurso dos profissionais do hospital Anchieta não apenas em relação aos procedimentos de higienização de mãos, mas também com relação às políticas institucionais de qualidade no atendimento aos pacientes, tornou-se evidente. O conhecimento sobre os procedimentos e fluxo de trabalho por parte das diferentes categorias e hierarquias profissionais, assim como a clara percepção de seus objetivos, metas e cultura de aprimoramento da instituição é um processo em constante funcionamento. A adesão aos processos de melhoria da qualidade pode ser resumida na assertiva de um médico intensivista da UTI de adultos, que acredita que

O hospital tem como perfil não se acomodar com o que já foi conquistado em termos de conhecimento e sempre se propõe romper barreiras e a obter mais.

Esse fato também pode ser constantemente observado nas conversas de corredor e nas salas de descanso, tanto nas unidades de atendimento da UTI de adultos quanto nas unidades Semi-intensivas. Elas giravam frequentemente em torno da conformidade dos procedimentos a serem executados e dos padrões técnicos a eles relacionados, com base na literatura científica ou nas diretrizes clínicas implantadas na instituição. O período inicial do trabalho de campo nessa instituição coincidiu com o final da fase aguda da epidemia de influenza A (H1N1). Nesse período houve um paciente internado na UTI de adultos com esse diagnóstico, com quadro clínico grave. Percebemos que a preocupação da equipe médica centrava-se na reversão do quadro e estabilização das condições clínicas do paciente. As precauções e cuidados necessários para impedir a disseminação do vírus eram seguidos criteriosamente por todos os membros da equipe de saúde. Não percebemos nesse sentido, maiores preocupações quanto a realização dos procedimentos de higienização de mãos ou mesmo maior observância desses procedimentos.

A recepção da maioria dos profissionais da equipe de saúde ao investigador e ao próprio tema da pesquisa, talvez como consequência do contexto descrito acima, foi de interesse e curiosidade, tanto por seus objetivos quanto pelos desdobramentos que poderiam trazer para a execução das tarefas cotidianas daquele serviço. No entanto, desconfiança, estranhamento e olhares perscrutadores em direção ao membro alheio à equipe também ocorreram, como era natural de se esperar. A postura cortês inicial, que permaneceu ao longo de todo o período da pesquisa, foi acrescida ao longo do trabalho de campo por diversas outras, traduzidas em atos e atitudes que ajudaram o pesquisador a redirecionar ações e procedimentos na busca de seus objetivos. Os médicos não apresentaram reações diferentes dos demais profissionais.

No hospital Araribóia pareceu-nos que o interesse e a curiosidade dos profissionais da equipe da UTEIN se focalizaram, a princípio, mais na figura do pesquisador, com a pesquisa e seus objetivos ficando num segundo plano. O estranhamento diante do pesquisador também pareceu se estender ao porquê da temática, já que questionamentos sobre os procedimentos de higienização de mãos retornou mais tarde de forma coletiva. A maioria dos profissionais, de forma direta ou indireta, se referia ao treinamento recentemente realizado no hospital, quando eram confrontados inicialmente com a temática sobre a higienização de mãos e aos comportamentos a ela relacionados, objeto da pesquisa.

A equipe de saúde da UTEIN é composta por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Nos contatos iniciais com esses profissionais, momento em que o pesquisador buscava informações sobre o espaço físico, a estrutura de atendimento e as normas e políticas institucionais, para melhor compreensão do contexto, percebeu-se que esses profissionais possuíam domínio sobre a execução dos procedimentos e normas técnicas relacionados aos cuidados imediatos

dos pacientes. Mas o conhecimento sobre as metas e políticas assistenciais da instituição era desarticulado e por vezes contraditório, possibilitando toda a sorte de ruído de comunicação.

A recepção ao pesquisador por parte da equipe de saúde foi amistosa, porém com algum estranhamento e desconfiança iniciais. A familiarização ao pesquisador ocorreu de forma paulatina e natural, tanto por parte de toda equipe da UTEIN, como daqueles que prestavam serviços de apoio (porteiros, auxiliares de limpeza, etc.). Outras condutas e ações foram surgindo pontualmente ao longo da pesquisa de campo por parte de todos os membros da equipe saúde, inclusive os médicos, e serão apresentados mais adiante.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), componente obrigatório nas pesquisas realizadas com seres humanos, foi utilizado na presente pesquisa. Tanto o hospital Anchieta quanto o hospital Araribóia não estabeleceram regras ou normas quanto ao momento ou ao modo de apresentação aos médicos. Esse fato possibilitou que o TCLE se tornasse um instrumento de aproximação individual com os médicos. Nesses momentos, que foram administrados segundo as possibilidades do contexto e os objetivos do pesquisador, foi possível conversar com cada profissional, falar-lhes sobre a pesquisa e seus objetivos, de forma diferenciada de acordo com cada interlocutor. Essas pequenas entrevistas permitiram familiarização dos médicos com a figura do pesquisador, o que posteriormente facilitou o seu reconhecimento no ambiente de trabalho. Elas serviram também para a obtenção: (a) do grau de conhecimento que o profissional possuía sobre o tema; (b) da forma como ele lidava com a temática; (c) um retrato indireto de como a instituição em que ele estava inserido lidava com a temática; (d) da forma como seus pares e dos demais profissionais da equipe de saúde lidavam com a questão.

Às possibilidades que se abrem diante do pesquisador na etapa da *entrada de campo*, e que devem estar presentes ao longo de toda a pesquisa, acrescento o fato de que saber ouvir, escutar, ver, falar, perguntar ou silenciar nos momentos oportunos, em suma, fazer bom uso dos seus sentidos⁴², faz toda a diferença na consecução da pesquisa e na criação de oportunidades para obtenção de dados qualitativamente significativos. E Minayo nos orienta que:

A atitude de observador científico consiste em colocar-se do ponto de vista do pesquisado, com respeito, empatia e inserção, o mais íntima e mais intensamente possível (...), ter abertura para o grupo, sensibilidade para sua lógica e para a sua cultura, lembrando-se de que a interação social faz parte da condição e da situação de pesquisa. (...) Cabe ao pesquisador ser um perscrutador insistente, que está sempre entre as balizas dos conhecimentos teóricos e informações de campo. (p. 227)³⁷

Destaco ainda que, o diário de campo, apesar de ser um simples caderno de anotações, é um instrumento de suma importância, pois além de ter um aspecto ordenador do material observado, nele são registradas as impressões pessoais, conversas informais, observações de comportamentos e manifestações de interlocutores que são o acervo utilizado para a análise do objeto em estudo, ou seja, é na íntegra a pesquisa de campo^{37, 42}.

Definição do papel do pesquisador.

Acrescentando ao que foi apresentado anteriormente, Minayo³⁷ nos aponta que os indivíduos que transitam no contexto analisado têm pelo pesquisador as seguintes impressões e expectativas:

As pessoas que o introduzem no campo e seus interlocutores querem saber se ele é ‘uma boa pessoa’ e se não vai ‘fazer mal ao grupo’, não vai trair ‘seus segredos’ e suas estratégias de resolver os problemas da vida. (p. 284)³⁷

Para lidar com a instabilidade adicional introduzida ao ambiente pela presença do pesquisador, há uma tendência por parte do grupo de construir e definir papéis para ele, ou seja, nomear e circunscrever a *personalidade* e o *comportamento* desse novo personagem introduzido temporariamente e em condições especiais no grupo. Esses papéis, além de informarem ao pesquisador parte da dinâmica existente nesse ambiente, trazem também à tona as idéias, crenças e ritos que permeiam condutas, no caso da presente pesquisa, as condutas e ações dos profissionais de saúde e em especial dos médicos com relação a baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos. A percepção do pesquisador sobre os papéis que lhe são atribuídos auxiliará na condução do seu comportamento e nas atitudes a serem realizadas dentro desse contexto por sempre ter em vista as boas condições de levar a termo o seu trabalho no campo. O pesquisador também deverá estar atento com a forma de lidar com esses diversos papéis que entram e saem de cena, para que ele possa explorá-los como parte integrante do material de análise, até o ponto em que esses papéis não se cristalizem de forma a se tornarem impeditivos ao andamento do trabalho. Esses papéis não possuem uma linearidade e delimitação precisa na sua forma de apresentação e sequência de aparição. Vários papéis podem estar sendo atribuídos ao pesquisador ao mesmo tempo, pela mesma pessoa ou por grupos distintos³⁷.

Foi possível observar tanto no hospital Anchieta quanto no hospital Araribóia, que houve uma sequência relativamente linear na construção dos papéis atribuídos ao pesquisador, mas estes se apresentaram com intensidades e duração diferenciada de

acordo com as características de cada uma dessas instituições. Paralelamente ao sempre presente papel de estranho foram atribuídos, por ordem de ocorrência, os seguintes papéis: (a) o de visitante; (b) o de aliado da instituição; (c) o de amigo; (d) o de aliado da equipe de saúde.

O pesquisador como visitante.

Nos primeiros momentos de ingresso no campo tanto no hospital Anchieta quanto no hospital Araribóia, a despeito da solicitação do pesquisador, um ou mais profissionais se puseram espontaneamente no papel de *cicerones*, mostrando lugares, apresentando profissionais que possuíam posições hierárquicas de destaque ou locais e serviços que possuíam estrutura diferenciada dentro do contexto da instituição segundo critérios mais ou menos pessoais do próprio informante. O que chamou atenção nessa postura, que inicialmente poderia ser considerada natural como medida de oferecer informação para quem ingressa em um ambiente novo, com quem observará e conviverá por algum tempo, foi o fato de haver um ‘roteiro’ implícito nas apresentações realizadas. Isto é, qualquer solicitação feita por parte do pesquisador que não fosse ao encontro desse ‘roteiro’ ou era descartada ou incorporada à visita após um explícito esforço de compreensão por parte do *cicerone*. A apresentação dos serviços específicos onde se realizaria a pesquisa e as suas respectivas equipes também ficou inicialmente sujeita a essa lógica. Entretanto, boas surpresas advieram desse tipo de apresentação. Reuniões intersetoriais, discussões de casos clínicos, participação em cursos, almoços informais, entre outros, trouxeram uma gama expressiva de informações, que de outra forma não seria obtida. Mas houve também outras tantas apresentações, que tiveram sua utilidade para a pesquisa somente no aspecto de propiciar um vínculo com o contexto e

os atores sociais que nele estavam inseridos, que por sua vez eram um retrato das expressões grupais, além de respeitar e acolher sua lógica de funcionamento.

Um dos aspectos que podem estar relacionados ao ato de *ciceronear* é o fato de que tanto o hospital Anchieta quanto o hospital Araribóia são hospitais de referência. Por conta dessa condição, é comum receberem visitantes interessados em obter informações, realizar convênios e intercâmbios, em busca da troca de conhecimento e aprendizado. Outro aspecto que podemos levar em consideração, esse mais estritamente relacionado à técnica de obtenção de dados, é o fato de que ao *ciceronear* visitantes, há como suporte um roteiro relativamente pré-estabelecido com maior grau de controle sobre o que deverá ser mostrado, o que, conseqüentemente, reduzirá o campo de observação do pesquisador. Ter alguém no ambiente profissional, mesmo que em nome da produção de conhecimento, mas voltado para analisar os atos e ações cotidianas em relação a sua adequação e observância na realização de procedimentos técnicos, de fato não é agradável e é sujeito a conflitos. Segundo a expressão de Christophe Dejours^{16, 17,}^{19, 20} essa situação pode gerar mecanismos (inconscientes) de defesas coletivos.

Portanto, faz parte das atribuições do pesquisador administrar e não se deixar cristalizar no papel a ele oferecido. Aceitar convites e acatar propostas dos *cicerones* por um lado e criar espaços e se desembaraçar desses mesmos *cicerones* criando novos elos relacionais, por outro, faz parte do processo e gera conseqüências positivas e negativas que devem ser administradas. A independência relativa criada em relação aos primeiros contatos pode ser percebido por todos dentro do ambiente e sua expressão ficou evidenciada através da maior movimentação no campo e da aquisição de novos interlocutores. Esse esforço do pesquisador em avançar na pesquisa, provavelmente o inseriu em novo papel, o de *aliado da instituição*, que permaneceu em maior ou menor

grau ao longo do processo de observação no campo e permitiu a aproximação de alguns membros do grupo como também afastou a tantos outros.

O pesquisador como aliado da instituição.

A auditoria dos procedimentos de higienização de mãos ocorria, até o momento em que foi realizada a pesquisa, somente no hospital Anchieta e estava em vias de ser introduzida como instrumento de mensuração a adesão aos procedimentos de higienização de mãos no hospital Araribóia. Dessa forma, o termo auditor e o processo de auditagem era amplamente conhecido no hospital Anchieta e inteiramente desconhecida no hospital Araribóia.

A auditoria envolve um avaliador, o auditor, cuja função é verificar se os procedimentos e técnicas específicos que envolvem o processo de higienização de mãos estão sendo realizados nos cinco momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nessa abordagem, o auditor é um observador anônimo, para que a sua presença não seja fonte de influência sobre aquele que deve realizar o comportamento a ser avaliado. O anonimato como uma das características pertinentes à função do avaliador, acarretou primeiramente, certa confusão nos profissionais do hospital Anchieta entre a auditoria e a pesquisa, apesar das consecutivas explicações dadas. Posteriormente, essa confusão de papéis e funções iniciais foi utilizada pelos médicos de forma jocosa para expressar, paralelamente a sempre presente conduta cortês, seus sentimentos e inquietações com relação a presença do pesquisador em seu ambiente. Expressões como:

“Se você tivesse chegado a Unidade minutos antes, teria me visto higienizando as mãos.”

Ou

“Assim não vale! Toda a vez que eu te vejo eu me lembro que tenho de usar o álcool gel.”

Sem contar as inúmeras vezes que diversos médicos, no hospital Anchieta, ao perceberem a presença do pesquisador no seu contexto de trabalho, tomavam a atitude deliberada de se dirigir ao dispensador de álcool gel e logo após, entre sorrisos, fazer os vários movimentos de higienização de mãos, quase que de forma caricatural para ser visto. O mesmo tipo de brincadeira foi algumas vezes realizado mesmo sem a utilização do álcool gel.

No hospital Araribóia, em função do estágio em que se encontrava o processo de implementação das iniciativas de higienização de mãos e do desconhecimento relativo às estratégias de avaliação (auditoria) a adesão a iniciativa, fez com que dúvidas relativas à metodologia da pesquisa surgissem de forma diferenciada e as condutas com expressão, entre cooperação e controle, foram mais sutis. Essa conduta pode ser observada durante diálogo entre o pesquisador e dois médicos da UTEIN, onde surgiu a sugestão de realizar as observações de campo no período da manhã, horário de maior atuação dos intensivistas junto aos pacientes. Como resposta a sugestão, os médicos foram informados que o trabalho realizado ia um pouco além da observação direta da execução de procedimentos. Após essa breve explicação, ambos brincaram e recordaram a expressão jocosa utilizada por outro médico, que naquele momento não estava presente, com relação às intenções do pesquisador e o fato dele ser um *espião*.

Esse termo foi utilizado por um dos médicos, do hospital Araribóia, e rapidamente assimilado pelos demais colegas, mesmo sem lançar mão da palavra. Ele foi utilizado pela primeira vez após o término da reunião de discussão de casos clínicos, por médico que já fora apresentado ao pesquisador na ocasião. Com ar malicioso perguntou ao colega, coordenador da equipe: *“Essa é o espião que enviaram para saber*

se a gente lava as mãos?” Após o comentário, um tanto constrangido, mas simpático, desculpou-se de forma indireta pela brincadeira feita.

Na sequência podemos ver a sua incorporação:

Após o café na sala da AQ, fui assinar o ponto e me dirigi a UTEIN. Esse era o dia do plantão do médico X, que me recepcionou brincando e me chamando de 'espião'.

Não só os médicos incorporaram o termo *espião*, cunhado pelo referido médico da equipe de intensivistas. Os demais membros da equipe multiprofissional também o fizeram e essa conduta se evidenciou em conversa informal na sala de reuniões com a presença de dois fisioterapeutas e uma nutricionista. No momento em que o pesquisador lhes falava sobre a forma de coleta de dados utilizada na pesquisa, a nutricionista brincou mencionando a expressão utilizada anteriormente pelo médico da equipe. Como resposta o pesquisador entrou no papel e respondeu: “*Cuidado! Estou aqui para observar quem lava e quem não lava as mãos*”. A estratégia de não opor ou criar resistência ao papel que naquele momento estava sendo imputado ao pesquisador, e ao contrário disso, assumi-lo de uma forma leve e natural, foi o meio encontrado para lidar com essa atitude e avançar na pesquisa de campo.

O observador, vivenciado por esses profissionais como o ‘estranho’, sofreu denominações específicas segundo os referenciais familiares a cada um dos contextos em que esses grupos estavam inseridos. Acolher esses papéis foi, por um lado, caminhar ao encontro da expressão da verdade, mesmo que de maneira exacerbada. O pesquisador, de certa forma tal qual um espião ou auditor, realiza um escrutínio sobre a realidade observada para dela extrair informações na busca da apreensão dos ‘imponderáveis da vida real’, que só podem ser obtidos através da inserção na realidade empírica, onde ocorrem as rotinas cotidianas do trabalho, os detalhes das ações

executadas, as entonações das conversas, as hostilidades e simpatias momentâneas entre as pessoas⁴³.

As expressões empregadas verbalmente ou não pelos profissionais de saúde como relação jocosa ('the joking relationship') com o pesquisador foi um meio de expressão do conflito existente entre cooperação e controle. Além da expressão de um conflito, a relação jocosa tem por função manter a continuidade e funcionalidade de uma relação de antagonismo aparente e abrir espaço para ações de complementaridade e solidariedade entre os envolvidos⁴⁴.

O pesquisador como amigo.

A relação face a face vivida pelo pesquisador com os profissionais dos hospitais ao ser um observador participante o impele a fazer parte desse contexto, mas obviamente sem pretensão de ser igual. O contato, de início formal, vai se transformando à medida que a frequência e regularidade de permanência no campo de pesquisa aumenta. A familiarização com as dependências do ambiente, sejam elas os próprios locais onde os cuidados relacionados aos pacientes acontecem ou as salas de descanso nos intervalos dos lanches, acabam possibilitando a ocorrência de variados tipos de encontros, o que aumenta a qualidade das interações não só com esses indivíduos, mas também com o seu universo de valores. Expressões típicas utilizadas, formas de organização do trabalho, momentos de relaxamento onde piadas são contadas, situações aflitivas diante ao quadro de saúde de um paciente, problemas de ordem institucional que afetam o andamento do trabalho, atritos interpessoais e conflitos hierárquicos são observados. Ao longo do tempo o pesquisador sai da posição de mero observador e passa a ser testemunha de todos esses eventos. Segundo o

Dicionário Houaiss, testemunhar é o ato de ser chamado a assistir atos autênticos, e nesse sentido é quase impossível permanecer na posição de um mero observador. Com o passar do tempo os próprios atores sociais do campo observado, em função de seus primeiros temores relativos à figura do *pesquisador como aliado da instituição* terem arrefecido, convidam-no a se inserir no contexto, tal como a seguir, no episódio ocorrido entre o pesquisador e profissional técnico da UTI de adultos no hospital Anchieta:

Ei, você (tentando identificar o nome do pesquisador no crachá)! Empresta essa caneta com marca texto? Comigo é assim. Quem entra na unidade em que estou de serviço tem que participar ... risos ...

Testemunhar conversas informais nos momentos de descanso desses profissionais é um passo para ser chamado a opinar e de alguma forma contribuir com seus conhecimentos e atributos a questão em pauta naquele momento.

A conversa das fisioterapeutas girava em torno de uma polemica relativa a contar ou não alguma notícia difícil para uma criança. De repente uma delas me interpelou da seguinte forma: “você, que é psicóloga, se deve dar certas notícias para as crianças?”.

Como nos apontam diversos autores^{37, 39, 42}, os pesquisadores nunca passam despercebidos, seus passos são conhecidos e muitas vezes controlados, ou seja, o observador é observado durante todo seu processo de trabalho.

Já os médicos da UTI de adultos, do hospital Anchieta, em momento de descanso tiveram reação semelhante à acima exposta, na presença do pesquisador, mas com reações mais contidas. Ao participar, como expectador, de conversa informal entre dois médicos que girava em torno de relatos referentes à criação e comportamento dos filhos e à preocupação sobre a influência de características de suas profissões pudessem

acarretar neles, o pesquisador percebeu que de forma velada eles desejavam saber a sua opinião sobre o tema.

Com o avançar do tempo de permanência no campo, *confissões* e queixas relativas ao ambiente de trabalho surgiram, primeiramente através do desvelar de episódios conflituosos, que provavelmente em outras circunstâncias ficariam mais encobertos. Um fato exemplar ocorreu na unidade Semi-intensiva do hospital Anchieta, a chegada do pesquisador ao posto de enfermagem dessa unidade permitiu que testemunhasse as queixas de um médico da equipe com relação a embate ocorrido com o médico assistente de um paciente internado na unidade. Enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros profissionais ouviram solidários o desabafo do colega. Os enfermeiros de forma verbal, os demais com a presença e o silêncio cúmplice. Em dado momento o médico expressou contrariado:

Toda vez que eu venho para o plantão, no caminho enquanto eu dirijo, eu rezo para ter um bom dia e que para não ter que enfrentar problemas com os médicos assistentes.

A questão relativa às dificuldades dos intensivistas do hospital Anchieta em lidar com os médicos assistentes, surgiu em vários momentos. Por algumas vezes essas queixas foram expressas da forma acima relatada. Entretanto, ao final do período de pesquisa de campo, alguns médicos aproveitaram as oportunidades de contatos e conversas aparentemente informais, para falar de forma direta sobre as suas relações com os médicos assistentes. Em observação de campo no período noturno o pesquisador foi colocado a par de algumas especificidades existentes com relação ao funcionamento das unidades de atendimento crítico, no que diz respeito à divisão de tarefas e responsabilidades dos médicos que cuidam dos pacientes ali internados. Nessas unidades, segundo relato queixoso de um médico intensivista, “*não é o profissional que*

tem poder de decisão sobre a condução dos cuidados dos pacientes”. Em sequência comenta que a maioria das UTIs em outros hospitais são “*fechadas*”, ou seja, o plantonista cuida de forma integral do paciente, ficando a cargo do médico assistente os cuidados relativos ao problema de saúde que levou o paciente a ser internado. Ao final da conversa esse profissional expressou que “*esse modo de atendimento na UTI do hospital indica que o cliente do hospital não é o paciente, mas sim os médicos assistentes*”

No hospital Araribóia o papel de *amigo* ocorreu mais ou menos da mesma forma e dentro do mesmo período de permanência na pesquisa de campo, entretanto os motivos das queixas eram outros. A insatisfação salarial era uma queixa unânime que perpassava todas as categorias profissionais. Essa queixa se desdobrava em nova queixa: a extensa carga horária de trabalho, devido ao acúmulo de empregos, que limitava o tempo para lazer e relaxamento com a família. Em conversa informal do pesquisador com enfermeira da equipe, no trajeto entre o posto de enfermagem e a salinha da enfermagem, esta falava das dificuldades de execução do trabalho por conta dos baixos salários. Nesse caso, a profissional se referia aos desdobramentos funcionais acarretados pela pequena diferença existente entre os salários dos enfermeiros e os técnicos de enfermagem. Essa pequena diferença gerava desmotivação entre os enfermeiros, e afirmava que “*antigamente eu estimulava os técnicos a fazer faculdade para se aprimorarem, mas recentemente eu parei de fazer isso*”. A mesma profissional acrescentou que o diferencial deste hospital era que não faltava material para o trabalho.

As queixas trazidas pelos profissionais médicos apontavam não só os problemas decorrentes dos baixos salários, mas também a desvalorização do médico no mercado de trabalho e as conseqüências desses fatos na vida pessoal. De forma indireta, esses fatos apontavam para a perda de autonomia médica em seu aspecto financeiro, e

mencionavam temores, ainda de forma inespecífica, do quanto o baixo salário poderia resultar em perda de prestígio dos profissionais médicos.

Uma conversa presenciada pelo pesquisador entre um médico e uma enfermeira da UTEIN foi um exemplo dessas preocupações. A discussão entre esses profissionais a respeito da condução e dos prognósticos de determinados pacientes, repentinamente voltou-se para as condições de trabalho em relação ao seu aspecto financeiro. Inicialmente falou-se da relação desproporcional entre a carga horária trabalhada e o salário recebido. A compra de hospitais que estava ocorrendo no município, assunto recorrente entre os médicos da equipe, foi o tema seguinte. Através dessa discussão foi possível observar a preocupação dos médicos com relação às possibilidades de melhoria do mercado de trabalho e o aquecimento dos salários. A menção da perspectiva de instalação de hospital renomado no município e os reflexos positivos resultantes desse fato, fez com que esse médico, de forma queixosa, relembresse o episódio de sua recente transferência de local de trabalho em outro hospital onde era contratado. Discorreu, de forma impotente, sobre as conseqüências que a maior distância entre o trabalho e a sua residência trouxe para a sua vida profissional e pessoal. A conversa foi finalizada com o seguinte comentário que parece expressar os impasses vividos pelos médicos:

Um amigo médico e quase vizinho que tem um padrão de vida financeiro alto, mas não usufruí de tudo que obtém porque está sempre trabalhando.

Nesse hospital, as dificuldades na relação entre os médicos e a equipe de enfermagem mostraram-se de forma mais clara do que no hospital Anchieta. Lidar adequadamente com esse tipo de polarização no trabalho de campo é essencial, pois caso contrário a coleta de dados no trabalho de campo pode ser comprometida.

Essa polarização era percebida até na divisão dos espaços de trabalho. O posto de enfermagem era o *reduto* da equipe de enfermagem e a sala de reunião e as dependências contiguas eram *reduto* dos médicos e em sequência, dos demais profissionais. Dividir democraticamente o tempo de observação em cada um desses locais foi de extrema relevância. Manter-se isento às queixas trazidas ora pelos médicos ora pela equipe de enfermagem, que surgiam por vezes até de forma agressiva, representa uma medida profilática para não ser capturado no papel de *amigo*, não aceder aos diversos convites de ‘tomar partido’ e evitar futuros entraves no andamento da pesquisa.

Duas situações paradigmáticas vivenciadas pelo pesquisador expressaram essa clara divisão. A primeira delas ocorreu em momento de observação no plantão noturno nos leitos da UTEIN quando boa parte da equipe de enfermagem já se encontrava em movimentação de trabalho de início de plantão. Dois profissionais da equipe ainda se mantinham dentro do posto de enfermagem em tarefas pessoais, aguardando o momento de iniciar suas atividades específicas. Nesse ínterim dois médicos atendiam os pacientes no leito. Conversa amistosa entre os médicos e uma das enfermeiras que ainda estavam no posto de enfermagem teve início, fato que chamou a atenção do pesquisador, por não ser usual. Comentários brincalhões e descontraídos ocorreram de parte a parte, que mais tarde foram percebidos por se dever ao fato do marido da enfermeira ser amigo e colega de profissão dos médicos ali presentes. Em dado momento, houve alguns comentários sobre os valores das anuidades cobradas pelos seus respectivos conselhos profissionais. O comentário crítico de um dos médicos quanto ao valor da taxa de anuidade cobrada pelo Conselho de Enfermagem teve o efeito de transformar o clima amistoso e trazer a tona, de forma abrupta, o real clima de

relacionamento existente entre as duas equipes, o que podemos constatar por um dos comentários finais estabelecidos entre esses profissionais.

A enfermeira revidou o comentário crítico feito pelo médico de forma contundente. Ao se dar conta do fato, como forma de amenizar o clima gerado, finalizou o episódio mencionando a seguinte frase utilizada pelo seu marido: ‘Como eles te agüentam desse jeito?’ Ao que ela própria respondeu: ‘Médico fala mal de enfermeiro, então enfermeiro fala mal dos médicos’.

Uma conversa casual entre dois médicos da UTEIN, que teve início na sala de reunião e depois continuou em ambiente mais privado do serviço, foi o palco para a expressão da animosidade dos médicos com relação a equipe de enfermagem, ou seja, o outro lado da história. O pesquisador foi novamente testemunha de conversa sobre a compra e venda de hospitais no município e os possíveis desdobramentos. Em dado momento tornou-se claro que a preocupação dos médicos ia além dos aspectos financeiros envolvidos. Ela se voltava, mesmo sem explicitação da questão e de forma pouco consciente, ao temor com relação ao decréscimo ou mesmo à perda do *monopólio de saber e prática* dos médicos, que conseqüentemente influiria no papel do médico como *exclusivo detentor de autoridade no campo de saúde* implicando, portanto, na perda da *autonomia técnica e hierárquica*. A preocupação com os grupos que competiam na compra de determinado hospital estava relacionada à postura e visão que eles tinham com relação à corporação médica. Para um desses grupos os médicos eram tidos como agentes técnicos que traziam dinheiro para a instituição através de sua atuação profissional. Para o outro grupo, nas palavras do profissional que até aquele momento dominava a conversa, “*os médicos eram tratados com deferência e eram a prioridade*”. O silêncio mantido, por parte do outro médico, ao longo da conversa foi

quebrado próximo ao seu término para expressar a sua indignação. Exemplificou com uma situação vivida por ele na UTI do hospital mencionado anteriormente e cuja postura da Direção com a corporação médica era meramente técnica e pecuniária. A equipe de enfermagem foi identificada, nesse contexto, como outro opositor e um dos principais contendores no que diz respeito à competição em relação à detenção da autoridade no campo da saúde:

*Todos os enfermeiros estavam no posto de enfermagem,
sentados e ninguém levantou para me dar o lugar. Eu é que tive de pedir.*

Ao ouvir o relato de tal fato, seu parceiro na nossa conversa expressou sua indignação e complementou:

Eles (os enfermeiros) têm raiva dos médicos.

A duração do trabalho de campo trouxe uma natural diminuição dos temores vividos pelos profissionais da equipe de saúde com relação à pesquisa e aos possíveis julgamentos feitos pelo pesquisador com relação ao que era observado. As situações de conflito que se desenrolaram diante do pesquisador nesse período podem expressar esse fenômeno. Porém, ressaltamos que esses temores não se extinguiram. Os convites de aproximação e os acenos para compartilhar das atividades dos grupos também possuíam um apelo conciliatório em relação aos conflitos surgidos em função da presença de um ‘estranho’ no espaço de trabalho e convivência. Os temores ainda existentes eventualmente faziam com que os atores sociais objeto da pesquisa buscassem no pesquisador um envolvimento maior com os processos e dinâmicas objetivas e subjetivas que se desenrolavam em suas vidas diárias. Mas é papel do observador se esforçar para captar em profundidade os aspectos que emergem do contexto, em especial os subjetivos, com um mínimo de intervenção possível, mantendo-se a certa

distância, ou seja, sustentando um equilíbrio instável como se estivesse numa corda bamba.

O pesquisador como aliado da equipe de saúde.

Nas três últimas semanas da observação, tanto no hospital Anchieta quanto no hospital Araribóia, as equipes de saúde das unidades de atendimento crítico estavam bastante familiarizadas com o pesquisador. Essa familiaridade se traduzia por acenos e cumprimentos recebidos nos lugares onde passava, pelos convites que recebia para acompanhá-los no lanche e pelas perguntas de cunho pessoal que lhe eram direcionadas, do tipo: *“Você têm filhos? Qual a idade deles? Quer participar do Bolão da Virada com a gente?”*

Uma das atividades prevista na pesquisa, realizada neste período, foi a observação de plantões noturnos e de fim de semana. Essa estratégia de trabalho, que proporcionou a possibilidade de conhecer o funcionamento dessas unidades em suas múltiplas facetas, gerou na maioria dos membros das equipes um sentimento de maior credibilidade com relação à pesquisa e maior respeito à figura do pesquisador. O fato de ser visto no hospital em horários pouco comuns a boa parte daqueles que nele trabalhavam, num primeiro momento foi absorvido com certo espanto, mas em seguida foi compreendido como genuíno interesse e esforço na obtenção de material elucidativo aos objetivos da pesquisa. Essa reação pode ser encontrada nos dois hospitais, mas duas situações em especial ocorridas no hospital Anchieta, trouxeram ao pesquisador um retrato da conduta acima mencionada.

Um desses episódios ocorreu no CTI pediátrico, no momento da passagem do plantão diurno para noturno. Ao se apresentar ao médico intensivista responsável

pelo plantão, o pesquisador percebeu que o referido médico estava realizando dobra de serviço de 12 horas, o que deu oportunidade para o seguinte diálogo:

Quando me apresentei novamente a ele no corredor ele me saudou com a seguinte expressão: “Nossa! Você ainda por aqui?”, ao que eu respondi: “Você também!”.

O outro episódio que nos chamou atenção ocorreu algumas horas antes. Em conversa com enfermeira da equipe foi mencionada a reação de determinado médico ao fato de que a partir daquele período a observação de campo seria realizada nos plantões noturnos e de fim de semana. A atitude inicial desse profissional foi dar uma sonora gargalhada, que poderia ser traduzida pela expressão: *“Que atitude desnecessária!?”*. Mas, imediatamente a seguir, ele perguntou o por quê dessa alteração de horário, o que deu a oportunidade ao pesquisador de dar seguinte resposta: *“Se isso não for feito, não será possível dizer que as UTIs foram realmente conhecidas”*. A reação imediata do profissional foi transformar sua expressão risonha e concordar, já com o semblante sério, que a dinâmica de trabalho nestes horários era outra.

A credibilidade e seriedade imputadas à pesquisa e ao pesquisador, a partir de então, possibilitou a proximidade de situações e conversas com maior riqueza de conteúdo, à convite desses próprios profissionais, abrindo portas para oportunidades únicas. Uma dessas oportunidades foi a discussão realizada por uma equipe multiprofissional do CTI pediátrico do hospital Anchieta, a respeito da coordenação dos cuidados paliativos a serem oferecidos a uma criança de um ano e dez meses. Nessa circunstância foi possível observar como a equipe lidava com várias questões delicadas que ocorriam simultaneamente: o óbito iminente de uma criança, o acolhimento dos seus pais e a relação por vezes conflituosa com os ‘médicos titulares’. Esse era o termo

utilizado especificamente pela equipe pediátrica ao comumente chamado médico assistente.

A participação do pesquisador nessa reunião ocorreu inicialmente de maneira fortuita, já que sua intenção era se despedir do intensivista diarista do CTI pediátrico. Quando informado que o referido profissional se encontrava na sala de reunião dos médicos e que a reunião agendada ainda não havia iniciado, de forma pouco convicta o pesquisador entrou na sala. Ao perceber que a reunião já estava em curso ficou paralisado por conta da dúvida entre sair e perder uma oportunidade ou ficar e não ser bem vindo. Rapidamente essa dúvida se dissipou, quando o médico coordenador da equipe acenou para que ele se aproximasse e participasse da reunião.

Estavam presentes à reunião o médico intensivista diarista, o coordenador e três enfermeiras da equipe, uma psicóloga de outro setor, presente por ter vínculo com a paciente e seus familiares, um médico pertencente à equipe médica titular responsável pelo paciente e o plantonista diurno. A discussão girava em torno das condutas a serem realizadas com a criança e com seus familiares. O intensivista pediátrico de plantão expunha as condições da paciente e seu quadro clínico terminal. Informou também que os pais da menina estavam cientes das condições em que a filha se encontrava. O desejo da família naquele momento, segundo o intensivista de plantão, era de que no momento em que o prisma¹ fosse desligado para realizar a troca de filtro, ele não fosse mais religado.

Todos os presentes concordavam que o óbito da paciente estava próximo e em função desse fato teve início a discussão das medidas de conforto ao paciente a serem empregadas. O intensivista de plantão chama atenção da importância de se

¹ Complexo equipamento operacional que realiza diálises contínuas e plasmaferese, por horas ou até mesmo dias consecutivos, em pacientes agudos. Sua utilização é relativamente comum nas UTIs de alta complexidade em função do quadro clínico de alguns pacientes submetidos a transplante órgãos, cirurgias cardíacas ou com infecção generalizada que podem alterar a pressão arterial e consequentemente comprometer o funcionamento dos rins.

informar aos pais da paciente sobre as medidas a serem empregadas e o modo como transmiti-las. Segue-se um breve período de discussão sobre esses procedimentos, mas o intensivista de plantão interrompe a discussão e retorna à questão de que até aquele momento o coordenador da equipe titular que cuidava do caso não havia confirmado a sua participação na reunião a ser agendada pela equipe do CTI com os pais da paciente. Insiste na posição de que a presença desse profissional é de suma importância, não só na reunião que naquele momento se realizava como também na reunião com os pais. Sua irritação quanto a ausência do coordenador da equipe titular e quanto a atitude evasiva nas inúmeras tentativas de contato ficaram patentes.

A credibilidade e a seriedade imputadas não foi o único fator que possibilitou o convite e a participação do pesquisador na discussão desse caso, que ocorreu em caráter extraordinário, com a participação de equipe multiprofissional interna e externa à unidade. As características, motivações e crenças dos profissionais de saúde da pediatria, principalmente os médicos, que serão objeto de discussão e análise no capítulo a seguir, nos permitirá compreender de forma mais acurada os arranjos estabelecidos por esses profissionais nos cuidados aos seus pacientes e que também estava associada à alta adesão aos procedimentos de higienização de mãos por parte da equipe da pediatria como um todo.

A observação da execução dos procedimentos de higienização de mãos nos ‘cinco momentos’, conforme preconizado pela campanha ‘Salve Vidas. Limpe suas Mãos’ da *World Alliance*, foi utilizado como padrão de referência. Nos primeiros momentos do trabalho de campo essa referência parece ter gerado no pesquisador tensão e desconforto, transformando a observação da execução do procedimento em si como o foco central do trabalho, como se coubesse ao pesquisador o papel de *auditor*. A crescente familiarização com o campo de pesquisa fez com que a observação dessas

ações retornasse ao objetivo proposto. Nos momentos finais da observação de campo, como decorrência do trabalho desse período, foi possível constatar que os médicos são os profissionais da equipe de saúde que possuem a menor adesão aos procedimentos de higienização de mãos, tanto no hospital Anchieta quanto no hospital Araribóia. A equipe de enfermagem, em especial os enfermeiros, são os profissionais que apresentam maior adesão. Os fisioterapeutas também apresentam adesão significativa aos procedimentos e são profissionais atentos não só ao cumprimento de protocolos e diretrizes clínicas, como também a relação intersubjetiva que envolve os cuidados aos pacientes. A etapa de implementação da iniciativa de higienização de mãos pareceu-nos ter expressiva influência na observância dos profissionais de saúde aos procedimentos de higienização de mãos. Essas e outras questões que influenciam a dinâmica das ações relacionada à baixa adesão, conforme exposto acima, será discutida em profundidade no capítulo a seguir.

Saída do Campo.

A saída do campo não coincide necessariamente com o término da pesquisa de campo. Alguns retornos eventuais podem ocorrer em função da necessidade de sanar dúvidas ou complementar os dados até então obtidos. Mas estas são somente questões de ordem prática voltadas para os dados que posteriormente serão analisados.

As próprias relações intersubjetivas construídas em campo nos apontam as várias formas com que devemos lidar com elas ao término do trabalho. Muitas serão interrompidas sem maiores conseqüências por serem fortuitas. Outras, geralmente as ocorridas com os informantes privilegiados, podem se estender por mais algum tempo.

Na presente pesquisa pudemos constatar esse fato no final do período de observação, quando o pesquisador se despedia dos profissionais das equipes. A maioria

foi informada sobre o término da pesquisa de campo com breve comentário de “já estou indo” ao encontrar com o pesquisador pelos corredores. Alguns poucos trocaram comentários sobre os contatos entre eles e o pesquisador nestes momentos, e foi possível obter informações sobre o interesse pessoal na pesquisa. Houve também contatos diferenciados com contornos mais pessoais com troca de e-mails e espaço para falar não só do desejo de ser informado sobre os resultados da pesquisa, como também transmitir suas queixas com relação a outras pesquisas em que não houve retorno dos resultados. O pesquisador informou que além do retorno de praxe exigido pelas instituições, estaria disponível para informar os resultados, a todos que tivessem interesse no tema.

A curiosidade e interesse pela pesquisa e seus resultados pareceu se intensificar em função do tempo de permanência do pesquisador no campo. Esse fato pareceu ter o efeito de introduzir, para alguns, e trazer maior visibilidade, para outros, sobre as ações que resultam na baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos. O episódio ocorrido com um médico do hospital Anchieta, exposto a seguir, é relatado como exemplo.

Em conversa casual com médico intensivista da UTI de adultos, ele cordialmente perguntou sobre o pesquisador e o sobre o andamento da pesquisa. Além da resposta usual o comentário foi estendido, ao fazer um elogio sobre o investimento do hospital na iniciativa de higienização de mãos. Em resposta, o profissional expressou sua opinião de que os médicos eram “fatalistas” e que a maioria achava que a taxa de infecção hospitalar não baixaria, mas os dados do hospital mostraram que a taxa vem baixando. A conversa se estendeu por mais algum tempo e quando da proximidade de residente que permaneceu próximo aguardando momento oportuno para interromper a conversa e falar, o médico antecipa-se, gentilmente interrompe a conversa e diz para a

colega: *“Estávamos filosofando sobre a mudança de cultura de trabalho dos profissionais com relação a higienização de mãos, as suas possibilidades e dificuldades”*.

As reações dos profissionais com relação à saída do observador do campo pode ‘falar’ sobre as tensões que foram amainadas e sobre a qualidade do trabalho desenvolvido em função das ações e posturas do pesquisador ao longo do processo da pesquisa. Considera-se que as reações finais trouxeram um retrato do efeito que o observador causou no ambiente e que o ambiente causou no observador. No hospital Araribóia, ao se despedir de dois médicos que se encontravam na sala de reunião, o pesquisador percebeu inicialmente sincera reação de surpresa a sua partida e, em sequência, recebeu um abraço afetuoso que o surpreendeu. Em resposta, pediu aos presentes que endereçassem um abraço a colega médico que acabara de sair de férias. O pesquisador despediu-se novamente de todos e saiu da sala com um sentimento de satisfação e alívio à reação desses profissionais.

Ao final, o pesquisador achou que as resistências esperadas no início do trabalho de campo foram vencidas e que o momento da saída trouxe algumas expressões desse fato através das relações jocosas (*‘joking relationship’*). Agradáveis surpresas foram significativas em dois momentos distintos no hospital Anchieta.

A primeira delas ocorreu por ocasião da tentativa de contato com o médico diarista da equipe da UTI de adultos para informar sobre o término da pesquisa de campo, o que só foi possível por contato telefônico. No início da ligação, o tom de voz do médico era ‘profissional’, provavelmente por estar muito ocupado. Mas com o desenrolar da breve conversa ele se mostrou mais amistoso. Colocou-se à disposição para os eventuais retornos e ao final, com o seu riso peculiar, pediu que o pesquisador o procurasse, já que *“era bom ver vida inteligente de vez em quando”*. A resposta dada

foi no mesmo tom e finalizada com a retribuição de *“ouvir isso dele era um grande elogio”*.

Outra surpresa agradável ocorreu no momento em que era feito um último ‘round’ pelas unidade da UTI de adultos para despedir dos profissionais com quem tivera maior afinidade. No corredor a caminho de uma das unidades de atendimento o pesquisador encontrou com um dos intensivistas diaristas. Ao despedir-se obteve como resposta uma expressão de surpresa que poderia ser traduzida por um *“Mas já vai?”*. Imediatamente após, com um sorriso franco, brincou utilizando a seguinte frase:

“Essa gente vem e fica um pouquinho e depois ainda diz que está fazendo pesquisa de doutorado”.

Por fim salientamos a importância do compromisso ético com esse grupo, os atores sociais observados durante a pesquisa de campo. Afinal de contas, durante um período de tempo significativo o pesquisador se introduziu num espaço de trabalho e na vida desses profissionais, inicialmente como um mero estranho em busca de dados, mas que ao longo do tempo transformou e foi transformado pelas relações que ali se revelaram, angariando colaboradores ou até mesmo parceiros. A acurada e criteriosa análise dos dados visam não apenas atender os parâmetros científicos na geração de novo conhecimento, como também ser uma atitude respeitosa a todos aqueles que se deixaram conhecer.

A análise dos fenômenos e de seus entrelaçamentos.

A relação face a face com os sujeitos da pesquisa em seu contexto laboral, conferida pelo uso da técnica de observação participante, possibilitou ao pesquisador, desde o início de seu trabalho, perceber que determinados fenômenos ou categorias de análise se mostraram de imediato, significativos e naturalmente delinearão os primeiros passos da pesquisa como o início de uma trilha a ser seguida.

A confirmação da identificação desses primeiros fenômenos observados e a identificação dos demais ocorreu através da microanálise dos diários de campo e da entrevista com os gestores. Esse processo, conforme apontado anteriormente, possibilitou a descoberta e desenvolvimento sistemático de categorias, que foram acrescidas àquelas obtidas através da análise e discussão dos modelos explicativos relativos ao comportamento e ações de baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos.

A *codificação axial*, processo utilizado na interpretação e análise dos dados, possibilitou o estabelecimento de relações entre as categorias obtidas, que por sua vez tiveram como finalidade a obtenção de explicações a mais acurada possível a respeito

dos fenômenos observados em resposta à problemática em estudo relativa a questão da higienização de mãos. Em conformidade com os preceitos do desenvolvimento da teoria fundamentada ('grounded theory'), onde se acredita que uma teoria se desenvolve durante a realização da pesquisa através da interação recíproca entre induções e deduções advindas de informação abstraída dos dados brutos, optamos por apresentar a análise desses fenômenos à medida que surgiram na pesquisa de campo, demonstrando assim o percurso da obtenção dos dados e da construção do processo de análise.

O tipo de vínculo de trabalho do profissional médico, o estágio do processo de implementação das iniciativas de higienização de mãos e a forma pela qual o conhecimento, as metas e as políticas voltadas para o cuidado aos pacientes eram socializadas em cada instituição foram os primeiros aspectos que se evidenciaram na análise por conta das diferenças observadas. A primeira questão que surgiu em função dessas diferenças, ainda que de forma prematura e incipiente, foi sobre a influencia que essas diferenças poderiam acarretar na adesão aos procedimentos de higienização de mãos.

Salientamos que ao iniciar a pesquisa de campo, em função das discussões e escolhas teóricas previamente realizadas e da hipótese de trabalho postulada, o pesquisador já possuía algumas categorias de análise como instrumento norteador de seu trabalho: (a) autonomia médica; (b) especialidade, ou seja, ramos dentro da profissão médica que possuem características e atributos técnicos, procedurais e comportamentais próprios capaz de defini-la. No caso da presente pesquisa, os intensivistas de adultos e intensivistas pediátricos; (c) *trabalho prescrito*; (d) *trabalho real*.

Os primeiros fenômenos observados.

A experiência de campo apontou os estágios percorridos no processo de implementação das iniciativas de higienização de mãos e os tipos de instrumentos utilizados em cada etapa. O emprego de campanhas abertas, o uso de cartazes e folders, um espaço físico de trabalho adequado com instalações e os equipamentos necessários, a utilização de insumos apropriados, como também a oferta de treinamentos abrangentes voltados para todos os profissionais da instituição que orientam a utilização das técnicas adequadas de higienização de mãos nos momentos preconizados (cinco momentos) podem ser caracterizados como estágio inicial desse processo. O estágio intermediário pode ser definido pela oferta de treinamento para categorias profissionais específicas com periodicidade pré-estabelecida; avaliações extemporâneas sobre o conteúdo dos treinamentos; material informativo não só em meio impresso, como também em meio digital acessível a todos os profissionais de saúde; aprimoramento da qualidade dos insumos e dos equipamentos utilizados; a inclusão dos procedimentos de higienização de mãos dentro do rol de procedimentos críticos voltados para a segurança do paciente. Por fim, o estágio avançado envolve, além das estratégias utilizadas nas etapas anteriores, a introdução da auditoria para monitorar a adesão dos profissionais aos procedimentos de higienização de mãos além do uso de estratégias voltadas para aumento na adesão a esses procedimentos. A partir desse referencial, produto da observação, pode-se afirmar que o hospital Anchieta encontrava-se em estágio avançado de implementação das iniciativas de higienização de mãos e o conhecimento dos profissionais a respeito da temática era consistente e uniforme. Já o hospital Araribóia encontrava-se no estágio inicial de implementação das iniciativas e o efeito do primeiro treinamento coletivo sobre os profissionais da UTEIN pôde ser observado, pois a maioria deles se referiram ao treinamento quando informados sobre a pesquisa e seus objetivos.

O processo de acreditação, que tem por objetivo a busca da conformidade com as metas e padrões de qualidade do cuidado e segurança do paciente, teve forte influência nas duas instituições estudadas. Cada uma, no seu tempo e com motivações distintas, paulatinamente incorporou novas tecnologias voltadas para desenvolvimento e melhoria das atividades gerenciais e dos processos de trabalho. O conhecimento técnico e a informação obtida através do treinamento e capacitação dos profissionais os qualificaram a executar normas e procedimentos e cumprir os protocolos com grau cada vez maior de confiança com relação ao desempenho das tarefas que lhes eram conferidas. E esse fato, indubitavelmente se aplica às normas e procedimentos de higienização de mãos, um dos padrões de acreditação.

Percebeu-se que tanto no processo de preparação para acreditação, como nas atividades para a manutenção dessa certificação, o estágio do processo de implementação das iniciativas de higienização de mãos e o grau de conhecimento e familiarização dos profissionais de saúde, não apenas com essa temática, mas também com as propostas, os projetos e as políticas assistenciais da instituição caminharam *pari e passu*. O investimento na capacitação dos profissionais é percebido como tendo influência direta no desempenho do conjunto da instituição. A acreditação, por conseguinte, ao longo do tempo, parece alicerçar a filosofia de trabalho e as políticas assistenciais da instituição. A qualidade da organização como um todo e da assistência por ela oferecida, em particular, parece estar associada ao conhecimento e ao grau de envolvimento dos profissionais com as metas e a filosofia da instituição nos cuidados ao paciente.

Embora iniciativas como a acreditação pareçam essenciais, elas não se mostraram suficientes para garantir a mudança das ações dos profissionais de saúde. Vasta literatura^{5, 6, 7, 8, 9, 10} aponta que há fatores outros que influenciam a adesão dos

profissionais a procedimentos de qualidade e dentre eles estão os fenômenos por nós observados. No Modelo do Queijo Suíço proposto por James Reason¹⁴, o processo de acreditação, o estágio de implementação das iniciativas e o grau de familiarização da equipe de saúde com as políticas assistenciais, são caracterizados como ‘barreiras’ ou ‘camadas’ defensivas que protegem os pacientes do risco de sofrerem danos decorrentes do processo de cuidado à saúde. O investimento no fortalecimento de ‘camadas defensivas’, processo que envolve a transformação e aprimoramento da estrutura física desses ambientes, das condições de trabalho e da compreensão dos profissionais de saúde quanto ao seu papel na assistência aos pacientes, representa o alicerce necessário, sem o qual não seria possível a transformação do comportamento dos profissionais em direção a um cuidado mais seguro, segundo observações no trabalho de campo. Destacamos nesse sentido, as semelhanças entre os princípios que norteiam a acreditação e modelo do Queijo Suíço relativas à criação de condições para o desenvolvimento de um ambiente propício à assistência em saúde, onde a segurança do paciente é promovida pela efetivação de barreiras que envolvem diversos aspectos, dentre eles os estruturais e comportamentais.

Segundo dados produzidos no hospital Anchieta, a adesão dos profissionais de saúde aos procedimentos de higienização de mãos estava situada entre os percentuais de 55% a 85%, nas diversas unidades assistenciais. O percentual mais baixo está em níveis de adesão observados internacionalmente ² ,5 ,6 ,45 ,46, o que atesta o bom desempenho desse hospital. O investimento contínuo em aspectos estruturais e gerenciais, tais como diminuição do número de leitos por unidade de atendimento, o aumento do número e conseqüente melhoria no acesso aos dispensadores de álcool gel na UTI de adultos e a introdução da auditoria dos procedimentos de higienização de mãos no hospital possibilitou mudança nas ações desenvolvidas pelos profissionais do

local. O CTI pediátrico foi uma das unidades do hospital Anchieta que apresentou maior adesão aos procedimentos de higienização de mãos, o que de início possibilitou a identificação de certa especificidade com relação ao pediatra e a forma de interação da equipe, aspectos que serão analisados mais adiante.

O tipo de vínculo de trabalho do profissional médico nos hospitais observados, descrita no capítulo anterior, foi um dos primeiros fenômenos a chamar a atenção do pesquisador. Aspecto que de imediato remete à questão da autonomia médica. Qual influência os tipos de vínculo têm sobre a autonomia médica? Essa indagação, com algumas variações, permeou todo o trabalho de campo, visto que a hipótese de trabalho da pesquisa estava alicerçada na questão da autonomia.

O conceito de ‘autonomia médica’ definido por Shraiber^{27, 35, 36}, como vimos anteriormente, aponta que a relação do médico com o saber o qualifica como *mentor do trabalho e sujeito da ação enquanto agente da técnica*, o que no plano corporativo-profissional lhe confere o *monopólio de saber e prática* como exclusivo detentor de autoridade no campo de saúde, o que lhe proporciona *autonomia técnica e hierárquica*. Na relação médico-paciente, esse saber é revestido de uma dimensão moral onde a autonomia emerge como valor ético e comportamento moral. Sendo assim, a autonomia médica foi re-conceituada pela autora como o lema de uma *disposição de luta técnico-política* voltada para a preservação desses profissionais. Nessa luta está em jogo não apenas o prestígio e outras vantagens materiais que permite a elitização desses profissionais, mas também a própria *autoridade técnico-científica* e a *autonomia do agir técnico*.

A *disposição de luta técnico-política* para a preservação da autonomia dos profissionais médicos apareceu de forma bastante diferenciada nos dois hospitais

observados. Destacamos, primeiramente, a questão da remuneração e das vantagens materiais.

No hospital Araribóia, no qual os profissionais se vinculavam à instituição como estatutários, o discurso sobre a baixa remuneração era recorrente. As queixas provinham indiscriminadamente de todas as categorias profissionais, mas pareceu-nos imprimir nos médicos sentimentos distintos. Todos os profissionais viam no baixo salário uma tradução do baixo valor profissional e hierárquico que lhes era atribuído. Essas percepções foram observadas a partir de discussões entre os profissionais sobre a configuração do mercado de trabalho; conversas sobre a compra e a venda de hospitais na região onde o hospital Araribóia localiza-se, quem eram os possíveis compradores; sobre a filosofia de trabalho que seria implantada e a visão desses compradores em relação ao prestígio dos médicos nessas instituições. A baixa remuneração desses médicos faz com que eles se voltem para o mercado da medicina privada como forma de aumento de seus rendimentos. Referem-se, em suas conversas aos diversos plantões que fazem em hospitais privados e quanto à remuneração dessa atividade cumpre um papel expressivo no orçamento pessoal.

Em alguns momentos as queixas eram concretamente voltadas para o valor do salário *versus* a quantidade de horas trabalhadas. Em outros, surgiram comparações com outros colegas de profissão de outros municípios e estados, em relação ao valor do salário e da qualidade de vida dele advinda. Apesar de os médicos do hospital Araribóia terem clara noção de pertencerem ao Corpo Clínico de uma instituição de excelência, fato que lhes traz prestígio e reconhecimento profissional, esse orgulho parecia empanado e o seu valor simbólico minorado pela questão salarial.

Esse contexto parece aumentar as dificuldades relacionais tradicionalmente existentes entre as equipes médica e de enfermagem. A pequena diferença salarial, que

simbolicamente parece encurtar a distância hierárquica entre médicos e enfermeiros e acirrar a disputa de espaços físicos e de poder. A existência de poucos espaços de trabalho compartilhados e o contato distante e formal entre esses profissionais são exemplos observados dessa tensão. Salvo raras exceções, observamos que os contatos entre esses profissionais se destinavam a troca de informações e breve discussão sobre os procedimentos a serem realizados com os pacientes.

No hospital Anchieta, em nenhum momento foi observada menção ou queixa em relação à questão salarial. As dificuldades relacionais e as disputas de poder concentravam-se na relação entre os médicos do Corpo Clínico fechado, no caso desse estudo denominados de intensivistas, e o Corpo Clínico aberto, composto pelos médicos assistentes. Essas tensões foram mais evidentes na UTI de adultos e nas Unidades Semi-intensivas. Pareceu-nos que giravam em torno da *autonomia do agir técnico* desses profissionais em relação aos cuidados prestados aos pacientes, no entanto de forma velada. Direta ou indiretamente, os profissionais da equipe de saúde, em particular os médicos, comentam que os médicos assistentes violam constantemente regras institucionais, dentre elas a de não observância aos procedimentos de higienização de mãos, o que pode ser constatado através das observações descritas no capítulo anterior.

A vinculação à instituição através da celebração de um contrato de trabalho estabelece que os médicos, como os demais membros da equipe de saúde, tenham de cumprir horários, basear sua decisão clínica em diretrizes clínicas adotadas pelo hospital, sujeitar-se ao monitoramento com relação à observância dessas medidas, como também, seguir normas de relacionamento com os pacientes que incluem ser cortês, respeitar à privacidade e, sempre que possível, as preferências desses pacientes, ou seja, seguir um incontestável padrão de qualidade estabelecido pela instituição. Os médicos assistentes, por não possuírem vínculo de trabalho com a instituição não estão sujeitos

ao mesmo rigor no cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos. Para serem aceitos como médicos assistentes no hospital, esses profissionais, que trazem os seus clientes para serem atendidos na instituição, devem cumprir uma pontuação mínima estabelecida por critérios e indicadores definidos pelo hospital, para o Corpo Clínico aberto. Segundo informações do gestor da instituição, os médicos assistentes devem seguir as políticas voltadas para a prática médica estabelecida pelo hospital, mas possuem autonomia dentro desses limites para o exercício da profissão na instituição.

As diferentes inserções dos intensivistas e dos médicos assistentes faz com que em muitos momentos os profissionais da equipe de saúde, inclusive os próprios médicos, tenham que assumir o papel de guardiães das regras e normas institucionais ou tenham que criar novas estratégias para o cumprimento das normas pelos médicos assistentes. Podemos citar como exemplo, a atribuição dada pela Chefia da Unidade aos enfermeiros não só a função de monitorar os pacientes, como também autonomia para intervir, em determinados procedimentos críticos relativos ao controle da infecção hospitalar. Nesses casos, os procedimentos executados são posteriormente informados aos médicos assistentes. Essa ação estratégica, segundo um gestor do hospital, visa garantir a melhoria da qualidade do atendimento, a diminuição do risco de danos ao paciente, além de limitar o tempo de permanência no hospital, ao evitar a ocorrência de complicação do quadro de saúde do paciente. Essas e outras novas atribuições são percebidas por parte da equipe de enfermagem como conquista de espaço de trabalho e de autonomia profissional. Embora uma parcela significativa entenda esse processo como acréscimo desnecessário de tarefas, que somam-se às inúmeras atribuições e responsabilidades já existentes ocasionando acúmulo de funções.

Observa-se a tensão entre os profissionais que atuam nas unidades de atendimento crítico de adultos com relação aos médicos assistentes de várias formas:

olhares de reprovação, silêncios tensos e disputa de conhecimento através de ‘pequenos lembretes’ sobre a condução do caso clínico. Pareceu-nos que para a maioria dos médicos intensivistas quanto mais complexo o conhecimento necessário ao atendimento do caso e quanto maior a precisão exigida no estabelecimento do diagnóstico, mais facilidade eles tem em lidar com a potencial tensão advinda das diferenças de autonomia do *agir técnico* entre eles e os médicos assistentes.

A oportunidade de observação da *Reunião Horizontal*², descrita no capítulo anterior, onde casos clínicos são discutidos pela equipe de saúde da UTI de adultos, trouxe evidência sobre a hipótese formulada acima e o quanto a discussão de casos clínicos entre pares, já que a grande maioria dos profissionais ali presentes são médicos, serve como instrumento de alívio a essa tensão. A terminologia e os parâmetros técnicos utilizados nas discussões deixam claro o fato de que a reunião cumpre o papel de reafirmar a categoria médica como detentora exclusiva de autoridade no campo da saúde. Essa reunião parece também propiciar um ambiente seguro para o debate e, para a disputa sobre encaminhamento mais adequado em relação ao caso em discussão e garantir que a *autonomia do saber técnico* está vinculada à competência do profissional e não às regras administrativas e institucionais. A ‘ostentação’ de conhecimento e a rapidez de raciocínio entre os médicos nos momentos finais da discussão de cada um dos casos clínicos pareceu-nos alimentar e assegurar os valores, competências e superioridade diante dos demais ali presentes, mas inconscientemente, também estavam direcionadas aos médicos assistentes, apesar desses estarem ausentes.

Na relação cotidiana dos médicos intensivistas com os médicos assistentes, apontar possíveis falhas ou falhas que de fato ocorreram, como o não cumprimento de

² A Reunião Horizontal, assim denominada pela instituição, ocorre semanalmente e o nome a ela atribuído se deve ao fato de que as discussões de casos clínicos devem ocorrer entre todos os membros da equipe de saúde lotada na UTI A, ou seja, médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos.

normas e procedimentos ou a inabilidade em resolver algum procedimento no atendimento do paciente, pareceu-nos ser também um modo de reassseguramento do valor, das competências e habilidades e status dos médicos intensivistas no hospital. A percepção do fato de os médicos intensivistas sentirem-se em segundo plano em relação aos médicos assistentes no que diz respeito à *autonomia do agir técnico*, captada pela observação, levou-nos a levantar questões sobre os possíveis desdobramentos que esse desprestígio poderia ter no cuidado prestado aos pacientes. Esses desdobramentos passaram a ser mais um norteador dos passos subsequentes da pesquisa.

Os desdobramentos subsequentes.

O contexto no qual a adesão aos procedimentos de higienização de mãos ocorre e as relações intersubjetivas existentes entre os diversos profissionais surgidas a partir desse processo foram valorizadas como fonte de observação pela possibilidade de fornecer material para a compreensão do fenômeno em estudo.

Com o caminhar da pesquisa observou-se diferenças na adesão a higienização de mãos em relação à especialidade médica. Os locais observados, unidades de atendimento crítico a adultos e crianças, no hospital Anchieta e unidade de atendimento crítico a adultos onde havia um leito infantil com pediatras designados para esse atendimento, no hospital Araribóia, apresentavam características distintas no que diz respeito ao relacionamento entre os profissionais da equipe. Essas diferenças estavam relacionadas à divisão de tarefas a serem executadas e ao relacionamento dos profissionais da equipe de saúde com os pacientes.

Num primeiro momento de observação, em ambos os hospitais, destacavam-se a qualidade e o profissionalismo dos membros da equipe no cuidado aos pacientes. As técnicas empregadas e os instrumentos e suprimentos utilizados, o constante

acompanhamento do quadro clínico e os atendimentos em tempo hábil voltados para melhorar o estado desses pacientes traduzem o empenho dos profissionais. Porém, com a paulatina inserção no campo de pesquisa, as tensões na divisão das tarefas e no atendimento aos próprios pacientes passaram a ficar evidentes. As distinções relacionadas a divisão de tarefas e ao relacionamento com os pacientes mostraram estar relacionadas às diferenças existentes entre as categorias profissionais da equipe de saúde, de uma forma geral, e entre as especialidades médicas, de forma específica. O grau de complexidade do cuidado prestado ao paciente, de acordo com a gravidade do caso, pareceu-nos também exercer influência nessas relações por oferecer maior ou menor grau de compartimentalização no cuidado e no envolvimento com o paciente.

Nas UTIs de adulto dos dois hospitais observados, a hierarquização das tarefas estava estritamente ligada à complexidade e especialização exigida na realização dos procedimentos, o que subentende o preparo adequado ao contexto dos cuidados intensivos e competência técnica do profissional que o executa. A divisão de tarefas aparece implicitamente vinculada ao status atribuído à categoria profissional envolvida, atrelada a uma escala de valor intrínseca. Observa-se a existência de competição velada entre as diversas categorias profissionais envolvidas na assistência ao paciente em relação à obtenção de melhores resultados. O atendimento aos pacientes pode então ser comparado à montagem de um mosaico com peças de tamanhos e cores diferentes cuja conformação se dá de acordo com a orientação de hábeis artesãos. Nessas circunstâncias, o envolvimento dos profissionais na assistência aos pacientes pareceu-nos estar voltada num primeiro plano para a execução da tarefa em si, de acordo com as normas e padrões de qualidade e segurança preconizados. E, num segundo plano, estaria o paciente, suas necessidades pessoais e a sua noção de bem-estar. A relação entre os profissionais e os pacientes é, nessa perspectiva, permeada pela primazia da

competência, o que resulta em algum grau de impessoalidade na relação. Os médicos, sejam eles intensivistas ou médicos assistentes, em parte devido ao grau de complexidade de suas intervenções, estariam em grande parte dos atendimentos voltados para a precisão e para a qualidade dos procedimentos e cuidados a serem executados e menos afeitos à relação médico-paciente. No entanto, é preciso ressaltar a expressiva mortalidade entre os pacientes atendidos nas unidades de tratamento crítico e o quanto parte da impessoalidade da relação médico-paciente pode estar relacionada às dificuldades de lidar com essa questão. O relato de médico intensivista do hospital Araribóia aponta para essa direção quando nos diz sobre o sentimento de desconforto e o cuidado para evitar contato mais próximo com jovem paciente em estado terminal, como será visto mais adiante.

Por outro lado, a equipe de enfermagem, em função das características de seu trabalho tem constante contato, inclusive físico, com o paciente. Essas características proporcionam uma relação mais próxima não só com os pacientes, mas também com os seus familiares. Compartilham com eles tanto os momentos de crise quanto os momentos em que ocorrem surpreendentes melhoras. Em diversas circunstâncias, no trabalho de campo, foi possível partilhar com a equipe de enfermagem a satisfação por um desfecho bem sucedido; o pesar relativo à piora do quadro clínico de um paciente jovem ou até mesmo divagações sobre a utilização de procedimentos para o prolongamento da vida e o significado da morte.

Apesar das acentuadas diferenças entre o hospital Anchieta e o hospital Araribóia no que diz respeito ao número de leitos e à equipe do CTI pediátrico³, o atendimento a pacientes em estado crítico apresentou características bem semelhantes,

³ No hospital Araribóia, em função da existência de somente um leito pediátrico, a mesma equipe que prestava atendimento aos adultos (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e nutricionistas) também o fazia ao paciente do leito pediátrico quando este era utilizado, a exceção da equipe de pediatria.

no que diz respeito ao relacionamento entre os membros da equipe e desses com os seus pacientes e familiares. Essas características parecem ser influenciadas pelo papel que os pediatras atribuem ao exercício de sua função e na sua relação com os demais membros da equipe. Em conversa casual com pediatra da CTI pediátrico do hospital Anchieta, sobre a importância de se introduzir estratégias para melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes, o pesquisador obteve resposta clara e concisa de que o papel do pediatra, tanto no atendimento a pacientes em condições críticas de saúde quanto no exercício de sua profissão, independentemente das estratégias envolvidas, é o de ter uma postura cuidadosa com relação aos pacientes. Quando questionado do por que dessa postura, seguiu-se a seguinte resposta:

O pediatra tem uma especificidade. Não é o doente que dá informações sobre a doença: ele tem de estar atento a duas pessoas (a mãe e a criança), que às vezes mostram informações conflitantes. Ambos têm de ser levados em consideração.

Essa especificidade nos indica que o atendimento pediátrico situa de imediato o médico frente a condições particulares de trabalho. Indica a importância do médico ser parceiro e bom ouvinte daqueles que detêm as informações que podem ser relevantes para o atendimento do problema de saúde da criança e de seu tratamento. Flexibilizar, compartilhar, barganhar, trabalhar em conjunto, parecem ser palavras e ações que fazem parte do cotidiano de atendimento dos pediatras. Essas ações parecem que se estender à equipe em que esse profissional está inserido, tal foi observado em vários momentos na pesquisa de campo.

A cooperação e engajamento de todos os profissionais da equipe de saúde pediátrica em torno das atividades executadas, voltadas para os pacientes e seus familiares, transcorrem aparentemente de forma natural, fato que pode ser observado

durante o trabalho de campo no CTI pediátrico do hospital Anchieta. O clima cooperativo e de harmonia existente envolve todos os profissionais presentes e fez com que, em determinados momentos, o próprio pesquisador sentisse vontade de colaborar, como se fizesse parte da equipe. A divisão de tarefas ocorre segundo a especificidade e competência de conhecimento técnico de cada profissional em função dos procedimentos a serem realizados. Existe uma hierarquia, mas sem um distanciamento vertical. A complementaridade funcional se evidencia no decorrer da realização das atividades assistenciais, até nos momentos de discordância entre os membros da equipe quanto à forma da execução de determinado procedimento. Essas divergências são expressas de forma clara e direta, sem melindres por parte dos envolvidos. A irritação, comunicação equivocada ou pequeno descontrole de algum membro da equipe no decorrer do trabalho, em função dos momentos críticos de intervenção a pacientes com quadros agudos, também é tolerada e respeitada pelos demais. Há livre curso de opiniões com relação a determinadas escolhas de procedimentos quando se faz necessário, como também discussões acaloradas na busca de consenso quanto a melhor terapêutica a ser utilizada.

Esses comportamentos puderam ser observados especialmente na noite em que todos os leitos do CTI pediátrico estavam ocupados e havia vários casos graves: quatro crianças em uso de respirador e duas crianças que haviam realizado transplante de medula óssea que inspiravam cuidados. Além disso, o sistema informatizado para solicitação de exames, recentemente implantado, estava inoperante. O médico, coordenador clínico da equipe, estava presente. Além de solicitar o apoio da unidade mais próxima para o problema da prescrição eletrônica dos exames, também dava suporte no atendimento dos pacientes. Em vários momentos críticos, o pesquisador presenciou, na sala de enfermagem, rápidas discussões sobre os procedimentos clínicos

a serem realizados nos pacientes. Algumas vezes, observou-se o rápido estabelecimento de consenso em relação às medidas a serem adotadas e, com a mesma rapidez todos iam ao encontro de seus afazeres. Outras vezes as discussões foram mais polêmicas, mas todas as opiniões foram ouvidas e levadas em conta, em maior ou menor grau, pelos membros da equipe: técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos.

Próximo ao término da pesquisa, em função da familiaridade recíproca entre os profissionais da equipe de saúde e o pesquisador, foi aproveitada uma oportunidade de contato com um técnico de enfermagem da UTI de adultos, que realizava plantões no CTI pediátrico do hospital Anchieta, em função do manuseio de um determinado equipamento, para lhe perguntar:

Qual é a diferença na relação entre os técnicos e os médicos na UTI de adultos e os médicos do CTI pediátrico?

O técnico de enfermagem recebeu a pergunta com surpresa e a princípio tentou evadir da resposta, mas após breve silêncio, respondeu:

Aqui (CTI Pediátrico) te perguntam o que você pode fazer com esse caso [Dramatiza uma cara de espanto]. É comigo? Faz uma pausa. Aqui você faz parte da equipe e é tratado como um membro da equipe. Lá (UTI de adultos), cada um faz o seu. Você cumpre a sua parte, e eu cumpro a minha parte.

O relacionamento respeitoso na equipe multiprofissional também tem expressão clara na relação com os pacientes. Pacientes e familiares são chamados pelo primeiro nome de forma cordial, independentemente das normas de conduta estabelecidas pela instituição com relação aos pacientes e seus familiares, ou seja, o clima harmônico existente entre os membros da equipe de saúde se estende naturalmente àqueles que são por eles assistidos. Essa cordialidade é extensiva não só

aos pais, mas também a outros membros significativos da família e aos demais cuidadores. O trato com os pacientes e seus responsáveis denota espontaneidade e familiaridade por parte de todos os membros da equipe de saúde. As informações sobre o quadro de saúde do paciente, as intervenções e procedimentos terapêuticos a serem realizados e o prognóstico são comunicados pelos médicos de forma clara e cuidadosa, à medida que são solicitadas pelos pais e responsáveis. Os familiares são chamados a participar na execução dos cuidados mais simples prestados aos pacientes, tais como banho e alimentação e suas preferências nesse sentido são respeitadas, na medida do possível.

No hospital Anchieta, da mesma forma que ocorre na UTI de adultos, no CTI pediátrico, os médicos assistentes nem sempre cumprem as normas e procedimentos preconizados pela instituição. No caso do CTI pediátrico os médicos assistentes são tratados como ‘médico titular’. O funcionamento mais integrado da equipe, como descrito anteriormente, o maior comprometimento da chefia do setor em lidar com as dificuldades ocasionadas por esses profissionais, os médicos titulares, faz com que tenham menos espaço para descumprirem às normas vigentes. A diferente denominação dada aos médicos do Corpo Clínico aberto possui um simbolismo que nos indica a maneira como esses profissionais são percebidos nessa unidade, o que de certo modo orienta a forma como a equipe de saúde se relaciona com eles. Essa questão será aprofundada na próxima seção ao se discutir os mecanismos de defesa coletivos envolvidos no comportamento de aderência às normas e os procedimentos de higienização de mãos, por parte dos médicos.

No hospital Araribóia, mesmo não havendo um CTI pediátrico, mas apenas um leito pediátrico na UTEIN, foi possível presenciar ações semelhantes as descritas no hospital Anchieta. Pelo fato de não haver uma equipe específica para o cuidado do

paciente, os pediatras envolvem habilidosamente outros profissionais no cuidado das crianças e jovens que necessitam de tratamento intensivo e de seus familiares. A observação do atendimento de uma criança de 8 anos de idade, com condição clínica grave e risco eminente de morte, após complexa intervenção cirúrgica pode-se exemplificar o *modus operandi* desses profissionais no hospital.

A 'primeira tarefa' dos pediatras no atendimento a essa criança foi lidar com o impacto causado nos profissionais da equipe de saúde da UTEIN por estarem atendendo a uma criança em estado tão grave. Muitos dos profissionais da equipe, devido à inexperiência ou ausência de habilidade para realizar atendimento com crianças, temiam ser pouco efetivos e se compadeciam com o sofrimento da criança identificando-a com seus filhos ou sobrinhos. A mãe, avó e a tia da criança, que se revezavam na função de acompanhante, também se mostravam emocionalmente afetadas. Esse estado emocional, num efeito em cadeia, de algum modo se refletia na paciente e, possivelmente, influenciava negativamente seu estado clínico. Diante desse quadro, os pediatras orquestraram as ações a serem realizadas com a criança e seus familiares e ativamente buscaram a colaboração de outros profissionais (fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogo e psiquiatra) quando se mostraram necessários para o acompanhamento da paciente. Os procedimentos a serem realizados foram discutidos e definidos em consenso. Nesse sentido, tanto os profissionais pertencentes à equipe da UTEIN quanto os de outros setores foram incluídos no atendimento. Após quase dois meses, o quadro da paciente foi estabilizado, o que permitiu a sua transferência para a enfermaria infantil.

Como já indicado, durante o desenrolar do trabalho de campo foi possível construir paulatinamente uma relação de confiança entre o pesquisador e os profissionais dos hospitais. Essa relação possibilitou a inserção do pesquisador no

campo de pesquisa e o avanço da observação para além das primeiras impressões. A adesão a higienização de mãos apresentada pelas diferentes especialidades médicas, o grau de integração da equipe multiprofissional, a relação médico-paciente foram alguns dos fenômenos observados ao longo da pesquisa e a análise do entrelaçamento desses fenômenos será a próxima tarefa a ser efetuada. Com ela pretendemos alcançar maior compreensão sobre a dinâmica das ações que envolvem a baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos nos contextos observados.

O entrelaçamento dos fenômenos.

No hospital Anchieta, os médicos do Corpo Clínico fechado que atuam nas unidades de atendimento crítico, os intensivistas, demonstraram ter clara noção de seu desempenho com relação à execução dos procedimentos de higienização de mãos. Na UTI de adultos, onde o percentual de adesão se situava na faixa de 60% na ocasião da pesquisa, a grande maioria dos profissionais percebe que a adesão aos procedimentos é abaixo do esperado. Os intensivistas asseguram, entretanto, ser factível a realização desses procedimentos por conta das condições oferecidas pela instituição em que trabalham, mas quando questionados a respeito dos possíveis motivos da não observância aos procedimentos de higienização de mãos, alguns apresentam sorrisos perplexos, outros silenciam reflexivamente como que em busca de uma resposta apropriada. Alguns médicos mais atentos à questão emitem suas opiniões: “*a onipotência médica não está interessada nisso*”, ou então, “*simplesmente se acham Deuses*”. Apesar do interesse, ou do desinteresse dos médicos em conhecer ou entender os motivos que os levam à violação dos procedimentos de higienização de mãos, quando são confrontados com esse comportamento, percebe-se que por trás das reações mais diversas há um desconforto diante de algo que parece lhes fugir ao

controle. Uma das expressões desse desconforto pode ser percebida nas ‘joking relationships’ observadas no trabalho de campo, através de expressões como: *“Assim não vale! Toda a vez que eu te vejo eu me lembro que tenho de usar o álcool gel”*. Essas relações jocosas expressavam não só seus sentimentos e inquietações com relação à presença de um ‘estranho’ em seu ambiente, mas também o fato de que o pesquisador poderia compreender algo que lhes era de certa forma inacessível.

Em oposição, os médicos do CTI pediátrico, unidade com alto percentual de adesão aos procedimentos de higienização de mãos, como já havia dito, não só têm clareza quanto as suas ações nesse sentido, como também sabem informar em que momentos esses procedimentos não são realizados. Segundo alguns pediatras, em função das características do tipo de paciente atendido, nos momentos em que ocorrem várias intercorrências concomitantemente, a exigência de ações imediatas e subsequentes impossibilitam a observância dos procedimentos de higienização de mãos nos momentos adequados.

A maioria dos pediatras do CTI, quando questionados a respeito da possível origem das ações relacionadas a baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos, traz respostas simplistas ou apontam situações que dificultam a sua realização. Entretanto, em uma conversa em momento e local oportuno, após reunião de discussão de casos clínicos, um pediatra foi um pouco mais além do que lhe fora questionado. Esse profissional falou sobre a imagem que os médicos têm de si próprios e acrescentou que essa imagem é também uma construção da sociedade e do que espera-se deles. Ele argumentou que a profissão médica requer do profissional atributos especiais, tais como: vasta gama de conhecimentos, constante atualização e responsabilidades diferenciadas com relação às tarefas executadas e aos pacientes atendidos. Em

sequencia expressou sua opinião a respeito da postura médica individual e coletivamente:

Isso faz com que o médico aumente seu ego e acredite que é especial. E por ser especial não precisa higienizar as mãos, já que ele é asséptico por natureza. O ego inflado e ser asséptico, que não precisa higienizar as mãos, aparece mais frequentemente quando médicos estão em grupo e essa atitude é reforçada pelo próprio grupo. Os grupos que entram no CTI pediátrico, para ver seus pacientes, parecem estar entretidos consigo mesmo e não higienizam as mãos. Reforçam entre si a postura e condição de serem especiais.

No hospital Araribóia, apesar de se encontrar na etapa inicial de implementação das normas e procedimentos de higienização de mãos, os pediatras demonstraram possuir conhecimento, ações e percepções análogas à observada nos profissionais do CTI pediátrico do hospital Anchieta. A importância da efetivação dessas normas com vistas à prevenção das IRAS é clara para todos. A maioria desses profissionais exerce a mesma função em CTIs pediátricos de outras instituições hospitalares e por esse fato não só expressam a necessidade, mas também utilizam a ‘roupa interna’ como forma de prevenção a transmissão de infecção⁴, já que não desejam “*passar esses bichinhos para outros pacientes já tão debilitados*”.

Os pediatras da UTEIN do hospital Araribóia também demonstram ter a noção das armadilhas que a visão da medicina como ‘sacerdócio’ e da *autonomia do saber médico* enquanto monopólio de autoridade técnico e científico podem trazer. Para esses profissionais, a contribuição de outras áreas das Ciências da Saúde ao corpo de conhecimento e práticas da medicina é responsável pela ‘*oxigenação que a área vem*

⁴ No hospital Araribóia o uso da ‘roupa interna’ era freqüente na equipe de enfermagem e pediátrica. Os demais profissionais não o faziam com regularidade. Alguns usavam regularmente jalecos.

sofrendo’, apesar da resistência daqueles que ainda a compreendem somente como um saber hegemônico. Essa ‘oxigenação’ possibilita que o silêncio direcionado a questões como a baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos seja investigado e não se perpetue. Sobre a percepção dos pediatras sobre a não adesão, um deles comenta: “*as pessoas não se preocupam em executar esses procedimentos porque a transmissão é uma coisa invisível e não se sabe quem passou*”. Um dos profissionais da equipe de enfermagem do hospital Araribóia, que trabalha em outra instituição de saúde no Pronto Atendimento Pediátrico descreve os médicos pediatras como “*profissionais atentos e preocupados com a interferência que suas ações profissionais possam causar nos pacientes*”.

Não estar entretido em si mesmo, pareceu-nos constituir o *modus operandi* do médico pediatra, nos dois hospitais observados. Essa habilidade que nos parece ter sido adquirida através de laborioso exercício do reconhecimento das limitações oferecidas pelo exercício da profissão. Os pediatras lidam com situações de intenso sofrimento em crianças. Os sentimentos evocados diante desses quadros, claramente perceptível ao pesquisador, se transformam em ações passíveis de reverter o quadro existente ou quando isso não é possível, se direciona em preservar um maior conforto possível e do menor sofrimento físico e emocional necessário, como constatamos no caso de paciente terminal descrito no final do capítulo anterior. Não só os médicos, mas toda a equipe envolvida sempre busca meios de poder ajudar. Nesse sentido, o médico pediatra ultrapassa o modelo para os profissionais da equipe de saúde, definido por Moret, Tequi e Lombrail⁵, para se transformar num catalisador e multiplicador de ações tanto nos momentos em que as condições envolvidas permitam a melhora dos pacientes quanto naqueles em que a tecnologia indica não ser possível fazer mais nada.

Reportarmo-nos ao *triângulo tecnológico* proposto por Dejours¹⁸ para melhor compreender o comportamento dos pediatras, percebemos que a *eficácia* do *ato técnico*, que ocorre na relação que se estabelece entre o pediatra [*ego*] e seu paciente [*real*], se fundamentam numa determinada *tradição*. Essa *tradição*, homologada pelos pares, parece compreender que o cuidado está centrado nas necessidades do paciente e que a efetividade do *ato técnico* deve abranger aspectos físicos e emocionais do paciente assim como de seus familiares. Esse cuidado também deve estar presente nos momentos em que a tecnologia existente não pode promover a cura ou manter uma vida digna.

Os médicos intensivistas das UTIs de adultos, tanto no hospital Anchieta quanto no hospital Araribóia, demonstram ter como *tradição* a crença de que a qualidade do cuidado está estritamente relacionada à incorporação de técnicas e tecnologias cada vez mais avançadas para lidar com a complexidade dos quadros que surgem nas UTIs. Pareceu-nos também que essa crença dificulta esses profissionais a se defrontarem com pacientes cuja condição clínica a medicina ainda não tem resposta. O relato de um dos médicos vai ao encontro dessa hipótese ao falar-nos de sua dificuldade em lidar com o quadro irreversível de um jovem paciente. Em função do sentimento de impotência diante do quadro do rapaz, na divisão de tarefas dos plantões, esse profissional agia de tal forma que não era designado como o responsável direto pelos seus cuidados. A relação impessoal e distante, os eufemismos e brincadeiras fora de hora são outras formas de lidar com a morte inevitável de determinados pacientes.

Retornemos agora a questão da diferente denominação dada aos médicos do Corpo Clínico aberto pelos médicos da UTI de adultos (médico assistente) e do CTI Pediátrico no hospital Anchieta (médico titular). Os médicos quando atendem pacientes em seus consultórios e quando mantêm continuidade na relação, costumam denominá-los como **seus** pacientes. Ao atendê-los nos hospitais para onde os encaminham,

mantêm a responsabilidade pela condução do atendimento. O termo médico assistente é comumente utilizado nessas circunstâncias, ou seja, o médico assistente é aquele que assiste e se responsabiliza pela condução do atendimento do paciente. A divisão de responsabilidades entre os médicos assistentes e os médicos intensivistas na condução desses casos parece variar de acordo com a instituição hospitalar envolvida e com a relação de trabalho que se estabelece entre esses profissionais. A assimetria de responsabilidades que ocorre na UTI de adultos parece-nos gerar individualmente, nos médicos do Corpo Clínico fechado, uma vivência de ataque à sua capacidade de ser o *mentor* e o *sujeito da ação técnica* na gestão dos cuidados dos pacientes. No plano corporativo-profissional, esse ataque é vivenciado como a perda ou diminuição *do monopólio de saber e prática* implicando na perda de *autonomia técnica e hierárquica* com relação aos seus pares: os médicos assistentes.

Paradoxalmente, essas vivências são recrudescidas pelo fato dos intensivistas serem parte integrante de uma instituição de excelência. Por trás do uso do termo ‘médico assistente’ há uma competição velada. Uma das armas utilizadas pelos intensivistas com o intuito de tornar evidente qual é o profissional mais capacitado para exercer a função de *mentor e sujeito da ação técnica profissional* na UTI do hospital Anchieta é a busca incessante por conhecimento técnico cada vez mais sofisticado e a melhor forma de utilização desses conhecimentos. Essa busca competitiva pode ser observada em vários momentos do trabalho de campo. Elas se apresentaram nas discussões em sessões clínicas, na leitura constante de artigos nos momentos de folga e no envolvimento dos intensivistas em mais de uma frente de atividade técnica dentro do próprio hospital. Muitos desses profissionais além executarem as atividades inerentes as suas funções, também participam ativamente das pesquisas realizadas na unidade,

algumas vezes exercendo a coordenação. A produção de artigos científicos também é significativa.

No CTI pediátrico, como mostramos anteriormente, o termo utilizado para designar os médicos responsáveis pela condução dos casos dos pacientes internados de ‘médico titular’. A utilização desse termo pareceu-nos ser um lembrete, quanto aos limites do papel desse profissional na gestão dos cuidados dos pacientes. Os pediatras desta unidade se colocam mais facilmente na posição de coadjuvantes e suas ações são complementares àquelas dos médicos titulares. A especificidade da profissão por eles apontada quanto ao fato de ser *parceiro, trabalhar em conjunto e flexibilizar*, que também são decorrentes da experiência acumulada, parece conferir menor área de conflito no trato com esses profissionais. A compreensão de que os cuidados direcionados a esses pacientes e a efetividade do *ato técnico* deve abranger aspectos físicos e emocionais, se constitui num *monopólio de saber e prática* dos pediatras, qualificando-os então, como *mentor do trabalho e sujeito da ação enquanto agente da técnica*. No plano corporativo-profissional a *autonomia técnica e hierárquica* é preservada, o que diminui a possibilidade de competição desses profissionais com os médicos titulares. Em acréscimo, a postura cuidadosa dos pediatras em relação aos pacientes e a preocupação com a interferência que suas ações podem neles causar, de certa forma lhes confere o papel de guardião do cumprimento das boas normas e procedimentos.

Em função dos entrelaçamentos acima analisados dos diversos fenômenos ou categorias de análise encontradas na pesquisa de campo, podemos testemunhar que a distância entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real* com relação à adesão às normas e procedimentos de higienização de mãos é menor nas unidades de atendimento críticos à pacientes pediátricos do que nas unidades de atendimento pacientes adultos. O uso da

inteligência astuciosa ou *engenhosidade*, constrangida em alguns momentos e exacerbada em outros devido as circunstância de trabalho a que estão sujeitos, parecem ser mais utilizada pelos pediatras devido à especificidade do atendimento e condições particulares de trabalho anteriormente apontadas. Essas condições acabam por lhes conferir maior criatividade ao lidar com os reverses do *real*.

A necessidade de ações e intervenções cada vez mais precisa e a utilização de parâmetros pouco flexíveis em função da incorporação de tecnologias parece ter produzido efeito contrário nos intensivistas. Essas condições parecem constranger o uso da *inteligência astuciosa* e como decorrência engessar a relação médico-paciente. A equipe de enfermagem, devido o maior contato com o paciente, parece ser outra forma de constranger o uso da *inteligência astuciosa* nesses profissionais, quando servem como substitutos ou anteparo, intermediando a maior parte dos reverses do *real* provenientes dos contatos entre médicos e pacientes.

Os intensivistas do CTI pediátrico se relacionam com os médicos do corpo clínico aberto de forma diferenciada à dos intensivistas da UTI de adultos. A assimetria de responsabilidades traz aos médicos da UTI de adultos a emergência da vivência de ataque a sua capacidade de ser *mentor do trabalho* e de manter *autonomia técnica*, tanto de forma individual quanto coletiva. Para eles a criação e o endosso dessa assimetria, por parte da instituição, parecem gerar a diminuição do *reconhecimento* de seus valores. Acrescentamos que para Dejours^{16, 18, 20} o *reconhecimento* é uma forma específica da retribuição moral-simbólica dada ao *ego*, como forma de compensação pela eficácia da organização do trabalho e que o seu processo também possibilita a evolução das regras do trabalho e sua relação dialética com a organização do *trabalho prescrito*, que por elas são subvertidas, para então melhorá-las.

Cumprir as normas e procedimentos de higienização de mãos, procedimentos simples e de baixa complexidade, dentro da dinâmica intersubjetiva dos intensivistas da UTIs de adultos parece gerar mais sofrimento (inconsciente) por trazer a eles o sentimento de desqualificação. Essa desqualificação parece proceder de duas fontes. A primeira delas se relaciona ao fato de que a execução desta simples tarefa vai de encontro às crenças relativas ao papel e função que esses profissionais exercem dentro de uma instituição de excelência, ou seja, incorporar cada vez mais conhecimento que lhes facultem a utilização de técnicas e tecnologias mais avançadas. A outra fonte de desqualificação está relacionada à assimetria de responsabilidades no gerenciamento dos cuidados dos pacientes em relação aos médicos assistentes e a competição velada dela decorrente. Realizar um procedimento, já naturalmente desqualificado em função da sua baixa complexidade, e que é acintosamente desvalorizado e sabidamente pouco realizado pelos médicos assistentes, parece produzir efeitos deletérios na auto-percepção da *autonomia técnica e hierárquica* dentro da instituição e conseqüentemente um rebaixamento no grau de *autonomia médica*.

Como nos aponta Dejours^{16, 18, 20}, para o sofrimento não gerar uma série de manifestações psicopatológicas são empregadas *defesas*, que de certa forma permitem o controle do sofrimento. Os *mecanismos de defesa coletivos* possuem um caráter paradoxal, por um lado protegem os sujeitos que os utilizam do efeito danoso do sofrimento, por outro inflige a terceiros sofrimentos desnecessários, fato observável no contexto em estudo. A baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos por parte dos intensivistas das unidades de atendimento crítico a adultos, procedimento simples e de comprovada eficácia, afeta a prevenção das IRAS e acarreta danos desnecessários aos pacientes.

Os pediatras do CTI parecem ter menos necessidade de fazer uso desse *mecanismo coletivo de defesa* com relação à questão da adesão aos procedimentos de higienização de mãos. A compreensão de que o *monopólio de saber e prática* da pediatria está relacionado à efetividade do conjunto dos cuidados oferecidos a seus pacientes e que a complexidade do *ato técnico* reside no atendimento às demandas dos pacientes e a seus familiares no que diz respeito tanto aos aspectos físicos quanto emocionais, faz com que um procedimento simples e de baixa complexidade como higienizar as mãos, se torne parte da complexa engrenagem da oferta de cuidados seguros e de qualidade.

No hospital Araribóia, essa dinâmica de funcionamento não pode ser observada de forma clara em função do estágio de implantação das iniciativas de higienização de mãos em que se encontrava a instituição, na ocasião da realização do presente estudo. Mas pudemos observar que o comportamento dos pediatras da UTEIN, apesar das condições de trabalho apontadas anteriormente, é muito semelhante ao observado nos pediatras do hospital Anchieta. Apesar da ausência de dados quantitativos relativos à adesão dos pediatras aos procedimentos de higienização de mãos, parece haver *menor* distância entre o *trabalho prescrito e o trabalho real* com relação à adesão aos procedimentos. O uso da *inteligência astuciosa* ou *engenhosidade* pareceu-nos ser utilizada nos momentos em que foi necessário ‘orquestrar’, juntos aos profissionais da equipe de saúde, as ações essenciais à assistência adequada dos pacientes pediátricos. Talvez seja possível atribuir esse comportamento à especificidade do atendimento pediátrico e de suas condições particulares de trabalho conforme apontadas pelos intensivistas do CTI pediátrico do hospital Anchieta.

Os intensivistas da UTEIN, por conta dessas circunstâncias, têm uma noção obscurecida de seu desempenho com relação à execução dos procedimentos de

higienização de mãos e certo alheamento com relação à questão. O interesse pelo tema surgiu, em parte, em função da introdução do pesquisador no ambiente de trabalho, o que não parece ter sido suficiente para motivar o grupo nesse sentido. A insatisfação salarial, a desvalorização do médico no mercado de trabalho, o tradicional conflito entre a equipe médica e a equipe de enfermagem parece-nos gerar nesses profissionais uma vivência de perda do *monopólio de saber* colocando em jogo não só o prestígio, mas também a *autoridade técnico-científica* e a *autonomia no agir técnico*. Cumprir as normas e procedimentos de higienização de mãos, dentro da dinâmica intersubjetiva dos intensivistas da UTEIN, não parece estar relacionado ao qualquer tipo de sofrimento proveniente das relações de conflito dentro do contexto de trabalho, mas ter como *tradição* a crença de que a qualidade do cuidado está estritamente relacionada à incorporação de técnicas e tecnologias cada vez mais avançadas para lidar com a complexidade dos quadros que surgem nas UTIs parece fazer com os profissionais da UTEIN não incorporem os procedimentos de higienização de mãos dentre àqueles a serem executados pelos médicos intensivistas. Nesse sentido, reiteramos a importância da implantação das iniciativas de higienização de mãos e do avanço sistemático do processo implementação dessas iniciativas no sentido de qualificar os profissionais de saúde para agir preventivamente em relação às infecções relacionadas à assistência à saúde.

Considerações Finais.

*A redução do dano desnecessário associado ao cuidado em saúde a um mínimo aceitável*³⁰ tem sido o objetivo de diversos especialistas e organizações em todo o mundo. Organismos nacionais e internacionais evidenciam a necessidade do desenvolvimento de dispositivos e estratégias para este fim. Inúmeras ações e pesquisas vêm sendo realizadas de forma crescente na última década. Além das tecnologias e conhecimentos técnicos produzidos nesse período, aspectos comportamentais passaram a ser levados em conta em função da complexidade e especificidade envolvidas na assistência à saúde.

Os procedimentos de higienização de mãos, como medida simples e baixa complexidade na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, e os paradoxos que envolvem a adesão dos profissionais de saúde a esses procedimentos nos pareceu ser um fenômeno e condição exemplar para empreender um estudo que possibilitasse a compreensão do comportamento de violação, etapa do processo de consecução do erro, responsável em parte pela alta incidência de eventos adversos evitáveis. Os médicos foram escolhidos como sujeitos da pesquisa, pelo fato de serem apontados como os profissionais da equipe de saúde que possuem a menor adesão a esses procedimentos e também pelo papel modelar que ocupam na equipe de trabalho em saúde.

Os modelos teóricos explicativos para a compreensão do erro e da violação propostos por James Reason^{11, 14, 47} e Christophe Dejours^{16, 17, 18, 19, 20}, como também os estudos dessas questões na área de saúde apresentados por Runciman e colaboradores¹³ foi o instrumental teórico utilizado não só para compreender o fenômeno, mas também como suporte que possibilitou o início do estudo e seu desenvolvimento no trabalho de

campo, apontando caminhos na medida em que pode antecipar desfechos que a princípio não puderam ser previstos. As categorias de análise obtidas através da discussão proveniente dessas escolhas teóricas e da hipótese de trabalho postulada também funcionaram como instrumento norteador do trabalho de campo.

Os modelos explicativos utilizados possibilitaram visualizar o fenômeno estudado por prismas diferentes. A análise do processo de ocorrência do erro dentro do sistema cognitivo, proposto por James Reason, teve seu foco de ação voltado para a prevenção e o desenho de medidas direcionadas à segurança e à diminuição de riscos, propiciando na área de saúde a criação de estratégias nas várias *camadas defensivas* do complexo processo de cuidado ao paciente que se encontra em tratamento dentro sistema hospitalar. Já as contribuições de Christophe Dejours, se voltavam para análise da dinâmica do contexto laboral na sua dimensão humana. O microcosmo onde o trabalho ocorre, envolve o indivíduo, a tarefa a ser executada e o conjunto dos profissionais que dela participam, direta ou indiretamente, pertencendo ou não a mesma categoria profissional e nível hierárquico. O autor parte do princípio de que o trabalho, na sua execução cotidiana, está intrinsecamente ligado ao fracasso e que é necessário criar condições sociais e psicoafetivas favoráveis para que o indivíduo possa enfrentar e sobrepor às situações imprevistas.

O presente estudo partiu do pressuposto de que ocorrem violações às normas e procedimentos de higienização de mãos e como hipótese de trabalho foi postulado que as condutas propostas pelas iniciativas de higienização de mãos são vividas pelos médicos como perda da autonomia gerando mecanismos de defesa cuja expressão comportamental é o afastamento à execução dos procedimentos conforme estabelecidos e a baixa adesão.

O estudo realizado foi uma pesquisa qualitativa e teve como base o desenvolvimento de uma teoria fundamentada que visou à compreensão do comportamento de violação ocorrida nas ações médicas frente às iniciativas de higienização de mãos. Ao longo da pesquisa de campo e na posterior análise do material obtido, como preconiza o método, houve a interação entre induções e deduções derivadas das informações abstraídas dos dados brutos. Esses dados permitiram o subsequente desenvolvimento de um conjunto de categorias, que através da utilização da codificação axial estabeleceu-se as relações entre a estrutura e o processo pelo qual os fenômenos se davam com o objetivo de captar a dinâmica e a natureza evolutiva dos fatos.

O método e os instrumentos de coleta de dados utilizados tiveram o objetivo de colocar o pesquisador na posição privilegiada de expectador das ações do cotidiano e dos sentimentos que emergem não só da execução das tarefas no contexto laboral como também da relação intersubjetiva entre os atores sociais ali inseridos, o que proporcionou a plausibilidade necessária à investigação. A observação participante teve o objetivo de captar o *real do trabalho* relativo à execução das normas e procedimentos de higienização de mãos e a apreensão dos fatores comportamentais facilitadores e dificultadores na realização da tarefa. A entrevista com os gestores possibilitou a obtenção de informações sobre a estrutura e o processo de implementação das iniciativas de higienização de mãos nessas instituições, no que dizia respeito ao instrumental utilizado e à capacidade de avaliação do processo realizado. A ótica dos gestores sobre o processo também foi valorizada. Esse instrumento cumpriu o objetivo de fornecer material complementar e elucidativo com relação aos aspectos históricos e gerenciais dos processos de trabalhado preconizados pelas instituições o que possibilitou a contextualização das ações assistenciais observadas no trabalho de campo.

O trabalho de campo foi realizado nas unidades de atendimento a pacientes críticos nos hospitais Anchieta e no hospital Araribóia pelo período de aproximadamente três meses em cada um deles. *Os Cinco Momentos para Higienização de Mãos* preconizado por campanha da *World Alliance* foi utilizado como padrão de referência para a avaliação da prática dos profissionais para execução dos procedimentos de higienização de mãos.

Ao iniciar o trabalho de campo o pesquisador já possuía algumas categorias de análise como instrumento norteador do trabalho. Autonomia médica, especialidade médica, *trabalho prescrito* e *trabalho real* foram as categorias obtidas em função das discussões e escolhas teóricas realizadas e da hipótese de trabalho postulada.

O roteiro de apresentação dos dados obtidos através da observação participante seguiu as etapas ou momentos destacados como significativos no percurso do trabalho. A *entrada no campo* permitiu, através de inúmeros procedimentos, identificar os contatos formais e informais que introduziram o pesquisador no campo e possibilitou a apreensão das regras explícitas e implícitas que permeavam o contexto, sem as quais seria impossível avançar no trabalho. A apreensão da estrutura física e organizacional dessas duas instituições também ocorreu nesses momentos iniciais. Destacamos a importância da boa receptividade ao trabalho por parte da direção dos hospitais Anchieta e Araribóia. Ambos perceberam que a forma de trabalho desenvolvida – observação participante –, possibilitaria uma abordagem adequada à questão comportamental envolvida na baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos.

A boa receptividade ao trabalho não excluiu o estranhamento ao pesquisador por parte dos sujeitos da pesquisa que compunham o contexto laboral, as unidades de atendimento a pacientes críticos para adultos e crianças. As expectativas e impressões

dos profissionais que transitavam pelo contexto analisado nortearam a trajetória e as estratégias utilizadas na obtenção de dados para o estudo. Os papéis atribuídos ao pesquisador mantiveram uma sequência relativamente linear de aparecimento nos hospitais estudados.

O estágio do processo de implementação das iniciativas de higienização de mãos e o conhecimento e fluxo de informação nas equipes sobre os mais diversos aspectos do trabalho executado nas instituições foram os primeiros fenômenos significativos observados, o que orientou os primeiros caminhos a serem trilhados. Essas observações iniciais apontaram para a importância do processo de acreditação nessas instituições como norteador do processo de implementação das iniciativas de higienização de mãos. Pareceu-nos também que a acreditação teve o papel de alicerçar a filosofia de trabalho e as políticas assistenciais dessas instituições e conseqüentemente aumentar o conhecimento e fluxo de informação dos profissionais de saúde com relação à qualificação técnica, como também as propostas, projetos e políticas assistenciais da instituição. O período de tempo que a instituição possuía o certificado de acreditação, o estágio do processo de implementação das iniciativas de higienização de mãos e o grau de conhecimento e qualificação técnica dos profissionais, assim como a familiarização com as políticas assistenciais da instituição pareceu-nos caminhar *pari e passu*.

O tipo de vínculo de trabalho do médico em cada instituição também foi um dos primeiros fenômenos significativos observados no trabalho. Esse fenômeno de início nos chamou atenção para as relações burocrático-administrativa desses profissionais com as instituições a que estavam vinculados, mas em sequência nos indicou toda uma sorte de tensões existente dentro do grupo de trabalho. No hospital Anchieta as dificuldades relacionais ocorriam predominantemente entre os médicos do Corpo Clínico fechado, os intensivistas, e os médicos do Corpo Clínico aberto, os

médicos assistentes ou ‘titulares’. No hospital Araribóia essas dificuldades aconteciam entre a equipe médica e de enfermagem, tendo como fator de fomento a essa questão o achatamento salarial, o que de certa forma era vivido pelos médicos como indiferenciação hierárquica e diminuição da capacidade e valor simbólico.

Os papéis atribuídos ao pesquisador pelos atores sociais inseridos no contexto em estudo delinearão a forma inserção no campo e possibilitaram paulatina familiarização com as tensões de ordem relacional nele existente. A observação da tensão existente em torno do tipo de vinculação institucional dos médicos possibilitou a apreensão de novos fenômenos e tensões. O grau e o tipo de integração da equipe multiprofissional na execução das tarefas cotidianas e na assistência aos pacientes e a relação médico-paciente permearam distintos graus de adesão aos procedimentos de higienização de mãos das diferentes especialidades médicas: os intensivistas da UTI de adultos e unidades semi-intensivas e os pediatras do CTI pediátrico. No hospital Anchieta, a relação competitiva entre os médicos intensivistas e os médicos assistentes advinda das diferenças de autonomia no *agir técnico*, resultante do tipo de vínculo de trabalho desses profissionais, pode ser observado nos olhares de reprovação, nos silêncios tensos e na disputa de conhecimento através de ‘pequenos lembretes’ quanto à condução de casos clínicos. Apesar dessa tensão, que parecia ser um dos fatores que contribuíam para a manutenção da uma hierarquização verticalizada na equipe multiprofissional e, conseqüentemente da compartimentalização das tarefas, as demais categorias profissionais pertencentes à equipe de saúde solidarizavam-se aos intensivistas e mantinham comportamento semelhante em relação aos médicos assistentes.

A cooperação e engajamento de todos os profissionais da equipe de saúde do CTI pediátrico em torno das atividades assistenciais voltadas para os pacientes e seus familiares proporcionavam um clima harmônico. Nessa unidade era estabelecida uma hierarquia baseada na especificidade e competência de conhecimento técnico, sem haver, no entanto, um distanciamento vertical. Havia livre curso de opiniões com relação a determinadas escolhas de procedimentos quando se fazia necessário, como também discussões acaloradas na busca de consenso quanto a melhor terapêutica a ser utilizada. Essas condições pareciam imprimir menos tensão na relação da equipe com os médicos assistentes, por eles denominados de ‘médico titular’.

No hospital Anchieta, tanto os intensivistas da UTI de adultos e unidades Semi-intensivas quanto os pediatras do CTI pediátrico têm clara noção de seus desempenhos com relação à execução dos procedimentos de higienização de mãos. Todos asseguram ser factível a realização desses procedimentos em função das condições oferecidas pela instituição. A maioria dos intensivistas reage com certa perplexidade quando questionados sobre os possíveis motivos para a baixa adesão, já os mais envolvidos com a questão apontam a *onipotência médica* como uma das causas. A despeito do tipo de interesse ou envolvimento, quando os médicos intensivistas são confrontados ao comportamento de não observância aos procedimentos de higienização de mãos, percebe-se a existência de um desconforto gerado pelo fato de estarem diante de algo que lhes foge ao controle.

Os médicos do CTI pediátrico possuem maior clareza sobre as suas ações nesse sentido e apontam que em função das características do paciente atendido, nos momentos em que ocorrem várias intercorrências concomitantemente, a exigência de ações imediatas e subsequentes impossibilitam a observância desses procedimentos nos momentos adequados. A *onipotência médica* também é apontada como uma das

possíveis causas para a baixa adesão, mas essa questão parece apresentar contornos mais definidos tanto para pediatras do hospital Anchieta quanto para os pediatras do hospital Araribóia.

A *tradição* que fundamenta a eficácia do *ato técnico* difere entre intensivistas e pediatras. Os primeiros demonstram que essa tradição se funda na crença de que a qualidade do cuidado está estritamente relacionada à incorporação de técnicas e tecnologias cada vez mais avançadas para lidar com a complexidade dos quadros que surgem nas UTIs. Para os últimos parece haver a compreensão de que os cuidados direcionados a esses pacientes e a efetividade do *ato técnico* devem abranger aspectos físicos e emocionais. As diferentes concepções parecem trazer consequências tanto a relação médico-paciente quanto para a percepção e vivência dos intensivistas e pediatras quanto ao grau de *autonomia técnica e hierarquia* com relação aos médicos assistentes.

A crença de que a qualidade do cuidado está estritamente relacionada à incorporação de técnicas e tecnologias parece trazer dificuldades aos intensivistas em lidar com pacientes cuja condição clínica a medicina ainda não tem resposta, devido ao sentimento de impotência que emerge. A relação impessoal e distante é uma das formas de lidar com a morte inevitável. A compreensão de que os cuidados aos pacientes e a efetividade do *ato técnico* envolvem aspectos físicos e emocionais leva os pediatras, nos momentos em que a tecnologia indica não ser possível fazer mais nada, direcionar suas ações para preservar um maior conforto possível ao paciente e um menor sofrimento físico e emocional necessário. Esse comportamento se estende a equipe de saúde, já que nesse sentido o pediatra ultrapassa o papel de modelo para se transformar no catalisador e multiplicador de ações.

A assimetria na divisão de responsabilidades na condução dos casos clínicos entre o Corpo Clínico aberto e o Corpo Clínico fechado no hospital Anchieta parece

gerar efeitos diversos entre os intensivistas e os pediatras. Para os intensivistas essa assimetria parece ocasionar uma vivência de ataque à sua capacidade de *mentor e sujeito da ação técnica*. No plano coletivo-profissional, esse ataque é vivenciado como perda do *monopólio de saber e prática* implicando na perda de *autonomia técnica e hierárquica* com relação aos médicos assistentes. A **tradição** que fundamenta a eficácia do *ato técnico* dos intensivistas e o fato de ser parte integrante de uma instituição de excelência recrudescem as vivências assinaladas. A competição por parte desses profissionais com os médicos assistentes no sentido assegurar que é o mais capacitado para exercer a função de *mentor e sujeito da ação técnica profissional* é expressiva, mas velada.

O fato dos pediatras se colocarem mais facilmente na posição de coadjuvantes e atuarem de forma complementar as ações dos ‘médicos titulares’, assim como terem por especificidade profissional o fato de ser *parceiro, trabalhar em conjunto e flexibilizar*, parece conferir menor área de conflito no trato com esses profissionais. Diferente do que ocorre com os intensivistas, a **tradição** que fundamenta a eficácia do *ato técnico* dos pediatras os habilita como *mentor do trabalho e sujeito da ação enquanto agente da técnica*. No plano corporativo-profissional a *autonomia técnica e hierárquica* é preservada, o que diminui a possibilidade de competição desses profissionais com os médicos titulares. A postura cuidadosa dos pediatras em relação aos pacientes e a preocupação com a interferência que suas ações podem neles causar, de certa forma parece lhes conferir o papel de guardião do cumprimento das boas normas e procedimentos.

A baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos dos intensivistas do hospital Anchieta pareceu-nos estar ligado ao fato desses procedimentos, simples e de baixa complexidade, gerarem dentro de sua dinâmica intersubjetiva sofrimento

(inconsciente) por trazer o sentimento de desqualificação. Essa desqualificação está relacionada primeiramente ao fato de que a execução desta simples tarefa vai de encontro às crenças relativas ao papel e função que exercem dentro de uma instituição de excelência. A assimetria de responsabilidades no gerenciamento dos cuidados dos pacientes em relação aos médicos assistentes e a competição velada dela decorrente é a outra fonte de desqualificação. Realizar um procedimento que é acintosamente desqualificado pelos médicos assistentes, em função de sua baixa complexidade, parece produzir efeitos deletérios na auto-percepção da *autonomia técnica e hierárquica* dentro da instituição e conseqüentemente um rebaixamento no grau de *autonomia médica*.

Os pediatras do hospital Anchieta parecem ter menos necessidade de fazer uso do *mecanismo coletivo de defesa*, apontado por Dejours^{16, 18, 20} como a *defesa* empregada para permitir o controle do sofrimento. Compreender que o *monopólio de saber e prática* da pediatria está relacionado à efetividade do conjunto dos cuidados oferecidos a seus pacientes e que a complexidade do *ato técnico* reside no atendimento às demandas dos pacientes e a seus familiares faz com que um procedimento simples e de baixa complexidade como higienizar as mãos, se torne parte da complexa engrenagem da oferta de cuidados seguros e de qualidade.

Nesse sentido, podemos expressar que a distância entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real* com relação à adesão às normas e procedimentos de higienização de mãos é menor nas unidades de atendimento críticos à pacientes pediátricos do que nas unidades de atendimento à pacientes adultos, o que faz com que a equipe do CTI pediátrico haja em conformidade e adequação aos padrões estabelecidos por órgãos nacionais e internacionais relativos a prevenção das IRAS. O uso *inteligência astuciosa* ou *engenhosidade* parece-nos ser mais utilizada pelos pediatras do que nos intensivistas, conferindo aos primeiros, maior criatividade ao lidar com os reverses do *real*.

A dinâmica de funcionamento do comportamento de baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos não pode ser observada de forma clara no hospital Araribóia em função do estágio de implantação das iniciativas de higienização de mãos em que se encontrava a instituição, na ocasião da realização do presente estudo. Mas foi possível observar que o comportamento dos pediatras da UTEIN é muito semelhante ao observado nos pediatras do hospital Anchieta e que também parece haver *menor* distância entre o *trabalho prescrito e o trabalho real* com relação à adesão aos procedimentos. O uso da *inteligência astuciosa* ou *engenhosidade* também nos pareceu ser utilizada de forma significativa nos momentos em que se fez necessário. Em função do estágio de implementação das iniciativas de higienização de mãos, os intensivistas da UTEIN demonstram ter uma noção obscurecida de seu desempenho com relação à exceção desses procedimentos. A baixa adesão as normas e procedimentos de higienização de mãos, dentro da dinâmica intersubjetiva dos intensivistas da UTEIN, não parece estar relacionada ao qualquer tipo de sofrimento proveniente das relações de conflito dentro do contexto de trabalho. Mas essas relações de conflito, acrescida a insatisfação salarial e a desvalorização do médico no mercado de trabalho parecem gerar nos intensivistas uma vivência de perda do *monopólio de saber* colocando em jogo não só o prestígio, mas também a *autoridade técnico-científica* e a *autonomia no agir técnico*.

A análise empreendida no presente estudo assevera a importância da implantação das iniciativas de higienização de mãos e do avanço sistemático do processo implementação dessas iniciativas, no sentido de qualificar os profissionais de saúde para agir preventivamente em relação às infecções relacionadas à assistência à saúde. Quanto mais avançado for o estágio de implementação dessas normas e procedimentos maior a possibilidade de detecção e compreensão da dinâmica

comportamental que envolve a baixa adesão e conseqüentemente a criação de estratégias que possam diminuir a distância entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real*, tais como as realizadas no hospital Anchieta.

James Reason⁴⁷ define a violação sob a denominação geral de atos inseguros e a classifica em função do comportamento de não adesão de acordo com o nível de execução da tarefa, tal qual o faz com os *erros*. O nível *baseado nas regras* foco do presente trabalho, é essencialmente voltado para controlar o comportamento em situações problemáticas e de risco, que é mais abundante devido ao desempenho humano. Segundo o autor, para compreender a ampla gama de comportamentos do nível *baseado nas regras* é necessário considerar tanto fatores pessoais quanto sistêmicos. A *adesão correta e recompensadora*, segundo a tipologia proposta por Reason, ocorre em organizações moderadamente bem sucedidas, onde os procedimentos são refinados e ajustados ao longo dos anos, e esse ajustamento se transforma numa maneira mais segura e eficiente de trabalhar. Se todo esse processo é percebido pela força de trabalho, ou seja, os profissionais envolvidos, a recompensa psicológica é maior para a adesão do que para a não adesão.

Controlar o comportamento humano para minimizar a probabilidade de ocorrência de violações inseguras sem constranger a necessária prontidão intelectual em reconhecer procedimentos inapropriados e evitar incorreções, é uma questão. Reason menciona que a governabilidade do comportamento seguro em situações de potencial risco seja deliberada no nível da supervisão. Os profissionais situados nesse nível, para lidar com essa questão, precisam estar à frente da situação tanto no local onde as demandas são produzidas quanto das condições sob as quais elas frequentemente atuam. A autoridade pessoal, profissional do supervisor e o suporte institucional a ele concedido também são importantes, mas se a segurança não for um fator prioritário no

rol de metas da instituição haverá um significativo comprometimento no efetivo controle no comportamento de violação. O autor também ressalta que trabalho seguro e produtivo não é necessariamente obtido pelo esforço de reduzir as ações de não adesão a qualquer custo. Geralmente é necessário o desenvolvimento de uma série ou sucessão de mecanismos de controles que seja melhor ajustado para aquela esfera particular de operações. Não existe uma única melhor proposta que sirva a todos.

O presente estudo representa um esforço na contribuição da produção de conhecimento, ainda incipiente, a respeito da dinâmica que envolve as ações dos profissionais de saúde relativa à violação da execução de normas e procedimentos preconizados na assistência à saúde, o que envolve potencial risco a segurança do paciente. A baixa adesão aos procedimentos e normas de higienização de mãos é um deles. Mais estudos que visem compreender a dinâmica das ações e atos inerentes a concepção humana do *trabalho real* na área de Segurança do Paciente devem ser empreendidos. Essa compreensão possibilitará não só a diminuição da distância existente entre o *trabalho real* e o *trabalho prescrito* a níveis adequados, mas também constituirá um espaço de manobra, que possibilitará ao profissional de saúde lidar com os reveses do *real* de forma criativa, transformando-os e incluindo-os no repertório das ações prescritas, ou seja, constituindo um círculo virtuoso. Os resultados e análise dos dados obtidos no presente estudo apontam ser necessário o aprofundamento na compreensão da dinâmica das ações que envolvem a adesão dos pediatras às normas e procedimentos de higienização de mãos. Salientamos ser também profícuo analisar comparativamente as categorias médicas e não médicas que se encontrem em posições extremas quanto à adesão desses procedimentos.

Referencia Bibliográfica:

1. Kohn L T, Korrigan J M, Donaldson M S. To Err is human: Building a safer health system. Washington D.C.: National Academy Press; 2000.
2. Cohen T, Phil M, Blatter B, Almeida C, Patel V L. Reevaluating Recovery: Perceived violations and preemptive interventions on emergency psychiatrics rounds. *J Am Med Inform Assoc* 2007; 14(3):312-319.
3. Merry A, Seddon M. Quality improvement in healthcare in New Zealand. Part2: are our patients safe and what are we doing about it? *N Zeal Med J* 2006; 119 (1238):U2111.
4. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft). World Alliance WHO 2006; 8-10.
5. Moret L, Tequi B, Lombrail P. Should self-assessment methods be used to measure compliance with handwashing recommendations? A study carried out in a French university hospital. *American Jornal of Infection Control* 2004; 32 (7):384-390.
6. Pittet D. Improving Adherence to Hand Hygiene Practice: A Multidisciplinary Approach. *Emerging Infectious Desease* 2001; 7(2):234-240.
7. Pittet D. Complaince with hand disinfection and its impact on hospital-acquired infections. *Jornal of Hospital Infection* 2001; 48 (suppl A):S40-S46.
8. Hugonnet S, Pittet D. Hand Hygiene – Belifs or Cience? *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Clin Microbiol Infect* 2000; 6: 348-354.
9. Beggs C, Noakes C, Shepherd S, Kerr K, Sleigh P A, Banfield K. The Influence of nurse cohorting on hand hygiene effectiveness. *American Journal of Infection Control* 2006; 34(10):621-626.
10. Chalmers, Straub. Standard principles for preventing and controlling infection. *Nursing Standard* 2006; 20(23):57-65.

11. Reason J. Human Error. London: Cambridge University Press; 2003.
12. Rasmussen J. Information Processing and Human-Machine Interaction. Amsterdam: North-Holland; 1986.
13. Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and Ethics in Healthcare: a guide to getting it right. London: British Library; 2007.p. 109-134.
14. Reason J. Human Error: Models and Management. Brit Med J 2000; 320; 768-770.
15. Carvalho, P V R. Acidentes em Sistemas Complexos [apresentação Power point]. Congresso Safety; 2008.
16. Dejours C. O Fator Humano. 5ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2005.
17. Lancman S, Sznelwar L I, organizadores. Christophe Dejours: Da psicopatologia do trabalho à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro:Fiocruz; Brasília: Paralelo 15; 2004.
18. Dejours C. A Banalização da Injustiça Social. 7ª ed. Rio de Janeiro FGV; 2007.
19. Dejours C. Conferências Brasileiras. Identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap:EAESP/FGV;1999.
20. Dejours C. A Loucura do Trabalho. São Paulo: Oboré1; 1987.
21. . Lacaz F A C, Sato L. Humanização e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde In: Deslandes S, organizadora. Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.109-139.
22. Carapinheiro G. Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares. Lisboa: Afrontamento; 1993.
23. O SUS de A a Z [acessado 2009 mai 30] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
24. Friedson E. The Reorganiation of The medical profession. Med Care Res Ver 1985; 42(1):11-35.

25. Cecílio L C O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. Rev C S Col 1999; 4(2): 315-329.
26. Pitta A. Hospital. Dor e Morte como Ofício. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1991.
27. Schraiber L B. O Trabalho Médico: Questões acerca da Autonomia Profissional. Cad Saúde Pública 1995; 11(1):57-64.
28. Donnangelo, M C F. Medicina e Sociedade: O Médico e seu Mercado de Trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
29. National Patient Safety Agency .Cleanyourhand Campaign; 2006.
30. [accessed 2009 march 23] Available from: <http://www.who.int/safety/en/>
31. [acessado 2009 mar 23] Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm
32. Santana H T. Ações da ANVISA/MS relacionada à Higienização de Mãos em Serviços de Saúde – GIPEA/GGTES/ANVISA: 2008
33. [acessado 2009 mar 23] Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pac_hig_maos.pdf
34. Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
35. Schraiber L B. O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
36. Ribeiro J M; Schraiber L B. A autonomia e o trabalho em Medicina. Cad. Saúde Pública. 1994; 10(2): 190-9.
37. Minayo M C S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
38. Becker H S. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec; 1993.

39. Haguette T M F. Metodologias Qualitativas na Sociologia. Rio de Janeiro: Vozes; p.58-68; 1987.
40. Pope C; Mays N. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
41. Foot-White W. Treinando a Observação Participante. Rio de Janeiro: Francisco Alves; p.77-86; 1980.
42. Valladares L. Os Dez Mandamentos da Observação Participante. Rev Bras Ciências Sociais. 2007; 63(22): 153-155.
43. Malinowski B. Os Argonautas do Pacífico. Os pensadores. São Paulo: Abril; 1984.
44. Radcliffe-Brown A R. A Further Note on Joking Relationship. Africa: Journ Int African Institute. 1949; 2 (19): 133-140.
45. Siegel J H; Korniewicz D M. Keeping patients safe; na interventional hand hygiene study at na oncology Center. Clin J Oncol Nurs. 2007; 11(5):643-6.
46. Erasmus V; Daha T J; Brug H; Richardus J H; Behrendt M D; Vos M C; van Beeck E F. Systematic review od studies on complaince with hand hygiene guidelines in hospital care. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010; 31(3):283-294.
47. Reason J. The Human Contribution. Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries. London: Ashgate; p. 49-68; 2010.

A N E X O S

ANEXO I

NASCIMENTO, Nadia Bomfim do; TRAVASSOS, C.M.R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 625-651, 2010.

O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente

NADIA BOMFIM DO NASCIMENTO⁵

CLÁUDIA MARIA DE REZENDE TRAVASSOS⁶

Resumo

Em 1999, o relatório do Instituto de Medicina (IOM), ao apontar que há significativa ocorrência de eventos adversos e que mais da metade dessas ocorrências eram ocasionadas por erro médico, suscitou inúmeras ações e pesquisas na área de Segurança do Paciente. As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), um dos problemas enfrentados na área, é alvo de pesquisas que intentam criar procedimentos e estratégias no sentido de prevenir tais eventos. A higienização de mãos, por ser a medida mais simples no controle das IRAS e, paradoxalmente, a que possui mais baixo índice de adesão entre os médicos, é alvo de inúmeros programas e campanhas. A necessidade de reversão do quadro apontado tem gerado extensa literatura que, entre outros, identifica barreiras e fatores de risco para a baixa adesão a normas e procedimentos de higienização de mãos, como também busca compreender os aspectos comportamentais envolvidos. Este artigo apresenta alguns modelos teóricos explicativos voltados para a compreensão da dinâmica comportamental que envolve a consecução do erro e da violação e realiza uma análise com possibilidades à apreensão do processo. Por fim, considera-se que os modelos explicativos apresentados, conjuntamente, trazem contribuições passíveis de aplicação na prática e que a identificação e compreensão dos *mecanismos de defesa coletivos* levariam aos fatores que se

⁵ [REDACTED], Doutoranda em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP – FIOCRUZ).

Endereço eletrônico: nadiabomfim@uol.com.br

⁶ [REDACTED] Médica, Pesquisadora Titular do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT – FIOCRUZ).

encontram em jogo na baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos por parte dos médicos, a despeito das evidências existentes.

Palavras-chave: segurança do paciente, erro médico, violação.

Recebido em:

Aprovado em:

Introdução

Nos últimos vinte anos, as organizações e agências internacionais de saúde têm evidenciado a necessidade de desenvolver dispositivos para a melhoria da segurança do paciente. Ao longo desse período, desenvolveram um número significativo de estratégias voltadas para melhorar a qualidade do cuidado à saúde e, conseqüentemente, minorar os riscos inerentes a esses cuidados de saúde oferecidos.

A segurança do paciente, uma importante dimensão da qualidade em saúde, se tornou foco de atenção a partir do relatório apresentado pelo Instituto de Medicina há aproximadamente dez anos – *To err is human* (KOHN; KORRIGAN; DONALDSON, 2000) –, que apontou a alta frequência de eventos adversos resultantes do cuidado hospitalar, ou seja, incidentes que resultavam em dano para o paciente, e que mais da metade dos casos eram ocasionados por erros médicos. Vários fatores foram inicialmente apontados como fomentadores das condições de insegurança do paciente, dentre eles, o silêncio que cerca a questão do erro médico. Apesar dos esforços despendidos até o momento na busca da compreensão e criação de estratégias que contemplem a questão, poucas respostas efetivas foram obtidas e isso se deve, em parte, à complexidade do tema, como também à complexa natureza do cuidado em saúde.

“O cuidado em saúde tem sido caracterizado como resultante de um complexo sistema sócio-técnico, no qual papéis e responsabilidades geralmente desafiam definições formais tais como as descrições das atividades do trabalho” (COHEN et al., 2007, p. 312). Nesse sistema, erros podem ocorrer em função do aspecto exploratório inerente ao permanente processo de aprendizagem associado à execução do trabalho clínico, como nos sugerem Cohen e colaboradores (2007). A distinção entre erro e violação tem sido suscitada por alguns autores (COHEN et al., 2007; MERRY; SEDDON, 2006) como um caminho para a compreensão dos processos envolvidos na ocorrência do erro. A identificação e compreensão dos atos de violação possibilitariam a precoce identificação de situações vulneráveis à ocorrência de erro, já que a violação de normas prescritas é assumida como a etapa inicial de um processo de progressão que culmina na ocorrência de erro médico (CHEN et al., 2007).

Na área de Segurança do Paciente, as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representam um problema para o qual convergem

pesquisas, procedimentos e estratégias, que abrangem desde a criação de insumos e tecnologias de alta complexidade até o treinamento dos recursos humanos e o envolvimento dos pacientes. Duas questões importantes resultam desse esforço. A primeira é o consenso de que a higienização de mãos [*hand hygiene*] (GUIDELNES, 2006) é uma medida simples, de baixo custo e baixa complexidade e, portanto, um dos pilares na prevenção e controle da infecção hospitalar. A segunda é o reconhecimento, apontado por diversos estudos, da baixa adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos, apontada por diversos estudos (MORET et al., 2004; PITTET, 2001a; PITTET, 2001b; HUGONNET; PITTET, 2000). A baixa adesão à higienização das mãos constitui uma violação às normas prescritas e nos parece ser um fenômeno e condição exemplar a ser investigado com vistas à prevenção de erro.

Os estudos sobre a baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos apontam vários fatores que afetam a execução do procedimento preconizado e, conseqüentemente, a aderência: produtos abrasivos e/ou inadequados que causam irritação na pele; ausência de material para realização da higienização próxima aos locais de atendimento dos pacientes; a falta de tempo para a realização do procedimento, devido ao excesso de carga de trabalho; a equipe reduzida, entre outros (PITTET, 2001b; HUGONNET; PITTET, 2000; BEGGS et al., 2006; CHALMERS, 2006). Foram também identificados como preditores de baixa aderência aos procedimentos de higienização das mãos: a categoria profissional, o local do hospital, o horário do dia ou semana, o tipo e a intensidade do cuidado dispensado ao paciente (MORET et al., 2004; PITTET, 2001a; PITTET, 2001b; HUGONNET; PITTET, 2000). Os médicos foram apontados como os profissionais de saúde que apresentaram a menor adesão à higienização das mãos, dentre aqueles que executam suas atividades no ambiente hospitalar. Moret e colaboradores (2004) destacam que esse comportamento tende a influenciar os demais componentes da equipe, tendo em vista o papel modelar que o médico ocupa entre os profissionais de saúde. A baixa adesão do médico e seu papel dentro da equipe de trabalho ratificam a necessidade de investigação sobre a questão da baixa adesão à higienização como fator de prevenção à ocorrência das IRAS; de forma mais ampla, possibilita a tentativa de se compreender o processo que envolve a dinâmica do comportamento relativo à violação as normas e procedimentos preconizados, que pode ocorrer tanto nos procedimentos mais simples, como na higienização de mãos, até os que demandam maior tecnologia e complexidade.

Algumas teorias sobre o erro foram propostas na tentativa de compreender e lidar com o fenômeno. James Reason (2003), através da psicologia cognitiva, buscou a compreensão do comportamento humano na ocorrência do erro e seus achados vêm sendo utilizados em diversas áreas onde o processo de trabalho humano se realiza. Runciman e colaboradores (2007) tomam como base a teoria proposta por Reason para entender como esse processo ocorre na área de saúde, tendo em vista a especificidade e complexidade a que está sujeita. Christophe Dejours (1987, 1999, 2005 e 2007) volta sua atenção para a dimensão humana do trabalho e o microcosmo onde ela se dá. Parte do princípio de que o trabalho, na sua execução cotidiana, está intrinsecamente ligado ao fracasso e que é necessário criar

condições sociais e psicoafetivas favoráveis para que o indivíduo possa enfrentar e se sobrepôr às situações imprevistas.

Com o intuito de alcançarmos maior compreensão sobre o tema e com a perspectiva de intervenção na realidade laboral, a seguir exporemos de forma sucinta o trabalho dos autores acima mencionados, seguida de breve discussão.

Errar é humano

Os conceitos *fator humano* e, posteriormente, *erro humano*, foram amplamente utilizados pelo psicólogo cognitivo James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester e membro da Sociedade Britânica de Psicologia, nos estudos por ele desenvolvidos na busca do entendimento dos mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro. Esses estudos e subseqüentes publicações foram inicialmente direcionados à área da aviação, posteriormente às indústrias de grande porte e, mais recentemente, à área de saúde. A Segurança do Paciente, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a ausência de dano potencial ou desnecessário para o paciente associado aos cuidados em saúde, e a capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho, são o foco central desses estudos, que têm como objetivo criar instrumentos para manejo do ato inseguro. Tornar-se resiliente, objetivo dos sistemas e organizações de alta complexidade, tal qual o sistema de saúde é, portanto, torná-lo tão robusto e praticável em face de situações que envolvem riscos humanos e operacionais e, conseqüentemente, a ocorrência de erro (REASON, 2003). Conter os efeitos danosos emergentes dessa ocorrência e mesmo assim atingir os objetivos propostos encerram em si um trabalho com múltiplos objetivos, já que levam em conta as ações do indivíduo, da equipe, o local de trabalho e a empresa como um todo.

A teoria sobre o erro humano, produto da extensa pesquisa realizada sobre o tema, foi apresentada em livro editado no ano 1990 – *Human error*. Nele, James Reason tem como proposta apresentar uma teoria que se volte para uma análise mais profunda da questão, ultrapassando a mera descrição de princípios gerais sobre a ocorrência e tipos de erros. Reason tem como público-alvo não só os psicólogos cognitivos, mas também os engenheiros, profissionais na área de segurança e estudantes. Objetiva a transmissão e o fomento da discussão no nível teórico, como também a aplicação prática de seus achados. A discussão teórica busca o avanço do conhecimento a respeito dos processos em que o erro humano se engendra, e a aplicação prática tem o propósito de eliminar ou conter os efeitos adversos decorrentes desse erro.

Reason introduz o tema com uma discussão sobre a natureza do erro. Nessa discussão, aponta que as noções de intenção e erro são inseparáveis, ou seja, o termo *erro* só pode ser aplicado às ações intencionais, já que os tipos de erro dependem de duas espécies de falhas: (i) *falhas na execução*, ou seja, as falhas nas ações que caminham de acordo com a intenção pretendida – deslizes e lapsos [*slips and lapses*] e (ii) *falhas no planejamento*, ou seja, as falhas das ações intencionais para alcançar os resultados desejados – enganos [*mistakes*]. Para a discriminação e categorização do erro numa ação realizada, Reason utiliza o método indutivo de inquirição através das três questões

seguintes: (1) “existiu uma prévia intenção para agir?”; (2) “as ações procederam de acordo com o plano?”; (3) “as ações alcançaram o fim desejado?”. As duas últimas questões, segundo o autor, possibilitam a construção de uma taxonomia do erro psicologicamente significativa.

Reason propõe uma *definição operacional* [*working definition*] sobre erro, em função de sua utilidade na composição das características psicológicas essenciais do fenômeno. “O erro será tido como um termo geral que abrange todas aquelas ocasiões em que uma sequência traçada de atividades mentais ou físicas falha em alcançar o resultado esperado e quando estas falhas não podem ser atribuídas à intervenção do acaso” (REASON, 2003, p. 9). A distinção entre as ações que não ocorrem conforme planejadas e aquelas devidas à inadequação do plano dentro da mesma sequência de execução de uma determinada ação ou comportamento, como vimos acima, aponta para duas subseqüentes definições operacionais, a saber: (i) *deslize* [*slip*] (e) *lapso* [*lapse*], que são ambos [operacionalmente] definidos como “erros que resultam de alguma falha na execução e/ou no estágio de armazenagem de uma sequência de ação, independentemente se o plano que os guia é ou não adequado para alcançar o objetivo” (REASON J, 2003, p. 9). O *deslize* está mais diretamente relacionado a ações observáveis que se realizam fora do plano prescrito. Já o *lapso* é geralmente relacionado a formas de erros mais encobertas e que não se manifestam necessariamente sobre a forma de comportamento, como por exemplo, falha de memória; (ii) *engano* [*mistake*], que é tida como “deficiência ou falha no processo de julgamento ou inferência envolvido na seleção de um objetivo ou na especificação dos meios para alcançá-lo, independente das ações dirigidas ao esquema de decisão ocorrer ou não de acordo com o planejado” (REASON J, 2003, p. 9). Esta última definição é mais sutil e complexa, portanto com maior dificuldade de detecção. A distinção entre as definições operacionais *deslize* [*slip*] (e) *lapso* [*lapse*] – falha na execução, e *engano* [*mistake*] – falha no planejamento, fazem parte da classificação de erro no desempenho humano estruturada por J. Rasmussen (1986). Essa classificação foi utilizada por Reason como base para seu sistema classificatório, que segundo o mesmo não era suficiente para apreender todos os tipos básicos de erros.

As definições operacionais acima assinaladas são as bases, utilizadas por Reason, para a identificação e o delineamento das diversas categorias do erro: classificação, tipos e formas. Desempenho correto e erro sistemático são os dois lados ou manifestações do mesmo *balancete cognitivo* [*cognitive sheef*], é o que assinala o autor. Os erros não são tão abundantes e variáveis como pode sugerir uma avaliação menos apurada. Eles também tendem a ter número limitado de formas quando confrontados com suas possíveis variações. Os erros apresentam uma roupagem similar ao longo de um amplo espectro de atividades mentais. Portanto, é possível identificar formas comparáveis de erros nas atividades da ação, fala, percepção, recordação, reconhecimento, julgamento, solução de problemas, decisão, formação de conceitos e similares.

Os mecanismos básicos e os processos que geram recorrentes formas de uma variada gama ou tipos de erros são descritos por Reason sob a forma do *sistema de modelos gerais de erros* / SMGE [*generic error-modelling system* / GEMS] (quadro 1), que têm como objetivo precípua delimitar as origens dos tipos básicos de erro humano, apresentar um modelo integrado e dinâmico dos

mecanismos operativos do erro, e especificamente, procurar integrar as duas áreas aparentemente distintas de erros: (i) *deslizes e lapsos* [*slips and lapses*]; e (ii) *enganos* [*mistakes*]. Esse modelo permite a identificação e a descrição de três tipos/mecanismos básicos de erros: 1) *deslize e lapso com base na habilidade* [*skill-based slips and lapses*]; 2) *engano com base nas normas* [*ruled-based mistake*]; 3) *engano com base no conhecimento* [*knowledge-based mistake*]. E mostra também como a detecção da existência de um problema na execução de uma determinada tarefa pode ser apontada como um referencial na consecução do erro, tendo em vista que os *deslizes e lapsos com base na habilidade* precedem a detecção do problema e são geralmente categorizados como falhas de monitoramento. Os *enganos baseados na norma ou no conhecimento* se enquadram como falhas que ocorrem imediatamente após a detecção do problema e são considerados como falhas gerais na resolução de problemas.

O *deslize e lapso com base na habilidade*, como vistos anteriormente, são geralmente atribuídos a falhas no monitoramento de uma ação rotineira ou contínua devido à desatenção ou a excessiva concentração, onde é feita uma checagem atenta em um ponto inapropriado de automatizada sequência de ações. Ambas podem ser denominadas como *falha no modo de controle*, pois os erros ocorrem em função de estarem num modo de controle errado em referência as demandas da tarefa. Este nível – *nível baseado na habilidade* – está relacionado ao desempenho de atividades altamente rotineiras em ambientes familiares.

O *engano com base nas normas* e o *engano com base no conhecimento* estão associados à resolução de problemas, tendo em vista que um problema, segundo definição do autor, é uma situação que requer uma revisão de uma ação corrente programada que tem por base normas e conhecimentos relativos à sua execução. Somente quando há falha no modelo semiautomático relacionado aos procedimentos de combinação de padrões e de aplicação de regras para a resolução de problemas, ou seja, falha na execução de ações ou atividades rotineiras, é que uma forma mais laboriosa de realizar inferências, a partir do modelo mental de resolução de problemas baseado no conhecimento, é ativada.

O *nível baseado nas regras*, onde os *enganos baseados nas regras* ocorrem, é demandado quando se detecta um desvio, a partir da checagem de atenção, em relação ao que foi planejado para a consecução de uma determinada atividade. Quando os desvios são menores e as regras apropriadas para a resolução dos problemas são encontradas e aplicadas, há o retorno ao *nível baseado em habilidade*. Quando os desvios e/ou problemas são maiores, o ciclo que ocorre dentro deste nível deve ser repetido várias vezes.

Um aspecto central deste modelo, no que diz respeito às normas, é que elas são estabelecidas segundo *hierarquias de falha* [*default hierarquies*] em relação ao seu conteúdo, sendo que as normas que possuem representações mais gerais dos objetos ou eventos se situam nos níveis mais altos da hierarquia, e as mais específicas e que contemplam as exceções se situam em níveis hierárquicos mais baixos. A adição de normas cada vez mais específicas aumenta a complexidade e adaptabilidade do modelo como um todo e a possibilidade do surgimento de erro na sua aplicação. O *engano com base nas*

normas se relaciona então, a duas outras categorias: a *má aplicação de boas normas* [*misapplication of good rules*] e a *aplicação de más normas* [*application of bad rules*]. No caso da má aplicação de boas normas, tendo como definição de boa norma *ser aquela com comprovada utilidade em uma particular situação* (REASON, 2003, p. 75), observa-se que essas normas, embora perfeitamente adequadas a certas circunstâncias, podem ser aplicadas de forma inadequada em situações que possuem características comuns, mas que também possuam elementos ou circunstâncias que demandam outro tipo de ação. Em função desta condição, o autor aponta que vários fatores concorrem na aplicação errada das normas de nível mais geral ou de normas “forte-mas-errada” [*strong-but-wrong*], ou seja, onde a ação errada é mais uma conservação de práticas passadas do que a demanda da circunstância corrente e a força é determinada pela relativa frequência de execução bem sucedida de referida ação. Reason (2003, p. 65) aponta que “os seres humanos têm uma forte tendência de buscar e achar soluções previamente estabelecidas no nível baseado nas normas antes de recorrer a uma ação de maior esforço no nível baseado no conhecimento, mesmo onde esta última é demandada a princípio”.

A *aplicação de más normas* pode emergir, de uma forma geral, da deficiência na decodificação do problema, onde numa particular situação não se consegue decodificá-la de forma alguma ou quando há deturpação dos componentes da norma. Ela pode também emergir da deficiência das ações utilizadas a partir de referida norma usada como parâmetro, ocasionando respostas inadequadas e/ou ineficientes em relação ao resultado esperado ou em conformidade com norma utilizada.

Quando todo o repertório de normas utilizadas na resolução de um determinado problema não traz solução adequada para enfrentá-lo, inicia-se, então, o processo de formulação e experimentação de várias possibilidades remediadoras no *nível baseado no conhecimento* do SMGE. Reason menciona que a passagem do *nível baseado nas normas* para o *nível baseado no conhecimento* possui fatores determinantes menos distintos e que os fatores emocionais provavelmente desempenham um aspecto importante. Recorrer a um esquema de funcionamento que exige maior esforço poderá depender da combinação entre incerteza (subjéctiva) e preocupação ocasionada pelo reconhecimento de que sucessivas tentativas de soluções baseadas na utilização das normas não foram bem-sucedidas. Por outro lado, paralelamente ao esforço de formulação de possibilidades remediadoras, há a tendência de continuar buscando, mesmo que inconscientemente, por ações análogas previamente armazenadas que possam trazer soluções ao problema, numa tentativa de retornar ao *nível baseado nas normas*. A circulação entre esses dois níveis pode ocorrer repetidas vezes enquanto várias similaridades são exploradas.

O *engano com base no conhecimento* tem raízes em dois aspectos da cognição humana: (i) na racionalidade limitada [*bounded rationality*], ou seja, processo de raciocínio consciente lento, sequencial, laborioso e de recursos limitados frente à resolução dos problemas que são apresentados; (ii) no fato de que o conhecimento relevante para a solução dos problemas é geralmente incompleto e impreciso, isto é, insuficiente disposição para localizar um único fator que aglutine o conhecimento e a incompletude do conhecimento. Para lidar com esse tipo de *engano*, se faz necessário primeiramente reconhecer

com que tipo de configuração de problema nos deparamos, ou seja, qual o “montante de pistas, indicadores, sinais, sintomas e condições profissionais que estão imediatamente disponíveis para quem avalia o problema e sobre os quais trabalha para alcançar uma solução” (REASON J, 2003, p. 87). Reason aponta três tipos de configurações de problemas: (i) *configurações estáticas* [*static configurations*], nas quais as características do problema permanecem fixas independentemente das ações daqueles que se debruçam para resolvê-las, como por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal, no que diz respeito ao montante de gastos possíveis; (ii) *configurações de dinâmica reativa* [*reactive-dynamic configurations*], onde as configurações do problema mudam como consequência direta das ações daqueles que intervêm; o que pode ser observado na forma de enfrentamento de problemas cotidianos pelo gestor hospitalar que varia segundo estilo pessoal, formação acadêmica e orientação política; (iii) *configurações dinâmicas-múltiplas* [*multiple-dynamic configurations*], neste caso, as configurações do problema podem mudar tanto em função das ações empreendidas por aqueles que buscam resolvê-la, quanto paralelamente a fatores situacionais ou do sistema que acontecem espontaneamente. Reason chama atenção para uma importante distinção neste tipo de configuração, pois ela pode ocorrer de tal modo que as variações do problema podem se originar de fontes limitadas e conhecidas como no caso de um gestor de instituição hospitalar pública cuja orientação política entra em conflito com a orientação político-administrativa do Secretário de Saúde de seu município. Mas também pode ser de natureza mais complexa, ao se originar de fontes muito diversas, em que algumas delas são pouco conhecidas ou não são passíveis de serem controladas, como ocorre com a premência de reestruturação do sistema de navegação aéreo brasileiro após o acidente entre o avião de companhia comercial aérea e a aeronave de pequeno porte.

O reconhecimento dessas diferenças requer estratégias diferenciadas e, paralelamente, trazem à tona diferentes formas de *patologias de solução de problemas*, ou seja, erros de raciocínio na solução dos problemas, que em última instância geram *enganos com base no conhecimento*. Seleção inapropriada de informação em função da tarefa, confiança excessiva na avaliação da correção ou precisão do próprio conhecimento, simplificação na relação de causa e efeito na análise do problema ocasionando subestimação de irregularidades futuras, dentre outras, são algumas dessas *patologias*.

O sistema cognitivo como um todo tende, por ocasião da existência de conflitos entre ações, atividades ou estruturas de conhecimento *inespecíficas* (ou ainda não reconhecida dentro do sistema), selecionar apropriadamente conforme o contexto, em favor das respostas que se apresentam em maior frequência. A *inespecificidade cognitiva* [*cognitive underspecification*], conceito introduzido pelo autor em função deste fenômeno, e que diz respeito às operações cognitivas cujas características não são descritas ou delineadas de forma rigorosa, minuciosa e precisa, dá origem a diversos tipos de erros.

Os erros provenientes da *inespecificidade cognitiva* se conformam primariamente a partir de dois fatores: o de similaridade e o de frequência. Há um processo de correção automática, em que estruturas de conhecimentos são acionadas e o produto desta ação é levado para a consciência através de pensamentos, imagens, palavras, e aí então para o ambiente do indivíduo através das ações, falas ou gestos. Neste automatismo, há dois processos

envolvidos, o de *combinação por similaridade* [*similarity matching*] e o do *jogo de frequência* [*frequency-gambling*]. O primeiro processo se dá quando atributos particulares do conhecimento são combinados, à medida que são acionados, tomando por base a similaridade. No segundo processo, a alta frequência é a resposta ao conflito das escolhas para combinação das estruturas de conhecimento. Ambos, mas marcadamente o último, são processos que se tornam proeminentes à medida que as operações cognitivas se apresentam insuficientemente especificadas. A *inespecificidade cognitiva*, em última instância, tem suas origens na insuficiente disposição em localizar um único fator que congregue o conhecimento e a incompletude do conhecimento e permeia, de uma forma ou de outra, todas as ações que estejam relacionadas à solução de problemas dentro do sistema cognitivo.

Runciman e colaboradores (2007) destacam a complexidade e especificidade do sistema de saúde. A especificidade reside no fato dos profissionais de saúde lidar invariavelmente com **grande diversidade de tarefas e meios para executá-las; em ter como clientela pessoas vulneráveis o que** aumenta os riscos da ocorrência de danos devido a atos inseguros e, por último, a condição de que a maioria das ações executadas em áreas críticas de segurança é realizada por mãos humanas, o que gera diminuição na padronização das atividades e incertezas. Para Runciman et al. (2007, p. 111),

é vital distinguir-se os erros, cuja origem está na evolução humana e sua prevenção na capacidade do sistema de evitar sua ocorrência; e violações, cuja origem está no comportamento e na cultura e cuja prevenção está na mudança do comportamento e na apreensão do desenho do sistema.

Runciman et al., ao focarem os cuidados de saúde, propõem uma extensão do *sistema de modelos gerais de erros/SMGE* descrito por Reason, com o objetivo de ampliar operacionalmente a capacidade de planejamento e execução de estratégias corretivas para lidar com o erro. O sistema de classificação de erro proposto por Runciman e colaboradores amplia e sistematiza os três tipos básicos de erros descritos por Reason – *erros baseados no conhecimento, baseado nas normas e baseado na habilidade (deslizes e lapsos)* –, no qual o mesmo tipo de erro pode provir de bases cognitivas diferentes. Os tipos de erros propostos são: (i) *erros de informação* [*errors in information*]; (ii) *erros na aquisição de conhecimento* [*errors in acquisition of knowledge*]; (iii) *erros de percepção* [*errors in perception*]; (iv) *erros de combinação* [*errors in matching*]; (v) *erros no armazenamento do conhecimento como esquema* [*errors in knowledge stores as schemata*]; (vi) *erros no armazenamento do conhecimento como norma* [*errors in knowledge stores as rules*]; (vii) *erros baseados na habilidade – descuido e lapso* [*skill based errors – slips and lapses*]; (viii) *erros na escolha de regras* [*errors in choice of rules*]; (ix) *erros técnicos* [*technical errors*]; (x) *erros deliberados* [*deliberative errors*]. Os conceitos de *erro* e *violação* e suas respectivas aplicações possuem definições distintas dentro dos sistemas classificatórios propostos por Reason e Runciman.

Para Runciman e colaboradores, *violações* diferem de *erros* pelo fato de os primeiros envolverem um elemento de escolha e geralmente implicarem ações que fogem ao prescrito nas normas, ações estas que reconhecidamente

incorrem em risco. Também ressaltam que a *violação* não se aplica a situações onde haja intenção de dano. Reason, por sua vez, apresenta duas diferentes definições que podem ser conjugadas. A primeira delas diz que “violação é um desvio deliberado, mas não necessariamente repreensível, de procedimentos operacionais seguros, padrões ou normas” (RUNCIMAN et al., 2007, p. 122). A segunda definição, à qual Runciman et al. se contrapõem de forma mais clara, afirma que “o limite entre erro e violação não é tão rigoroso e palpável, nem em termos conceituais nem dentro da sequência de ocorrência de um acidente em particular” (RUNCIMAN et al, 2007, p. 122). Runciman e colaboradores, ao fazerem distinção entre *violação* e *erro*, propõem uma classificação específica para as violações, da qual destacamos o tipo *violação de rotinas*. Esse tipo de *violação*, segundo os autores, ocorre na execução das atividades diárias na maioria dos ambientes de trabalho, com o objetivo de “aparar as arestas” para se levar a cabo uma determinada tarefa proposta. A baixa adesão à higienização de mãos por parte dos profissionais de saúde – falha na lavagem de mãos entre o contato sucessivo com os pacientes, entre outros – é trazido como um exemplo paradigmático, e que não tem sua incidência reduzida apesar de as evidências apontarem que a utilização deste procedimento reduz significativamente o risco de infecção hospitalar (RUNCIMAN et al., 2007). Os autores argumentam em favor da distinção entre esses dois tipos de comportamento – violação e erro –, que a ocorrência diária da *violação* também a diferencia do *erro*, já que tanto para ele quanto para James Reason, este último só ocorre excepcionalmente. Acrescenta:

a existência de escolha em violações rotineiras pode existir apenas nas primeiras vezes em que a violação é cometida. Apesar disso é geralmente possível mudar o comportamento com relação à violação através de uma decisão de parar de violar. No caso do erro, a decisão por si só não é capaz de prevenir a sua recorrência. (RUNCIMAN et al., 2007, p. 122).

Quais seriam os fatores associados ao ambiente, de um lado, e aos indivíduos envolvidos na execução da tarefa, de outro, que fomentariam a escolha inicial que levaria ao afastamento da execução das tarefas conforme a prescrição das normas? E conseqüentemente, o que as manteria nesta direção?

James Reason, como assinalado anteriormente, tem uma genuína preocupação com a aplicação prática da teoria e conceitos por ele formulados no que diz respeito à detecção e à correção do erro. Apesar da insuficiente compreensão a respeito desses mecanismos, o autor sustenta que há um vasto campo para argumentação e aprofundamento sobre o tema e aponta algumas hipóteses: (i) o processo da atenção [*attentional process*] envolvido no monitoramento da execução de um plano de ação é razoavelmente bem-sucedido na detecção de desvios não intencionais, mas quando a construção deste plano é de um nível mais elaborado, há uma relativa insensibilidade ao real ou potencial extravio de algumas etapas adequadas em direção ao objetivo desejado; (ii) a relativa eficiência dos mecanismos de detecção de erro depende decisivamente da mediação e adequação da retroalimentação de informação e a qualidade desta última sofre crescente degradação a medida que o plano de ação alcança níveis mais elaborados de controle.

Reason (2000) propõe duas formas de abordar o erro – a *abordagem do sujeito* [*person approach*] e *abordagem do sistema* [*system approach*]. A

primeira se detém nos atos inseguros dos indivíduos que trabalham na ponta, isto é, nos erros e violação de procedimentos adotados por pilotos de avião, controladores de voo, médicos, enfermeiras, cirurgiões, e similares a partir de um processo mental fora do padrão, tais como: esquecimento, desatenção, descuidado, motivação pobre, negligência e imprudência. A abordagem do sistema tem como premissa básica a falibilidade dos seres humanos e, portanto, erros são esperados mesmo nas organizações de excelência. Essa abordagem não enfatiza a perversidade humana nem a culpabilização e a responsabilização do indivíduo como única causa do erro. Aspectos morais também são colocados em segundo plano. Nesse caso, assume-se a premissa de que não se pode mudar a natureza humana, mas que é possível mudar as condições em que os indivíduos trabalham. Os sistemas de defesa são o eixo desta abordagem. Na ocorrência do erro, a questão importante é identificar-se como e porque as defesas falharam.

Os conceitos de *erro ativo* [*active error*] e *erro latente* [*latent error*] (REASON, 2003; 2000) são utilizados pelo autor para justificar a forma de manejo de erro por ele defendida, a *abordagem do sistema* [*system approach*]. Os *erros ativos* são atos inseguros cometidos por uma pessoa que está em direto contato com o sistema e pode assumir variadas formas – *deslize e lapsos com base na habilidade, enganos com base nas normas, enganos com base no conhecimento ou violações*. O *erro latente* é um ato ou ação evitável existente dentro do sistema e surge a partir de decisões feitas por analistas, gerentes e pelo alto nível gerencial.

James Reason (2000) propõe o “modelo do queijo suíço no sistema de acidentes” (figura 1), que se adequa especialmente aos sistemas de alta tecnologia por eles terem várias camadas defensivas: algumas são construídas como alarmes, umas são focadas nos indivíduos que trabalham nas ações finalistas ou de ponta (cirurgiões, pilotos e etc.) e outras dependem de procedimentos e dos controles administrativos. Suas funções são proteger potenciais vítimas e situações do risco casual. Na prática, as barreiras defensivas são como fatias de queijo suíço, com muitos furos. Somente quando os furos, nas várias camadas defensivas, estão momentaneamente dispostos em uma mesma linha, permite-se que a trajetória do acidente venha a ocorrer.

Os “furos” nas camadas de defesa acontecem em função de erros ativos e de erros latentes. A distinção entre erros ativos e latentes permite a distinção da contribuição humana na ocorrência dos acidentes. “Os erros latentes são “patógenos residentes” [*resident pathogens*] inevitáveis dentro do sistema” (REASON, 2000, p. 769) e são gerados por decisões tomadas pelos responsáveis pelo desenho de seu funcionamento e que possibilita a ocorrência de dois tipos de efeitos adversos: (i) efeitos que podem provocar *condições* (REASON, 2000) que se traduzem em erro no ambiente de trabalho (equipamento inadequado, fadiga, inexperiência) e (ii) que podem criar fragilidades e lacunas no sistema que se mantêm por longos períodos (alarmes e indicadores que não são fidedignos, desenho e construção de processos de trabalho deficientes etc.). Condições latentes podem permanecer imperceptíveis por anos a fio até que se combinem com um erro ativo no sistema de modo a criar uma oportunidade de acidente. Nesse caso, são acidentes de grande monta, tais como: acidentes aéreos, vazamentos em usinas nucleares, etc. Diferentemente do erro ativo, os erros ou condições

latentes podem ser remediados e/ou identificados antes que o acidente ocorra. Ao advogar pela *abordagem do sistema* como forma de prevenir o erro, o autor propõe ações pautadas em distintos objetos: no indivíduo, na equipe, na tarefa, no local de trabalho e na instituição como um todo. A criação e manutenção de um sistema resiliente é o principal objetivo.

A análise do processo de ocorrência do erro dentro do sistema cognitivo, como também da ocorrência de acidentes nos mais diversos ambientes de trabalho, contribui de forma significativa para a prevenção e o desenho de medidas voltadas para a melhoria da segurança, com a conseqüente diminuição dos riscos. O conhecimento desta matéria é de vital importância para a área da saúde no que diz respeito à formulação de novas estratégias para aperfeiçoamento das várias camadas defensivas do complexo processo de cuidado do paciente dentro do sistema hospitalar. Entretanto, nos parece que as barreiras ou camadas defensivas, mecanismos essenciais introduzidos pelo modelo epidemiológico (CARVALHO, 2008) apresentado por Reason, com as esclarecedoras contribuições trazidas por Runciman e colaboradores no que diz respeito à questão da violação das diretrizes clínicas de higienização de mãos, parecem não trazer respostas a outro tipo de questão mais direcionada às múltiplas correlações existentes entre o ambiente onde o trabalho se realiza, a tarefa a ser executada e seus executores.

Retomamos neste momento a contribuição trazida por Cohen e outros autores, citada anteriormente, relativa à importância da distinção entre erro e violação como um caminho para a compreensão dos processos envolvidos na ocorrência do erro. A identificação e compreensão dos atos de violação tomam, então, um papel central nesse contexto, e se transformam no alvo da investigação, em função de esta ser assumida como a etapa inicial de um processo de progressão que culmina na ocorrência de erro médico e possibilita a identificação precoce de situações vulneráveis.

O modelo explicativo de ocorrência do erro trazido pelos autores acima mencionados trabalha na lógica de decomposição das atividades laborais executadas para melhor compreensão das mesmas e propõe como forma de prevenção da ocorrência de erro o enfraquecimento das barreiras ou *patógenos residentes* inerentes ao sistema, através da criação de camadas defensivas complexas, mas lineares. Na tentativa de responder à pergunta formulada, relativa aos fatores que estariam envolvidos na escolha inicial que levaria ao afastamento da execução da tarefa conforme a prescrição das normas, sua dinâmica de ocorrência e manutenção da escolha, introduziremos as contribuições teóricas aportadas por Christophe Dejours. Este propõe um modelo sistêmico (CARVALHO, 2008) de compreensão das ações e tarefas executadas pelo indivíduo para a consecução das atividades profissionais dentro do contexto laboral, que leva em conta essas múltiplas inserções envolvidas e cuja compreensão se dá no microcosmo onde trabalho é realizado.

O erro como fator inerente à execução da tarefa

Christophe Dejours (2005), diretor do Laboratório de Psicologia do Trabalho do Conservatório Nacional de Artes e Ofícios de Paris, analisa como a rapidez e a complexidade das transformações contemporâneas do trabalho

tornaram ultrapassado o conhecimento científico armazenado e compartimentado em diferentes disciplinas. A complexificação das organizações de trabalho, por uma questão de ordem prática, passa a precisar de pessoas permanentemente motivadas e preparadas para enfrentar e superar imprevistos. Para tal, é necessário garantir que haja condições sociais e psicoafetivas favoráveis à mobilização das inteligências que irão se defrontar com situações imprevistas.

Também ergonomista, Dejours utilizou os achados dos estudos em ergonomia realizados na França a partir da segunda metade do século XX, que possibilitaram a construção de um dos conceitos centrais em sua teoria: o *trabalho real*. Esse que contrasta e se opõe ao “trabalho prescrito, é aquilo que no mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico” (DEJOURS, 2005, p. 40). Ou seja, o trabalho real é tudo aquilo que na realização da tarefa não pode ser obtido pela observação rigorosa das leis, normas e regras técnicas existentes para execução da mesma, isto é, o *trabalho prescrito*. O *trabalho real* incide sobre a dimensão humana, no que diz respeito ao que deve ser rearranjado, imaginado, inventado, acrescentado pelos envolvidos em levar em conta e dar conta do real do trabalho. O *real* (do trabalho), para Dejours, está intrinsecamente ligado ao fracasso, visto que a organização do trabalho apresenta inúmeras contradições e não é completamente absorvida por aqueles que a executam. A execução de tarefas torna-se então um enigma a decifrar, já que o *prescrito* (do trabalho) nunca é suficiente. O *real* é a parte da realidade que resiste à simbolização e não remete exclusivamente à materialidade físico-químico-biológica no mundo.

A *técnica* passa a ser um ato que incide sobre o *real*, e que tem em sua origem os traços da cultura onde ela é desenvolvida e é sancionada a partir do julgamento daqueles envolvidos – o *outro* – mas que ao mesmo tempo produz cultura, dando resposta às exigências da uma sociedade historicamente datada. O *trabalho* é uma atividade julgada e reconhecida pelo *outro*, não somente por sua eficácia técnica, mas por sua utilidade social e econômica. Para Dejours, é no trabalho (real) que “os limites do saber, do conhecimento e da concepção, (...) se chocam com os atos técnicos e as atividades de trabalho” (DEJOURS, 2005, p. 43). E mais ainda: “Todo trabalho é sempre trabalho de concepção. A definição de trabalho corrente insiste na dimensão humana do trabalho. O trabalho é, por definição, humano, uma vez que é mobilizado justamente ali onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente” (LANCMAN; SZNELWAR, 2005, p. 65). As interações entre o sujeito – o *ego* –, e o *outro* estão submetidas a uma exigência suplementar, a coordenação das atividades no trabalho.

O *triângulo tecnológico do trabalho* (figura 2) cujos vértices são o *real*, o *ego* e o *outro*, criado por Dejours, nos fala das interações entre o sujeito que trabalha e aqueles que compartilham do mesmo contexto laboral – o *ego* e o *outro*. Essas interações estão submetidas às exigências da coordenação das atividades, que por sua vez remetem à tradição. A tradição nesse contexto é uma condição sobre a possibilidade de coordenação, não estando assegurada unicamente pelo cognitivo-instrumental, mas supõe também relações e interações no registro da compreensão e do sentido, bem como relações sociais de trabalho. O triângulo tecnológico, portanto, é atravessado pelo **ato**

na relação entre o *ego* e o *real*, pela **tradição** na relação entre o *ego* e o *outro* e pela **eficácia** na relação o *real* e o *outro*. O ato, seja qual for o instrumento de que faz uso, se propõe a uma mudança no mundo real. Para um ato ser considerado um ato técnico, necessita da homologação de um grupo de sujeitos capacitados para julgar se há continuidade ou ruptura do mesmo em relação à tradição, que é uma forma de sedimentação das rotinas praticadas até então. O ato técnico, após ser considerado como tal, e conseqüentemente, passar a fazer parte da tradição, contribui para que a própria tradição se torne renovada. A eficácia, neste sentido, é a capacidade que o ato técnico tem de transformar o mundo real. A eficácia não existe em si, ela passa por um julgamento. E esse julgamento tem como fundamento ser uma atribuição do *outro* ao qual o *ego* está ligado pela tradição. A complexidade desse processo faz-nos entrever que é impossível prever-se tudo e ter-se o domínio sobre tudo de forma antecipada no trabalho, portanto a falha humana frente à tarefa, no trabalho real, é inevitável.

A distância entre a organização do *trabalho prescrito* e o *trabalho real* é dinâmica. Em alguns momentos oferece margens para a liberdade criadora aos sujeitos envolvidos na execução da tarefa. Em outros momentos é restritiva, fazendo com que esses mesmos sujeitos tenham ser surpreendidos cometendo erros. É comum que esses dois processos, tanto de liberdade criadora como de restrição à tarefa de liberdade criadora e de restrição frente a tarefa, ocorram concomitantemente (LANCMAN; SZNELWAR, 2004). Esse espaço de manobra entre a organização do *trabalho prescrito* e o *trabalho real* possibilita, através da *inteligência astuciosa*, que seja possível ao trabalhador lidar com os reveses do *real* de forma criativa e transformá-los, incluindo-os no repertório das ações prescritas. Processos, caso sejamos astuciosos, que se realizarão infinitamente.

Portanto, a *inteligência astuciosa* ou *inteligência prática* é a disponibilidade de iniciativa, criatividade e de formas de inteligência específicas próximas daquilo que o senso comum denomina de engenhosidade, capazes de ajustar a tarefa real à organização prescrita do trabalho. Ela advém fundamentalmente do engajamento do corpo na execução da tarefa, ou seja, manejos e maneirismos do corpo se ajustando ao que a tarefa propõe e demanda. Privilegia a habilidade em detrimento da força numa tentativa do uso econômico de forças.

O processo de utilização da *inteligência astuciosa* possui paradoxos pelo fato de comportar dois lados. O primeiro deles é que a astúcia em relação ao *real* (do trabalho) ao introduzir a imaginação criadora, a invenção e certa falta de prescrição – *quebra galho* –, implica digressão à norma e a tradição. O segundo aspecto é que está relacionado ao espaço privativo, local onde se realizam estas ações – bricolagens, tentativas e ensaios –, isto é, ao abrigo dos controles e da segurança, no segredo.

O segredo confere poder a quem o detém, pois o coloca em posição vantajosa de negociação na esfera social e econômica em relação aos colegas e superiores, mas há reveses nesta questão. Primeiramente, o segredo é visto como desvio da disciplina. O outro aspecto é o fato de lançar o sujeito na solidão e, conseqüentemente, na dissimulação em relação à execução da tarefa. O *quebra-galho* no coletivo do trabalho arrisca criar incoerência e desorganizar a coordenação das atividades e dos indivíduos, isto é, desordenar

aquilo que geralmente todos têm uma consciência clara. Para vencer os inconvenientes do segredo, deve-se recorrer à visibilidade (DEJOURS, 2007). Portanto, as descobertas, engenhosidades e inovações advindas das interpretações da organização prescrita do trabalho devem ser coordenadas, para não se incorrer no risco de provocarem incoerências e incompreensões que destruiriam as potenciais vantagens da *inteligência prática*, tendo em vista a qualidade e segurança do trabalho.

A *visibilidade* é, então, a condição de passagem do estatuto subjetivo de engenhosidade à objetivação dos achados. Ela pode se dar entre colegas que executam o mesmo tipo de tarefa – eixo horizontal – e aqueles que se encontram na escala hierárquica – eixo vertical. As condições que tornam possível a *visibilidade* é a confiança entre as pessoas, pensada a partir da intersubjetividade e das interações no coletivo de trabalho.

A *confiança*, que diz respeito à promessa de equidade nos julgamentos proferidos pelo outro sobre a conduta do *ego*, é o requisito da *visibilidade* e também condição precípua à coordenação e cooperação. A confiança possui também papel determinante no processo apontado por Dejours (LANCMAN; SZNELWAR, 2004) como o *triângulo dinâmico do trabalho* (figura 3), onde se dão as dinâmicas e inter-relações entre o trabalho, o sofrimento e o reconhecimento inerentes à execução da tarefa no *real* (do trabalho).

Os julgamentos, nos quais a *confiança* tem sua base de sustentação, dizem respeito às dificuldades práticas encontradas face ao *real*, como resistência e revés à tarefa a ser executada e a qualidade dos arranjos produzidos graças à engenhosidade. Esses julgamentos se dão sob duas óticas: utilidade e beleza. O primeiro está relacionado à utilidade técnica ou econômica da atividade singular do *ego* e confere ao ato técnico sua inscrição na esfera do trabalho. O segundo possui duas faces. A primeira está relacionada a conformidade do trabalho ou serviço com as artes do ofício e confere ao *ego*, no sentido qualitativo, o pertencimento ao coletivo ou à comunidade de pertença. O segundo, mais comum, mas mais importante, consiste em apreciar o que faz a distinção, especificidade ou até mesmo o estilo de trabalho. Tal julgamento confere ao *ego* o reconhecimento de sua identidade singular dentro de um coletivo de iguais e o julgamento é essencialmente proferido pelos pares.

O *reconhecimento* é uma forma específica da retribuição moral-simbólica dada ao *ego* como forma de compensação pela eficácia da organização do trabalho, isto é, engajamento de sua subjetividade e inteligência. Para que a cooperação se dê, além de todo esse processo, é necessário que ocorra a etapa de arbitragem, ou seja, colocar os achados técnicos à prova de discussão, das vantagens e inconvenientes de sua adoção, posteriormente estabilizá-los ou integrá-los à tradição da empresa ou do ofício. O *reconhecimento* e o processo nele envolvido possibilitam a evolução das regras do trabalho que estão numa relação dialética com a organização do *trabalho prescrito*, que por elas são subvertidas, para então melhorá-las. A cooperação, enfim, situa-nos no nível do par tarefa-atividade, ou seja, no nível da inteligência singular.

Trabalhar, como dito anteriormente, não é somente executar atos técnicos, é também fazer funcionar o tecido social e as dinâmicas

intersubjetivas indispensáveis à psicodinâmica do *reconhecimento*, caráter necessário à mobilização subjetiva da personalidade e inteligência. Mais ainda, o fator humano não pode ser reduzido à dimensão técnico-científica e nem à psicológica, ela também envolve posições ideológicas e escolhas éticas dos indivíduos que trabalham e intervêm no espaço de discussão (DEJOURS, 2005).

A psicodinâmica do *reconhecimento* tem papel fundamental no destino do sofrimento no trabalho, sofrimento este advindo de dificuldades práticas encontradas face ao *real*, e na possibilidade de transformar sofrimento em prazer. Em síntese, o *triângulo da psicodinâmica do trabalho* nos aponta que o acesso ao *reconhecimento* é feito pela via do sofrimento no trabalho, que por sua vez é proveniente de toda a situação laboral onde o *ego* se encontra diante de vários constrangimentos. A construção de sentido no ato da execução da tarefa pode transformar sofrimento em prazer. A subjetividade, então, é substituída pela identidade singular na esfera do trabalho, que possibilita enfrentar os ataques direcionados a saúde mental. A conquista da identidade está especialmente relacionada à realização no campo das relações sociais, que por sua vez favorece a construção da identidade em outros campos da vida subjetiva. Fechando o triângulo dinâmico, a conquista da identidade no campo social, mediada pela atividade do trabalho, passa pela dinâmica do *reconhecimento*, que por sua vez gera a mobilização da racionalidade subjetiva frente ao sofrimento.

Mas, em realidade, o *reconhecimento* raramente é satisfatório. Espera-se então, que o sofrimento no trabalho gere uma série de manifestações psicopatológicas. Se o sofrimento não se faz acompanhar por descompensações psicopatológicas é porque contra ele os sujeitos empregam defesas que lhe permitem controlá-lo. Além das estratégias de defesa individuais descritas pela psicanálise, existem as coletivas (DEJOURS, 1987, 1999, 2005, 2007; LANCMAN; SZNELWAR, 2004). As defesas coletivas dos trabalhadores são especificamente marcadas pelas pressões reais do trabalho relacionadas às especificidades de cada contexto profissional e o funcionamento destas estratégias mostra que elas podem igualmente contribuir para tornar aceitável aquilo que não deveria sê-lo. As defesas cumprem um papel paradoxal, porém capital. Necessárias à proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento,

as estratégias defensivas também podem funcionar como armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Permite às vezes tornar tolerável o sofrimento ético, aquele que pode experimentar ao cometer, por causa do seu trabalho, atos que condena moralmente. (DEJOURS C, 2007, p. 38).

Ou seja, infligir a outrem um “sofrimento indevido”, que pode causar sofrimento àquele que assim age, mas também serem construídas defesas contra este sofrimento para manter o equilíbrio psíquico.

Considerações finais

Os modelos explicativos para a compreensão da consecução do erro ou violação na execução das tarefas no ambiente laboral, acima explicitados, trazem inúmeras contribuições teóricas passíveis de aplicação direta à prática,

algumas delas já implementadas. A análise do processo de ocorrência do erro dentro do sistema cognitivo, introduzida por James Reason, contribui e parece ter seu foco de ação voltado para a prevenção e o desenho de medidas direcionadas à segurança e à diminuição de riscos, propiciando na área de saúde a criação de estratégias nas várias *camadas defensivas* no complexo processo de cuidado ao paciente que se encontra em tratamento dentro sistema hospitalar. Já as contribuições de Christophe Dejours se voltam para a análise da dinâmica do contexto laboral, microcosmo onde o trabalho ocorre e que envolve o indivíduo, a tarefa a ser executada e o conjunto dos profissionais que dela participam, direta ou indiretamente, pertencendo ou não a mesma categoria profissional e nível hierárquico.

Runciman e colaboradores, ao fazerem clara distinção entre *erro* e *violação*, nos aproximam mais, no nível conceitual e teórico, da questão da baixa adesão dos profissionais de saúde aos procedimentos de higienização das mãos, em especial os médicos. A detecção do elemento de escolha com relação às ações a serem realizadas pelos indivíduos no que diz respeito ao desvio ou fuga às normas prescritas, ou seja, a ação da *violação*, possibilita a criação de instrumentos para observação e análise dos processos em curso.

Tanto Dejours quanto Runciman e colaboradores dão destaque à necessidade de se “aparar as arestas” ou realizar “quebra-galhos” no cotidiano da execução das tarefas laborativas, no sentido de levar a termo uma determinada atividade ou tarefa proposta. Runciman sugere que esse fato contribui de maneira significativa para a ocorrência da *violação*. Dejours parece avançar nesta questão ao partir do referencial de que a realização da tarefa não pode ser obtida somente pela observação rigorosa das leis, normas e regras técnicas existentes, ou seja, o *trabalho real*. O “aparar de arestas” e o “quebra galho”, para Dejours, possuem dupla faceta. Por um lado, colocam em risco a consecução da tarefa e tudo aquilo que a envolve, por provocarem incoerências e incompreensões, e nesse aspecto podemos talvez utilizar a baixa adesão às normas e procedimentos de Higienização de Mãos como exemplo paradigmático. Por outro, como nos aponta o autor, o “aparar de arestas” e o “quebra galho” possibilitam o surgimento da criatividade no indivíduo diante das dificuldades e impasses no cotidiano do trabalho, podendo gerar soluções mediante a visibilidade e o consequente julgamento realizado pelos seus pares.

Baseado nessa assertiva, ainda no que diz respeito à Higienização de Mãos, inferimos que propiciar a visibilidade do processo que subjaz as ações de baixa adesão pode descortinar possibilidades de lidar de forma criativa com os “reveses” do *real* do trabalho e diminuir o sofrimento dele advindo. Mais ainda, ao utilizar o potencial desse coletivo de profissionais no enfrentamento de um impasse vivido no cotidiano das tarefas, se reforçaria a capacidade de julgamento desse mesmo coletivo e se valorizaria a capacidade de criação desses indivíduos, mesmo dentro das limitações que as diretrizes técnicas, advindas do avanço tecnológico, trazem.

Os fatores emocionais, além de outros fatores menos distintos, apontados por Reason como determinantes na passagem do *nível baseado nas normas* para o *nível baseado no conhecimento*, ou seja, quando a utilização das normas existentes para solução do problema, apesar de inúmeras tentativas, não encontram sucesso, parecem encontrar uma

perspectiva de maior compreensão através do aspecto criativo do “quebra-galho”, como também do tratamento conceitual de *trabalho* proposto por Dejours, no qual é percebido como eminentemente humano, um ato de concepção e de mobilização para o qual a ordem tecnológico-maquinal é insuficiente.

Por último, reiteramos a contribuição teórica trazida por Dejours, no que diz respeito aos *mecanismos de defesa coletivos* na possibilidade de compreensão da passividade e do alheamento dos profissionais de saúde em relação às evidências referentes aos procedimentos de higienização das mãos. O papel paradoxal desses mecanismos na dinâmica do contexto laboral, que protegem os profissionais de saúde dos efeitos deletérios do sofrimento, mas podem também insensibilizá-los contra aquilo que faz sofrer, poderá propiciar a identificação dos fatores que se encontram em jogo e que incidem diretamente sobre a segurança do paciente.

Referências

- BEGGS, C. et al. The influence of nurse cohorting on hand hygiene effectiveness. *American journal of infection control*, v. 34, n. 10, p. 621-626, 2006.
- CARVALHO, P V R. Acidentes em sistemas complexos [apresentação Power Point]. Congresso Safety, 2008.
- CHALMERS, Straub. Standard principles for preventing and controlling infection. *Nursing standard*, v. 20, n. 23, p. 57-65, 2006.
- COHEN, T. et al. Reevaluating recovery: perceived violations and preemptive interventions on emergency psychiatrics rounds. *J Am med inform assoc*, v. 14, n. 3, p. 312-319, 2007.
- DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. 7 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007, 160 p.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*. São Paulo: Oboré, 1987, 163 p.
- DEJOURS C. *Conferências brasileiras*. Identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap, 1999. 180 p.
- DEJOURS C. *O fator humano*. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005. 104 p.
- GUIDELINES on Hand Hygiene in Health Care (advanced draft). World Alliance, WHO, p. 8-10, 2006.
- HUGONNET, S.; PITTET, D. Hand Hygiene – Beliefs or Science? European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. *Clin microbiol infect*, n. 6, p. 348-354, 2000.
- KOHN, L.T.; KORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. *To err is human: building a safer health system*. Washington D.C.: National Academy Press, 2000. 311 p.
- LANCMAN, S.; SZNELWAR, LI. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia do trabalho à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, 346 p.

MERRY, A.; SEDDON, M. Quality improvement in healthcare in New Zealand. Part 2: are our patients safe and what are we doing about it? *N Zeal med J*, v. 119, n. 1.238, p. U-2.111, 2006.

MORET, L.; TEQUI, B.; LOMBRIL, P. Should self-assessment methods be used to measure compliance with handwashing recommendations? A study carried out in a French university hospital. *American journal of infection control*, v. 32, n. 7, p. 384-390, 2004.

PITTET, D. Compliance with hand disinfection and its impact on hospital-acquired infections. *Journal of hospital infection*, v. 48, suppl. A, p. S40-S46, 2001b.

PITTET D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerging infectious disease*, v. 7, n. 2, p. 234-240, 2001a.

RASMUSSEN J. *Information processing and human-machine interaction*. Amsterdam: North-Holland, 1986. 256 p.

REASON J. *Human error*. London: Cambridge University Press, 2003, 302 p.

REASON J. Human error: models and management. *Brit med j*, n. 320, p. 768-770, 2000.

RUNCIMAN, B.; MERRY, A.; WALTON, M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*. London: British Library, 2007, p. 109-134.

Abstract

Medical errors and violation of rules and standards in health: a theoretical discussion in the area of patient safety

In 1999, the report by the Institute of Medicine (IOM), pointed that there are significant adverse events and that more than half of these occurrences were caused by medical errors, provoking numerous actions and research on Patient Safety. Infections related to health care (IRAS), one of the problems faced in the area, are the subject of research that attempt to create procedures and strategies to prevent such events. Hand hygiene, because it is the simplest measure of control in IRAs and, paradoxically, the one with the lowest compliance rate among physicians, is the target of numerous programs and campaigns. The need to reverse this state has generated extensive literature that, among other things, indicates and identifies barriers and risk factors for poor adherence to standards and procedures for hands hygiene, but also seeks to understand the behavioral aspects concerned. This paper presents some theoretical models aimed at understanding the behavioral dynamics which involves the achievement of error and violation and carries out an analysis with the possibilities of apprehension of the process. Finally, it is considered that the explanatory models jointly presented bring contributions that can be applied in practice and that identifying and understanding the *mechanisms of collective defense* would lead to factors that are at stake in the low adherence to procedures, sanitation of hands among physicians, despite the existing evidence.

Key words: patient safety, medical error, violation.

QUADRO 1

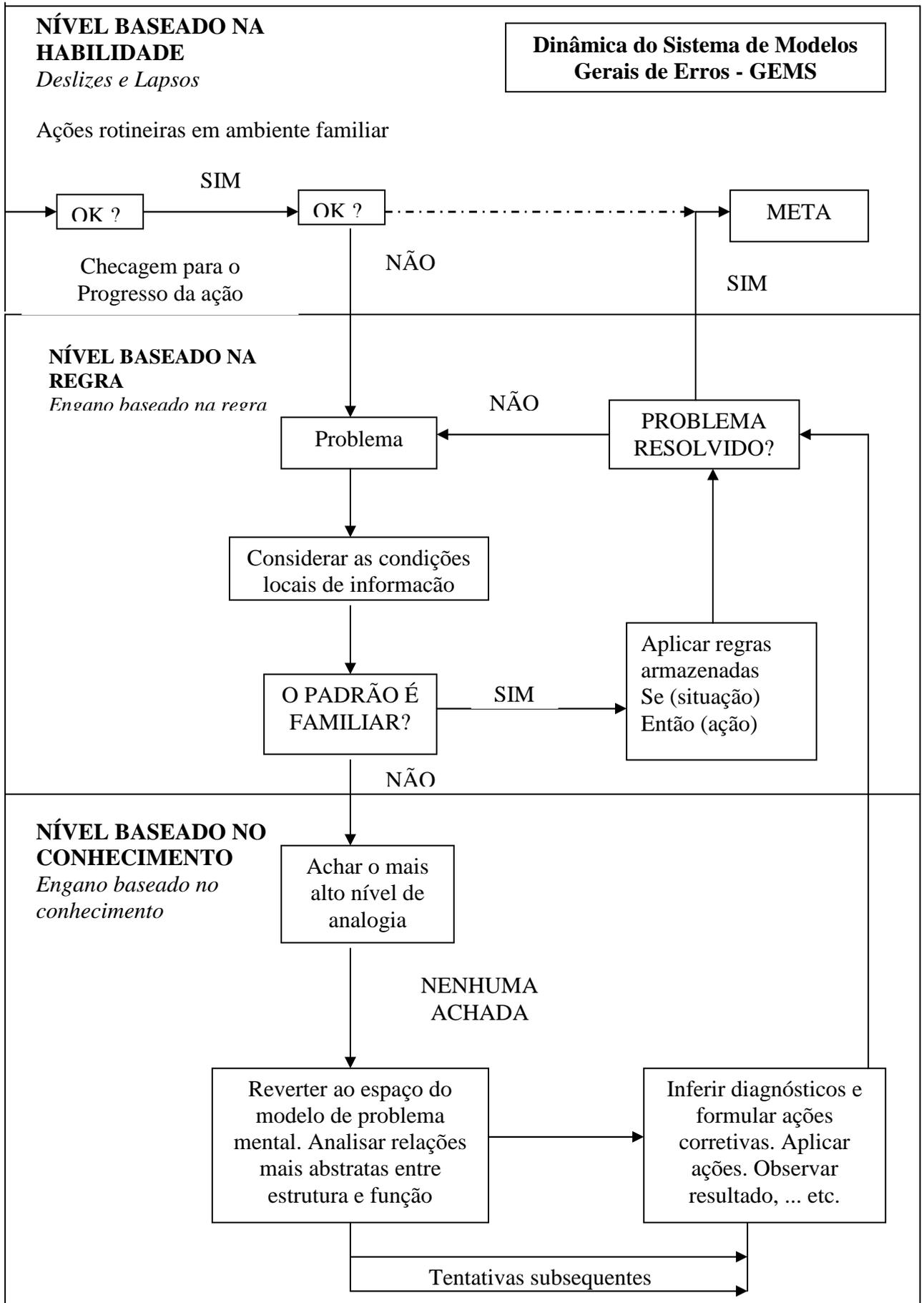
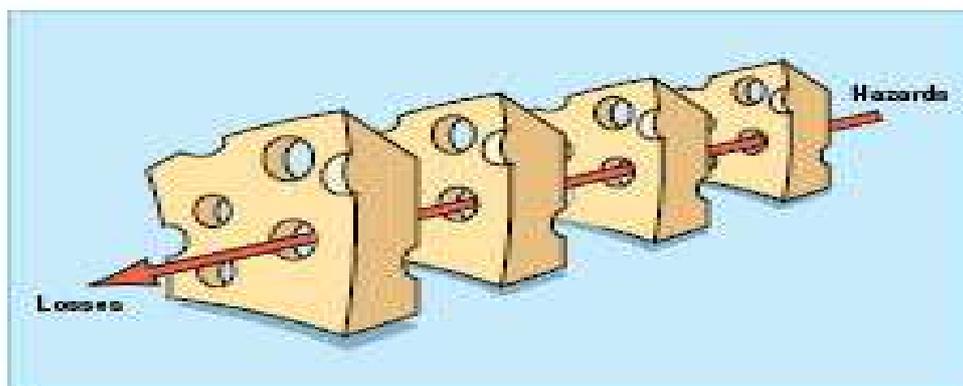


FIGURA 1

Modelo do Queijo Suíço

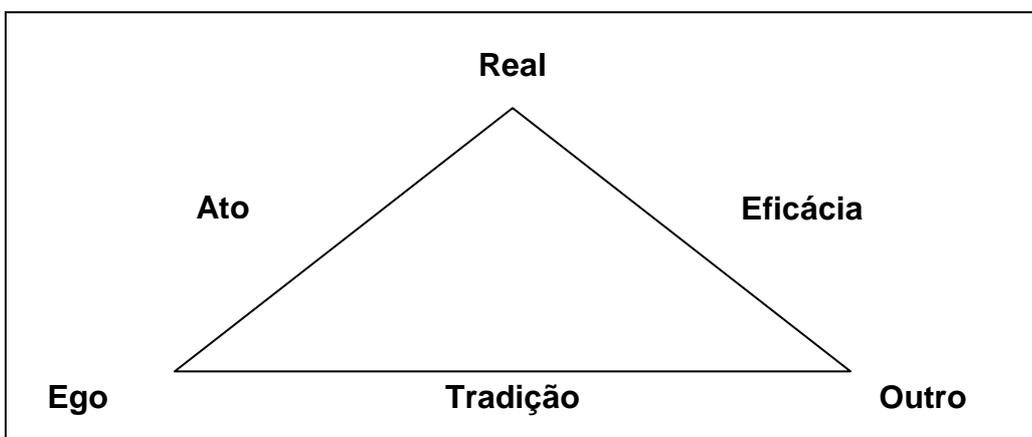


The Swiss cheese model of how defences, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory

Fonte: British Medical Journal, 2000; 320; 768-770.

FIGURA 2

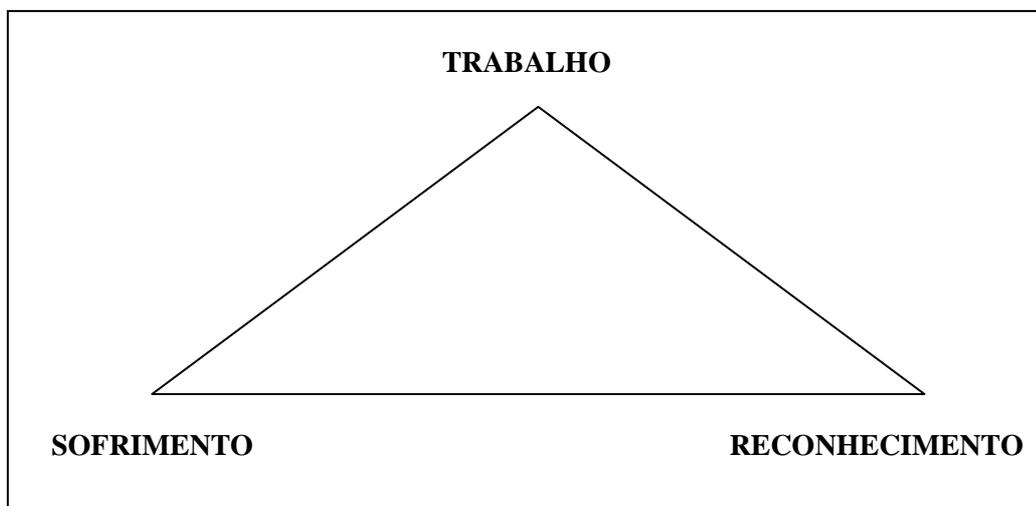
Triângulo Tecnológico



Fonte: Dejours C. 2007; p 37.

FIGURA 3

Triângulo Dinâmico do Trabalho



Fonte: Lancman S, Sznelwar L I; 2004.p.74.

ANEXO II

Questionário Gestor

Parte I

Identificação:

Hospital:

Nome do entrevistado:

Profissão:

Tempo na Profissão:

Função:

Tempo na Função:

Dados Gerais da Instituição:

1. Especialidades existentes.
2. Número de leitos por Especialidade.
3. Número de profissionais por categoria profissional.
4. Número de médicos por tipo de contrato com o hospital.
5. Corpo clínico aberto ou fechado?

Obs.: Nas questões 1 e 2 confirmar dados obtidos no DATASUS/CNES

Acreditação:

1. Desde quando a instituição é acreditada?
2. Data da última acreditação.
3. Entidade acreditadora.

Higienização de Mãos:

1. Instituição adota alguma iniciativa de Higienização de Mãos?

Em caso afirmativo:

- 1.1. Qual iniciativa?
- 1.2. Descrever iniciativa: origem, ferramentas, manuais, folders, atividades e outras ações complementares.
- 1.3. A iniciativa foi adaptada para o hospital?
- 1.4. Quando foi implementada?
- 1.5. Estágio atual.
- 1.6. O que levou o hospital a adotar a iniciativa?
- 1.7. Quais foram os aspectos facilitadores e dificultadores encontrados na implantação e implementação da iniciativa?

2. Houve alguma avaliação da implementação da iniciativa?

Em caso afirmativo:

- 2.1. Quando?
- 2.2. Como foi(ram) realizada(s)? (Tipo de instrumento)
- 2.3. Qual (is) o(s) resultado(s)?

Parte II

1. Opinião do Gestor sobre a iniciativa
2. Qual foi a receptividade dos profissionais com relação a implantação e implementação da iniciativa?
 - 1.2. A receptividade variou entre os diferentes profissionais?
 - 1.3. Variou entre as diferentes áreas (emergência, UTI, especialidades)?

Em caso de existência de avaliação:

3. Qual a impressão relativa aos resultados obtidos?