

Crenças de profissionais da saúde sobre o risco de colonização por agentes microbiológicos

Beliefs of health professionals about the risk of colonization by microbiological agents

Ludimila Cristina Souza Silva; Regiane Aparecida Santos Soares Barreto; Cyanéa Ferreira Lima Gebrim; Karina Suzuki; Maria Alves Barbosa; Marinésia Aparecida do Prado.

Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal de Goiás
Goiânia, Goiás, Brazil

enfermeiraludimilacristina@bol.com.br; remajuau@yahoo.com.br; cyanealima@gmail.com; karina.fen@gmail.com; maria.malves@gmail.com; marinesiaprado@gmail.com

Resumo — O objetivo deste estudo foi identificar as crenças de profissionais de saúde sobre micro-organismos resistentes a antimicrobianos e os riscos oferecidos pelo profissional colonizado. Pesquisa qualitativa, analisada segundo o Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock (1974), realizada de junho a agosto de 2012, em uma Unidade de Terapia Intensiva infantil do centro-oeste do Brasil. Participaram 22 trabalhadoras, 50,2% enfermeiras; 31,8% técnicas em enfermagem; 4,5% fisioterapeuta; 4,5% fonoaudióloga; 4,5% serviços gerais e 4,5% médica residente. O conhecimento foi afirmativo para 63,6%. Para 95,5%, o profissional colonizado oferece riscos à equipe e aos pacientes e 81,8% associaram dificuldades de tratamento e índices elevados de mortalidade. Entretanto, os discursos apresentaram crenças contraditórias. Recomenda-se programas de educação continuada objetivando agregar valores e conhecimentos em prol da práxis segura.

Palavras Chave – *Enfermagem; Resistência a Medicamentos; Profissional da Saúde; Conhecimento.*

Abstract — the object of this study was to identify how health professionals about beliefs microorganisms resistant to antimicrobials and the risks offered colonized professional. Qualitative research, analyzed according to the health belief model Rosenstock, held from June to August 2012 in a center of child intensive care unit western center, Brazil. The participants were 22 workers, 50.2% nurses; 31.8% technical nursing; 4.5% physiotherapist; 4.5% speech therapist; 4.5% and 4.5% general services resident doctor. Knowledge was so para 63.6%, to 95.5%, the professional colonized offers risks and team to patients and 81.8% associated treatment difficulties and high mortality rates. However, the speeches presented contradictory beliefs. Recommends continuing education programs aiming to add values and knowledge for the sake of safe practice.

Keywords – *Nursing; Drug Resistance; Health Personnel; Knowledge.*

I. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente exerce impacto na qualidade da assistência, principalmente por ter se tornado uma preocupação de ordem mundial. A Organização Mundial de Saúde em 2004 criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com o intuito de induzir esforços globais na qualidade em saúde para todos os pacientes, com o mínimo possível de eventos adversos decorrentes de práticas inadequadas [1].

Alguns ambientes de saúde têm maior possibilidade de ocorrência desses eventos, a exemplo da Unidade de Terapia Intensiva infantil, destinada a hospitalizar recém-nascidos e crianças que necessitam de cuidados intensivos à saúde. Nesses espaços de cuidado, os pacientes são comumente submetidos a procedimentos invasivos e à terapia antimicrobiana de amplo espectro [1]. Tal realidade ocasiona a veiculação constante de micro-organismos virulentos e a preocupação com a segurança mais acentuada.

Além disso, há vulnerabilidade dos profissionais e o risco de tornarem-se veiculadores e corresponsáveis pelas infecções relacionadas à assistência a saúde [2].

As crenças do profissional sobre os micro-organismos pode influenciar diretamente no controle da disseminação desses patógenos. Quando se compreende o perfil de resistência e a gravidade das doenças que podem ser desenvolvidas, é possível incorporar estratégias para reduzir o risco de colonização [3].

Para permitir a influência das crenças sobre a prevenção de doenças, facilitando a adequação de condutas às situações de risco o Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock [4] pode ser útil. Segundo o autor, quatro dimensões sustentam a tomada de decisão: susceptibilidade percebida, severidade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas. O conhecimento conspira para o desenvolvimento da crença sobre os riscos ocupacionais [5]. A partir da percepção da susceptibilidade à colonização, o profissional torna-se cômico

de que o fato de contaminar-se coloca em risco todos os pacientes e profissionais da unidade.

O objetivo deste estudo foi identificar as crenças de profissionais de saúde sobre micro-organismos resistentes a antimicrobianos e os riscos oferecidos pelo profissional colonizado.

II. METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado de junho a agosto de 2012, em uma Unidade de Terapia Intensiva Infantil de uma instituição de saúde materna e infantil do Centro-Oeste do Brasil, aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo 03/2012.

A população foram os trabalhadores de saúde atuantes há no mínimo seis meses, sorteados no momento das entrevistas. Compuseram uma amostra de 22 (100%) profissionais do sexo feminino, pois foi realizado sorteio para seleção dos profissionais, e na unidade sobressai o sexo feminino. Mediante critério de saturação das entrevistas, faixa etária entre 24 e 50 anos, média de 37 anos; 11 enfermeiras (50,2%); 7 técnicas em enfermagem (31,8%); 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudióloga, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 médica residente (4,5% cada). Quanto à formação, 11 (50,2%) pós-graduadas; 7 (31,8%) com ensino médio completo e 4 (18%) superior completo; o tempo de formação variou de 1 a 24 anos.

Foi aplicado um questionário, previamente apreciado por especialistas, com questões de nivelamento para avaliar o conhecimento sobre micro-organismo multirresistente e risco/exposição ocupacional, e questões objetivas e subjetivas envolvendo a implementação de estratégias para controle da disseminação de micro-organismos na assistência a pacientes portadores de micro-organismos multirresistentes. Foram entrevistados 22 profissionais e obtidos 26 relatos, pois alguns profissionais descreveram mais de uma situação. Os participantes foram identificados com abreviaturas da categoria profissional (enfermeiro: ENF, médico residente: MR, técnico em enfermagem: TE, fisioterapeuta: FI, auxiliar de serviços gerais: AS).

A análise de conteúdo de Bardin (1979) [6] foi feita com auxílio do software *ATLAS.ti* e em seguida, a categorização segundo as quatro dimensões do Modelo de Crenças em Saúde [4]: Susceptibilidade Percebida, Severidade Percebida, Benefícios Percebidos e Barreiras Percebidas.

III. RESULTADOS

Treze (59,1%) entrevistados afirmaram ter participado de capacitação em serviço sobre biossegurança nos últimos 2 anos. Mas, sobre o tema multirresistência aos antimicrobianos, 12 (54,5%) responderam não ter participado. A maioria (72,7%) relatou a participação em capacitação em um dos temas, 10 (62,5%) dessas capacitações foram oferecidas pela própria instituição laboral.

O conhecimento sobre micro-organismo resistente aos antimicrobianos foi afirmativo em 14 (63,6%) das respostas, adquirido por meio da instituição laboral, dos cursos de

graduação, capacitação, ministrados por enfermeiros, médicos e professores, e por meio de leitura de artigos científicos.

Quase todos, 21 (95,5%), afirmaram que a equipe de saúde e os pacientes estão expostos a riscos na presença de um profissional colonizado por micro-organismo resistente aos antimicrobianos. Dezoito (81,8%) associaram as doenças causadas por micro-organismos multirresistentes a índices elevados de mortalidade e a dificuldade de tratamento.

A Severidade Percebida foi evidenciada pelos relatos de “índice elevado de mortalidade” e a Barreira Percebida pela “dificuldade de tratamento”. Com relação ao tipo de risco oferecido pelo profissional colonizado, a Susceptibilidade Percebida foi evidenciada em 24 (92,3%) dos 26 relatos, e a falta de percepção da Susceptibilidade em 2 (7,7%):

[...]um profissional de saúde colonizado por micro-organismo resistente oferece risco de ficar doente (ENF); [...]risco de colonização para a equipe e pacientes (TE); [...]risco de infecção cruzada a equipe e pacientes (MR); [...]de propagar o micro-organismo a equipe e pacientes (TE); [...]na imprudência, coloca em risco todos que estão na unidade, seja paciente ou profissional (ENF); [...]todos os riscos possíveis ao paciente e principalmente a equipe, pois temos contato direto com as pessoas aqui na unidade (SG).

A falta de percepção do risco traduz-se na crença da Susceptibilidade não Percebida:

[...]aquí não tem funcionário colonizado, pois temos somente criança colonizada (TE); [...] o profissional colonizado não oferece nenhum risco para a equipe de saúde e para os clientes (AS).

As respostas abordaram estratégias para prevenir e reduzir a disseminação de micro-organismos, e de como operacionalizar a assistência a pacientes/profissionais colonizados. Os temas “adesão às medidas de precaução, isolamento e higiene no ambiente laboral”, “gestão e estrutura organizacional” e “uso racional de antimicrobianos” foram emergidos. De 182 relatos, 179 (98,3%) se enquadraram como Benefícios Percebidos, 2 (1,09%) Barreiras Percebidas e 1 (0,61%) Severidade Percebida.

Diante da crença da percepção dos benefícios pela adesão ao cuidado seguro, certas situações demonstram esse reconhecimento:

[...] uso do EPI, limpeza adequada do ambiente, desinfecção, ventilação do ambiente, disponibilidade do EI são medidas utilizadas para diminuir a disseminação de micro-organismos (AS); [...]a conscientização do profissional consegue diminuir a disseminação de patógenos (TE); [...] usar o EPI e se proteger sempre e não tomar antibiótico sem necessidade, por exemplo eu nunca uso o antibiótico “cipro” (TE); [...] adequação do espaço físico; de insumos e materiais; aumentar a quantidade de funcionários contribuem para reduzir a disseminação de micro-organismos em situações onde hajam indivíduos colonizados/infectados (ENF); [...] tratamento adequado e educação continuada reduzem a disseminação de micro-organismos (FI).

Barreiras Percebidas emergiram da “dificuldade na prevenção” e “ausência de medidas de prevenção”:

[...] é muito difícil prevenir para não contrair micro-organismo resistentes (TE) e [...] não tem como prevenir de contrair micro-organismos resistentes aos antimicrobianos (TE).

A Severidade Percebida destacou-se pela “manipulação restrita de antimicrobiano”:

[...] evitar contato com o antibiótico porque se não quando você precisar eles não fazem efeito (TE).

IV. DISCUSSÃO

A percepção do risco ocupacional pelo profissional de saúde faz com que exerça uma assistência de qualidade, pautada pela adesão as medidas de biossegurança, conseqüentemente, a segurança do paciente e profissional [7]. Os profissionais que não possuem uma adesão significativa às medidas preventivas normalmente são pessoas que desconhecem o risco ao qual estão expostos, e por esse motivo não se consideram susceptíveis à colonização e nem a transmissão de patógenos.

Além da percepção do risco é importante que o profissional compreenda e tenha consciência de que é um potencial disseminador de micro-organismos, pois apenas a percepção não minimiza os riscos de colonização [1]. Através da compreensão e da consciência do profissional diante da veiculação de patógenos observa-se uma maior adesão às medidas de biossegurança [8].

O risco é percebido de acordo com o nível e o tempo de formação acadêmica. Avaliando-se graduados, técnicos e auxiliares em enfermagem, os de maior grau de formação apresentam um conhecimento mais sólido, considerando todas as situações como de risco. Já os de menor instrução possuem uma tendência seletiva de reconhecimento do risco. Profissionais de formação recente possuem uma percepção de risco mais acentuada [8].

A percepção da susceptibilidade sem a crença de ser veiculador de patógenos virulentos não é o suficiente para garantir a segurança do paciente e da equipe [9]. É necessária uma visão crítica diante das situações para identificar os riscos de maneira satisfatória [7].

O conhecimento exerce influência direta na capacidade do profissional em reconhecer o risco de adquirir e disseminar patógenos durante a implementação da assistência. Quanto maior o conhecimento sobre a exposição ocupacional a micro-organismos multirresistentes, maior a percepção do risco e conseqüentemente o compromisso na adesão às medidas de biossegurança. A crença, ou percepção da susceptibilidade, aliada ao conhecimento, compreensão e consciência diante da importância de controlar a disseminação de patógenos constituem-se fatores primordiais para a segurança do paciente e a melhora nos indicadores de qualidade da assistência.

A percepção do risco quando o conhecimento é adequado é um incentivo a atitudes preventivas que resultará em benefícios, pois em situações contrárias, ou seja, quando a

percepção é incorreta ou seletiva, o paciente e o profissional continuaram expostos aos riscos [10], [11].

Em algumas situações o profissional expõe-se a riscos por não conhecer a condição de portador do paciente. Os recém-admitidos na unidade, principalmente os transferidos de outra instituição, normalmente possuem perfil microbiológico desconhecido. Isso associado à adesão inadequada às medidas de biossegurança constitui-se fator de impacto na disseminação de patógenos virulentos [12], [13].

O desconhecimento do risco é uma barreira para a adesão de práticas de saúde seguras, os investimentos em estratégias inovadoras e treinamentos que despertem a visão crítica dos profissionais estimulam a capacidade de perceber a susceptibilidade e conseqüentemente as ações de saúde visando o controle e disseminação de patógenos [11], [14].

Para o controle da transmissão cruzada de micro-organismos, principalmente os resistentes a antimicrobianos, é importante que toda a equipe de saúde da unidade conheça e tenha o compromisso e a crença em técnicas seguras. Um único profissional desconhecedor do risco é suficiente para que as ações por ele implementadas exerçam efeitos indesejados em outros profissionais e pacientes. Tal fato evidencia a necessidade do trabalho multidisciplinar, comprometendo todos os profissionais independente do nível de formação a buscar a qualidade na assistência [15], [16].

Além do reconhecimento do risco, da percepção de ações que interferem na assistência de qualidade, é preciso desenvolver discussões que englobem toda a equipe multiprofissional com o intuito de destacar medidas eficazes para prevenir e reduzir a disseminação de micro-organismos. Todos os profissionais são corresponsáveis pela segurança da assistência prestada [16], [17].

A transmissão de patógenos está diretamente relacionada a atitudes inadequadas, e medidas simples sem necessidade de grandes investimentos financeiros melhoram a qualidade da assistência [3].

Um fator importante para a adesão do profissional a práticas simples, que minimizam os riscos de contaminação microbiana, é a percepção do risco aliada a capacidade de identificar na assistência prestada os erros que comprometem a segurança do paciente. O profissional deve ser constantemente submetido a atividades de educação continuada que englobe a equipe multiprofissional para torná-los competentes diante da definição das melhores estratégias de saúde [18].

A equipe multiprofissional é responsável por determinar atitudes que todos deverão assumir, diante do controle da contaminação microbiológica, despertando a percepção sobre os benefícios que essas atitudes irão proporcionar ao paciente e ao profissional [1], [12].

Há percepção da vulnerabilidade e conhecimento sobre a importância das atitudes seguras, portanto exige-se que as instituições de saúde também estejam comprometidas em disponibilizar condições para a implementação dessas práticas assistenciais adequadas. Falhas na cultura organizacional,

induzem a adesão a práticas insatisfatórias, comprometendo a qualidade assistencial [5], [19].

Mudanças na cultura organizacional das instituições de saúde são necessárias, para uma cultura que tenha a segurança como um indicador de qualidade, disponibilizando um ambiente seguro que permita o desenvolvimento de práticas de saúde adequadas, com condições para a implementação de estratégias preventivas [1], [20].

A educação continuada é uma estratégia de grande impacto no controle da disseminação dos micro-organismos. O profissional que conhece a epidemiologia, patogênese, mecanismos de transmissão dos patógenos multirresistentes durante os cuidados assistenciais, e o papel dos antimicrobianos frente à destruição das cepas ou o desenvolvimento do perfil de resistência, possuem maior rigor na adesão as medidas de biossegurança, além disseminarem o conhecimento à equipe [7], [13].

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais relatam conhecimento sobre micro-organismos resistentes a antimicrobianos, entretanto percebe-se crenças contraditórias, comprometendo a segurança do paciente e trabalhador.

A susceptibilidade percebida demonstrou ser um fator de impacto na adesão às estratégias preventivas, quando o profissional identifica e conhece o risco, sente-se comprometido em ações seguras. Quanto maior o nível de formação profissional, maior o comprometimento com a qualidade da assistência. Profissionais com formação recente apresentam-se mais preocupados com a questão da segurança do paciente.

Os benefícios percebidos estimulam as atitudes corretas, pois o profissional identifica nas ações implementadas, resultados positivos que melhoram o ambiente organizacional através do cuidado seguro. Por outro lado, as barreiras percebidas interferem na adoção de práticas seguras, pois em algumas situações os profissionais reconhecem a necessidade de intervir com ações de qualidade, mas o ambiente organizacional não disponibiliza condições para realizá-las.

Torna-se necessário mudanças na cultura organizacional da instituição, preconizando alterações desde estrutura física até recursos humanos e tecnológicos, com o intuito de definir uma nova cultura pautada na segurança do paciente e do profissional e consequentemente na qualidade da assistência.

Estratégias de educação são importantes para melhorar a compreensão, percepção e crenças dos profissionais de saúde diante da importância da adesão a medidas preventivas, principalmente como tática de controle de disseminação e proliferação de micro-organismos multirresistentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(3): 427-34.
- [2] Prado Palos MA et al. Identificação de espécies de *Candida* em saliva de profissionais de saúde. *Rev. Eletr. Enf, Goiânia*.2010;12(3): 498-501. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a12.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2010.
- [3] Pina E, Ferreira E, Marques A, Matos B. Infecções Associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Elsevier Doyma. *Revista portuguesa de saúde pública*. 2010; 1(10): 27 -39.
- [4] Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health. educ. monogr*. 1974; 2(4):354-86.
- [5] Efstathiou G, Papastavrou E, Raftopoulos V, Merkouris, A. Factors influencing nurse compliance with standard precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms:A focus group study. *BMC Nursing*. 2011;10(1):1- 12.
- [6] BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979. 229 p.
- [7] Moura JP, Gir E. Conhecimento dos profissionais de enfermagem referente à resistência bacteriana a múltiplas drogas. *Acta Paul. Enferm*. 2007; 20(3): 351-6.
- [8] Bush-Knapp ME; Brinsley-Rainisch KJ; Lawton-Ciccarone RM; Sinkowitz-Cochran RL; et al. Reaching hospitalists about the prevention of antimicrobial resistance. *AJIC*. 2009; 35(10):656-61.
- [9] Brinsley K; Sinkowitz-Cochran RL; Cardo DM; Assessing motivation for physicians to prevent antimicrobial resistance in hospitalized children using the Health Belief Model as a framework. *AJIC*. 2005; 33(3): 175-180.
- [10] Hinkin J, Gammon J, Cutter J. Review of personal protection equipment used in practice. *Br J Community Nurs*. 2008;13(1):14-9.
- [11] Silva AM, Carvalho, MJ, Canini SRMS, Cruz EDA, et al. *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina: conhecimento e fatores associados à adesão da equipe de enfermagem às medidas preventivas. *Rev. Latino-Americana. Enfermagem*. 2010;18(3): 50-6.
- [12] Lewis KL; Thompson JM. Health care professional's perceptions and knowledge of infection control practices in a community hospital. *Health Care Manag (Frederick)*. 2009; 28(3):230-8.
- [13] Moura JP et al. Colonization of nursing professionals by *Staphylococcus aureus*. *Rev. latino-am. enfermagem [online]*. 2011; 19(2): 325-31. ISSN 0104-1169.
- [14] Malaguti SE; Hayashida M; Canini SR; Gir E. Nurses in leading positions and measures to prevent occupational exposure: facilities and barriers. *Rev. Esc. Enferm. USP [online]*. 2008, vol.42, n.3, pp. 496-503. ISSN 0080-6234.
- [15] Silva GS; Ameida AJ; Paula VS; Villar LM. Knowledge and utilization of standard precaution measures by health professionals. *Esc. Anna Nery*. 2012.jan-mar; 16(1):103-10.
- [16] Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, et al. Intensive care unit quality improvement: A "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Crit. Care Med*. 2006; 34(1): 211-18.
- [17] Wolf R; Lewis D; Cochran R; Richards C. Nursing Staff Perceptions of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* and infection control in Long-term Care facility. *JAMDA*. 2008; 9:342-346.
- [18] Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Holzmuller CG, Millman AE, et al. Operating Room Teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *J. Am Coll Surg*. 2006;202(5): 746-52.
- [19] Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. The attitudes of nurse from na Intensive care unit the face of errors: na approach in light of bioethics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3):324-30.
- [20] Melo DS, Silva e Souza AC, Tipple AFV, Neves ZCP, Pereira MS. Nurses' understanding of standard precautions at a public hospital in Goiania - GO, Brazil. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 setembro-outubro; 14(5):720-7.