

## CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE COLONIZAÇÃO POR MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

*Ludimila Cristina Souza Silva<sup>1</sup>*  
*Fabício Martins Machado Carrijo<sup>2</sup>*  
*Marinézia Aparecida Prado Palos<sup>3</sup>*  
*Regiane Aparecida Soares Barreto<sup>4</sup>*  
*Karina Suzuki<sup>5</sup>*

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento e a percepção de trabalhadores de saúde sobre micro-organismos resistentes aos antimicrobianos e os riscos oferecidos pelo profissional colonizado. Pesquisa qualitativa, analisada segundo o Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock (1974), realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) infantil de Goiânia-GO. CEPH/HMI/protocolo nº 03/2012. Participaram 22 trabalhadores, 50,2% enfermeiros; 31,8% técnicos em enfermagem; 4,5% fisioterapeuta; 4,5% fonoaudióloga; 4,5% serviços gerais e 4,5% médico residente. O conhecimento sobre microrganismo resistente a antimicrobianos (MRA) foi afirmativo para 63,6%, adquirido na própria instituição, formação profissional, capacitações e artigos científicos. Para 95,5%, o profissional colonizado oferece riscos à equipe e aos pacientes e 81,8% associaram as doenças causadas por MRA às dificuldades de tratamento e índices elevados de mortalidade. Apesar de referirem conhecimento sobre MRA, percebeu-se uma bipolaridade, envolvendo o conhecimento de um grupo e os obstáculos que tal conhecimento representa nessa conjuntura. Assim sendo, recomenda-se programas de educação continuada objetivando agregar valores e conhecimentos em prol da *práxis* segura.

**Palavras-chave:** Microrganismos.Colonização.Multiresistentes.Saúde.

---

## KNOWLEDGE AND PERCEPTION OF HEALTH WORKERS ABOUT COLONIZATION BY MULTIRESISTANT MICROORGANISMS

**ABSTRACT:** The objective of this study was to analyze the knowledge and perception of health workers about microorganisms resistant to antimicrobials and the risks offered by the colonized professional. Qualitative research, analyzed according to the Rosenstock Health Beliefs Model (1974), carried out in a Child Intensive Care Unit (ICU) in Goiânia-GO. CEPH / HMI / protocol no. 03/2012. Twenty-two workers participated, 50.2% nurses; 31.8% nursing technicians; 4.5% physiotherapist; 4.5% speech therapist; 4.5% general services and 4.5% resident doctor. The knowledge about antimicrobial resistant microorganism (MRA) was affirmative to 63.6%, acquired in the institution itself, professional training, training and scientific articles. For 95.5%, the colonized professional poses risks to the team and patients, and 81.8% associate the diseases caused by ARM to the difficulties of treatment and high mortality rates. Although they refer to knowledge about ARM, a bipolarity was observed, involving the knowledge of a group and the obstacles that such knowledge represents in this conjuncture. Therefore, programs of continuing education are recommended in order to add values and knowledge in favor of safe praxis.

**Keywords:** Microorganisms.Colonization.Multiresistentes.Saúde

---

<sup>1</sup> Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Alfredo Nasser;

<sup>2</sup> Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Alfredo Nasser, Aluno de iniciação científica PIBIC;

<sup>3</sup> Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

<sup>4</sup> Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

<sup>5</sup> Docente do curso de enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente exerce grande impacto na qualidade da assistência, por ter se tornado uma preocupação de ordem mundial. Diante da importância do cuidado seguro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) impulsionou a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente (AMSP) em 2004. Essa aliança buscou agregar esforços globais na qualidade em saúde para todos os pacientes, com o mínimo possível de eventos adversos (EA) decorrentes de práticas inadequadas (WEGNER; PEDRO, 2012).

Alguns ambientes de saúde têm maior possibilidade de ocorrência desses eventos. A exemplo tem-se a Unidade de Terapia Intensiva Infantil (UTIin), destinada à assistência de recém-nascidos e crianças que necessitam de cuidados intensivos à saúde. Nesses espaços de cuidado, os pacientes são comumente submetidos a procedimentos e dispositivos invasivos e à terapia antimicrobiana de amplo espectro (WEGNER; PEDRO, 2012).

Tal realidade ocasiona a veiculação ambiental de micro-organismos virulentos e a preocupação com a segurança torna-se ainda mais acentuada. As evidências sinalizam para falhas envolvendo o processamento das superfícies ambientais, processo de trabalho, aliados à falta de uma política organizacional focada na segurança do paciente e do trabalhador. Essas lacunas contribuem para a cadeia epidemiológica ambiental, contaminação cruzada e colonização das crianças e trabalhadores do serviço em detrimento da qualidade da assistência (SILVA, 2010; WEGNER; PEDRO, 2012). Com isso são necessárias alterações no modelo assistencial, para garantir um cuidado de qualidade.

Nesse contexto, os trabalhadores de saúde, na condição de colonizados por agentes microbianos em decorrência das atividades no ambiente laboral e muitos deles resistentes aos antimicrobianos, passam a veicular esse agente para pacientes e outros trabalhadores. Tornam-se corresponsáveis pela cadeia epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (IrAS) (PRADO et al., 2010b; WOLF et al., 2008).

Dessa forma, corroboram com os índices de morbidade /mortalidade por esses eventos.

A preocupação com a vulnerabilidade, insuficiência de conhecimentos e percepção dos PS sobre os aspectos microbiológicos e mecanismos de resistência atribuídos aos patógenos são quesitos que podem influenciar a insipiência desses trabalhadores às medidas de controle. Acredita-

se que o conhecimento seja capaz de fazê-los compreender os mecanismos de resistência desses patógenos, de importância para a IrAS. Além de perceberem a necessidade de aderirem às medidas preventivas e reduzirem os riscos de colonização e eventual infecção, em conformidade com os princípios da segurança (PINA et al., 2010).

Nessa direção, tem-se o Modelo de Crenças em Saúde proposto por Rosenstock (ROSENSTOCK, 1974), como ferramenta capaz de fazer uma analogia sobre o conhecimento dos PS e a política de vigilância de IrAS na UTIN. Permitirá ainda analisar e reavaliar as condutas dos PS diante das situações de riscos.

Segundo Rosenstock (1974), o comportamento dos PS é um processo fundamentado em quatro dimensões que sustentam a tomada de decisão: susceptibilidade percebida, severidade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas. Esse modelo pode ser um importante instrumento para subsidiar a elaboração de estratégias efetivas para maior adesão dos trabalhadores às medidas preconizadas para o trabalho seguro.

Confirmando essa premissa, percebe-se que o conhecimento é capaz de acurar os mecanismos cognitivos relacionados à percepção sobre os riscos laborais (EFSTATHIOU et al., 2011). Uma vez que é a partir da percepção da susceptibilidade à colonização que o profissional pode tornar-se cômico de que ser portador de MRA o coloca como disseminador dessa bactéria para os pacientes e trabalhadores no âmbito institucional e comunitário.

Em contrapartida, analisar o nível de conhecimento e percepção do PS diante dos agentes microbiológicos, intrínsecos à assistência, demonstra a importância de estudos sobre essa temática, visando à segurança do paciente e do profissional.

Nessa perspectiva, este estudo objetivou analisar o conhecimento e a percepção de trabalhadores de saúde sobre micro-organismos resistentes aos antimicrobianos, relacionando os riscos expostos pelo profissional colonizado.

## **2 METODOLOGIA**

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva de uma instituição de saúde materna e infantil do Sistema Único de Saúde, de Goiânia-GO. Aprovado pelo CEPH/HMI/protocolo nº 03/2012.

Participaram 22 trabalhadores de saúde que atuavam na Unidade de Terapia Intensiva Infantil (UTlin), a partir de seis meses. Os trabalhadores eram convidados e diante do interesse,

assinavam o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE). Em seguida realizava-se, mediante sorteio com base na escala diária de serviço, porém, quando o profissional sorteado não encontrava-se na unidade, um novo sorteio era realizado. Todos os trabalhadores sorteados formalizaram a participação. A amostra foi concluída mediante a saturação dos dados, ou seja, momento em que as informações se repetiam.

Aplicou-se um formulário, previamente analisado por especialistas, abordando questões objetivas e subjetivas. Preocupou-se com os aspectos de nivelamento dos temas para avaliar o conhecimento dos trabalhadores sobre micro-organismo multirresistente e risco ocupacional, envolvendo o conhecimento e as estratégias de controle.

As entrevistas eram realizadas em sala reservada, uma no período matutino e outra no noturno de forma a contemplar dois trabalhadores por dia. Optou-se por limitar a quantidade de entrevistas por dia e períodos para evitar que trabalhadores entrevistados influenciassem nas respostas dos demais.

Para manter o sigilo referente à identificação dos trabalhadores e evitar constrangimentos, cada participante foi identificado pelo número de ordem das entrevistas e categoria profissional: ENF = enfermeiros; TENF = técnicos em enfermagem; AUXENF= auxiliar de enfermagem; FISIO = fisioterapeuta; FONO = fonoaudiologia; SG = auxiliar de serviços gerais e MR = médicos residentes.

As informações foram submetidas à análise de conteúdo de Bardin (2011) que propõe a leitura flutuante, a organização das idéias e sua codificação com o intuito de determinar os núcleos de sentidos, os temas e as categorias emergidas.

A codificação foi realizada com o auxílio do *software* ATLAS ti, seguida pela análise e interpretação, em que foram sendo criadas as “*super familys*” ou categorias, as “*familys*” que referiram aos temas, os “*codes*” representando os núcleos de sentido e as “*quotations*” fragmentos significativos dos relatos dos quais, extrairam-se os núcleos de sentido.

Após essa etapa, procedeu-se a análise das categorias segundo o Modelo de Crenças em Saúde proposto por Rosenstock: Susceptibilidade Percebida, Severidade Percebida, Benefícios Percebidos e Barreiras Percebidas.

### 3 RESULTADOS

Participaram do estudo 22 trabalhadores de saúde, do sexo feminino, com faixa etária entre 24 e 50 anos, média de 37 anos. Segundo a categoria profissional, 11 eram enfermeiros (50,2%); 7, técnicos em enfermagem (31,8%); 1, fisioterapeuta, 1, fonoaudióloga, 1, auxiliar de serviços gerais e 1, médico residente (4,5% cada). Quanto à formação, 11 (50,2%) eram pós-graduados; 7 (31,8%) possuíam ensino médio completo e 4 (18%), ensino superior completo. Houve variação entre 1 e 24 anos, no tempo de formação dos participantes. Dos quais, 10 (45,7%) atuavam na UTIN como técnico em enfermagem, 6 (27,3%) eram supervisores de enfermagem; 1 (4,5%), coordenador do serviço de enfermagem; 1 (4,5%), auxiliar de enfermagem; 1 (4,5%), fonoaudióloga; 1 (4,5%), residente de medicina; 1 (4,5%), fisioterapeuta; e 1 (4,5%) atuava no serviço de limpeza e desinfecção.

Quanto à qualificação profissional, 13 (59,1%) trabalhadores afirmaram ter participado de capacitação em serviço sobre biossegurança nos últimos 2 anos. Especificamente sobre o tema multirresistência aos antimicrobianos, 12 (54,5%) responderam não ter participado. Constatou-se que 72,7% deles referiram ter passado por tal capacitação em pelo menos um dos temas, sendo que 10 (62,5%), em cursos oferecidos pela própria instituição.

O conhecimento sobre micro-organismo resistente aos antimicrobianos foi observado em 14 (63,6%) das respostas. Sendo adquirido na instituição laboral, por meio de cursos de capacitação ministrados por enfermeiros, médicos e professores na graduação e leitura de artigos científicos.

Com relação aos riscos conferidos pelo profissional colonizado, 21 (95,5%) afirmaram que a equipe de saúde e os pacientes ficam expostos aos riscos de colonização por esses agentes em presença desse profissional. Por conseguinte, 18 (81,8%) dos participantes associaram as doenças causadas por micro-organismos multirresistentes a índices elevados de mortalidade, bem como, a dificuldade com a terapêutica.

Com fundamentação nas categorias do Modelo de Crenças de Rosenstock (MCR), a Severidade Percebida foi evidenciada pelos “índices elevados de mortalidade” e a Barreira Percebida pela “dificuldade de tratamento”.

Diante das respostas à questão objetiva, foi solicitado aos trabalhadores que discorressem sobre o tipo de risco oferecido pelo profissional colonizado. A partir da análise, emergiu o tema “veiculação de patógenos a paciente-ambiente-equipe” e, dos núcleos de sentido que a compuseram agruparam-se as categorias do MCR, sobressaindo a Susceptibilidade Percebida. Obtiveram-se 26

relatos, sendo 24 (92,3%) relacionados à Susceptibilidade Percebida e 2 (7,7%), à Susceptibilidade não-Percebida.

A Susceptibilidade Percebida foi evidenciada pela percepção dos riscos de adoecimento, infecção/contaminação/colonização por micro-organismos e infecção/contaminação cruzada, as quais podem ser confirmadas nos seguintes relatos:

*“[...] um profissional de saúde colonizado por micro-organismo resistente aos antimicrobianos oferece risco de ficar doente.” (4ENF)*

*“[...] oferece risco de colonização para a equipe e para os pacientes.” (21TE)*

*“[...] oferece risco de infecção cruzada para a equipe e para os pacientes.” (7MR)*

*“[...] o risco é de propagar o micro-organismo para a equipe e para os pacientes.” (16TE)*

*“[...]...na imprudência colocar em risco todos que estão na unidade, seja paciente, seja profissional.” (17ENF)*

*“[...] oferece todos os riscos possíveis ao paciente e principalmente à equipe de saúde, pois nós temos um contato direto com as pessoas aqui na unidade.” (17SG)*

A lacuna relacionada à percepção do risco traduz-se na Susceptibilidade não-Percebida, caracterizada pelos seguintes relatos:

*“[...] profissional de saúde colonizado por micro-organismo resistente aos antimicrobianos oferece risco de contaminação, embora aqui não tenha funcionário colonizado, pois temos somente criança colonizada.” (22TENF)*

*“[...] profissional colonizado não oferece nenhum risco para a equipe de saúde e para os clientes.” (3AUXIENF)*

Frente à importância de medidas preventivas recomendadas pelas diretrizes brasileiras e internacionais, as respostas às questões discursivas abordaram estratégias para controlar/prevenir e reduzir a disseminação de micro-organismos. Além de como tornar estratégias operacionais de assistência a pacientes/trabalhadores colonizados. Originaram-se do agrupamento dos dados os temas: “adesão às medidas de precaução, isolamento e higiene no ambiente laboral”, “gestão e estrutura organizacional” e “uso racional de antimicrobianos”.

Os temas foram compostos por núcleos de sentido e, através de uma análise interpretativa, congregados às categorias do MCR, das quais três se destacaram: Benefícios Percebidos, Severidade Percebida e Barreiras Percebidas. Delas, submergiram 182 relatos, dos quais 179 (98,3%) enquadraram-se como Benefícios Percebidos, dois (1,09%), Barreiras Percebidas e um (0,61%), Severidade Percebida.

Diante da importância da percepção dos trabalhadores no tocante aos benefícios gerados pela adesão ao cuidado seguro, foi possível extrair das falas situações que demonstraram esse

reconhecimento. Evidenciando a categoria Benefícios Percebidos, composta pelos núcleos de sentido: “disponibilidade de EPI”, “educação continuada”, “estrutura física adequada”, higienização do ambiente”, “informação”, “recursos humanos adequados” e “ventilação do ambiente”:

*“[...] uso do EPI, limpeza adequada do ambiente, desinfecção, ventilação do ambiente, disponibilidade do EI são medidas utilizadas para diminuir a disseminação de micro-organismos.” (3AE)*

*“[...] a conscientização do profissional consegue diminuir a disseminação de patógenos.” (6TE)*

*“[...] usar o EPI e se proteger sempre e não tomar antibiótico sem necessidade, por exemplo, eu nunca uso o antibiótico “cipro”.” (11TE)*

*“[...] adequação do espaço físico; de insumos e materiais; aumentar a quantidade de funcionários contribui para reduzir a disseminação de micro-organismos em situações em que haja indivíduos colonizados/infectados.” (2ENF)*

*“[...] tratamento adequado e educação continuada podem reduzir a disseminação de micro-organismos.” (9FISIO)*

*“[...] é muito difícil prevenir para não contrair micro-organismo resistentes aos antimicrobianos.” (22TENF)*

*“[...] não tem como prevenir de contrair micro-organismos resistentes aos antimicrobianos.” (22TENF)*

A Severidade Percebida destacou-se através do núcleo de sentido “manipulação restrita de antimicrobiano”, representada pelo seguinte relato:

*“[...] evitar contato com o antibiótico porque senão quando você precisar ele não faz efeito.” (11TENF)*

#### 4 DISCUSSÃO

A formação dos participantes desse estudo remete a um nível de conhecimento elevado. Entretanto, a variabilidade no que se refere ao tempo de formação, pode representar tanto a atualização e ou discrepância de conhecimentos. Isso pode implicar em inconformidades comportamentais no trabalho e, conseqüentemente, no envolvimento em situações de risco laboral. Contudo, o nível de conhecimento e o tempo de formação acadêmica refletiram na percepção dos riscos.

Avaliando-se o nível de conhecimento dos trabalhadores, percebeu-se que os que referiram formação superior, demonstraram maior conhecimento, no tocante às situações como de riscos laborais. Os de menor nível de instrução ratificaram uma tendência seletiva de reconhecimento desses riscos. Já os trabalhadores de formação recente possuem uma percepção de risco mais acentuada (MOURA; GIR, 2007; PRADO-PALOS, 2010a).

Embora o conhecimento sobre a multirresistência microbiana tenha sido afirmativo por parte de alguns, a percepção do risco eminente por um profissional colonizado foi relatada por 21 (95,5%) dos entrevistados. Essa percepção decorreu por associações entre as doenças e os patógenos multirresistentes aos índices elevados de mortalidade, as quais indicam severidade percebida e da dificuldade de tratamento aponta uma barreira percebida. Essas duas categorias são evidenciadas pelo MCR (ROSENSTOCK, 1974).

Ao associar os índices elevados de mortalidade à Severidade Percebida, o profissional demonstrou compreender que as doenças causadas por MRA podem se agravar, resultando em consequências negativas para o portador. A percepção da dificuldade de tratamento como uma Barreira, pode interferir nos comportamentos em saúde, pois ao perceber que, em caso de contaminação, o tratamento poderá ser inexistente, o indivíduo tende a assumir comportamentos seguros.

A percepção do risco que um profissional colonizado oferece é marcada pela Susceptibilidade Percebida, ou seja, o indivíduo reconhece o risco ao qual está exposto ao estar colonizado ou mesmo relacionar-se com algum portador. Em outras situações, existe a Susceptibilidade não Percebida, evidenciada pelo indivíduo que encontra-se exposto ao risco, porém não é capaz de percebê-lo.

A percepção do risco ocupacional pelo profissional de saúde pode refletir em uma assistência segura e de qualidade, pautada pela adesão às medidas preventivas em consonância com os princípios da segurança do paciente e do profissional (PRADO-PALOS, 2010a; MOURA et al., 2011). Os trabalhadores que não aderem 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 à transmissão de patógenos, ou seja, a Susceptibilidade não Percebida.

A percepção da susceptibilidade sem que o profissional desenvolva a consciência do que seja tornar-se veiculador de patógenos virulentos não é o suficiente para garantir a segurança do paciente e da equipe (BRINSLEY; SINKOWITZ; CARDO, 2005; WEGNER; PEDRO, 2012). É necessário que ele tenha uma visão crítica diante das situações laborais para identificar os riscos de maneira satisfatória (PRADO-PALOS, 2010a; MOURA et al., 2011). Através da compreensão e da consciência do profissional diante da veiculação de patógenos, observa-se uma maior adesão às medidas de segurança (BRUSH-KNAPP et al., 2007; GRALTON; RAWLINSON; MCLAWS, 2013).

Nesse contexto, pode se afirmar que a 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 servirá como incentivo às atitudes preventivas que resultarão em benefícios para o profissional e paciente. Mas em situações contrárias, ou seja, quando a percepção é incorreta ou seletiva, o paciente e o profissional continuarão expostos aos riscos (SILVA et al., 2010; WOLF et al., 2008).

O profissional pode se expor aos riscos de colonização por MRA, por não conhecer e/ou perceber a condição de portador do paciente. Os pacientes recém-admitidos na unidade, principalmente, os que chegam transferidos de outra instituição, normalmente, possuem perfil microbiológico desconhecido. Essa condição, associada à adesão inadequada às medidas de segurança laboral, constituem-se fator de impacto na disseminação de patógenos virulentos (LEWIS; THOMPSON, 2009; MOURA et al., 2011).

Em consequência, considerando o desconhecimento do risco como uma barreira para a adesão de práticas de saúde seguras torna-se de grande valia investimentos em estratégias inovadoras e capacitações que despertem a visão crítica dos trabalhadores diante das situações de risco. E que essas estratégias sejam capazes de estimular a capacidade do profissional de perceber a susceptibilidade aos riscos e, conseqüentemente, adotar ações assertivas no cuidado em saúde visando ao controle desses patógenos (SILVA et al., 2010; WOLF et al., 2008).

Para o controle da transmissão cruzada de micro-organismos resistentes a antimicrobianos, é importante que toda a equipe de saúde da UTI in conheça e tenha o compromisso com a adesão às práticas seguras. Já que, um único profissional desconhecedor dos riscos é suficiente para que as ações por ele implementadas exerçam efeitos indesejados em outros trabalhadores e pacientes (PRADO-PALOS, 2010a; MOURA et al., 2011).

Tal fato evidencia a necessidade do trabalho multidisciplinar, envolvendo toda equipe independente do nível de formação na busca da qualidade na assistência (SILVA et al., 2010).

Além do reconhecimento do risco, da percepção das ações que interferem numa assistência de qualidade, é preciso desenvolver discussões que englobem toda a equipe multiprofissional. Essas discussões devem ter o intuito de destacar medidas eficazes para prevenir e reduzir a disseminação de micro-organismos.

Dessa forma é possível alcançar sistematicamente a operacionalização da assistência por meio de um cuidado de qualidade, uma vez que, todos os trabalhadores são corresponsáveis pela segurança da assistência (WOLF et al., 2008).

A educação continuada, ainda, é uma estratégia de impacto no controle da disseminação dos micro-organismos, pois possibilita ao profissional conhecer a epidemiologia, patogênese, mecanismos de transmissão dos patógenos multirresistentes e sua relação com os cuidados assistenciais. De posse desses conhecimentos, ele é capaz de empreender maior rigor à adesão às medidas de segurança, além de disseminar esses conhecimentos à equipe (MOURA et al., 2010).

Dentre as medidas de segurança, a campanha “Práticas Simples Salvam Vidas” defende que estratégias básicas que fazem parte do cotidiano do profissional como a higienização das mãos, uso de equipamentos de proteção individual, uso racional de antimicrobianos, aliadas à conscientização dos trabalhadores impactam no cuidado seguro. Essas práticas influenciarão na qualidade da assistência pela mudança nas atitudes, exceto em situações nas quais são necessários outros recursos tecnológicos e terapêuticos (PINA et al., 2010).

Mas para tanto, o profissional deve ser constantemente submetido a atividades de educação continuada que englobem a equipe multiprofissional para torná-la competente diante da definição das melhores estratégias de saúde (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010).

Isso despertaria a percepção sobre os benefícios, os quais, essas atitudes proporcionariam aos pacientes e aos próprios trabalhadores (LEWIS; THOMPSON, 2009; WEGNER; PEDRO, 2012).

Incorpora-se a esses benefícios, o compromisso das instituições de saúde em promover condições para a implementação das práticas assistenciais em conformidade com os princípios da segurança.

Tendo em vista, que a existência de falhas no contexto da cultura organizacional, pode induzir adesão insatisfatória às práticas preventivas, o que configura rompimento da qualidade assistencial (EFSTATHIOU et al., 2011; COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010).

Reportando aos princípios da segurança, é importante que eles exijam mudanças na cultura em nível de gestão, processo de trabalho nas instituições de saúde. Elas deverão agregar uma cultura que tenha a segurança do paciente e do trabalhador, como indicadores de qualidade do serviço (GARCIA-WILLIAMS et al., 2010; WEGNER; PEDRO, 2012).

Promovendo, ainda, um ambiente seguro que permita ao profissional da equipe de saúde, um olhar auspicioso da *práxis*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise revelou que, apesar dos trabalhadores de saúde admitirem conhecimento sobre os micro-organismos resistentes aos antimicrobianos e aos riscos de exposição laboral, percebeu-se uma dicotomia entre o conhecimento e os obstáculos que tal conhecimento representa nessa conjuntura. Essa bipolaridade pode levá-los à construção e à (des) construção da qualidade da assistência na mesma unidade, em detrimento dos princípios da segurança do paciente e trabalhador.

O Modelo de Crenças em Saúde demonstrou-se uma importante ferramenta para identificar e compreender as atitudes de riscos, e para organizar estratégias que tenham como mote definir medidas preventivas em conformidade com a segurança do paciente e do trabalhador, no ambiente de saúde.

Observou-se que, em algumas situações, os trabalhadores reconhecem a necessidade de intervir com ações assertivas, mas a gestão organizacional não corrobora com as condições para realizá-las.

As evidências alavancadas no estudo desvelaram a precisão das mudanças na cultura organizacional da instituição, por meio da reavaliação da gestão do serviço, nos quesitos, estrutura física, recursos humanos e tecnologias. Porém, elas deverão ser percebidas como objetivo de todos, em prol de uma nova cultura sob o olhar da segurança do paciente e do trabalhador. Diante das evidências, propõe-se um programa de educação continuada, objetivando promover e agregar valores e conhecimentos à luz da *práxis* segura.

**REFERÊNCIAS**

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70 ; 2011.

BRINSLEY, K., SINKOWITZ-COCHRAN, R.L., CARDO, D.M. Assessing motivation for physicians to prevent antimicrobial resistance in hospitalized children using the Health Belief Model as a framework. **American Journal of Infection Control (AJIC)**.v.33, n.3, p.175-180, 2005.

BUSH-KNAPP, M.E., BRINSLEY-RAINISCH, K.J., LAWTON-CICCARONE, R.M., SINKOWITZ-COCHRAN, R.L., DRESSLER, D.D., BUDNITZ, T., et al. Spreading the word, not the infection: Reaching hospitalists about the prevention of antimicrobial resistance. **American Journal of Infection Control (AJIC)**. v.35, n.10, p.656-61, 2007.

COLI, R.C.P.; ANJOS, M.F.; PEREIRA, L.L. The attitudes of nurse from an Intensive care unit the face of errors: an approach in light of bioethics. **Rev Lat Am Enfermagem**. v.18, n.3, p.324-30, 2010.

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**. v.10, n.1, p.1-12, 2011.

GARCIA-WILLIAMS, A., BRINSLEY-RAINISCH, K., SCHILLIE, S., SINKOWITZ-COCHRAN, R. To ask or not to ask?: The results of a formative assessment of a video empowering patients to ask their health care providers to perform hand hygiene. **Paciente Saf Journal**. v.6, n.2, p.80-5, 2010.

GRALTON, J.; RAWLINSON, W.D.; MCLAWS, M.L. Health care workers perception predicts uptake of personal protective equipment. **American Journal of Infection Control (AJIC)**. v.41, p.2-7, 2013.

LEWIS, K.L.; THOMPSON, J.M. Health care professional's perceptions and knowledge of infection control practices in a community hospital. **Health Care Manag (Frederick)**. v.28, n.3, p.230-8, 2009.

MOURA, J.P.; PIMENTA, F.C.; HAYASHIDA, M.; CRUZ, E.D.A.; CANINI, S.R.M.S.; GIR, E. Colonization of nursing professionals by *Staphylococcus aureus*. **Rev Lat Am Enfermagem**. v.19, n.2, p.325-31, 2011.

PINA, E.; FERREIRA, E.; MARQUES, A.; MATOS, B. Infecções Associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Elsevier Doyma. **Rev Port de Saúde Pública**. v.1, n.10, p. 27-39, 2010.

PRADO, M.A.; COSTA, D.M.; GIR, E.; SUSUKI, K.; PIMENTA, F.C. Atuação de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva: implicações para disseminação de microrganismos multirresistentes. **Revista Panamericana de Infectologia (Impresso)**. v.12, p.37-42, 2010.

ROSENSTOCK, I. Historical the Belief Model. Health Educ. Monog; 1974.

SILVA, A.M.; CARVALHO, M.J.; CANINI, S.R.M.S.; CRUZ, E.D.A.; SIMÕES, C.L.A.P.; GIR, E. Resistant *Staphylococcus aureus*: Knowledge and Factors Related to the Nursing Team's Adherence to Preventive Measures. **Rev Lat Am Enfermagem**. v.18, n.3, p.346-51, 2010.

WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Rev Lat Am Enfermagem**. v.20,n.3, p.427-34, 2012.

WOLF, R.; LEWIS, D.; COCHRAN, R.; RICHARDS, C. Nursing Staff Perceptions of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus and infection control in Long-term Care facility. **Journal of the American Directors Association (JAMDA)**. v.9, p.342-346, 2008.