

MARIA TEREZA SANCHES FIGUEIREDO

**INDICADORES DE PREVENÇÃO DOS RISCOS
BIOLÓGICOS: abordagem da educação para promover a saúde
ocupacional – estudo no Hospital Universitário**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FORTALEZA-CEARÁ
2006**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

Maria Tereza Sanches Figueiredo

**INDICADORES DE PREVENÇÃO DOS RISCOS
BIOLÓGICOS: abordagem da educação para promover a saúde
ocupacional – estudo no Hospital Universitário**

Tese apresentada à Universidade Federal do Ceará -
Faculdade de Educação (Curso de Doutorado) - como
requisito parcial para obtenção do título de doutora em
Educação Brasileira.

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Benedito do
Nascimento

FORTALEZA
2006

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –

Figueiredo, Maria Tereza Sanches.

Indicadores de prevenção dos riscos biológicos: abordagem da educação para promover a saúde ocupacional – estudo no Hospital Universitário / Maria Tereza Sanches Figueiredo; orientador, Raimundo Benedito do Nascimento. – 2006

Tese (Doutorado em Educação Brasileira) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

1. Saúde Ocupacional – Programas Educativos. 2. Riscos Biológicos. 3. Indicadores. 4. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD - 21. ed. 658.382

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

Maria Tereza Sanches Figueiredo

**INDICADORES DE PREVENÇÃO DOS RISCOS BIOLÓGICOS
Abordagem da educação para promover a saúde ocupacional – estudo no
Hospital Universitário**

Tese apresentada à Universidade Federal do Ceará - Faculdade de Educação, (Curso de Doutorado) - como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Educação Brasileira.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Raimundo Benedito do Nascimento
Orientador

Prof. Dr. Brendan Coleman McDonald

Prof.^a Dr.^a Vera Lúgia Montenegro de Albuquerque

Prof. Dr. Paulo Sérgio de Almeida Corrêa

Prof.^a Dr.^a Irna Carla do Rosário Souza Carneiro

Julgado em: 10/ 08/ 2006

À FAMÍLIA SANCHES FIGUEIREDO, pela dimensão de sentimentos envolvidos como marco especial da trajetória da vida, rendo minha admiração em homenagem às suas virtudes e ações, bem como a minha gratidão por ter-me animado a estudar as ciências cada vez mais.

GRATIDÃO

A Deus, perante o qual me curvei nos momentos mais oportunos da vida, na busca de amparo na fé e encorajamento para vencer e terminar o estudo.

Ao meu orientador, professores, colegas e amigos, pelo convívio e experiências de vida.

Ao Hospital Universitário João de Barros Barreto e ao Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, juntamente com seus profissionais, em especial a CCIH.

Aos meus irmãos, Marta, Nato, Jane, Marcelina, Pedrinho, José, Cristina, Mônica e Ismael que compreenderam a essência da espiritualidade, segundo ensinamentos de nossos pais e, assim, foram solidários para eu prosseguir os estudos.

Quando nós, como indivíduos, obedecemos às leis que nos levam a trabalhar, pelo bem da comunidade como um todo, estamos ajudando indiretamente a busca pela felicidade de cada um de nossos irmãos seres humanos.

Aristóteles

RESUMO

Os riscos biológicos caracterizam-se pela dimensão social no contexto do hospital, inter-relacionado aos fatores determinantes, que predispõem profissionais e comunidade hospitalar, potencializam intervenções como substrato de conhecimentos técnicos, educativos, legais e políticos para a promoção da saúde no local de trabalho. O menosprezo em relação aos riscos origina deficiência no controle das ações; impossibilita a utilização de indicadores para avaliação e efetivação do programa como parte da política pública. O objetivo é analisar as ações de prevenção cujas práticas educativas visam à promoção da saúde a partir de indicadores que subsidiarão a composição de um modelo de avaliação. Trata-se de estudo de caso, descritivo, ecológico, observacional e transversal, com abordagem quali-quantitativa. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram questionários com perguntas abertas e fechadas, diário de campo e ficha de profilaxia pós-exposição ocupacional da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Os dados coletados foram estratificados em profissionais de saúde (Ps), expostos direta ou indiretamente aos riscos biológicos, e intencional, aos gerentes, técnicos da CCIH, Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho. O tempo de pesquisa foi de vinte e quatro meses, no Hospital Universitário João de Barros Barreto, em Belém-Pará-Brasil. Na análise, os dados subjetivos foram categorizados e os objetivos codificados pelo programa Statistical Analysis Software Predictive-SPSS versão 11.1. A elaboração dos indicadores sobre prevenção dos riscos biológicos ocupacionais tem por base o sistema de indicadores sociais e a classificação segundo a lógica matemática. O conhecimento dos riscos é restrito pelos Ps, técnicos e gerentes, e alguns desconhecem, embora ações de prevenção isoladas existam. Constatou-se que a concepção dos riscos biológicos limita-se à função e atividades desenvolvidas, e os indicadores funcionam em forma de registro administrativo ou estatística pública, bem como não há avaliação das ações para tomada de decisão, valorizando-se como indicador plano de organização setorial, política de formação, recursos administrativos e intersectoralidade, indicadores essenciais para avaliação das ações do programa voltado para os riscos biológicos, constituindo-se como política pública para promover a saúde ocupacional.

Palavras-chave: Riscos Biológicos Ocupacionais. Ações de Prevenção. Política Pública. Educação Permanente. Indicadores Avaliativos. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The biological risks are characterized by social dimension in the context of the hospital, interrelated to decisive factors, that predisposes professionals and hospitalar community, they potentiate interventions as substratum of technical, educational, legal and political knowledge for health promotion in the workplace. The contempt in relation to the risks originates deficiency in actions control; it disables indicators use for evaluation and accomplishment of the program as part of public politics. The objective is to analyze the prevention actions which educational practices seek health promotion starting from indicators that will subsidize the composition of an evaluation model. It deals with a study of case, descriptive, ecological, observable and traverse, with quali-quantitative approach. The research instruments used were questionnaires with open and closed questions, field diary and record of prophylaxis occupational powder-exhibition of Infection Hospitalar's Audit board (CCIH). The collected data were stratified in health professionals (Ps), exposed direct or indirectly to biological risks, and intentional, to the managers, technicians of CCIH, Specialized Service of Safety and Occupational Medicine. The time of research was twenty-four months, in the Academical Hospital João de Barros Barreto, in Belém-Pará-Brazil. In the analysis, the subjective dates were classified and the objectives codified by Statistical Analysis Software Predictive-SPSS version 11.1 program. The indicators elaboration about prevention of occupational biological risks has for base the system of social indicators and the classification according to mathematical logic. The knowledge of the risks is restricted for Ps, technicians and managers, and some ignore, although isolated prevention actions exist. It was verified that the conception of biological risks is limited to the function and developed activities, and the indicators work in form of administrative registration or public statistics, as well as there is no evaluation of actions for decision socket, being valued as plan an indicator of sectorial organization, formation politics, administrative appeals and intersectorial, essential indicators for evaluation of program actions turned to biological risks, being constituted as public politics to promote the occupational health.

Key-word: Occupational Biological Risks. Prevention Actions. Public Politics. Permanent Education. Valuer Indicators. Health Promotion.

RESUMEN

Los riesgos biológicos caracterizarse por la dimensión social en el contexto del Hospital, interrelacionado a los factores determinantes, los que predisponen profesionales y comunidad hospitalar, potencializan intervenciones como substrato de conocimientos técnicos, educativos, legales y políticos hacia la promoción de la sanidad en el sitio de trabajo. El desprecio en relación a los riesgos origina deficiencia en el control de las acciones; imposibilita la utilización de indicadores para evaluación y efectivación del programa como parte de la política pública. El objetivo es analizar las acciones de prevención cuyas prácticas educativas visan la promoción de la sanidad a partir de indicadores que subvencionarán la composición de un modelo de evaluación. Trátase de estudio de caso, descriptivo, ecológico, observacional y transversal, con el abordaje cuali-cuantitativo. Los instrumentos de encuesta utilizados, fueron cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas, diario de campo y papeleta de profilaxia pos-exposición ocupacional de la Comisión de Control de Infección Hospitalar (CCIH). Los datos cotizados fueron extractados en profesionales de sanidad (Ps), expuestos directa o indirectamente a los riesgos biológicos, e intencional, a los gerentes, técnicos de la CCIH, Servicio Especializado de Seguridad y Medicina del Trabajo. El tiempo de encuesta fue de veinticuatro meses, en el Hospital Universitario “João de Barros Barreto”, en Belén-Pará-Brasil en el análisis, los datos subjetivos fueron categorizados, y los subjetivos, codificados, por el programa “ Statistical Analysis Software Predictive – SPSS versão 11.1. La elaboración de los indicadores sobre la prevención de los riesgos biológicos ocupacionales tiene por base, el sistema de indicadores sociales y la clasificación segundo la lógica matemática. El conocimiento de los riesgos es restricto por los Ps, técnicos y gerentes, y algunos desconocen, aunque acciones preventivas aisladas existan. Se ha constatado que la concepción de riesgos biológicos se limita a la función y actividades desarrolladas, y los indicadores funcionan en forma de registro administrativo o estadística pública, tal que no hay evaluación de las acciones para la toma de decisión, recursos administrativos e intesectoralidad, indicadores esenciales hacia la evaluación de las acciones del programa vuelto hacia los riesgos biológicos, constituyéndose como política pública hacia la promoción de la sanidad ocupacional.

Palabras-clave: Riesgos Biológicos Ocupacionales. Acciones de Precaución. Política Pública. Educación Permanente. Indicadores Evaluativos. Promoción de la Sanidad.

LISTA DE FIGURAS

01	Fluxograma de Atenção a Saúde do Servidor da UFPA	44
02	Fluxograma de conduta pós-acidente	45
03	Processo de agregação de valor informacional no indicador	107
04	Construção de um Sistema de Indicadores Sociais	108
05	Estrutura organizacional do HUIBB	119
06	Classificação dos Indicadores	123
07	Distribuição por sexo	129
08	Distribuição por faixa etária e sexo	129
09	Distribuição por escolaridade e conhecimento de biossegurança	130
10	Distribuição por tempo de trabalho	130
11	Tempo de trabalho e conhecimento das ações de prevenção	131
12	Distribuição dos acidentes biológicos nos últimos 12 meses	133
13	Distribuição das notificações nos últimos 12 meses	133
14	Distribuição do esquema profilático contra a hepatite	134
15	Distribuição por idade e vacina contra rubéola, segundo o sexo feminino	134
16	Distribuição do esquema profilático contra o tétano	135
17	Distribuição sobre o conhecimento das ações do programa	135
18	Distribuição sobre o conceito das ações do programa	136
19	Distribuição por expectativa das atividades educativas da CCIH	136
20	Distribuição de frequência por objetivo	137
21	Distribuição de frequência por periodicidade	139
22	Distribuição de frequência por dificuldades em desenvolver ações	139
23	Distribuição de frequência por eficiência das ações	140
24	Distribuição de frequência quanto à avaliação das ações	140
25	Bactérias	163
26	Vírus HIV	163
27	Vírus da hepatite B	163
28	Vírus da hepatite C	163
29	Sala de cirurgia-Centro cirúrgico	164
30	Serviço de Lavanderia – Risco de exposição	164
31	Procedimento laboratorial	165
32	Risco de exposição	165

LISTA DE QUADROS

01	Recomendações para utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) nas precauções básicas de biossegurança. MS	55
02	Classificação dos Indicadores por peso	123
03	Distribuição de categorias e subcategorias por objetivos	141
04	Indicador: Plano de organização setorial	219
05	Indicador: escolarização	222
06	Indicador: Aperfeiçoamento profissional	223
07	Indicador: Formação continuada.....	224
08	Indicador: Formação permanente.....	225
09	Indicador: Organização de conteúdos	227
10	Indicador: Organização de métodos	229
11	Indicador: Distribuição de eventos	230
12	Indicador: Acompanhamento dos profissionais de saúde	231
13	Indicador: Avaliação de resultados	232
14	Indicador: Avaliação de processos	232
15	Indicador: Recursos de avaliação	233
16	Indicador: Recursos materiais (EPI)	235
17	Indicador: Recursos materiais (médico-hospitalares)	236
18	Indicador: Recursos humanos	237
19	Indicador: Infra-estrutura	239
20	Indicador: Intersetorialidade e monitoramento do acidentado	240
21	Indicador: Intersetorialidade e monitoramento do acidentado / CCIH .	241
22	Indicador: Intersetorialidade e monitoramento do acidentado / SESMT	241
23	Indicador: Intersetorialidade e monitoramento do acidentado / laboratório	242
24	Indicador: Intersetorialidade e monitoramento do acidentado / farmácia	242
25	Indicador: Intersetorialidade e monitoramento do acidentado / instituição	243

LISTA DE TABELAS

01	Quadro de pessoal do HUIBB, profissionais de saúde e categorias expostas aos riscos biológicos, Belém-Pará. Jan/2004	120
02	Leitos por clínicas no HUIBB, Belém/PA Jan/2004	120
03	Distribuição por categoria e tempo de trabalho na Instituição	131
04	Distribuição amostral de profissionais por setor de trabalho	132
05	Distribuição sobre o conhecimento dos objetivos do Programa de prevenção dos Riscos Biológicos – Ps	137
06	Comentário da suficiência das Atividades Educativas para Prevenção dos Riscos biológicos ocupacionais – Ps	138
07	Distribuição sobre providências tomadas nas exposições a materiais biológicos para prevenir de contaminação	138

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
API	Avaliação do Programa de Imunização
BCG	Vacina Contra Tuberculose
CAST	Casa da Saúde do Trabalhador
CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centro de Controle de Doenas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIPP	Insumo, Processo e Produto
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidente
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRIEs	Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
CRTs	Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores
CRST	Centros Regionais de Saúde do Trabalhador
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Penses
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
DSST	Divisão de Segurana e Saúde do Trabalhador
DT	Vacina Dupla Adulta (difteria / tétano)
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
FADESP	Fundação de Amparo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HEPA	<i>High Efficiency Particulate Air Filter</i> (Filtro Hepa)
HEMOPA	Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará
HIV	Síndrome da Imunodeficiência Humana
HCGV	Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
HUBFS	Hospital Universitário Betina Ferro e Souza
IEC	Informação Educação e Comunicação
IH	Infecções Hospitalares
INSS	Instituto Nacional da Seguridade Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho
NNISS	<i>National Noscomial infections Surveillance System</i>
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR	Norma Regulamentadora
OCDE	Organizações Nacionais, Internacionais e Agências Multilaterais Sócios Econômicas de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PRAS	Profissionais da Área da Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Programa Nacional de Imunizações
POP	Procedimentos Operacionais-Padrão
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
Ps	Profissional de Saúde
PST	Programas de Saúde do Trabalhador
PRAS	Profissionais da Área da Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho

SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Tb	Tuberculose
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Hipótese e Questões de Pesquisa	25
2.	OBJETIVOS	27
3	DAS POLÍTICAS PÚBLICAS ÀS AÇÕES DE PREVENÇÃO DOS RISCOS BIOLÓGICOS OCUPACIONAIS	29
3.1	Introdução	30
3.2	O Marco das Políticas de Saúde e as Ações de Prevenção Ocupacional	30
3.3	O Programa de Saúde e as Ações de Prevenção Ocupacional	40
3.4	O Programa de Controle de Infecção Hospitalar no HUIBB	46
3.5	Da Idealização às Ações de Prevenção dos Riscos Biológicos Ocupacionais .	48
4	DA EDUCAÇÃO A PREVENÇÃO: A CONSCIENTIZAÇÃO DOS RISCOS BIOLÓGICOS OCUPACIONAIS	67
4.1	Introdução	68
4.2	A Educação e a Repercussão na Formação dos Profissionais de Saúde	69
4.3	A Conscientização como Princípio Educativo dos Profissionais de Saúde	81
4.4	Aspectos Legais da Formação	84
5	DA AVALIAÇÃO AOS INDICADORES SOCIAIS PARA A PREVENÇÃO DOS RISCOS BIOLÓGICOS OCUPACIONAIS	90
5.1	Introdução	91
5.2	A Avaliação e a Contribuição para o Programa de Prevenção dos Riscos Biológicos Ocupacionais	91
5.3	Riscos Biológicos Ocupacionais como Indicador	101
5.4	Os Indicadores como Medidas para Avaliação das Ações	104
6	A TRAJETÓRIA DA PESQUISA – O MÉTODO	115
6.1	Introdução	116
6.2	O Estudo	116
6.3	Limite do Estudo	124
6.4	Termo de Concordância e Responsabilidade	124

7	RELATOS SOBRE AÇÕES DE PREVENÇÃO DOS RISCOS BIOLÓGICOS OCUPACIONAIS NO HUIBB – RESULTADOS	126
7.1	Introdução	127
7.2	Dados Investigativos Quantitativos e Qualitativos por Objetivos	128
7.3	Epidemiologia dos Riscos Biológicos Ocupacionais	128
7.4	Dados Categorizados por Objetivos da Pesquisa	141
8	AÇÕES DE PREVENÇÃO DOS RISCOS BIOLÓGICOS OCUPACIONAIS - ANÁLISE E DISCUSSÃO	142
8.1	Introdução	143
8.2	Variáveis e Categorização dos Dados: Posicionamentos e Teorias	144
9	CONCLUSÃO	244
	REFERÊNCIAS	249
	APÊNDICES.....	264
	ANEXOS.....	274

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

1. INTRODUÇÃO

O tema riscos biológicos ocupacionais é substrato para compreensão das práticas das ações de prevenção¹, reflete a importância da pesquisa, sobretudo, na área das políticas públicas e tem passagem em outros saberes, como o conhecimento em educação, legislação, administração, planejamento, avaliação, educação em saúde ... , com interesse de promover saúde dos profissionais no âmbito do trabalho.

Neste sentido, o envolvimento da pesquisadora com o objeto investigado, a partir de sua experiência na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), é ponto decisivo na reflexão das teorias e das práticas no campo das ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, especificamente, no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB).

Fica evidente o compromisso com a pesquisa, sobretudo com o papel social, para dar soluções às situações-problema que comprometem a saúde da comunidade hospitalar, logo, é oportuno considerar experiências que levem a problematizar as ações a fim de promover a saúde dos profissionais, frente aos riscos biológicos, porquanto

[...] a agenda de um investigador desenvolve-se a partir de várias fontes. Frequentemente, a própria biografia pessoal influencia, de forma decisiva, a orientação de um trabalho. Certos pormenores, ambientes ou pessoas tornam-se objetos aliciantes porque intervieram, de forma decisiva, na vida do investigador. Outros se iniciam em uma determinada área porque um professor ou alguém que conhecem se dedica a um projeto afim. Por vezes, a escolha é ainda mais acidental: surge uma oportunidade; acorda-se com uma idéia, no desempenho de uma tarefa de rotina encontra-se algum material que desperta curiosidade. (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 85).

O entendimento dos autores citados assemelha-se às reflexões elucidadas por Saul (1995, p.11) a respeito do tema: “O tema de um trabalho é, de modo geral, estabelecido por razões que têm especial significado para a vida pessoal de seu autor e/ou para o plano teórico-metodológico em que a questão se insere”.

Com efeito, o interesse em investigar a temática advém da experiência profissional de doze anos de trabalho como membro da CCIH, do Hospital de Clínicas

¹ Termo que, em saúde pública, significa a ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença. As ações preventivas têm por fim eliminar elos da cadeia patogênica, ou no ambiente físico ou social ou no meio interno dos seres vivos afetados ou suscetíveis. Barbosa, MLM Glossário de Epidemiologia & Saúde (2003, p. 673-674).

Gaspar Vianna (HCGV) e do Hospital Universitário João de Barros Barreto, localizados em Belém-Pará. Nessas instituições, desenvolvem-se atividades socioeducativas para a formação, por meio de treinamentos, cursos e palestras intra e interinstitucionais, do Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares², onde as ações de prevenção constituem medidas aplicáveis, para minimização dos riscos biológicos, originando, conseqüentemente, investimento à promoção da saúde dos profissionais.

A trajetória profissional, com início na assistência aos pacientes e experiências em laboratório de análises clínicas, em razão de atividades biomédicas, contribuiu significativamente para acumular reflexões sobre ações de prevenção, às quais estão expostos os profissionais de saúde (Ps).

Desde 1993, na Unidade de Psiquiatria do HCGV, destaca-se a observação e o acompanhamento de procedimentos médico-hospitalares desenvolvidos pelos profissionais de saúde com pacientes em agudo estado patológico, em crise ou com distúrbios de comportamento. Com os profissionais que lhes prestam assistência, via-se a necessidade de atenção redobrada, por estarem expostos a riscos diversos como o de atingimento por secreções oronasotraqueais³ e traumatismos.

Paralelamente às atividades de acompanhamento, práticas educativas de capacitação relacionadas às ações do monitoramento dos acidentes biológicos, orientações quanto a reações adversas dos quimioprofiláticos, seguimento sorológico, infecções hospitalares e de ações que merecem controle, despertaram ainda mais a atenção para o problema, de forma a promover a saúde do profissional.

O cotidiano dos Ps é marcado pela convivência com variedade de riscos, destacando, principalmente, o caráter biológico e que recebe influência de fatores sociais, chegando a comprometer a saúde.

O perigo de contaminação decorre dos fatores determinantes, como áreas de insalubridade hospitalar, complexidade de procedimentos médico-hospitalares, tipo de atendimento prestado e função profissional, além dos encontrados nos serviços de saúde, problemas administrativos e/ou financeiros, relacionados às falhas nas estruturas físicas e materiais predispondo a riscos, (CAVALCANTE E PEREIRA, 2000).

² De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, infecção hospitalar “é toda infecção adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação, ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a hospitalização”. Em definições mais abrangentes, costuma-se incluir também as infecções adquiridas pelo pessoal de saúde, acompanhantes, visitantes e voluntários quando relacionados a atividade ou permanência no ambiente hospitalar. Ver Starling, Pinheiro e Couto (1993)

³ São secreções orgânicas eliminadas pela via do trato respiratório. Ver Rodrigues (1997).

Em virtude da complexidade do problema, torna-se importante o delineamento de ações de prevenção para sistematizá-las, em decorrência dos riscos biológicos, a serem integradas, pelos setores com medidas de planejamento, avaliação e administração para operacionalização das atividades, oriundo do Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e CCIH.

Além da necessidade de organização para o desenvolvimento das ações de prevenção, Rouquayrol (2003) explica que são abrangentes e não se restringem somente à preocupação com a prática individual de cada Ps, pois extrapolam as estruturas socioeconômicas e políticas e, por isso, dão atenção na implementação de medidas interinstitucionais e intersetoriais.

Possivelmente, as ações de prevenção, para serem avaliadas, partem de indicadores sociais como subsídio à elaboração e execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), para as decisões técnicas, articuladas com questões éticas e políticas, em se tratando de iniciativas para evitar acidentes ou agravos à saúde do profissional no local de trabalho.

O acidente ou o agravo pós-exposição requer a continuidade de medidas de prevenção não totalmente eficazes, segundo as recomendações do Ministério da Saúde (MS), reforçando a necessidade de investimentos nas atividades por meio de políticas de educação continuada e permanente, conforme a proposta de Brasil/MS (2003), fortalecida nas contribuições das teorias educacionais de Brandão (1995), Libâneo (2002) e Frigoto (2001), quanto à valorização da formação humanística.

Em Teixeira (2002), mereceu destaque depoimento de um Ps acidentado, questionado sobre os motivos de não ter ido buscar o exame sorológico, em que revelou, como razões, medo, insegurança e preocupação com a família. Esse comportamento demonstra

[...] que o trabalhador está exposto ao risco do acidente cuja conseqüência pode ser doença infecciosa, mas também sofrimento psíquico (excesso de zelo, negação, medo, preconceito, marginalização, depressão ansiedade) visto que, nem sempre é possível obter-se conhecimento prévio da existência ou não de infecção em cada paciente. (SANTOS; CARVALHO, 2003, p. 147).

Pela complexidade da exposição, é imprescindível que as ações de assistência sejam garantidas pelos setores da instituição hospitalar, em razão do cuidado de que o acidentado necessita, além do acompanhamento pelos setores responsáveis, haja vista a

avaliação das medidas para que possam encaminhar intervenções que permitam a integridade física dos Ps ou a efetivação concreta do programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

Outra razão instigante é o fato de que os profissionais e estudantes estão sob os riscos de contaminação com doenças, que podem ser evitadas com a imunização. A ausência de controle efetivo do programa, no entanto, compromete a eficácia das ações, predispondo aos riscos profissionais expondo os pacientes. Segundo Pedrosa e Couto (2004), os profissionais estão sob riscos de doenças.

Também a não-formalização do programa de vigilância e controle dos riscos biológicos ocupacionais, no plano institucional, pela falta do controle do estado imune, desconhecimento dos riscos, subnotificação dos acidentes e monitoramento dos técnicos, compromete a eficiência e a eficácia das ações, das Recomendações para Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional ao Material Biológico/MS (2003) quando envolve sangue e/ou substâncias orgânicas relativas ao vírus da imunodeficiência adquirida, vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV).

Conforme as recomendações, a probabilidade de risco de HIV é de 0,3%, após exposição percutânea, e de 0,09% em exposição mucocutânea e riscos associados a outros materiais biológicos inferiores ainda não definidos. Além disso, a infecção pelo vírus da hepatite B (HBV), após exposição percutânea, pode atingir até 40% e para o vírus da hepatite C (HCV) pode variar de 1% a 10%, com probabilidade de complicação da doença, cerca de 30% a 70% evoluem para a cronicidade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

As recomendações indicam que as medidas profiláticas devem ser enfatizadas para implementar ações educativas permanentes que familiarizem os Ps com as precauções e os conscientizem da necessidade de empregá-las adequadamente, como medida eficaz para a redução dos riscos de infecção pelo HIV, HBV e HCV, em ambiente ocupacional (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Entende-se que a conscientização de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais vem do conhecimento autônomo, impulsionado à criticidade e criatividade, como argumenta Freire (1980), diante das situações-problema, a ser praticada no cotidiano dos serviços, exercitando a *ação-reflexão-ação* permanente, para o indivíduo e coletividade hospitalar.

A partir da consciência crítica, consideram os riscos biológicos tema de grande relevância para os profissionais da área da saúde, expostos, direta ou indiretamente, a eles e aos que executam as ações de prevenção, motivo da realização do estudo, na perspectiva da investigação das ações de prevenção dos Ps, e dos que desenvolvem práticas de educação e promoção da saúde, tendo em vista que os profissionais, na maioria das vezes, desconsideram e/ou negligenciam a possibilidade dos riscos.

A realidade evidencia a necessidade do desenvolvimento de ações educativas permanentes, no hospital, para esclarecer que o fato de o profissional de saúde trabalhar com riscos não é indicativo de aquisição de doenças profissionais, de trabalho ou acidentes, e as práticas de controle social originam indicadores capazes de avaliar e facilitar as intervenções por meio das ações de prevenção.

Este estudo abrange as práticas das ações de prevenção no que se relaciona às atividades educativas, de organização e determinantes de riscos biológicos, nos diversos ambientes de trabalho, na tentativa de manter o controle das ações de prevenção instrumentalizada a partir do conhecimento, mediante a formação, visando a propiciar indicadores de diagnóstico, monitoramento e avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das ações para o programa de prevenção dos riscos biológicos.

A respeito dos riscos biológicos ocupacionais, os estudiosos Souza (1999), Cardo (1997), Silva (1997), Nelsing *et al.* (1997) são enfáticos sobre o desconhecimento dos riscos, não diferenciando que os profissionais expostos e os que elaboram práticas de educação e prevenção desprezam os riscos, o que dificulta manter o controle das ações de prevenção.

Fator agravante do desconhecimento dos riscos e das medidas de profilaxia dos que atuam nos serviços de saúde é que os casos de exposição, no Brasil, não existem abordagem de avaliação sistemática (quanto ao acidente, causas, processo e condições de trabalho, estratégias educativas e outros), nem se dispõe de sistema de vigilância sobre acidentes ocupacionais (RAPARINI *et al.*, 2002).

Em face dos estudos de Lima (2001), no Município de Belém, os hospitais não dispõem de efetivo sistema de vigilância de acidentes para profissionais da área da saúde e, em alguns deles, existe apenas ficha de notificação de acidentes e o acompanhamento dos acidentados não é realizado.

No trabalho de Teixeira (2002), no HUIBB, foi constatado a falta de monitoramento dos acidentados com material biológico dos que executam as ações

consideráveis, subnotificação dos acidentes, deficiência de adesão às medidas profiláticas como as imunizações para as doenças imunopreveníveis, e recomendações foram feitas para rever as estratégias de capacitação, parte relevante e integrante das ações do programa de prevenção.

Embora tenha ações peculiares, o HUIBB também desenvolve atividades de educar, ensinar e formar profissionais, de modo a trabalharem com segurança de si e das pessoas da comunidade hospitalar, aprimorando conhecimentos sobre prevenção dos riscos biológicos.

Assim, com o surgimento da AIDS, na década de 1970, a elevada virulência da hepatite B e C representou uma abordagem do trabalho humano e suas relações no contexto sócio-político e educacional e, a partir de 1980, o *Center Disease Control* (CDC) alertou para as medidas de proteção ao Ps quanto aos riscos biológicos a fim de evitar acidentes ocupacionais.

Evidenciou o fato de que os Ps estão expostos aos riscos biológicos, suscetíveis às doenças infecciosas, nas atividades cotidianas, pois os avanços científicos e tecnológicos do diagnóstico, tratamento e profilaxia de doenças, por prolongar a vida e aumentar o número de imunodeprimidos, concentrados em ambientes de atenção à saúde, não são suficientes para o acompanhamento de estratégias intervencionistas de promoção da saúde, requerendo abordagem educativa.

Portanto, são convenientes as propostas de promoção como paradigma alternativo para as políticas de saúde, nos países em que, de acordo com Capra (1982, p. 299), a saúde é “compreendida como resultante de um conjunto de fatores individuais, coletivos, sociais, econômicos, políticos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, laborais, biológicos e ambientais, entre outros, interagindo num processo dinâmico de uma vida quotidiana”. E, segundo Gutierrez apud Czeresnia e Freitas (2003, p.19),

[...] promoção da saúde é um conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre suas saúde e sua condição de vida.

As práticas de prevenção do programa CCIH/HUIBB (2004) baseiam-se na Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, direcionadas aos pacientes e Ps,

voltadas para acidentes, seguindo Recomendações de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico / Ministério da Saúde (1999). Daí a importância de implementar ações educativas permanentes, que conscientizem os Ps da necessidade de seguirem adequadamente as medidas de precauções-padrão para a redução dos riscos de infecção pelo HIV, HBV e HCV, em harmonia com as condições e processos de trabalho.

A idéia de conscientização visa a despertar no profissional o compromisso ético, político e social com a capacidade de desenvolver ações, no âmbito da instituição.

A conscientização é, neste sentido, um teste de realidade. Quanto mais conscientização, mais se desvela a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. Por esta mesma razão, a conscientização não consiste em estar frente à realidade assumindo uma posição falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato ação-reflexão. (FREIRE, 1980, p. 26).

A conscientização conduz os Ps à formação do conhecimento, que versa sobre a exposição ao vírus do HIV, HBV e HCV, contudo, relacionado ao domínio de fatores que vão além do aspecto da saúde, que levam a outras doenças como a varicela, rubéola, tuberculose, hepatite, além de agravos de problemas ocasionados pelos aspectos psicológico e socioeconômico.

É importante destacar, nessa conscientização, a necessidade do conhecimento da legislação do programa de saúde do trabalhador, pela Portaria nº 1679/2002, que normatiza a atenção integral das ações de prevenção, promoção e recuperação, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), equidade, integralidade e universalidade, objeto de todos os serviços de saúde, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção do profissional no mercado de trabalho.

Além do mais, no cotidiano, observa-se a ausência de controle de aplicabilidade das ações do programa, havendo sido possibilitada investigação para a formulação de indicadores que servem para um modelo de avaliação de resultados e de processos das medidas desenvolvidas quanto aos riscos biológicos ocupacionais.

Os indicadores, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), têm alguns requisitos como disponibilidade de dados, simplicidade técnica de rápido manejo e fácil entendimento; uniformidade, “sinteticidade” de abrangência no efeito do maior número

de fatores que influem o estado de saúde da coletividade, poder discriminatório que permita comparações inter-regionais e internacionais, expressando que:

[...] Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com objetivo de avaliar, sob ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas a mesma época ou da mesma coletividade em diversos tempos. (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003, p. 62).

Convém lembrar o que refere Saul (1995, p. 27) sobre avaliação:

[...] importante e necessária para servir a múltiplos propósitos: orientação de decisões de política educacional e econômica para o setor ou, ainda, o questionamento da eficiência e, sobretudo, da eficácia dos cursos (...) e pode responder a problemas imediatos de direcionamento da ação em cada curso.

Os objetivos das atividades avaliativas são reduzir efeitos negativos e aumentar os efeitos positivos das ações desenvolvidas. E falar da finalidade profícua da avaliação de programa de riscos biológicos é perspectiva para a garantia da eficiência, eficácia e efetividade social do programa no HUIBB.

Com base nas práticas das ações dos profissionais, em relação à prevenção dos riscos biológicos, tem-se a convicção de que os indicadores relevantes, válidos e confiáveis potencializam as chances de implementar políticas, na medida em que fazer o diagnóstico e o monitoramento e avaliar os resultados das ações possibilitará intervenções para minimizar os agravos, respaldando tecnicamente os Ps para que haja promoção da saúde no local de trabalho.

1.1. Hipótese e Questões de Pesquisa

No planejamento da investigação, é importante esclarecer a hipótese de que os indicadores das ações de prevenção dos riscos biológicos são instrumentos de avaliação que subsidiam intervenções para reduzir, o máximo possível, a incidência de acidentes e agravos à saúde do trabalhador e contribuir para a melhoria da organização dos serviços.

A limitação de referencial teórico sobre a temática riscos biológicos ocupacionais, no Brasil delinea as questões com vistas à obtenção de resposta do objeto investigado. Em relação às questões de pesquisa e hipótese, transcreve-se o seguinte:

As hipóteses, em geral, pertencem ao campo dos estudos experimentais. Outros tipos de estudo, tais como descritivos e exploratórios, aceitam, geralmente, questões de pesquisa. Nos estudos descritivos, podem existir, ao mesmo tempo, como também em outros, hipóteses e questões de pesquisa (TRIVIÑOS, 1995, p.105). Neste sentido, como indagação do objeto de pesquisa apresenta-se os seguintes questionamentos:

Que percepção os profissionais de saúde têm sobre riscos biológicos?

De que atividades educativas se apropriam os profissionais expostos e os que executam ações do programa de prevenção dos riscos biológicos?

A infra-estrutura do programa é adequada à efetividade das ações educativas de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais?

As questões levantadas são relevantes para situar detalhadamente o que se tenciona alcançar a partir dos objetivos da pesquisa, de modo que o programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais seja adotado como política pública elaborada e implementada de forma coletiva para a transformação da prática dos Ps, por meio do desenvolvimento da consciência crítica, nas atividades de formação continuada e permanente, as quais contribuam na avaliação das ações, possibilitando intervenção embasada nos indicadores para promover a saúde do profissional no ambiente de trabalho.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

2 OBJETIVOS

Analisar as ações de prevenção de riscos biológicos ocupacionais considerando as práticas educativas que visam à promoção da saúde.

Descobrir a percepção dos profissionais de saúde ante as ações educativas do programa de prevenção dos riscos biológicos.

Elaborar indicadores que subsidiem a composição de modelos de avaliação do programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

**3 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS ÀS AÇÕES DE
PREVENÇÃO DOS RISCOS BIOLÓGICOS
OCUPACIONAIS**

3.1 Introdução

As políticas públicas sociais servem como instrumento de elaboração e implementação de planos de governo e de instituições, cuja prevenção dos riscos biológicos se desenvolve pelos Programas de Controle de Infecção Hospitalar e Saúde do Trabalhador, tendo como desafio a forma de planejar, viabilizar e avaliar ações em contextos descentralizados e autônomos, especialmente na área da saúde, que, a partir de 1980, envolve articulação intersetorial e interinstitucional juntamente com os Ps para as decisões.

Além do mais, como toda política pública saudável, *criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde ... e que devem levar em consideração a saúde como um fator essencial* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1988). E, para ser elaborada, depende de interesses de determinados setores ou grupos da sociedade, como os Ps, cotidianamente expostos aos riscos biológicos, que requerem ações focalizadas de atendimento, promoção e recuperação da saúde.

Os agravos à saúde, como os acidentes com material biológico, são tratados como caso de emergência médica. As normas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) relacionadas nas intervenções imediatas de profilaxia e pós-exposição ainda não são totalmente eficazes.

Quanto às medidas de proteção individual, há limites, sendo, por isso, de fundamental importância a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) adotarem políticas consistentes de implementação de medidas para promoção da saúde.

Ao analisar as mudanças, no contexto sócio-histórico das políticas públicas, entende-se a necessidade de estabelecer políticas de promoção da saúde, na instituição hospitalar, visando monitorar, avaliar e intervir nas ações que identificam, minimizam e possibilitam agir sobre os determinantes dos riscos biológicos, no local de trabalho.

3.2 O Marco das Políticas de Saúde e as Ações de Prevenção Ocupacional

As ações de proteção à saúde têm o percurso histórico ligado aos acontecimentos da humanidade e às medidas de prevenção dos riscos de disseminação de agentes infecciosos, incorporadas às atividades laborais e/ou comunidade hospitalar, potencialmente expostas aos agravos que comprometem a vida populacional.

No século XVIII, o médico italiano Ramazzin, “Pai da Medicina do Trabalho”, mostrava a possibilidade da relação trabalho e patologia profissional provocado por exposição aos agentes físicos, químicos, biológicos, em ambiente de trabalho. Nos hospitais, as condições higiênicas eram precárias, disseminavam doenças como varíola, hanseníase, sífilis, febre tifóide e outras.

Após breve período sem atenção organizada de saúde, surgiram idéias de prevenção, ao estabelecer a separação dos casos de enfermidades contagiosas, cuja intenção era avaliar a efetividade da separação adequada dos casos.

As práticas de medidas preventivas começam no século XIX, quando o médico Semmelweis (1847) preconizou o uso de solução clorada para a higienização das mãos, após investigação aparente do aumento de risco de mortalidade materna, em unidade de obstetrícia, reduzindo os riscos de infecções. Florence Nightingale (1891), enfermeira, adotou medidas higiênicas para prevenir a transmissão de doenças, por meio de campanhas em prol da higiene dos alimentos e água potável nos hospitais. Somente a partir dos estudos de Pasteur, em 1891, teve-se o conhecimento da existência de microorganismos.

Diante da descoberta dos microorganismos, as medidas de prevenção foram estabelecidas e envolvidas no contexto histórico de desenvolvimento do sistema capitalista, com o fortalecimento da doutrina liberal das décadas 1930 e 1940, nos Estados Unidos como anota Arouca (2003, p. 111). [...] *queremos especificar é que a higiene se caracteriza, no século XIX, por uma ligação com as ideologias liberais que afirmavam as responsabilidades individuais perante a saúde e como um conceito político nos movimentos socialistas da época.*

A trajetória política é marcada por mudanças do sistema de saúde, decorrentes de situações econômicas, sociais e culturais, que passou por transformação impulsionada pelo desenvolvimento industrial e, atualmente pela tecnologia, que avança no mundo, pela globalização. Na análise do percurso, são identificadas quatro principais tendências da política de saúde do Brasil, segundo os estudos de Mendes (1996).

No início do século XX, o Brasil era um país à margem do capitalismo mundial, com a exploração econômica caracterizada pela agricultura, tendo como principal produto o café. Portanto era de fundamental importância o saneamento dos espaços de circulação da mercadoria, principalmente nos portos.

Para que houvesse controle de doenças, como peste, cólera e varíola, a política de prevenção era impedir a ocorrência da diminuição da produtividade e não prejudicar o crescimento econômico, por isso essas doenças precisavam ser combatidas.

No combate das endemias, foram adotadas ações que caracterizaram o modelo do sanitarismo campanhista, que tinham estratégia de caráter focal. As medidas eram de interesse voltado para o econômico, sob a forma de campanhas nas capitais e suspensas com o controle de surtos das doenças da época.

As ações nesse período eram de atendimentos coletivos, dispunham de instrumentos de intervenção mais eficazes do que a assistência médica individual, eminentemente privativa, e a assistência hospitalar pública assumia o caráter de assistência social, ou seja, abrigava e isolava os portadores de hanseníase e tuberculose (GUIMARÃES, 1982); e os que não podiam custeá-las eram considerados indigentes, prática dos serviços de caridade (Santas Casas de Misericórdia).

Apesar das características dominantes na década de 1930, em relação à prática de assistência à saúde, que eram ações de plano coletivo, começavam vestígios do modelo médico-assistencial. Diante da situação, surge a assistência previdenciária no País, com a concessão de benefícios pecuniários, nas modalidades de aposentadorias e pensões, bem como na prestação de serviços em consultas médicas e fornecimento de medicamentos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Com isso, o Estado dividia a responsabilidade da saúde com outros segmentos da sociedade civil, em que trabalhadores e empresários participavam da Previdência Social, Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP), e os benefícios estavam vinculados às empresas. Nessa relação tripartite, os recursos ficaram centralizados no Estado.

Por meio da centralização do poder, foi criado o Ministério do Trabalho em 1930 (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). O Ministério da Educação e Saúde foi desvinculado em 1953, quando o Ministério da Saúde passa a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo, mantendo-se a prática de assistência preventiva mediante campanhas sanitárias.

Logo, os serviços de assistência médica passaram a se caracterizar por práticas médicas curativas, individualistas, sistemáticas e especializadas, desprivilegiando a saúde pública e supervalorizando a lucratividade do prestador de serviços de saúde da rede privada.

Viabiliza-se, a partir daí, o crescimento do complexo médico industrial e hospitalar, impulsionado pelo pleno desenvolvimento da industrialização e urbanização que, conseqüentemente, privilegiam a contratação de serviços de terceiros, caracterizando o modelo assistencial.

O sanitarismo campanhista, por não responder as necessidades de uma economia industrializada, deveria ser substituído por um outro modelo [...], construído

concomitantemente ao crescimento e a mudança qualitativa da Previdência Social Brasileira (MENDES, 1996, p.33)

Surge o modelo médico-assistencial privatista, que se ampliou no período da industrialização e urbanização, trazendo mudanças no quadro nosológico, marco no mundo das relações de trabalho, conseqüentemente, nas formas de acidentes de trabalho, advindo doenças, invalidez e morte em níveis elevados no Brasil, campeão mundial de acidentes de trabalho (GALAFASSI,1998).

Mesmo com agravos das condições de vida e trabalho, permaneciam as estratégias de combate às doenças de massa. Dava-se importância ao corpo do trabalhador, mantendo-se e restaurando-se sua capacidade produtiva (MENDES, 1999), razão do modelo médico-assistencial privatista, uma vez que o de campanha sanitária não respondia a necessidade da economia industrializada.

Com a intenção em contornar os agravos acometidos à saúde, o modelo médico-assistencial possibilitou a proliferação de contrato de serviços com empresas privadas e ao MS coube a execução de medidas e atendimentos de interesse coletivo, inclusive a vigilância sanitária. O Ministério da Previdência e Assistência Social voltou-se para o atendimento médico-assistencial individualizado, conforme Lei Federal 6.229, de 1975, que reforça a dicotomia das áreas preventiva e curativa do sistema de saúde brasileiro.

A lógica está no fato de o sistema de saúde responder socialmente pelos problemas sanitários da população, visto que o modelo de atenção médica é insuficiente para a solução do problema da saúde. Em vista disso, a população também recorre à prática de saúde alternativa, paralelamente à Medicina científica.

Por essa razão, a nova prática sanitária apresenta-se em forma de atenção à vigilância da saúde, como

[...] resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as dimensões, organiza os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção. [...] As estratégias de intervenção da vigilância da saúde resultam da combinação de três tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa. (MENDES, 1999, p. 245).

A vigilância da saúde é constituída sob a modalidade de atenção, de forma que a intervenção no coletivo e individual envolva outras questões sociais do saber científico de doença e saúde, ou seja, que mais serviços médicos não têm necessariamente relação com mais saúde.

Têm-se ações de prevenção com idéias de Medicina comunitária, proposta originária no Canadá em 1974, difundida nos países, como atenção primária à saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), não restrita a determinada doença e a parcela da população, mas entendida em concepção ampla, com estratégias destinadas a apropriar, recombina e reorientar os setores e os recursos para satisfazer as necessidades sanitárias de toda a sociedade.

Nessa óptica, surge o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), tendo como pressuposto básico a hierarquização das formas de atendimento, de modo a constituir a porta de entrada aos clientes no sistema de saúde por meio dos programas de interiorização das ações de saúde e saneamento do Nordeste e do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, cuja intenção era organizar os serviços para tornar as ações concretas de aplicação dos princípios da Medicina comunitária.

Para isso, é preciso racionalizar despesas e controlar gastos das ações dos programas. Lança-se o Plano de Reorientação da Assistência da Saúde da Previdência Social, cujo desdobramento foi a implantação de Ações Integradas de Saúde (AIS), em conjunto com os Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação e Cultura, buscando a reorganização institucional da assistência à saúde, com o objetivo de evitar ações paralelas e simultâneas entre as instituições sanitárias.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram reconhecidas como marco indiscutível da mudança da política de saúde do País. Em seguida, implanta-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que visava a redefinir as ações dos três níveis do governo.

O Brasil estava vivendo o período de transição democrática com o término da ditadura e início da Nova República, fato político marcante para a preparação do processo constituinte. Na ocasião foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, com uma proposta de estrutura e de política de saúde, com participação do movimento social e envolvimento de representações da população, interessada nas questões de saúde, mostrando, assim, caráter mais democrático das deliberações das políticas de Estado.

A conferência contribui com idéias de que saúde é “direito de todos e dever do Estado” e “as ações e serviços” de saúde são de relevância pública. Em síntese, são princípios das idéias fundamentais:

- participação pressupõe inclusão representativa da população e de trabalhadores de saúde no processo decisório e no controle dos serviços;

- descentralização contém a idéia de multiplicação dos centros de poder e se realiza principalmente pela municipalização;
- universalização significa acesso à igualdade dos serviços;
- integralidade aponta para a superação da dicotomia dos serviços preventivos versus curativos e para a atuação em outras áreas, além da assistência individual: a área da prevenção de doenças e a promoção da saúde, extrapolando inclusive o setor saúde.

Esses princípios têm como impacto o reconhecimento da saúde, de que a população possa ser incluída no sistema de saúde, com novas relações entre diferentes esferas do governo, novos papéis entre os agentes do setor, dando origem, enfim, ao Sistema Único de Saúde-SUS, regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde, que detalham princípios, diretrizes gerais e condições de organização e funcionamento do sistema.

Para manter o sistema, os recursos financeiros são do orçamento da Seguridade Social, da União, além de outras fontes destinadas ao funcionamento do SUS (ANDRADE et al., 2001). A Norma Operacional Básica - NOB nº 01/96 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) apresentam critérios de controle e avaliação dos serviços de saúde, em previsão da forma de repasses financeiros para as esferas do governo, de acordo com as práticas de assistência médico-odontológica, ações de vigilância epidemiológica e sanitária, com incentivos às ações e programas.

Com as normas legais, a transferência de recursos para compra de serviços de atividades assistenciais curativas é de maior ênfase, principalmente nas instituições hospitalares, contudo existem ações e programas de prevenção e promoção da saúde.

Com isso, a política de saúde passa pela trajetória em que a Medicina hospitalar se concentra apenas em sintomas e sinais, os quais, em conjunto, configuram uma patologia (ARMSTRONG, 1995, p. 393). Gradualmente, surge a Medicina de vigilância em atenção aos membros individualmente e aos grupos sociais da população, pois as categorias de doenças dão lugar à noção de risco.

A incorporação da noção de “risco” e especialmente a busca de identificação de “fatores de risco” envolvidos na determinação das doenças, não só as infecto-contagiosas, mas principalmente as crônico-degenerativas, que passam a ocupar um lugar predominantemente no perfil epidemiológico das populações em sociedades industriais, vem provocando a modernização das estratégias de ação no campo da saúde pública, tanto pela ampliação e diversificação do seu objeto quanto pela incorporação de novas técnicas e instrumento de geração de informações e organização das intervenções sobre “danos”, “indícios de danos”, “riscos” e “condicionantes e determinantes” dos problemas de saúde. (TEIXEIRA, PAIM; VILASBÔAS, 2002, p. 29).

Os limites entre saúde e doença também são recriados exatamente porque pessoas saudáveis e doentes são consideradas “em risco”. A velha tradição do ensino de higiene demonstra-se insuficiente e se transforma em Promoção da Saúde (ARMSTRONG, 1995, p.399), requerendo estratégias de educação para a saúde, apoiadas pela OMS.

As mudanças de concepção de saúde-doença ficaram firmadas como direito universal suprido pelo SUS, objetivando a eficácia e a equidade para constituição permanente de ações dos programas de controle, incrementada na base social de ampliação da consciência sanitária dos indivíduos e grupos populacionais expostos a riscos diferenciados, em razão do surgimento de novo paradigma assistencial, desenvolvimento de nova ética profissional e a criação de mecanismos da gestão e controle populares do sistema de vigilância em saúde.

A repercussão demonstra a abrangência do conceito de saúde de forma existencial e não abstrato, como definida anteriormente pela OMS². Atualmente, entende-se a saúde, no contexto histórico de determinada sociedade, em dado momento, de acordo com a realidade da vida cotidiana:

A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde; exige a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular. (MENDES, 1996, p.42).

O modelo de vigilância contempla outras áreas da saúde, da nutrição, medicamentos, mortes violentas, acidentes de trabalho e outros agravos. A definição proclama o direito à saúde como fundamental à pessoa humana, e compreende abrangência e complexidade no contexto holístico.

Para Capra (1982, p. 299-357),

As comprovações entre sistemas médicos de diferentes culturas devem ser feitas com todo o cuidado. Pois qualquer sistema de assistência à saúde incluindo a medicina ocidental moderna, é o produto de sua história e existe dentro de um certo contexto ambiental e cultural.

² Conceito de Saúde OMS (1976): Saúde é um completo bem-estar físico, psíquico e social.

De acordo com essa visão dos sistemas de saúde e mudanças, eles não podem servir como modelo único para a sociedade, tornando-se necessário o estudo do contexto do meio ambiente, escola, lar e trabalho, sempre na compreensão holística. O estudo pode, então, ser atingido pela educação em saúde, em todos os setores da sociedade.

Portanto compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, incluídas ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador.

As ações da saúde do trabalhador são previstas na NOB-SUS 01/96, que inclui a saúde como campo de atuação, estabelece procedimentos de orientação, instrumentalização e avaliação das ações e serviços de saúde do trabalhador do SUS. A partir da legislação, foram instituídos os programas de Saúde do Trabalhador (PST) e os centros de referência em saúde dos trabalhadores (CRTs).

O Programa Saúde do Trabalhador (PST) é uma política pública de decisão geral para o desenvolvimento do programa de ações planejadas, no tocante a determinados temas que servem de orientação para governos e instituições, no que concerne ao atendimento à população, referendadas nas diretrizes elaboradas pelos órgãos responsáveis pela implementação de tais políticas.

Diante disso, a Secretaria de Políticas de Saúde do SUS argumenta que devem ser elaboradas ações fundamentadas em metodologia, constituída em bases legais da Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica de Saúde, nº. 8.142/90, referenciais teórico-técnico-científicos de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) e instrumentos de planejamento de políticas concernentes a programas, projetos e atividades detalhadas no plano, com objetivos, metas, orçamento, avaliação e cronogramas feitos segundo as características operacionais dos governos e instituições hospitalares.

As decisões metodológicas precisam estar consubstanciadas ao processo completo de formulação, execução, acompanhamento e avaliação para fins indispensáveis, na definição das prioridades dos governos e das instituições.

Assim, as intenções dos governos e instituições de políticas estão norteadas em conteúdos que visam a tornar transparentes as ações e potencializados os efeitos de continuidade da prática administrativa e dos recursos disponíveis, materializados em propósitos, diretrizes e definições de responsabilidades, base de conteúdos para a formulação de políticas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Para cumprir as finalidades, a formulação do objeto das políticas apresenta-se da seguinte maneira:

- *Introdução* - deve ser fundamentada em bases legais que orientam o tema objeto das políticas, os problemas, dificuldades, avanços e resultados alcançados ou não, e as questões norteadoras do contexto em que se quer implantar tal política. Entende-se como diagnóstico da realidade.
- *Diretrizes* - servem para o alcance de determinado propósito e originam-se do diagnóstico do governo e instituições, das comparações da realidade, das situações desejadas e da análise dos seguintes componentes:
- *Factibilidade* -ações implementadas da política, relacionadas à disposição de recursos, tecnologias, insumos técnico-científicos, estrutura administrativa e gerencial; e
- *Coerência* - ligação e consistência entre interesses internos e externos, comparadas com os propósitos e com a elaboração das diretrizes setoriais e globais.
- *Viabilidade* - trata-se dos propósitos de política e grau de interesses dos sujeitos envolvidos.
- *Propósito* - pretende-se essa política, a ser avaliada ante o impacto de mudanças e avanços, de ação futura desejada, observando lacunas e obstáculos, transformando-os em proposta de ação, endereçados aos sujeitos envolvidos.
- *Responsabilidades*: formulação e implementação da política competem às instituições onde se apresentam as parcerias que devem ser realizadas, com vistas à intencionalidade de alcance dos resultados, estabelecidos por meio de responsabilidades institucionais intersetoriais (órgãos públicos, privados, organizações sociais dos profissionais e sociedade civil).
- *Parâmetros para avaliação*: inclui-se a análise crítica das diretrizes, propósitos e dados quantificados, além dos impactos efetivos alcançados por essa política para obtenção de resultados significativos, na garantia da qualidade de vida e promoção da saúde da população em planos, programas, projetos e atividades.

Além disso, há posição de que, para a formulação de política de saúde, é necessária a potencialização de elaborações coletivas e participativas entre órgãos públicos, privados, organizações sociais dos profissionais e sociedade civil.

Na visão de conjunto da constituição da política pública, além dos caminhos metodológicos e dos componentes estruturais, requer-se o processo de formulação *de* orientações em ordem de prioridades respaldadas pela política específica seqüencial:

- a política deve ser elaborada tomando como referencial os direcionamentos do Ministério da Saúde.
- equipe técnica responsável pelo controle do tema objeto da política, que representa a intencionalidade da esfera governamental (Secretária de Política), responsável pelo acompanhamento das propostas dos movimentos ligados à saúde e ao próprio SUS.
- as formulações de outros segmentos de governo ou da sociedade civil.

As fases do processo de apreciação e aprovação de políticas são:

- *Proposição* - fase de apreciação por técnicos especialistas do MS, ligada diretamente ao tema.
- *Aperfeiçoamento* dos grupos de trabalho formados por técnicos e especialistas, ligados ao governo ou instituições outras que realizam eventos para discussão do documento.
- *Validação*: o documento é encaminhado e apresentado para a apreciação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Conselho Nacional de Saúde – CNS, para referendo do MS, aprovado como documento oficial.

As políticas formuladas, no âmbito governamental e institucional, para desenvolvimento de ações, devem atender a demanda populacional, em garantia da qualidade de vida e promoção da saúde.

Os planos, programas, projetos e atividades dos riscos biológicos ocupacionais, constituídos pelo HUIBB, precisam ser avaliados pelo que determinam a lei, diretrizes, propósitos, na definição das responsabilidades, competências, atribuições de conhecimentos legais, técnicos, éticos, dos setores e da Instituição, normatizados e regimentados na forma da lei e estabelecidos dentro de política mais ampla.

Compreende-se que, no Brasil, o marco do desenvolvimento de política pública em saúde ainda é recente, pois, a partir de 1997, inicia a preocupação do próprio MS com a criação da Secretária de Políticas de Saúde, visando a formular ações gerais para o País.

A elaboração da política pública em saúde parte da materialização de idéias, nos Governos federal, distrital, estaduais e municipais e instituições inseridas no processo das decisões. Como toda política parte de ação geral, essas esferas se responsabilizam pela formulação de planos, projetos e programas a serem definidos para concretização e caracterização da política de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Portanto a saúde do trabalhador e controle de infecção hospitalar se concretizam como política nacional, obrigatoriamente estabelecidos pelos programas, cujas ações são de promoção, proteção e recuperação da saúde pelas instituições.

3.3 O Programa de Saúde e as Ações de Prevenção Ocupacional

As políticas públicas sociais de saúde do trabalhador integram ações descentralizadas, nos Governos federal, distrital, estadual e municipal, operacionalizadas segundo a demanda dos locais de trabalho, implantadas por instrumentos legais.

O Ministério do Trabalho, pela Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978, aprova as Normas Regulamentadoras – NR – tendo em vista as peculiaridades de cada atividade ou setor de trabalho, estabelecidos critérios de risco, número de empregados das empresas, obrigatoriedade de serviços e programas responsáveis pelas questões relativas à saúde e segurança no ambiente de trabalho.

É promulgada a Constituição Federal em 1988, ressaltada pela lei 8.080/90 (lei orgânica da saúde), competindo ao SUS, além da promoção da saúde do trabalhador, a ação no que respeita à recuperação e reabilitação da saúde, quando submetido aos riscos das condições de trabalho.

Quanto às Normas Operacionais Básicas 01/93 e 01/96, Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) e Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, designada na Portaria 3.120, de 1º de julho de 1998, trata-se não somente dos programas estaduais e municipais, especialmente nas áreas de vigilância epidemiológica³, vigilância

³ Vigilância epidemiológica: conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança dos fatores determinantes de saúde individual ou coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas preventivas e controle das doenças e agravos. (ROUQUAYROL, 1994).

sanitária⁴ e fiscalização sanitária⁵, de forma a incorporarem, em suas práticas, mecanismos de análise e intervenção nos processos e ambiente de trabalho. O decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, aprova o regulamento dos beneficiários da previdência social, destinado a assegurar o direito à saúde, à previdência e à assistência social, provendo atendimento às necessidades básicas e de referências a acidentes de trabalho e doenças profissionais.

A lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, no artigo 17, prescreve que o acidente de trabalho ocorre no exercício do trabalho, a serviço da empresa, com lesão corporal ou perfuração funcional, causa de morte, perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária.

Para efeito previdenciário, são considerados acidentes de trabalho as respectivas doenças, de acordo com o artigo anterior, sendo importante diferenciar os conceitos de doença profissional e doença do trabalho, conforme o decreto 3.048, Ministério da Previdência Social (2000).

A doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

A doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada ao Anexo II do Decreto 3.048.

No Anexo II do decreto 3.048, são listados os agentes patogênicos e os trabalhos de risco para fins da caracterização de doenças profissionais ou do trabalho.

No caso dos agentes biológicos, especificamente para os hospitais, laboratórios e outros ambientes de tratamento de doenças transmissíveis, são considerados agentes patogênicos as bactérias, vírus, protozoários e outros organismos vivos que podem causar doença profissional.

Também é doença do trabalho o acidente proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício da atividade. Nesse item, cabe o enquadramento em doença decorrente de contaminação acidental, no local de trabalho, com material de origem biológica. Conforme o Anexo do Regulamento da Previdência Social, estão inclusas as hepatites e a Síndrome de imunodeficiência humana adquirida (AIDS).

⁴ Vigilância sanitária deve ser entendida como um amplo e complexo sistema de normatização e controle da situação sanitária, através dos monitoramentos, da qualidade de bens, produtos, serviços, atividades e procedimentos de interesse da saúde, do meio ambiente e ambiente de trabalho, visando a redução dos riscos, concebido como eixo estratégico das políticas públicas para elevar o nível de saúde da população. (COSTA, 1994)

⁵ Fiscalização sanitária é um dos momentos de concreção do exercício do poder que detém o Estado para aceitar ou recusar produtos ou serviços sob o controle da saúde pública e para intervir em situações de risco à saúde. A fiscalização verifica o cumprimento das normas estabelecidas para garantir a proteção da saúde.

A Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), efetivada pela Portaria 1679, de 19/09/2002, tem como objetivo garantir atenção à saúde, considerando a dimensão de toda a estrutura, a vida em ambiente de trabalho, *participação da produção de bens e serviços, desgaste físico e mental durante o processo de atividade, obrigam tratamento diferenciado das questões médicas, sociais e econômicas relacionadas aos problemas de saúde delas decorrentes*, o que demonstra que essa complexidade é determinante na elaboração da RENAST e depende da infra-estrutura, ao citar que

A estrutura desta rede de atendimento aos problemas de saúde decorrentes do processo produtivo, extrapola o ambiente de um serviço médico tradicional e requer o desenvolvimento de uma cultura ou mentalidade sanitária, difusa dentro da sociedade concentrada nos serviços de atendimentos aos trabalhadores, sejam nos serviços de saúde, nos serviços de segurança, na proteção social, Ministério Público, na Vigilância Sanitária e ambiental, entre outros. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A garantia de aspectos da saúde do trabalhador, segundo a lógica da RENAST, não é apenas para assegurar atendimento clínico, porque depende de situações epidemiológicas, condições sanitárias, formas da gestão e infra-estrutura, o que permite a descentralização das responsabilidades entre estados e municípios, com estratégias regionais voltadas para a atenção básica à saúde do trabalhador.

As propostas do NOST/NOAS, deliberadas no II Encontro Estadual em São Paulo, foram: a descentralização da gestão por habilitação dos estados e municípios; criação de Comissão Intergestores Tripartites para o controle de recursos e utilização de modelo próprio de organização da atenção da saúde, como recomenda o Conselho Nacional de Saúde - CNS, em 14/09/2001, liberação de recursos pelo SUS via Fundo de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde.

Forma-se, ainda, o sistema de informação nacional para saber os fatores determinantes do agravo à saúde, para controle, avaliação e impactos das medidas de eliminação, atenuação e tomadas de decisões nas três esferas de governo, além da criação da Comissão Intersetorial, com a participação de entidades científicas e sociais ligadas à área, subordinadas aos conselhos estaduais de saúde - CES e conselhos municipais de saúde - CMS, responsáveis pela definição, estabelecimento de prioridades, acompanhamento e avaliação das ações.

A operacionalização da RENAST, no Estado do Pará, é de responsabilidade das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. É que o Governo estadual implantou a Rede de Saúde do Trabalhador, seguindo orientações da Rede Nacional. O Projeto foi elaborado em 2004 para atendimento dos 143 municípios, com o objetivo de criar os centros regionais de

saúde do trabalhador (CRST) por pólos, capacitar funcionários do SUS para políticas de atenção integral a saúde do trabalhador, visando às metas de caráter organizacional e de infraestrutura para obtenção de recursos materiais, humanos, elaboração de instrumentos pedagógicos e implantação de comissões intersetoriais e o sistema de informação.

Em Belém, o atendimento à saúde do trabalhador acontece na Casa da Saúde do Trabalhador (CAST), criada em 1997, cujo objetivo é atendimento biopsicossocial de monitoramento, encaminhamento, práticas de acolhimento e capacitação, para garantia dos direitos do trabalhador das redes pública e privada, área formal e informal, empregados e desempregados, com metas de *implementar política de prevenção às Lesões por esforços repetitivos e outros agravos com relevância epidemiológica; contribuir para a implementação de Comissões de Saúde em todos os locais de trabalho; investigar todos os acidentes graves e fatais relacionados ao trabalho.*

A visão da CAST - Belém é conduzir a política de saúde do trabalhador integral para o atendimento de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, de acordo com as orientações e princípios do SUS. A missão é assegurar o controle do processo de trabalho pela prevenção de agravos à saúde e de ações de saúde, educação, formação, pesquisa e informação em saúde do trabalhador, seguindo os valores de transdisciplinaridade, consciência crítica e eficiência e eficácia das ações.

O agravo à saúde decorrente do trabalho deve ser notificado obrigatoriamente pelo empregador aos serviços de saúde por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Na Rede de Assistência à Saúde do Trabalhador nos centros regionais, o Hospital Universitário João de Barros Barreto - HUIBB tem as ações ligadas ao Programa de Atenção à Saúde do Servidor da UFPA, elaborado em 2004, em parceria com o Hospital Universitário Betina Ferro e Souza (HUBFS) e o Laboratório do Curso de Farmácia da UFPA.

O objetivo é atender as demandas dos servidores da UFPA, em relação à saúde, dentro dos princípios do SUS, ampliar o atendimento aos dependentes, fortalecer a rede de saúde da UFPA, levantar dados epidemiológicos sobre a saúde do servidor e subsidiar a equipe de saúde ocupacional. A meta é garantir a saúde dos servidores ativos, dependentes, aposentados e outros.

A visão do programa é o valor social da saúde do trabalhador, atenção às ações de promoção e assistência de maior complexidade, para tornar efetivos os serviços multiprofissionais em áreas básicas de especialidades e internação, conforme expresso na figura 1.

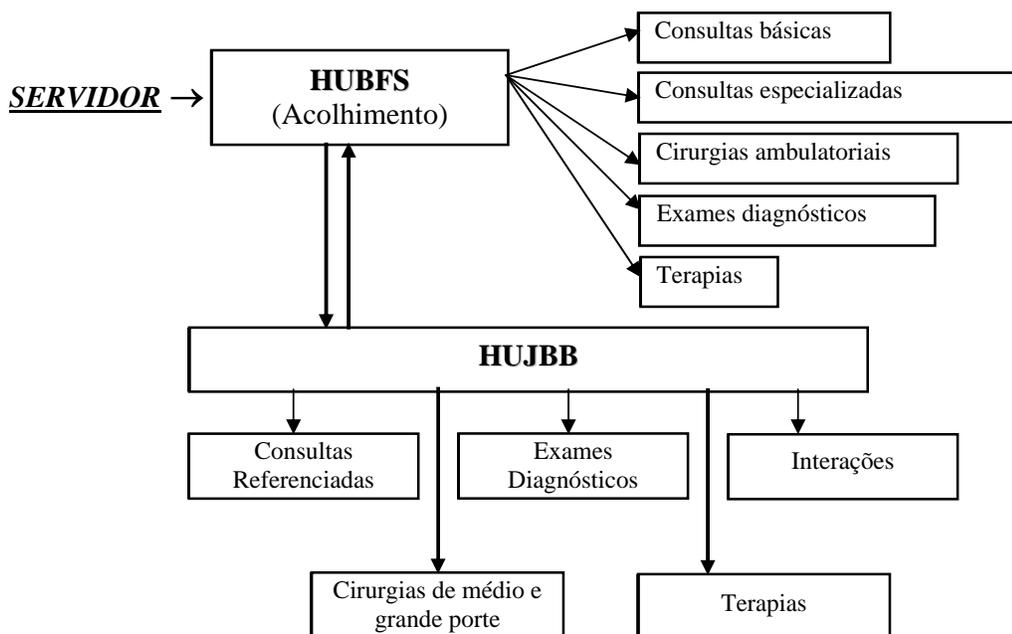


FIGURA 1 – Fluxograma de Atenção à Saúde do Servidor da UFPA
Fonte: UFPA/HUIBB

Além da RENAST e do Programa de Assistência à Saúde do Servidor da UFPA, no HUIBB, existem ações do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), organizado de acordo com as exigências do Ministério do Trabalho, pautado nas Normas Regulamentadoras (NR) e Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que objetivam promover e preservar a saúde dos trabalhadores.

O programa é desenvolvido pela Divisão de Segurança e Saúde do Trabalhador (DSST). Constitui-se como Serviço Especializado de Engenharia e Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), formado por técnicos de segurança, assistente social, auxiliar de enfermagem e médico responsável pelo diagnóstico, prevenção e rastreamento dos agravos à saúde e doenças profissionais e do trabalho.

As atividades são campanhas periódicas de vacinação do trabalhador, visitas a áreas críticas para investigação epidemiológica e graus de riscos, atendimento socio-jurídico-educativo à orientação familiar, avaliação clínica, exames médicos de admissão, periódicos e demissionais, além de fiscalização de procedimentos, notificação e controle de atestado, monitoramento, capacitações, pela realização de cursos, treinamentos, seminários e palestras, campanhas educativas e eventos de segurança, sistema de informação e participação na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

Em relação aos riscos biológicos, as ações acontecem em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que normatiza as diretrizes de prevenção e controle da exposição por material biológico.

Os fatores atenuantes de acidente, segundo Cavalcante (2000), “*estão relacionados com a Sensação de frustração; negação do risco; vivência de ter adquirido uma doença; receio de ser menosprezado por colegas; sensação de perdas as mais diversas.*”

Em exposição ocupacional com material biológico, Cavalcante (2000) sugere o modelo que sistematiza medidas direcionadas ao Ps, como explicitado na figura 2.

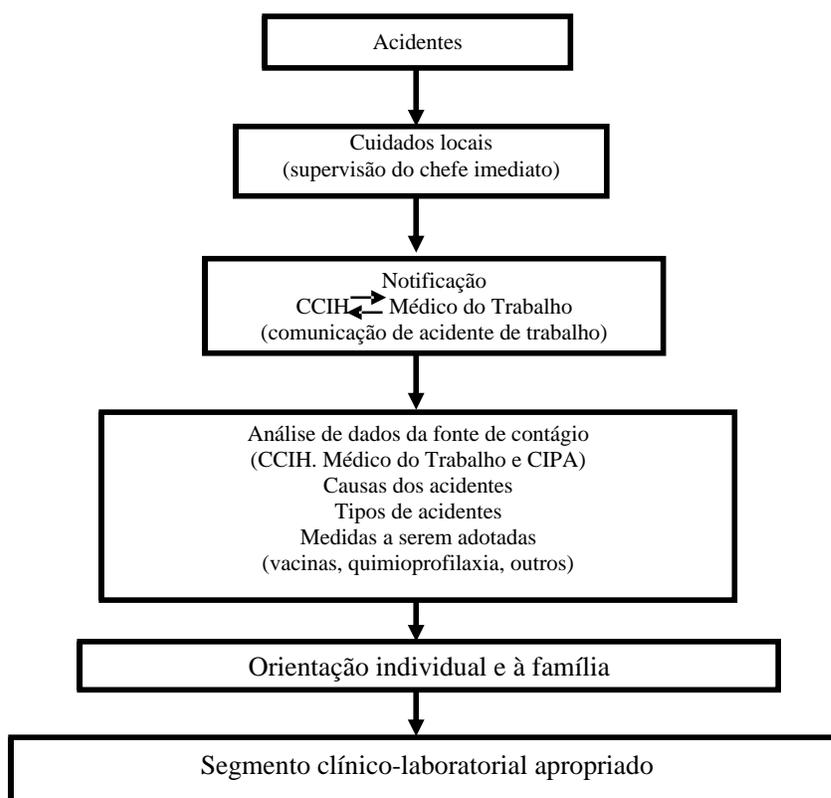


Figura 2 – Fluxograma de conduta pós-acidente
Fonte: CAVALCANTE; PEREIRA (2000)

Isso possibilita aos setores uma conduta mais bem elaborada e padronizada das ações, além do conhecimento, pelos profissionais expostos ou não ao acidente, sobre os procedimentos técnicos e também legais a serem seguidos, bem como contribuir no monitoramento dos riscos biológicos, com levantamento de dados para constituição de indicadores que subsidiem a avaliação das ações e, conseqüentemente, resultem em melhorias das medidas de promoção de saúde profissional da instituição hospitalar.

3.4 O Programa de Controle de Infecção Hospitalar no HUIBB

Com a descoberta, na década de 1940, dos agentes antimicrobianos para o tratamento de doenças infecciosas, pensava-se que estaria eliminada a ameaça da enfermidade, porém, dez anos depois, ocorre pandemia causada pela bactéria *Staphylococcus aureus*, resistente à penicilina, reconhecendo-se a importância das técnicas de vigilância e programas efetivos para o controle das infecções hospitalares.

As infecções hospitalares (IH) constituem riscos significativos à saúde e os objetivos do Programa de Controle de Infecção Hospitalar são ações integradas de assistência e atividades preventivas, por intermédio de promoção, proteção e recuperação, tendo como meta reduzir a incidência e a gravidade das ocorrências das infecções no hospital (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde, infecção hospitalar é a aquelas adquirida após a admissão do paciente e se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando relacionada com a hospitalização. Starling (1993, p. 1) inclui também as infecções adquiridas pelos profissionais de saúde, acompanhantes, visitantes e voluntários, quando relacionadas à atividade ou permanência no ambiente hospitalar. Prade (2004, p.124) Couto *et al.* (2003, p. 843) referem as infecções adquiridas pelos Ps como doenças ou infecções nosocomiais ocupacionais, respectivamente.

A Portaria nº 2.616 do MS, de 12 de maio de 1998, trata da obrigatoriedade de manutenção de programa no (Anexo A), sobre assuntos referentes às condições de estrutura e organização da Comissão.

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) é um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares (BRASIL, 1998).

No Pará o PCIH foi criado pela Portaria nº 50/1992, da Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública com o objetivo de planejar, executar e avaliar as ações, estruturado nas esferas estadual, municipal e institucional (MANUAL TÉCNICO DE ORIENTAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 2003). As competências de vigilância e controle das IH é manter a educação continuada, desenvolvendo a conscientização da importância do controle das IHS para os Ps como ações do programa.

Para a execução do Programa, os hospitais constituem CCIHs compostas de equipe multidisciplinar de interação interdisciplinar, cuja competência é exercer atividades de educação, sobre a epidemiologia das doenças, fazer avaliação, supervisionar normas e rotinas

técnico-operacionais, realizar capacitação de pessoal, fazer investigação epidemiológica, constituir relatórios para divulgação e discussão de resultados e aprovar medidas de controle. Por essa razão,

O PCIH é um tipo de assessoria que mais se identifica com a tecno-estrutura, porque, analisa o processo assistencial pró-ativamente e, a partir dos resultados, normatiza condutas técnicas, realiza educação em serviços no sentido de minimizar o problema da iatrogenia hospitalar. Além disso, avalia os resultados que são as informações com as quais se instrumentaliza para argumentar, persuadir, encorajar e motivar para as mudanças necessárias. (PRADE, 2004, p. 127).

As ações do PCIH apresentam aspectos de supervisão e o controle que, segundo Zanon (1987), têm dimensões conjunturais e estruturais, como participar nas decisões de contrato de empresas terceirizadas na contratação de pessoal, aquisição dos produtos germicidas de higiene hospitalar e manutenção de projetos de construção de novas áreas e/ou reformas.

As conjunturais são as análises dos indicadores de vigilância epidemiológica, relacionadas à identificação da incidência de infecções, localização das áreas e serviços de ocorrências, localização topográfica e identificação do agente etiológico responsável.

São providenciados pela CCIH do Hospital João de Barros Barreto (HUIBB) indicadores mensais de infecção hospitalar, direcionados aos pacientes e, anualmente, incluídos nos relatórios, os agravos de acidentes acometidos por material biológico, registrados na Ficha Profilaxia Pós-exposição de Profissionais da Área da Saúde Exposta a Materiais Biológicos, sem preenchimento de alguns dados importantes para a vigilância epidemiológica e adoção de intervenção, arquivadas na CCIH.

Assim, as atividades da CCIH do HUIBB fazem parte de programa elaborado anualmente, com a realização das ações de:

- *vigilância epidemiológica por componentes das infecções* que integram o paciente, prevenção e controle de pragas e vetores, controle trimestral da qualidade da análise química e bacteriológica da água, realização de hemoculturas;
- *racionalização antimicrobiana*: redação de manuais, protocolos e realização de educação antimicrobiana por meio de curso prático dirigido aos estudantes, médicos assistentes e residentes; reativação do Comitê e revisão da padronização de antimicrobianos;
- *farmacovigilância* tem como função notificar as reações adversas relacionadas aos antimicrobianos;

- *educação continuada* - relacionada com as atividades mensais por meio de temas decididos em reuniões ordinárias; treinamentos anual de nível superior sobre controle de IH, semestral, em serviço para serventes terceirizados sobre limpeza hospitalar, orientação sobre biossegurança para funcionários admitidos, orientação de prevenção e controle das IHS para médicos residentes, em início de formação, e para funcionários de nível médio e superior do setor de Unidade de Terapia Intensiva;
- *treinamento e estágios* em doenças infecciosas e parasitárias e Clínica Médica, de residentes, funcionários de outras instituições, no período de 30 dias;
- participação em reuniões da CCIH e intersetoriais, eventos científicos e elaboração de licitações por meio da avaliação de produtos;
- *visitas diárias* a setores para orientação de prevenção e controle de infecções;
- *realização de consultoria* para avaliação de pacientes no uso de antimicrobianos;
- *elaboração e realização de projetos de pesquisa* sobre o controle de infecção;
- *vigilância de acidentes com material biológico*: para elaboração e divulgação do manual de conduta em acidentes para consulta da equipe multiprofissional, educação setorializada mensalmente, elaboração de projeto como centro de referência para notificação de acidentes ocupacionais por materiais biológicos no Estado do Pará.

Dentre as atividades, entende-se a responsabilidade da CCIH com vistas à execução das ações de prevenção e controle dos riscos de IHS da comunidade hospitalar, atendimento assistencial ao Ps acidentado, fichas com informações que ajudam nas investigações epidemiológicas, com identificação dos fatores determinantes do acidente, procedimentos técnicos, uso dos EPIs, campanha de imunização como atividades de parceria com a SESMT, medidas totalizadas em ações individualizadas, que ainda não fazem parte do programa específico de controle dos riscos, que integre o sentido amplo da promoção da saúde ocupacional.

3.5 Da Idealização às Ações de Promoção da Saúde Ocupacional

No tocante às políticas públicas, os programas de saúde do trabalhador e de infecção hospitalar têm relação com as constantes transformações, em virtude dos acontecimentos

históricos e políticos da sociedade. Em situações gerais, elaboraram-se normas legais na Consolidação das Leis Trabalho (CLT), Normas Regulamentadoras, SUS, como base da criação política da instituição hospitalar.

O surgimento de novas bases técnicas e científicas, sob conceituações disponíveis de promoção da saúde como medidas tomadas para elaboração e implementação de ações referentes aos riscos biológicos ocupacionais, destaca-se pela evolução dos níveis de prevenção que determinam o modelo histórico natural da doença, inicialmente, de Leavell e Clark (1978).

Após a revolução epidemiológica, Terris (1996) diz que *no movimento da prevenção das doenças crônicas, a promoção da saúde passou a associar-se às medidas preventivas, sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias.*

Os conceitos estão sintetizados na concepção de Sutherland e Fulton (1992), *ao citarem que promoção da saúde consiste em atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das 'culturas' da comunidade.*

Contribuíram na definição dos critérios que determinaram as mudanças no sentido da promoção da saúde:

a promoção da saúde não se dirige à determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais ... a educação e a motivação sanitária como elementos importantes para este objetivo e afirmam que os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano; o atendimento das necessidades para o desenvolvimento ótimo da personalidade, incluindo o aconselhamento e educação adequados dos pais em atividades individuais ou de grupos; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial, moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. (CZERESNIA e FREITAS, 2003, p. 18).

Dessa forma, promoção da saúde é um fator que depende da aplicação de ações voltadas à pessoa humana, como condição total de qualidade de vida, intimamente relacionada à nutrição adequada, condições socioeconômicas e ambiente seguro, como medidas de prevenção primária, que consiste na promoção da saúde.

Para implantação de ações que permitam afirmar a política de promoção da saúde ocupacional, cabe à comunidade hospitalar (gestores, técnicos, Ps) a plena consciência das informações de situações de riscos não singulares na diversidade de doenças infecto-contagiosas, no contexto hospitalar de sistema ambiental seguro e condição socioeconômica, na medida em que,

Mesmo em uma sociedade razoavelmente ordenada, os rendimentos devem ser suficientes para permitir uma nutrição adequada e um ambiente seguro para os indivíduos e suas famílias. A educação é necessária tanto para aumentar oportunidade de emprego como para prover entendimento suficiente das forças que promovem a boa saúde. (ELMORE et al, 2005 p. 243).

É imprescindível o diagnóstico institucional de risco, favorecendo as ações de prevenção e de controle das infecções ocupacionais, de forma ampla, com o estabelecimento de políticas com objetivos e metas bem definidos, sob a responsabilidade conjunta das CCIH, SESMT, Pedrosa e Couto (2003, p. 843) e administração do hospital (BRASIL, 1998).

Tomando como referência as recomendações do Centro de Controle de Doenças (CDC) direcionadas as IHS, apresenta-se a categorização, consubstanciadas em dados científicos disponíveis, na racionalidade teórica, aplicabilidade e no impacto econômico potencial, que instituídas com base nas ações de proteção dos riscos biológicos ocupacionais, expressas assim:

- *Categoria IA* - fortemente recomendada para todos os hospitais, porque existem estudos experimentais e epidemiológicos, ou seja, comprovados;
- *Categoria IB* - também recomendada para todos os hospitais, avaliada por especialistas, como efetiva para o propósito, com base na racionalidade e evidência, embora ainda não tenham sido realizados estudos definitivos;
- *Categoria II* - serve para implementação em muitos hospitais. Recomendada e apoiada em estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos, com forte racionalidade teórica, ou em estudos definitivos aplicáveis não em todos os hospitais; e
- *Sem Recomendação* - trata-se de matéria não resolvida. São práticas para as quais não existam evidências ou consenso de eficiência.

Diante destas recomendações, entende-se que, para prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, no contexto hospitalar, apresentam-se dimensões que podem fundamentar ações gerais e focalizadas, a curto, médio e longo prazos, em termos técnicos, administrativos e educacionais que didaticamente podem ser desenvolvidas de forma isolada e/ou associadas.

As medidas educacionais são amplas e também legais, direitos e deveres que condicionam as atividades de formação continuada, atualização por meio de treinamentos, cursos, congressos, seminários, palestras e oficinas, além da informação das normas,

protocolos escritos para o estabelecimento de consenso das execuções dos procedimentos e negociações entre gestores, técnicos e Ps da Instituição para minimização dos problemas dos riscos biológicos ocupacionais, que fazem parte da categoria IB.

Assim, as medidas educacionais contribuem para que os Ps tenham acesso ao conjunto das informações sobre os riscos e a valorização da diversidade e das diferentes experiências, que possibilitem o estabelecimento das ações que, segundo Paulo Freire, podem ser fortalecidas no sentido transformador da conscientização, produzindo ensaio rumo à constituição do conhecimento crítico, para, assim, ajudar na escolha de indicadores e avaliação das ações dos riscos, visto que,

Apesar de as medidas educacionais serem difíceis de mensurar de acordo com seu impacto sobre infecções, racionalmente é da educação que depende a transformação das atitudes. Nas medidas educacionais informativas estará a base para a conscientização, não só dos trabalhadores, mas também dos administradores hospitalares..., pois, a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) exige investimentos financeiros na área. Apenas a longo e médio prazo é possível comprovar o custo-benefício dos investimentos na área de infecções hospitalares. A questão se refere tanto ao âmbito geral quanto à sua relação com a segurança do trabalhador. (HOEFEL e SCHNEIDER, 1997, p. 353).

Os investimentos em medidas educacionais favorecem a motivação, fortalecimento do direito, condições dignas do trabalho, melhoramento das práticas profissionais e desenvolvimento da intelectualidade acadêmica e científica para (re) formulação das ações.

E as medidas técnicas estão relacionadas às ações de prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades desenvolvidas no ambiente de trabalho, comprometendo a saúde do trabalhador, sendo necessário que aconteçam em conjunto com a CCIH, saúde ocupacional e outros setores do hospital, de modo a promover saúde. Tais medidas integram ações de biossegurança como:

instrumentos legais - ações de proteção e saúde do trabalhador por meio de portarias ministeriais e decretos, com ênfase na prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da promoção da saúde e segurança do trabalhador. Servem para instituir normas reguladoras das relações individuais e coletivas de trabalho quanto aos direitos e deveres, envolvendo critérios técnicos, científicos e também legais.

A Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) é obrigatória, as instituições emitirem relatórios e fazerem notificação, com ou sem afastamento, a comunicação deve ser

feita ao INSS, que compete fazer a caracterização administrativa, em nível técnico do nexo causal⁶ do acidente.

As precauções-padrão (Quadro 1) sintetizam a redução dos riscos de transmissão de microorganismos de fontes de infecção conhecidas ou não, nos hospitais, estabelecidas e recomendadas pelo CDC para serem modificadas de acordo com as necessidades e aplicadas aos pacientes. São precauções básicas:

- a *lavagem das mãos* - a mais importante técnica de prevenção para evitar contaminação dos Ps, pacientes e ambientes. As células das mãos se renovam constantemente, em virtude de processo de morte fisiológica, criando espaço vazio, onde se podem facilmente alojar colônias bacterianas, compostas por microorganismos potencialmente patogênicos, facilmente transmissíveis e de importância em ambiente hospitalar. Fazem parte da categoria IA.
- Equipamentos de Proteção Individual (EPI)
 - *luvas* - utilizadas nos procedimentos com risco de contato com sangue e outros fluidos corporais, membrana mucosa, pele não íntegra ou pacientes infectados com germe de significância epidemiológica, para evitar microorganismos presentes nas mãos que possam ser carreados para a superfície, de modo a evitar a contaminação. Também advêm da categoria IA;
 - *aventais e outros protetores corporais* (braços e pernas) - são utilizados para prevenir a contaminação de roupas e para proteger a pele do contato com fluidos corporais, de acordo com as normas da técnica de isolamento e precauções em procedimentos cirúrgicos, exposição a sangue, necropsia e ao prestar cuidado a paciente infectado por germes multirresistentes;
 - *máscara* - deve ser utilizada pelos Ps para proteção da mucosa do nariz e boca em procedimentos com pacientes que possam gerar respingos de fluidos corporais, como sangue, secreção e excreções. Deve estar adequada ao rosto do usuário e filtra o tamanho certo de partícula para indicação, considerando a especificidade do tipo de patógeno, como as de proteção respiratória N95 (95% de eficiência.);

⁶[...] a caracterização do acidente de trabalho só será obtida pelo registro do fato ocorrido, que deverá ser anotado no prontuário médico e / ou no protocolo de acidente do trabalho por material biológico, pelo seguimento clínico e sorológico preconizado durante seis meses e pela análise da efetividade da exposição (volume de sangue injetado x porta de entrada) (HOEFEL, 1997, p. 358).

- *óculos protetores* - são utilizados para proteção de mucosa ocular diante de procedimentos invasivos, com respingos de sangue e fluidos orgânicos;
 - *botas* - é um equipamento indicado para procedimentos em que o Ps está em contato com sangue, excreções e secreções orgânicas, em locais de limpeza, cuidados higiênicos com o paciente, área suja de lavanderia e de necropsia;
- os coletores de materiais perfurocortante - são recipientes específicos de descarte de material. Estão associados a um dos maiores problemas de acidentes ocupacionais no momento do procedimento ou do descarte de material.

Recomendações específicas do CDC e MS do Manual de Exposição Ocupacional ao Material Biológico, necessárias e aplicáveis em situações de riscos nos hospitais:

- máxima atenção nos procedimentos;
- jamais utilizar os dedos como anteparo em procedimentos com materiais perfurocortantes;
- as agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
- não utilizar agulhas para fixar papéis;
- todo material perfurocortante (agulhas, *scalps*, lâminas de bisturi, vidros, entre outros), mesmo esterilizados, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampas.

Os recipientes específicos de descarte de material não devem ser enchidos acima de 2/3 da capacidade e devem ser colocados sempre próximos do local onde são realizados os procedimentos, de maneira adequada, de modo a minimizarem os riscos de acidentes ocupacionais.

- precauções de isolamento - são propostas para doenças específicas que necessitam ser contidas por precauções de infecções transmitidas pelo ar, perdigotas e contato. Gerhardt (1999) lembra que *a AIDS trouxe impacto no controle da tuberculose, ela deve ser enfatizada à vigilância de associação da Tb com a AIDS, sobretudo nos ambientes fechados como hospitais, prisões e albergues.*

O *Manual de Conduta em Exposição Ocupacional a Material Biológico do MS* não descreve as técnicas de isolamento, mas é necessário mencionar as recomendações de isolamento. Ressalta-se importância pelo fato de que a OMS (1999) declarou a tuberculose como doença emergente no mundo, um dos fatores que mais favoreceram a co-infecção da epidemia da AIDS, além de que o HUIBB é referência para AIDS e para tuberculose na região.

Os serviços de saúde das unidades que recebem tuberculosos (Tb) devem avaliar o risco e elaborar plano para diminuir a transmissão institucional, analisando, sob vários aspectos, as condições imunitárias dos expostos – prevalência e grau de contato de bacilíferos com imunodeficientes, especialmente infectados pelo HIV.

As precauções para isolamento são baseadas na forma de transmissão e o uso de EPI deve ser adequado e avaliado, adotadas as precauções-padrão:

- *precauções de contato* - são indicadas para pacientes infectados ou colonizados por microorganismos epidemiologicamente importantes, transmitidos por contato direto de pele a pele, ou indireto, pelo contato com superfícies ambientais. Pode ser utilizado quarto privativo, ou coorte, para pacientes acometidos somente da mesma doença transmissível. Exemplo: as infecções por agentes multirresistentes de significado clínico e epidemiológico;
- *precauções respiratórias* - são indicadas para portadores de microorganismos transmitidos por gotículas superiores a 5 micra, que podem ser gerados pela tosse, espirro, conversação ou diversos procedimentos, como, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae tipo b* etc;
- *precauções com aerossóis* - são indicadas para pacientes com suspeita de ou comprovados microorganismos; partículas iguais ou menores de 5 micra, suspensas no ar, podem ser dispersadas a longa distâncias, tais como, a varicela, sarampo, tuberculose.

Aqui, outras medidas são recomendadas em relação ao EPI: máscaras especiais N-95, usadas pelo Ps no isolamento para aerossóis, locais de risco elevado de transmissão, como na sala de broncoscopia, escarro induzido ..., em quartos privativos de pressão de ar negativa com troca de ar no mínimo, seis vezes por hora, uso de filtro especial como os *High Efficiency Particulate Air Filter* (HEPA), fortemente sugeridos.

A medida muitas vezes não está disponível em hospitais brasileiros, pois requer reaparelhagem, o que levou alguns hospitais, como o Emílio Ribas, a reorganizarem o fluxo de pacientes com tb, com o programa “TSN”, classificando, à entrada, os pacientes com diagnóstico Tb (T); “N” é para aqueles sem sintomas respiratórios e “S” para os com tosse. São medidas alternativas, ambientais e organizacionais para proteção do Ps e outros pacientes, além de orientações educacionais para evitar disseminação de agente transmissor.

Procedimento	Lavar as mãos	Luvras	Capote (Avental)	Máscara e Óculos de proteção
Exame de paciente sem contato com sangue, fluídos corporais, mucosa ou pele não íntegra.	X	-	-	-
Exame de paciente, incluindo contato com sangue, fluido corporais, mucosa ou pele não íntegra	X	X	*	-
Coleta de exames de sangue, urina e fezes	X	X	-	-
Realização de curativos	X	X	*	**
Aplicações parenterais de medicações	X	X	-	**
Punção ou dissecação venosa profunda	X	X	X	X
Aspiração de vias aéreas e intubação traqueal	X	X	X	X
Endoscopias, broncoscopias	X	X	X	X
Procedimentos dentários	X	X	X	X
Procedimentos com possibilidade de respingos de sangue e secreções	X	X	X	X

(*)A utilização de capotes (aventais) está indicada nos procedimentos em que haja possibilidade de contato com material biológico, como na realização de curativos de grande porte, em que haja maior risco de exposição do profissional, como grandes feridas cirúrgicas, queimaduras graves e escara de decúbito.

(**) O uso de óculos de proteção está recomendado somente durante os procedimentos em que haja possibilidade de respingo, ou para aplicação de medicamentos quimioterápicos.

Quadro 1 - Recomendações para utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) nas precauções básicas de biossegurança. MS

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS (1999)

A imunização - é um programa institucional ou política escrita formalizada e abrangente; trata-se de relevante medida de proteção específica, que visa a reduzir os riscos de doenças imunopreveníveis, além de questão ética de cuidado de proteção individual e coletiva, porque significa política que contribui na defesa da promoção da saúde.

A medida deve garantir, aos Ps, informação, contra-indicação e atualização dos imunizantes, com base nas recomendações nacionais e, em casos de exposição definida e de doenças incomuns, providencia-se a imunização, segundo Couto et al. (2003). A classificação da medida envolve a categoria IB.

É estabelecido pelo MS, onde há plano de vacina obrigatória, organizado e executado nas ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído em 1973, pela Lei nº 6.259, 30/10/1975, e regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12/08/1976, para coordenar as ações

a fim de proporcionar sincronia e racionalização. É prioridade nacional de responsabilidade, em primeira instância, dos Governos federal, distrital, estaduais e municipais.

O Plano Nacional de Imunização (PNI), conforme Portaria nº 597/ MS, 08 de abril de 2004, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), institui normas para o País, por meio do calendário básico de vacinação, específico de determinados grupos, exclusivas da população acima de 60 anos, imunossuprimidos, suscetíveis aos riscos biológicos, organizados por técnico-administrativos que integram a epidemiologia e projetos voltados para promoção e atenção à saúde dos profissionais.

O objetivo do PNI é erradicar doenças como sarampo, difteria, tétano acidental, coqueluche, formas graves da tuberculose, rubéola, caxumba, febre amarela, raiva e doenças invasivas causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b e outros agravos em situações específicas, a meningite meningocócica tipo C, febre tifóide, hepatite A, infecção pelo pneumococo, influenza, vírus da raiva humana, imunoglobulina anti-hepatite B, soro e imunoglobulina anti-rábica, antitetânica e antivariçela zoster.

Outro grupo que merece atenção especial para vacinação básica de doses tríplices ou duplas são as gestantes e mulheres em idade fértil (12 a 49 anos), que asseguram a proteção de acidentes contra o tétano à mãe e ao bebê e o controle da síndrome da rubéola, necessário à população feminina que trabalha em ambiente hospitalar.

Para os grupos de Ps, recomenda-se o esquema de vacinação, segundo Pedrosa e Couto (2003), Rodrigues et al. (1997) e Gilio (2004) e Hinrichsen (2004, p. 747), contra hepatite A e B, gripe, rubéola, caxumba, sarampo, varicela, febre amarela, pneumocócica, BCG e meningocócica em situações especiais da área da saúde, que integram o *programa de vacinação considerando o risco de exposição do trabalhador à patologia para o qual se pretende vacinar*, como enfocam Couto et al (2003, p. 844).

Aos grupos vacinados, de acordo com a faixa etária estabelecida nos anexos I, II e III,⁷ exige-se comprovação também para efeito de matrículas em universidades, de maneira que os benefícios concedidos pelo governo, para contratação trabalhista, aconteçam nas instituições públicas e privadas.

As ações de vacinação do programa requerem planejamento e estratégias isoladas ou combinadas, considerando as particularidades epidemiológicas, características socio-demográficas, capacidade instalada e índices de cobertura, na sua realização:

⁷ Anexo I trata do Calendário Básico de Vacinação da criança; o Anexo II é sobre o Calendário Básico de Vacinação do Adulto e Idoso – População na faixa etária maior de 20 anos, e o Anexo III é o Calendário de Vacinação do Adolescente – População na faixa etária de 11 a 19 anos. Os Anexos para análise estão disponíveis na folha de anexos.

- a vacina, na rotina dos serviços de saúde, consiste no atendimento da população, no dia-dia do serviço de saúde;
- a campanha de vacinação é uma estratégia limitada no tempo, que visa, sobretudo, à vacinação em massa de determinada população, com uma ou mais vacinas. A estratégia é comum nas solicitações das instituições hospitalares, considerando o alto custo financeiro e a grande mobilização de recursos (humanos, institucionais); a oportunidade da campanha deve ser aproveitada para administrar maior número de vacinas, para os grupos de riscos; e
- a vacina de bloqueio é uma atividade prevista pelo sistema de vigilância epidemiológica, para bloquear a cadeia de transmissão de doença, interrompendo-a mediante eliminação dos suscetíveis, em curto espaço de tempo.

As atividades do planejamento fixam metas e determinam os recursos técnicos, materiais e humanos, para viabilização das etapas do programa de atendimento, possibilitando as informações dos dados, no que diz respeito às atividades da vacinação.

A vacina é uma ação preventiva oferecida à população, cuja utilização depende de decisão pessoal, sendo necessária orientação da equipe quanto ao processo de conscientização de que *a saúde é um direito; é um direito que inclui a vacinação* (BRASIL. MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2001).

Para isso, é importante que a equipe de saúde esteja em permanente capacitação e adote estratégias de participação no diagnóstico, planejamento, execução e a avaliação, para o melhor desempenho do serviço e adequada infra-estrutura, que se traduz:

- *na rede de frio sem problema de manutenção;*
- *em pessoal treinado;*
- *em registros confiáveis; e*
- *em disponibilidade de vacinas e insumo.*

Além das estratégias adotadas, registram-se metas de recomendação dos índices, percentuais de cobertura de vacinação para atingir determinada população:

- vacina BCG - vacinação de 95% dos suscetíveis;
- vacina contra sarampo - vacinação de 95% dos suscetíveis;

- vacina duplo adulto (difteria e tétano), objetivando o controle do tétano neonatal - vacinação de 100% das mulheres em idade fértil, nos locais de riscos;
- vacina contra febre amarela - vacinação de 100% dos suscetíveis;
- vacinação contra a hepatite B - de 95% dos suscetíveis;
- vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b - vacinação de 95% dos suscetíveis.

O trabalho requer organização conjunta, equipe e a comunidade hospitalar, em articulação viabilizada por comissões para esclarecimento de medidas, soluções de problemas, levantamento de prioridades e divulgação de informações, de modo a despertar o interesse para a ampliação do conhecimento das ações de prevenção e o controle das doenças imunopreveníveis, para a promoção da saúde.

O PNI prevê informações em cartilhas, folhetos e cartazes que, isoladas, não permitem modificação de vida, haja vista que os problemas de saúde decorrem de variados fatores com soluções complexas, independentes muitas vezes da simples mudança de hábito e comportamento.

As ações que envolvem recursos humanos, materiais, financeiros para capacitação, educação continuada e divulgação, requerem organização ampla dos serviços e avaliação dos impactos causados à comunidade como medida motivadora de mudança ou transformação.

A avaliação dos serviços de vacinação é parte das ações incluídas na atenção básica de saúde, para análise das condições de vida da população, do modelo da gestão e de atenção à saúde vigente e de outros fatores que influenciam nos resultados das ações.

A verificação dos resultados deve ser permanente, necessária para definição das informações, constituição de indicadores e instrumentos para a instituição avaliar a efetividade, eficiência, eficácia e a progressividade das ações, mediante a relevância dada à qualidade dos serviços ofertados à população.

Para o MS, a avaliação deve acontecer desde a administração das vacinas até os resultados esperados pelos governos e instituições, que justifiquem a possibilidade de ação para alcance dos objetivos planejados e esperados. Dessa maneira, a avaliação assume dois aspectos básicos:

- avaliação do processo, ou seja, do desenvolvimento do trabalho, mais conhecido como monitoramento, em que a supervisão é instrumental preponderante; e
- avaliação de resultados de impacto, ou seja, da mudança ou transformação da realidade, em problema, como o controle ou erradicação de doença ou agravo.

A avaliação de processo para obtenção de resultados esperados na ação considera:

- a disponibilidade e a distribuição dos recursos, levando em conta a descoberta, a acessibilidade e a equidade;
- o efeito das ações e práticas implementadas, ou seja, a eficácia, a efetividade e o impacto;
- a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente, o que está vinculado à qualidade técnica e científica; e
- a percepção dos usuários dos processos e produtos, relacionada à satisfação dos usuários, à aceitabilidade, à legitimidade e à credibilidade.

Além da avaliação, privilegia-se o monitoramento de acompanhamento de planos, programas, projetos, atividades e trabalho sistemático voltado à análise da cobertura, verificando-se a população-alvo está sendo atendida quanto ao objeto da ação.

Consta no PNI o monitoramento como parte de avaliação das ações de vacinação:

É analisar as informações sobre os gastos para verificar, por exemplo, se os benefícios justificam os custos ou se as atividades cumprem requisitos legais e fiscais. Além da análise do conjunto de atividades desenvolvidas na relação serviço-população, considerando características, instrumentos, recursos e condições físicas e organizacionais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 235).

Entende-se que o monitoramento das ações trabalhadas com os conhecimentos e propósitos de implementação das atividades produz fontes com grande quantidade de informações, requerendo avaliação continuada dos serviços.

A Avaliação do Programa de Imunização (API), que integra o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), fornece informações da cobertura vacinal (rotina e campanha) sobre a taxa de abandono e o controle de envio de boletins de imunização.

A API deve ser adotada nas esferas federal, distrital, estaduais e municipais, sendo que a avaliação empregada é de impacto e de resultado, com a finalidade de estabelecer intervenções, e a análise pode ser realizada em qualquer etapa do trabalho, desde a definição da política, de planejamento, antes e na implementação das ações para efetivação, utilizados dados coletados para formação de indicadores de doenças imunopreveníveis, cuidadosamente sistematizados.

No contexto do PNI, o Núcleo Estadual de Epidemiologia tem responsabilidade com a distribuição de imunobiológicos de vacinas e imunoglobulinas, com solicitação dos municípios.

Em 1993, foram implantados, nos estados, centros de referência para imunobiológicos especiais (CRIEs), com a finalidade de atender pessoas em situações específicas que não podem receber produtos de rotina, prioritariamente os imunodeprimidos, que têm atribuições de execução das ações de vigilância dos eventos adversos pós-vacinais, que incluem:

- atendimento de casos suspeitos;
- orientar conduta;
- assegurar os encaminhamentos necessários;
- fechar diagnósticos dos casos;
- avaliar a ocorrência e cumprir o fluxo de informação; e
- avaliar a indicação de imunobiológicos especiais e administrar soros e vacinas, cumprindo as normas do Programa Nacional de Imunizações.

A análise do interesse da vacinação deve estar contida na série histórica dos índices de cobertura, nos últimos cinco ou dez anos, dos índices de morbidade e mortalidade por doenças evitáveis pela vacinação, além de analisar se o suprimento das vacinas se tem estendido à demanda de estratégias utilizadas para a população-alvo.

Os recursos humanos estão, nas características do planejamento dos serviços ofertados: decisão de admissão, redistribuição, capacitação e educação continuada, definição de objetivos, metas, avaliação e programação de acompanhamento.

O controle ou erradicação das doenças e agravos exige medidas específicas, capazes de interromper a cadeia de transmissão, o que está relacionado ao grau imunobiológico e às características epidemiológicas de cada doença.

Os municípios estão habilitados ao trabalho de vacinação, com prerrogativas de recursos para o fundo municipal de saúde. O requisito será o trabalho de vacinação e comprovação da capacitação para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.

A vigilância epidemiológica do Município de Belém atende empresas públicas e privadas, por solicitação e administração das vacinas para atendimento aos Ps oferecido aos serviços das instituições hospitalares.

Na investigação da cobertura vacinal aos Ps, a chefe da Divisão de Vigilância Epidemiológica do Município de Belém acentua que ... *as pessoas só alertam quando ficam doente. Pois a cobertura da vacina não está muito boa na capital...*

O Hospital Universitário João de Barros Barreto, pelos programas de Controle de Infecção Hospitalar e de Seção de Medicina e Segurança do Trabalhador, planeja ações de imunização de hepatite B e doenças imunopreveníveis, como o tétano e a febre amarela. Casos de agravos com acidentes ocupacionais por material biológico são encaminhados ao Hospital Ophir Loyola, Setor Imunobiológico.

Vacinas contra a hepatite B, influenza e pneumocócica são restritas à faixa etária. A operacionalização é estabelecida em forma de campanha da Instituição, conforme a divulgação (Anexo A).

Na imunização, embora eficiente, nem todos os Ps expostos aos riscos biológicos adotam medidas de prevenção, comprometendo a eficácia das ações e predispondo a riscos os profissionais e os pacientes. Para isso, Couto et al (2003 p. 143) expressam que

Os profissionais de saúde estão constantemente em contato com pacientes e materiais potencialmente infectantes. Por este motivo, estão sob risco de se contaminar com doenças que podem ser evitadas através da imunização. A manutenção de imunidade adequada dos profissionais de saúde é um aspecto importante não só para protegê-los, mas também para reduzir o risco de transmissão de doenças para os pacientes que são atendidos por estes profissionais.

A imunização é uma política básica obrigatoriamente planejada, no conjunto das ações institucionais, tida como modelo de atenção à saúde, nos programas de controle de IH e SESMT. Isso justifica o plano de vacinação integrado às atividades, que vão além do atendimento direcionado somente aos Ps, como entende o MS.

No que diz respeito à imunização dos Ps como atividade do programa, Baldy (1997, p. 367) menciona que

As normas e preceitos para imunização nos hospitais dos profissionais da área da saúde (PRAS) e de pacientes internados deverão ser estabelecidos em programa específico elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH (ou

por subcomissões por ela constituída e coordenada), sempre tendo em conta as peculiaridades da instituição, sua estrutura, seu funcionamento etc., aprovado pela direção e pela comissão de ética do hospital, assim como pelas entidades representativas dos médicos e dos outros funcionários, que deverão ser consultados, com frequência, durante o preparo do programa e sua execução.

Neste sentido, as características e a realidade institucional são essenciais para atendimento das atividades oferecidas pelo serviço de vacinação, representadas

- pela quantidade e distribuição geográfica da rede de serviços;
- pela natureza institucional (pública, privada e contratada) e tipo de serviço (posto, ambulatório, hospital);
- pelas ações e serviços de vacinação ofertados;
- pela capacidade resolutive, atendimento à demanda, ociosidade, atividades extramuros e acessibilidade ao Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE etc.

Para imunobiológicos, é necessário manter unidade de cobertura nacional ou macrorregional, a fim de atingir objetivos e metas para a vacinação resultar em impactos sobre a situação da doença ou agravo que permite avaliações periódicas capazes de (re) orientar o ajuste das estratégias.

Na alta incidência de doenças imunopreveníveis ou existência de grupos de risco, como mulheres em idade fértil, de Ps, é de interesse do Ministério, segundo o Manual de Procedimentos para a Vacinação/MS, 2001, causar situações de:

- administração de vacinas contra a meningite, hepatite B e contra a febre amarela em grupos específicos;
- administração da dupla tipo adulto (dT) nas mulheres de 19 a 49 anos, nos escolares, nos trabalhadores da construção civil, nos idosos, ...;
- administração de vacinas contra a rubéola em mulheres, quando do pós-parto ou do pós-aborto imediato;
- administração de imunobiológicos especiais, prioritariamente nos imunodeprimidos; e
- administração de soros antitetânicos, antidiftérico e anti-rábico, nas situações indicadas.

Além da especialidade de atendimento do esquema vacinal, considera-se o comportamento da doença, em determinadas situações e períodos indicados para a vacinação, bem como as estratégias do Manual de Procedimentos para a Vacinação /MS, 2001:

- vacinação contra a hepatite B, na área endêmica, considerando prioridades os menores de 15 anos, especialmente aos de menos de um ano, logo ao nascer, conforme o esquema básico do PNI;
- vacinação contra hepatite B, em grupos de risco, incluindo profissionais de saúde, pacientes submetidos à hemodiálise, renais crônicos, portadores de hemofilia, talassemia, anemia falciforme, portadores do HIV e imunodeprimidos; para outros segmentos de população confinada, militares etc., faz-se uma estimativa, de acordo com informações fornecidas por associações profissionais e hemocentros ou a partir da demanda de períodos anteriores;
- vacinação contra a febre amarela, na área endêmica, considerando o grupo de mais de 6 meses de idade e estimativa da população para vacinação, baseada na média dos 10 anos anteriores;
- vacinação contra meningite, em situações de surto provocado por sorogrupo específico para o qual existe vacina, devendo-se verificar e calcular a população a ser vacinada com prioridade, mediante decisão conjunta com o SENEPI; e
- vacinação da população idosa contra a influenza e pneumococo, considerando o grupo de 60 anos de idade de maior risco de complicações e óbitos por infecções respiratórias.

Os grupos suscetíveis da dinâmica do processo saúde-doença e mudança da situação epidemiológica, à disponibilidade de novos imunobiológicos, precisam ser definidos e quantificados quanto aos objetivos, metas e estratégias ante as ações, direcionadas às atividades de educação e comunicação para motivar e informar a comunidade (Manual, MS/2001).

Os dados confiáveis das informações possibilitam indicadores sociais fidedignos que subsidiam as ações do programa, de extrema importância para a avaliação e trabalho

sistematizado, conscientizado entre gerentes, técnicos e Ps, que elaboram e executam as ações de prevenção de riscos biológicos, na instituição hospitalar.

As ações profiláticas de exposição ocupacional são medidas adotadas pela instituição de saúde, após acidente ocupacional por materiais biológicos, expostos ao vírus da hepatite e da imunodeficiência humana (HIV) em razão de contato com sangue, hemoderivados, outros fluidos ou tecidos orgânicos.

Estas recomendações merecem atenção, pois as medidas e os EPIs são passíveis de falhas pelas limitações, que variam de acordo com as informações de possível resistência a anti-retrovirais da fonte transmissoras de HIV, das medidas disponíveis, de interação medicamentosa e efeitos adversos.

Os procedimentos recomendados aos acidentados (Ps) incluem ação profilática em tempo hábil:

- *cuidados locais* - a área exposta deve ser lavada com água e sabão em caso de exposição percutânea, podendo ser usada solução anti-séptica degermante, à base de iodo ou clorexidine (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Em caso de exposição de mucosa (olho, boca, nariz etc), recomenda-se somente a lavagem com água ou solução fisiológica em abundância (anexos B, C, D);
- encaminhamento para o serviço específico para notificação, avaliação e acompanhamento do acidentado;
- *quimioprofilaxia* pós-exposição ao HIV. O uso de anti-retrovirais deve ser baseado em avaliação criteriosa para informação sobre as opções de profilaxia e risco, se não aceita tal medida, grau de proteção alcançado pela terapia e os potenciais efeitos colaterais da terapia, que advém da categoria IB (anexo E);
- assegurar, quando exposição de determinado grupo de agente infectante, a informação quanto à abordagem pós-exposição, com base na recomendação do conhecimento epidemiológico da infecção; conhecida a transmissão à comunidade hospitalar, devem ser aplicados métodos de prevenção da infecção, referendados pela categoria IB;
- seguir as normas estabelecidas pelas esferas federal, estadual e municipal quanto à prevenção de transmissão nosocomial, como conduta da categoria IB;
- administrar vacina anti-hepatite B (anexo F) aos Ps executores de atividades que envolvem contato de rotina ou acidental com sangue, fluidos corpóreos, artigos e instrumentais perfurocortantes, amparados pela categoria IA;

- não administrar imunoglobulina aos Ps expostos a sangue ou fluidos corporais anti-HCV-positivo e implementar protocolos para seguimento de pós-exposição percutânea ou mucosa, de acordo com a categoria IB; e
- *avaliação e teste do paciente-fonte* (Anexo G) - para infecção pelo HIV; incluem testes anteriores de infecção, sintomas clínicos e história de possível exposição. Se a fonte é portadora, obter mais informações sobre o estágio da infecção (assintomático ou não), contagem do CD4+, resultado da carga viral e o uso atual e prévio de drogas anti-retrovirais. Os dados devem ser analisados conjuntamente para decisão do melhor esquema profilático indicado.

Outras Ações Consideradas Especiais

- *hipersensibilidade ao látex* - deve-se desenvolver protocolo e vigilância institucional para avaliação e orientação dos Ps que têm alergia ao látex, suspeita ou confirmada; categoria IB;
- *em casos epidemiológicos de germes multirresistentes* em Ps colonizado não há necessidade de afastá-lo do serviço e o *patógeno vinculado ao estado de portador*, afastá-lo até a erradicação dos riscos de transmissão da doença; e
- *imunização de Ps imunossuprimido* - as vacinas com antígeno inativado não representam risco e podem ser administradas. Em geral, são necessárias doses maiores ou reforços mais frequentes.

As medidas administrativas são intermediárias, de caráter técnico-operacional, decorrentes de situações inter e intra-institucional para o desenvolvimento das ações do programa de controle de IH e SESMT, com a participação de gerentes, técnicos e Ps, órgãos governamentais, sindicatos, empresas terceirizadas, voluntários e outros.

Ressalta-se que as ações preventivas de aspecto estrutural estão relacionadas com contratos firmados, referentes à limpeza hospitalar, produtos utilizados (para saber se está havendo cumprimento das obrigações contratuais de higiene hospitalar) licitações de compras de produtos, materiais e equipamentos médico-hospitalares, além da intervenção na construção e reformas de novos espaços físicos, com a finalidade explícita ou implícita de evitar riscos, como anota Zanon (1987, p.52), o que, do ponto de vista estrutural, significa manter a segurança do próprio ambiente de trabalho.

A segurança da instituição tem como base uma construção correta; infra-estrutura apropriada; que inclui redes de esgotos; rede de água; filtros e ductos de ventilação; materiais de isolamento do tipo e composição apropriados; fios; tomadas elétricas e aterramento que atendam aos padrões da construção. A segurança da instituição também depende do uso dos equipamentos apropriados e da manutenção preventiva e reparos. Isso requer tempo e dinheiro com firme apoio da administração. (CARMAGNANI, 2000, p. 2).

As medidas administrativas, além de estruturais, têm relação direta com a preocupação das condições sanitárias, condições e processos de trabalho, controle de recursos técnicos, operacionais e financeiros para o desenvolvimento das ações dos programas referentes aos riscos biológicos ocupacionais, por medidas de:

- *planejamento e administração coordenados* - envolvem política coordenada para serviços de controle de infecção da saúde ocupacional e incluem plano de ação pessoal e institucional, fortalecido na categoria IB (PEDROSA *et al.* 2003, p. 861);
- sistema ativo de notificação e políticas escritas de controle de infecção ocupacional direcionadas à comunidade hospitalar geral para aplicação de medidas de restrição ou de afastamento, retorno, exposição e apresentação de resultados de investigação epidemiológica, com base na categoria IB; e
- medidas administrativas de controle e análise pela vigilância epidemiológica, coerentes e oportunas, para redução de infecções ocupacionais, revendo a eficiência das técnicas e dos materiais utilizados (ZANON, 1987).

Compreende-se que, para implementação de política social de saúde, intensamente comprometida com a prevenção dos Ps, é viável quando os investimentos educacionais, técnicos e administrativos são trabalhados em perspectivas socio-históricas da situação de exposição dos riscos biológicos ocupacionais e da clareza da eficiência, eficácia e efetividade social do programa, que, longe de ser responsabilidade isolada de cada Ps, passa a ser resultado de nova abordagem de política social integrada, com vistas à intersectorialidade⁸, para as instituições de saúde.

Dessa forma, a implantação de uma política pública, como resultado das ações voltadas para as medidas de prevenção, além de intervenções técnicas, depende da implementação da política de formação para os Ps, determinadas no processo de conscientização para emancipação dos sujeitos e tomada de decisão sobre os riscos biológicos ocupacionais.

⁸ Articulação de saberes e experiências, na identificação participativa de problemas coletivos, nas decisões integradas sobre políticas e investimentos, com o objetivo de obter retornos sociais, com efeitos sinérgicos, no desenvolvimento econômico e social e na superação da exclusão social. (JUNQUEIRA E NOJOSA, 1997). Representa uma mudança de atitude, que deve predispor políticos, acadêmicos e técnicos para integração e interação de saberes entre si e destes com a população. Justifica-se pela própria complexidade da realidade. (ZIGLIO, 1996).

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

**4 DA EDUCAÇÃO À PREVENÇÃO: A
CONSCIENTIZAÇÃO DOS RISCOS BIOLÓGICOS
OCUPACIONAIS**

4.1 Introdução

A educação como instrumento de reflexão do cotidiano hospitalar, motivado pelas experiências profissionais e pelos serviços de saúde, é uma iniciativa política fundamental para incentivo à formação que, conseqüentemente, interfere na qualidade dos serviços de assistência à população beneficiada pela saúde pública.

Dessa maneira, defender política de formação voltada para ampliação dos processos de conscientização dos trabalhadores da saúde, particularmente, dos que estão direta ou indiretamente, expostos ao cotidiano dos riscos biológicos, significa fortalecer as atividades educativas, de promoção da saúde, no local de trabalho.

No momento em que setores do HUIBB, envolvidos com ações de prevenção, conseguem identificar os fatores determinantes de agravos à saúde coletiva, os conhecimentos técnicos, legais, éticos, humanos e políticos da temática, riscos biológicos ocupacionais tornam-se meios satisfatórios para que o espaço hospitalar seja extensão da educação do pensamento crítico, autônomo e transformador, como defende Freire (1980), capaz de motivar os trabalhadores quanto ao senso de denúncia e de anúncio dos fatores determinantes dos riscos, que vão interferir para melhor desenvolver os serviços de saúde, considerando o processo e a condição de trabalho.

Diante da compreensão da consciência crítica de educação formal e informal, o trabalho, educação e saúde fazem parte dos direitos sociais que visam, entre outros, à melhoria da condição social do trabalhador, segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Brasileira (LDB 9.394/96), no que tange à formação continuada, pois o HUIBB é local privilegiado de produção do conhecimento como hospital-escola.

Portanto a educação é imprescindível à formação humana (LIBÂNEO, 2002). Focalizada como meio e fim da educação em saúde, pautada na visão coletiva dos sujeitos, e na ação de conhecimentos interdisciplinar, pode ser representada a partir de conteúdos potencializados para problematização e (re) construção de saberes que levem os Ps, técnicos e gestores a desenvolverem capacidade intelectual e profissional, diante dos serviços de saúde e ações de cada setor, com o intuito de minimizar os riscos biológicos ocupacionais.

Nesse contexto, a educação é impulsionada pela proposta do Brasil/MS (2003), ao afirmar a necessidade de formulação da política de educação continuada e permanente dos serviços, contribuindo no processo formativo dos profissionais de saúde.

4.2 A Educação e a Repercussão na Formação dos Profissionais de Saúde

A educação, direito social, abrange aspectos da formação do indivíduo biopsicossocial, cultural e político, bem como do trabalho e apropriação de conhecimentos, em espaços formais e informais. Assim, as ações educativas ocorrem na escola, família, comunidade, organizações sociais, instituições políticas, religiosas e local de trabalho.

Para situar a educação de modo mais amplo, é importante compreender o sentido histórico e político da educação não formal e da própria idéia de educação do cenário brasileiro.

As discussões teóricas ainda são bastante recentes, e sobre as questões educacionais extra-escolares, somente na década de 1970, conforme citado por Gohn (2001), iniciam-se os estudos, com Coomb e Ahmed. Esses teóricos da educação não formal definiram a educação fora da escola como *uma atividade educacional organizada e sistemática, levada a efeito fora do marco de referência do sistema formal, visando propiciar tipos selecionados de aprendizagens a subgrupos particulares da população ...* De certa forma, contribuíram para o início das idéias sobre a formação do indivíduo no contexto não escolar.

De fato, a educação não formal no Brasil, na verdade, tem maior organização e credibilidade com Freire, na década de 1980, a partir do fortalecimento dos movimentos populares e da luta pela democratização do País, servindo como campo de interesse para as políticas educacionais, em menor grau de atenção, em relação a pesquisas e posições de educadores, com grande parte concentrada na educação formal, em aparelhos escolares institucionalizados.

Na elaboração teórica de Coomb e Ahmed, embora se retrate o sentido da educação em outros espaços, permanecem as mesmas concepções das formas de organização e seleção de conteúdos de aprendizagem, interpretadas pela afirmação;

Atitudes positivas em relação a cooperação na família, trabalho, comunidade, colaboração para o crescimento nacional, progresso..., Alfabetização funcional; o conhecimento de habilidades funcionais para o planejamento familiar, sustentação econômica e participação cívica, além de uma visão científica para a compreensão elementar de determinadas áreas específicas. (GOHN, 2001, p. 92).

A perspectiva dos autores se identifica com Freire, ao abordarem a educação fora da escola, porém se contrapõe na concepção de educação, pois Freire (1980) menciona que esta deve estar voltada para o trabalho, pela valorização dos conhecimentos produzidos pelos

próprios indivíduos no meio, e por conteúdos que vêm da própria aprendizagem, ligados à realidade de que o indivíduo participa para transformá-la.

Se, por um lado, as análises teóricas da educação apresentam-se divergentes, por outro, há certo consenso na visão de Coomb e Ahmed, com posições referendadas na Conferência Internacional de Declaração Mundial sobre Educação para Todos e Plano de Ação, na Tailândia, em 1990, a fim de satisfazer necessidades básicas da aprendizagem e as exigências sociais e econômicas.

Sobre a educação não formal, em decorrência das grandes mudanças da sociedade e do trabalho, há o fortalecimento da preocupação pelos educadores e pelos elaboradores de políticas públicas, com a formação dos trabalhadores em espaços extra-escolares, considerando-os indivíduos capazes de criar, elaborar e desenvolver aspectos cognitivos da afetividade e da personalidade.

Os espaços não formais da educação constituem fonte de reprodução e produção de conhecimento, ideologias, de conflito, poder e desenvolvimento de funções de trabalho. Essas idéias contribuem na reflexão sobre a abrangência da educação como instrumento que visa à formação para além da escola, de maneira a ser compreendida, no espaço social, como processos formadores do indivíduo, entendida como:

A educação é um processo vital, para o qual concorrem forças naturais e espirituais, conjugadas pela ação consciente do educador e pela vontade livre do educando. Não pode, pois, ser confundida com o simples desenvolvimento ou crescimento dos seres vivos, nem com a mera adaptação do indivíduo ao meio. É atividade criadora que visa a levar o ser humano a realizar as suas potencialidades físicas, morais, espirituais e intelectuais. Não se reduz a preparação para fins utilitários, com uma profissão, nem para desenvolvimento de características parciais da personalidade, com um dom artístico, mas abrange o homem integral, em todos os aspectos de seu corpo e de sua alma, ou seja, em toda extensão de sua vida sensível, espiritual, intelectual, moral, individual, doméstica e social, para elevá-la regulá-la e aperfeiçoá-la. (BRANDÃO, 1995 p. 63).

Na prática educativa, independentemente do espaço de atuação, Libâneo (2002) também aponta as próprias práticas, como objeto de estudo, para entendimento da educação vista em sentido amplo e em diferentes dimensões de formação do indivíduo, ao dizer que

Educação compreende o conjunto de processos, influências, estruturas, ações, que intervêm no desenvolvimento humano de indivíduos e grupos na sua relação ativa com o meio natural e social, num determinado contexto de relações entre grupos e classes sociais, visando à formação do ser humano. A educação é, assim, uma prática humana, uma prática social que modifica os seres humanos nos seus estados físicos, mentais, espirituais, culturais, que dá uma configuração à nossa existência humana individual e grupal. (P. 64).

Considerando a educação sob os aspectos psicológico, social, cultural e político, a formação é objeto de conhecimento, além do dinamismo do indivíduo com as situações sociais.

Não se pode ver a educação como algo neutro, haja vista que ela está sempre interagindo com o mundo ao redor, como argumenta Freire (1980) ao dizer que a educação é um ato eminentemente político: *O homem como ser no mundo com o mundo, sujeito que opera e transforma o mundo. Um ser inerentemente social praticando as relações sociais.*

Como parte do conjunto das relações sociais, de maneira específica, em se tratando do trabalho produto da educação, entende-se também a atividade profissional influenciada por fatores que vão desde os interesses particulares dos indivíduos até aqueles pensados de acordo com os interesses sociais.

Nesse contexto, pensar na formação dos profissionais de saúde (Ps) utilizando a educação para domínio do conhecimento legal, técnico, científico e político, referente aos riscos biológicos, é uma atitude de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores. Isso vai além dos saberes já formalmente constituídos a partir das experiências profissionais.

Dessa maneira, para que os profissionais tenham formação que reúna autoconhecimento de normas, hábitos e atitudes do cotidiano do trabalho e de amplos saberes dos riscos e sua inter-relação com os fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, faz-se necessário promover efetiva educação transformadora que conscientize o trabalhador quanto aos problemas dos riscos biológicos ocupacionais, por meio de um projeto de homem e de sociedade, constituído para garantia da qualidade dos serviços e aperfeiçoamento da formação profissional.

No momento em que se tem, como eixo a valorização da formação, fator preponderante, compreende-se que isso reflete ações de proteção dos Ps e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços oferecidos pelo hospital à população, no argumento de que,

Quer sobre o ponto de vista mais individual (satisfação), quer sobre o ponto de vista social, coletivo (participação) qualidade denota intrinsecamente uma questão política, ou seja, o processo de produto tipicamente humano. Qualidade política não se contrapõe à qualidade formal, técnica, metodológica, antes uma implica a outra cada qual com sua lógica própria. (DEMO, 1992, p. 23).

Nesse sentido, as experiências profissionais de formação e qualificação dos Ps fazem os sujeitos cada vez mais preparados para a mudança, como seres autônomos, de opções políticas e articuladores de ações para a resolução de problemas no cotidiano.

Haja vista que ter a educação na dimensão para além da prevenção pessoal, rumo à atenção coletiva, considerando os Ps como sujeitos sociais, envolvidos no processo de formação, é possível pensar na política tendo como centro a formação humana para a qualidade social dos serviços de saúde. Isso acarreta educação, que requer novas atitudes transformadoras da realidade, contrária a processos de mera adaptação social.

Anuncia-se uma educação com o intento de denunciar o caráter da formação desumanizadora, em se tratando de apenas treinar e reproduzir conteúdos repetidos da fala de quem discursa sobre a prevenção dos riscos. Dessa maneira, deseja-se a proteção dos trabalhadores, por outro lado, é difícil a produção crítica do conhecimento para a promoção e qualidade de vida das pessoas diante dos riscos.

Na realidade do hospital, evidencia-se que a formação continuada acontece sob o desenvolvimento das aptidões do indivíduo e execução de determinadas tarefas ou atividades que sirvam como base de treinamento, na forma de transmissão de conhecimentos específicos e habilidades básicas, a fim de prepará-los para o exercício da função.

A capacitação e treinamento são definidos como processos educacionais, aplicados de maneira sistemática e organizada mediante os quais as pessoas aprendem atitudes e habilidades em função dos objetivos definidos (CHIAVENATO apud COELHO, 1997, p. 29).

Por esse motivo, trazer o delate da educação da formação dos Ps no hospital locus do estudo requer pensar criticamente os fundamentos da prática educativa acerca da prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, compreendendo a importância da continuidade dos processos formativos do indivíduo e saber que a mudança de atitude do trabalhador somente é viável com a descoberta dos limites do seu conhecimento, que precisam ser redimensionados.

Na formação profissional, devem-se valorizar as experiências adquiridas pelos trabalhadores, necessárias para a reconstrução do seu conhecimento. Partindo dessas experiências, entende-se a educação permanente e transformadora como

(...) uma concepção dialética da educação, como um duplo processo de aprofundamento, tanto da experiência pessoal quanto da vida social, que se traduz pela participação efetiva, ativa e responsável de cada sujeito envolvido, qualquer que seja a etapa de existência que esteja vivendo [...] O primeiro imperativo que deve preencher a educação permanente é a necessidade que todos nós temos de sempre aperfeiçoar a nossa formação profissional. Num mundo como o nosso, em que progredem ciência e suas aplicações tecnológicas cada dia mais, não se pode admitir que se satisfaça durante toda a vida com o que aprendeu durante uns poucos anos, numa época em que estava profundamente imaturo. (BRANDÃO, 1995, p.80).

Dessa forma, o trabalhador deixa de ser mero objeto de reprodução da prática profissional para se tornar sujeito crítico na elaboração do próprio conhecimento e da práxis

que se modifica constantemente no *aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clinica e da promoção da saúde coletiva* que acontece no cotidiano hospitalar (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.4).

O trabalhador pode manipular a realidade para adaptá-la, de acordo com seus interesses, a fim de, com o devido conhecimento, estabelecer o poder de dominação perante o outro, ou para transformar, no sentido de fazer de si mesmo ser criador e construtor da história na relação com o mundo social.

Se o profissional absorve passivamente determinada forma de conhecimento pela imposição, há inibição da capacidade e da criatividade para a percepção crítica dos riscos biológicos. Esta é a atitude de manter uma educação *domesticadora*, que faz dos profissionais meros receptáculos, que Freire (1980) afirma ser concepção *bancária de educação* no trato com o conhecimento, relacionado apenas com a deposição de informações de conteúdos.

Em contraposição à educação bancária, fala-se da concepção humanista e libertadora, sustentada na idéia da consciência crítica, com participação atuante e também responsável dos Ps, nas ações de prevenção dos riscos diante da realidade que deixa de ser estática.

Isso é possível, quando o profissional, em vez de apenas executar normas e conhecimentos preestabelecidos de técnicas, compreende a importância das normas e domina procedimentos necessários para realização do trabalho, a exemplo do conhecimento mais profundo das ações de biossegurança⁹, relacionados à proteção dos riscos biológicos que envolvem diversos saberes.

Os saberes de biossegurança, vistos como conjunto de conhecimentos, devem ultrapassar as normatizações e medidas da cultura preservacionista, em sentido restrito. Recorrer apenas aos procedimentos de lavagem das mãos e uso de EPI, para a proteção do individuo isolado do contexto dos riscos, não impede agravos ocupacionais e não satisfaz a qualidade da formação, coletiva e conscientizadora.

Tornar os Ps conscientizados, críticos e também responsáveis pela própria ação significa compreender a proteção na grandeza mais ampla do saber, adotado de forma segura e adequada à promoção da saúde, a partir das atividades direcionadas à prevenção dos riscos no trabalho cotidiano.

⁹ Biossegurança, frente aos riscos biológicos, fala do conjunto de normas técnicas para proteção, cada vez mais difundido e valorizado, na medida em que o entendimento da responsabilidade envolvido em atividades que manipulam agentes biológicos, microbiológicos, químicos, entre outros, não se limita às ações de prevenção de riscos derivados de suas atividades específicas, mas também do colega que labuta ao seu lado, do técnico que auxilia e de outras pessoas que participam direta ou diretamente desta atividade. Além disso, todo meio ambiente que o circunda e a comunidade de onde está localizada a instituição devem ser considerados espaços importantes a serem preservados e protegidos de ameaças e riscos (MASTROENI, 2004, p.2).

Em termos de conhecimento de biossegurança, os Ps que atuam com saber específico devem compreender os limites da prática para não produzir reducionismo do próprio saber, pois tal visão, ligada a conteúdos restritos que versam apenas sobre acidentes, pode dificultar intervenções conjuntas na formação.

Neste contexto, para que as mudanças ocorram, o uso do conhecimento de biossegurança passa a ser direcionado às técnicas, normatização de medidas de prevenção e situações que transcendem os comportamentos individuais, logo, são acontecimentos para além da formação (organização, infra-estrutura, condições de trabalho...), em determinado contexto dinâmico e de inter-relação dos sujeitos.

A experiência profissional e o domínio do conhecimento sobre as ações de riscos biológicos passam a ser estabelecidos como resultado das relações entre educação, trabalho, cultura, sobretudo, como implementação de políticas de promoção da saúde que levem o profissional a transformar o meio em que vive.

A partir das relações que estabelece com o seu mundo, o homem, criando, recriando, dinamiza este mundo. Contribui com algo do qual ele é autor... Por este fato cria cultura...Cultura é todo resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do homem, de seu trabalho por transformar e estabelecer relações de diálogo com os outros homens. (FREIRE, 1980, p. 38).

Com a reflexão sobre os limites da própria prática cotidiana do exercício da função profissional, verifica-se a cultura que pode expressar apenas o congelamento das crenças, hábitos, atitudes e valores, sem o poder de crítica de transformação de pensamentos e práticas. Deve-se tentar a transformação da cultura, no sentido de garantir que, transformada, evoque esforço criador e recriador, a que se refere Freire (1980).

Se o profissional não consegue mudar as ações ou fica no seu limite, pode-se pensar, em termos das situações com os riscos, que isso aconteça em função de estar no nível da cultura preservacionista, normalmente desenvolvendo ações de prevenção, direcionadas apenas à consciência individual, com os EPIs.

Isso fortalece a compreensão de que não é falta de cultura preservacionista no interior do HUIBB, mas sim visão restrita desta, pois essa se materializa como o limite da prática dos Ps e pode ser compreendida pelo fazer rotineiro em que ocorrem as funções de trabalho. A prevenção desejada deve instigar o trabalhador a refletir criticamente e contribuir para organizar o conhecimento de modo mais bem elaborado e sistematizado.

A realidade do HUIBB se contrapõe às idéias de Mastroeni (2004), ao assinalar que a carência de cultura preservacionista na prática dos Ps é

[...] falta de uma cultura prevencionista que tem sido o principal obstáculo para as pessoas agirem com precaução nos locais de trabalho. Muitos trabalhadores são admitidos sem treinamentos e passam a exercer funções sem estarem familiarizados com os procedimentos dos serviços, contribuindo para o aumento do risco nas atividades. Estes fatores ampliam-se por ignorância e dificuldade de compreensão, aceitação e cumprimento das medidas preventivas. Os trabalhadores da área da saúde devem ter as noções, hábitos e cuidados necessários para não contraírem enfermidades ocupacionais, sofrerem algum acidente ou contaminarem os pacientes, área de trabalho ou os próprios colegas de trabalho. (MASTROENI, 2004, p. 4).

Apesar de Mastroeni (2004) citar a biossegurança como parte de um conhecimento amplo, determina esse saber a partir de técnicas e medidas de normatização, argumentando as condições culturais e habituais dos trabalhadores como falta de cultura preservacionista centrada no indivíduo, o que ajuda no impedimento de doenças e acidentes ocupacionais.

Na prática, os Ps recebem influências das experiências culturais, no cotidiano laboral, dos valores predeterminados pela sociedade. Por isso, é possível entender, neste momento, a forte ligação da idéia tradicional de educação, utilizada como objeto de crítica para delate da formação permanente como algo importante para promover mudanças do ato profissional, com o surgimento de experiências e participação direta nos acontecimentos.

A partir da participação no trabalho e na sociedade, há concretização de novo pensamento e nova prática, aprimorando a formulação permanente dos conhecimentos das ações desenvolvidas pelos profissionais, no que diz respeito à prevenção dos riscos biológicos percebidos de forma crítica.

É notório o fato de que, além dos trabalhadores terem de compreender criticamente a realidade, devem assumir novas atitudes, adotar novas práticas, incentivadas pelas atividades educativas, no que tange ao conhecimento da prevenção para promover a saúde da comunidade hospitalar e que interfiram diretamente no cotidiano das ações realizadas no próprio trabalho.

Quanto à opção dos Ps por um determinado modelo de educação a ser implementada nas atividades voltadas para a formação, entende-se que parte da necessidade de compreensão de como sucedem estratégias tradicionais de educação e como essas estão ligadas aos processos político e histórico que os trabalhadores estão vivendo atualmente, sobretudo com o avanço generalizado das novas tecnologias e os conhecimentos.

O sistema de educação e da saúde brasileiras, organizado pelo Estado, passa por um processo de ressignificação, segundo as novas demandas da sociedade global e do mercado capitalista, apresentadas nas propostas do projeto neoliberal que fala sobre as novas

exigências, novos saberes e habilidades que os trabalhadores devem ter para atuarem como profissionais.

Habilidade técnica: consiste em utilizar conhecimentos, métodos, técnicas e equipamentos necessários para a realização de suas tarefas específicas, através de sua instrução, experiência e educação. Habilidade Humana: consiste na capacidade e discernimento para trabalhar com pessoas, compreender suas atitudes e motivações e aplicar uma liderança eficaz. Habilidade conceitual: consiste na habilidade para compreender as complexidades da organização global e o ajustamento do comportamento da pessoa dentro da organização. Esta habilidade permite que a pessoa se comporte de acordo com os objetivos da organização total e não apenas de acordo com os objetivos e as necessidades de seu grupo imediato. (CHIAVENATO, 1983, p. 3).

Por esse motivo, as ações educativas de formação pela realização das atividades de capacitações, cursos e treinamentos, podem estar centradas exclusivamente no indivíduo, dentro da lógica neoliberal, sendo os meios de formação pontos estratégicos para o avanço de interesses do mercado, ainda que se mantenha a preocupação com o coletivo intuitivamente para fazer aumentar a produção.

Garante-se que a educação passa a ser peça fundamental da implementação da doutrina neoliberal, ao se dizer que,

(...) na reestruturação buscada pelos ideólogos neoliberais, atrelar a educação institucionalizada aos objetivos estreitos de preparação para o local de trabalho. No léxico liberal, trata-se de fazer com que as escolas preparem melhor seus alunos para a competitividade do mercado nacional e internacional ... é importante também utilizar a educação como veículo de transmissão das idéias que proclamam as excelências do livre mercado e da livre iniciativa. (SILVA, 2001, p. 12)

Dessa forma, Frigoto (2001) assinala que a iniciativa do projeto neoliberal da educação significa ajuste neoconservador e serve de instrumento para atender às exigências do sistema capitalista, apresentando projetos alternativos envolvendo a sociedade direcionada pela educação sob controle da classe burguesa, contrária à educação pela valorização da formação humana.

Na formação humana, Frigoto (2001) não descarta a possibilidade de o trabalhador, de modo geral, ter condições reais de apropriação do conhecimento e não exclui a necessidade de se fazer com que os profissionais se aproximem dos avanços e progressos do conhecimento.

Ao trabalhador formado na perspectiva humana, é extremamente desejável que este possa ter o controle público e democrático do conhecimento científico e das novas tecnologias, visando às melhorias do seu processo educativo e de sua qualificação

potencializada nas necessidades humanas, diferenciada das idéias neoliberais, nas décadas de 1970 a 1990.

A situação visa a novo tipo de formação que, segundo Gentili (2001), está direcionada, de maneira explícita, à preocupação de características de organização do processo produtivo.

Não há dúvida de que as transformações nas estruturas produtivas e as mudanças tecnológicas colocam à educação novos problemas. Mas certamente algo se simplifica de que é sobre a base de formação geral e sobre patamares elevados de educação formal que a discussão a respeito da profissionalização começa. (PAIVA, 2001, p. 63).

Evidentemente, as estratégias neoliberais de imposição hegemônica de saberes e conhecimentos não se limitam apenas aos espaços formais de educação, embora sejam locais privilegiados por possuírem elementos suficientes de utilização como instrumentos de reprodução, dominação e de controle social.

É necessária a reflexão sobre como e sob que bases epistemológicas de educação estão sendo desenvolvidas as ações de formação dos profissionais de saúde (Ps), sobretudo as voltadas à prevenção dos riscos biológicos ocupacionais que garantam a política de promoção da saúde.

Logo, as propostas de formação do HUIBB, em face das capacitações, podem contribuir, categoricamente, na elaboração sistemática das ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, atendendo perspectivas e interesses apenas imediatos; por outro lado, podem fazer com que a instituição hospitalar formule políticas mais amplas de educação.

Dessa forma, as atividades de formação, organizadas em estratégias de ensino e de aprendizagem, devem não apenas enfatizar conteúdos voltados à capacidade meramente de domínio de técnicas, como na educação continuada, em que se distingue o saber fazer, mas também a valorização da educação permanente.

Parte das atividades está voltada para a prestação de serviços, ficando quase a descoberto as ações de formação profissional do HUIBB, com exceção do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), promovido pelo Ministério da Saúde, em parceria com governos estaduais, que contribui na formação inicial de auxiliares e técnicos de enfermagem.

Focalizando as ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais do HUIBB, com vistas aos profissionais de saúde (Ps) vem sendo concretizado, diante da dimensão global do

processo formativo, o redimensionamento do direito social da educação e saúde para a formação pautada na eficiência e na qualidade, condições de melhorias apenas dos serviços.

Há necessidade de elaboração do projeto alternativo de formação dos profissionais de saúde (Ps) do HUIBB, não se limitam à discussão de conteúdos sobre saberes técnicos isolados de outros saberes e das reais necessidades de cada setor do hospital, diante das exigências postas pelas especificidades de cada função e local de trabalho que vivenciam os Ps com riscos biológicos.

Diante do desenvolvimento das atividades de formação do HUIBB, no contexto da saúde, as políticas públicas de saúde ainda estão voltadas para a assistência, pouco à ação de formação e promoção da saúde, como consta no Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador dos servidores da UFPA (2004), deixando a desejar nas ações de prevenção dos Ps expostos aos riscos biológicos ocupacionais, que pode ser oferecida pela Instituição hospitalar, de acordo com os paradigmas de educação em saúde.

Para Homem D'el Rey, (1996), a educação em saúde parte de uma formação que vai do indivíduo para o social, como processo de capacitação do indivíduo, propiciando autoconhecimento da realidade, identificando forças que interagem no ambiente, participação na busca de opções e transformação das condições de vida.

Os paradigmas de educação em saúde são estruturados pela autora citada nas práticas educativas no entendimento técnico e político, identificando-se cinco concepções;

- Educação em Saúde Tradicional ou Educação Sanitária - o indivíduo cuida da saúde, aprende das doenças, com o repasse de conhecimento sobre prevenção. A prática pedagógica é diretiva, unilateral, centrada no técnico, normatizadora do ensino, distante da vida social do homem, e fundamenta-se na abordagem metodológica de comunicação, preferencialmente realizada por meio de estratégias de ensino, com palestras e recursos tradicionalmente conhecidos, que são os cartazes, folhetos.
- Educação em Saúde Participativa ou Educação em Saúde Pública - o indivíduo aprende a cuidar da saúde pelo referencial coletivo de conhecimento da realidade, compreendida na multicausalidade do processo saúde–doença. A prática pedagógica continua diretiva, embora bilateral e participativa, próxima da realidade de vida social dos sujeitos, fundamentada na abordagem metodológica de organização de grupos, com estratégia de ensino de reuniões, oficinas e grupos de discussões.

- Educação Popular em Saúde ou Educação e Saúde - nesse modelo, o saber popular está diretamente em confronto com o saber técnico para constituição do saber coletivo. A saúde é resultante das condições de vida do indivíduo. Dessa forma, a educação é um processo de elaboração coletiva de conhecimentos, e a prática pedagógica é bilateral, participativa, embora com resquício de normatização do saber técnico. A abordagem metodológica é de treinamento, utiliza-se das mais variadas técnicas de capacitação, comumente, por meio de oficinas.
- Educação, Informação e Comunicação ou IEC – o público informado influencia o indivíduo a “cuidar” de sua saúde. A saúde resulta da multicausalidade do processo saúde-doença. E a prática pedagógica é diretiva, normatizadora, tecnicista e unilateral. E a abordagem metodológica é de comunicação.
- Educação em Saúde Holística ou Abordagem Holística na Educação em Saúde - esse modelo acontece pela compreensão das forças que interagem no ambiente de vida; indivíduo e população “cuidam” de sua saúde, entendida como equilíbrio da dinâmica da vida. A educação é o processo de autoconhecimento e autotransformação das relações no seu ambiente. A abordagem metodológica é centrada na formulação do método, na medida em que é objeto da intervenção, definidor da prática pedagógica, podendo ser de comunicação, se as forças forem facilitadoras; de organização, se condicionadoras, e de treinamento, se reforçado pela transformação.

O paradigma de educação em saúde holística está em elaboração, contudo já se apóia em pressupostos teóricos, que se fundamentam na concepção de homem e em nova visão de mundo, sustentadas cientificamente em estudos e pesquisas nas áreas da Física, Biologia e Neurologia, reorientando o surgimento de outra pedagogia.

O pressuposto teórico do paradigma de educação em saúde holística resume-se em:

- subjetividade do processo de conhecimento da realidade; conceito de totalidade reforçando a interdependência entre o indivíduo e o coletivo;
- interface com as áreas de conhecimento;
- a participação é uma necessidade biológica;

- reforço do caráter político da educação para autonomia do sujeito;
- reconhecimento da dimensão afetiva no processo de transformação;
- reconhecimento da emoção no processo de decisões;
- uso do saber para fomentar alianças e parcerias; e
- relações entre sujeitos baseadas na ética e solidariedade.

Na fase evolutiva de crescimento dos paradigmas de educação em saúde, há a preocupação em compreender como o ambiente de vida e as políticas sociais podem ser influenciadas pelos novos paradigmas, a fim de contribuir para fomento da participação social e vigilância em saúde, propiciando a melhoria de qualidade de vida da população.

Neste sentido, Tones (1994) apud Silva (1994) classifica a educação em saúde com quatro abordagens:

- educativa (compreensão da situação), que compreende o cotidiano do sujeito e compartilha das crenças e valores, dando-lhe acesso igualitário às informações;
- preventiva (comportamento saudável), a prevenção das doenças ocorre pelo desenvolvimento de comportamentos saudáveis. Para isso, é necessária a mudança de comportamento individual;
- radical (consciência social da saúde). A consciência social tem importância para desenvolver, no sujeito, visão política, crítica da saúde, ensejando acesso aos bens necessários à manutenção da saúde (alimentação, moradia, trabalho, educação formal e serviços de saúde); e
- desenvolvimento pessoal (personalidade desenvolvida). Desenvolvimento da personalidade do sujeito, que potencializa seu valor, inserindo-o na busca de direitos para o desenvolvimento da capacidade de controle de vida.

Com esses modelos, os referenciais de educação em saúde podem contribuir na efetivação da política pública de promoção da saúde, desenvolvida em diferentes ambientes. Logo, o HJBB faz parte de um contexto que pode ser compreendido pelos referenciais teóricos, técnicos, metodológicos e políticos de saúde e de educação que norteiam as práticas dos Ps, gerentes e técnicos, de modo que, na própria instituição, se adotem práticas educativas democráticas, participativas, problematizadoras e transformadoras da realidade, quanto à questão dos riscos biológicos ocupacionais, a fim de servir como meios de processos e

condições dignas de trabalho e transformações do pensamento e prática dos trabalhadores pela conscientização.

As reflexões acerca dos paradigmas de educação em saúde podem subsidiar o caráter de formação dos Ps. Em parte, relacionam-se às posições políticas e teóricas de Freire sobre a educação e interferências na formação do indivíduo, quando diz que este é o resultado das próprias experiências, das contradições e dos conflitos do sujeito, perante as construções e transformações histórico-sociais.

E o indivíduo, na condição plena da própria realidade, passa a ser sujeito de intervenção direta nos processos de mudança da realidade, possível de acontecer na interação com os conhecimentos a sua disposição.

Diante da complexidade dos riscos biológicos do local de trabalho, os Ps sujeitos aos agravos podem tomar atitudes no caso de situações-problemas, sendo possível a adoção de práticas de humanização e/ou desumanização, de acordo com a própria consciência, em reforço as idéias de Freire (1980), ao dizer que o indivíduo *como um ser para si, se desumaniza quando as condições concretas que o transformam num ser para o outro.*

Os riscos podem ser compreendidos na dimensão para além das situações individualizadas, saindo do prevenicionismo pessoal para a atenção coletiva, que considera todos os aspectos do sujeito como ser em constante formação no conjunto das relações sociais.

4.3 A Conscientização como Princípio Educativo dos Profissionais de Saúde

A conscientização, resultado das relações políticas, históricas, culturais e sociais em que os sujeitos do conhecimento se envolvem, interage e modifica o meio Freire (1980, p.25) ensina que a conscientização pode ser compreendida pela *educação, como prática de liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade.*

Neste sentido, o indivíduo tem percepção da realidade a partir das próprias experiências, relacionadas com as práticas do cotidiano social e que nem sempre expressam fundamentação e rigor epistemológico.

Para avançar, o indivíduo necessita da aproximação dos conhecimentos técnicos, políticos, científicos e culturais, e assim poder agir de forma crítica e reflexiva, sob determinada situação social, tornando-se sujeito transformador da realidade. Por esta razão, Paulo Freire fortalece a idéia de que,

Num primeiro momento a realidade não se dá aos homens com objeto cognoscível por sua consciência crítica. Noutros termos, na aproximação espontânea que o homem faz do mundo, a posição normal fundamental não é uma posição crítica, mas uma posição ingênua a este nível espontâneo, o homem ao aproximar-se da realidade faz simplesmente a experiência da realidade na qual ele está e procura (1989 p. 26).

A conscientização somente é possível quando o indivíduo sai da consciência ingênua para a ação problematizadora, crítica e reflexiva da atividade cotidiana. No caminho da espontaneidade para o desenvolvimento crítico da ação, como tomada de consciência, o educador citado defende o argumento de que,

A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá com objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica. (FREIRE, 1980 p.26).

Não basta que o indivíduo tenha apenas o conhecimento empírico da realidade, com base em experiências e no fazer técnico profissional, pois, para que o conhecimento técnico contribua na transformação, avanços e resultados das ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, faz-se necessário dominar a origem fenomênica em que o objeto estar situado, tendo concepção de saúde, educação, conscientização e fatores determinantes dos riscos, a partir das práticas e processos de formação, compreensão de como os conhecimentos se materializam nas políticas de saúde implementadas pelos setores da instituição hospitalar.

As ações de prevenção podem ser interpretadas no contexto sócio-histórico dos conflitos, das contradições, da dinâmica e da articulação teórica e prática para efetivar a ação-reflexão.

O sujeito precisa conhecer profundamente as dimensões além das aparências, e, no momento em que isso acontece, possibilita-se a criação de uma realidade que necessita de constante ir e vir da reflexão crítica. Cabe ao sujeito estar intimamente envolvido no contínua da ação.

Na ação conscientizadora, os homens desvelam a realidade, passando a enxergar claramente o que antes era obscuro e agem sobre a realidade para transformá-la, porém não é o último passo, pois a nova realidade criada pela ação consciente deve ser constante meio de reflexão crítica, atitude que possibilita o surgimento de problemas e contextos para possíveis soluções, e assim estão livres do retorno à antiga obscuridade, pois, *a conscientização, como atitude crítica dos homens na história, não terminará jamais. Se os homens, como seres que*

atuam, continuam aderindo a um mundo 'feito', ver-se-ão submersos em uma nova obscuridade. (FREIRE, 1980, p.27).

Para sair do obscurantismo, deve-se tomar atitudes críticas, o que significa ter capacidade de compreensão do mundo, em diferentes dimensões e abstrações, resultado pelo que os processos de interações dos sujeitos com a realidade podem acontecer, na totalidade dos fatos e fenômenos.

A reflexão sobre a realidade concreta permite ao ser humano formular hipóteses, elaborar estratégias para melhor se relacionar com os problemas e assim poder interferir criticamente em possíveis transformações, o que pode ser chamado ação consciente.

A realidade é admitida como objeto de denúncia e anúncio para ação de qualidade, tornando o desejado realizável, não por meio de práticas isoladas, mas de ideal possível de acontecer no coletivo. Em observância à denúncia, cita-se a relevância da notificação dos acidentes com material biológico pelos Ps acometidos, para que os técnicos possam tomar conhecimento, avaliar a ocorrência e, assim, adotar ações que favoreçam medidas de prevenção e promoção da saúde em favor da comunidade hospitalar.

A conscientização, cujos integrantes são a denúncia e o anúncio, em primeiro momento, pode ser vista exclusivamente como quimera, entretanto a concepção de Paulo Freire é mais crítica e desafiadora, acreditando que a dialética dos atos de denunciar e anunciar é extremamente possível e realizável, dando outro contexto ao que se entende por utopia.

A utopia é fator fundamental da denúncia e do anúncio para as transformações necessárias. A utopia pode alimentar o indivíduo a querer dar um passo à frente para mudança do mundo e torná-lo humano.

A utopia exige o conhecimento crítico. É um ato de conhecimento. Eu não posso denunciar a estrutura desumanizante se não a penetro para conhecê-la. Não posso anunciar se não conheço, mas entre o momento do anúncio e a realização do mesmo existe algo que deve ser destacado: é que o anúncio não é anúncio de um anteprojetado, porque é na práxis histórica que o anteprojetado se torna projeto. É atuando que posso transformar meu anteprojetado em projeto. (FREIRE, 1980 p.28).

A conscientização é um ato de denúncia e anúncio. Denunciar a realidade tal como é, de certo modo é anunciar a utopia. O homem consciente tem o compromisso de perseguir a utopia. O anúncio da utopia é um compromisso dos homens que lutam pela mudança. Existe algo importante para efetivação da utopia como uma das características da conscientização dos indivíduos: a necessidade de desmistificação dos saberes impostos.

Segundo o educador Freire (1980), na interação com o conhecimento e para que seja utilizado como instrumento de libertação e de transformação da realidade que sai do místico para o crítico, deve haver a desmistificação do conhecimento como algo acabado, pronto, dogmatizante, como se fosse a única posição verdadeira e correta. Ao contrário, há o fortalecimento da conscientização, concretizada e sugerida a partir de que

A conscientização é isto: tomar posse da realidade: por esta razão, e por causa da radicação utópica que a informa, é um afastamento da realidade. A conscientização produz a desmitologização. É evidente e impressionante, mas os opressores jamais poderão provocar a conscientização para a libertação: como desmitologizar se eu oprimo? Ao contrário, porque sou opressor, tenho a tendência a mistificar a realidade que se dá à captação dos oprimidos, para os quais a captação é feita de maneira mística e não crítica. (FREIRE, 1980 p. 29).

Chama-se a atenção para a reflexão sobre os fins da educação. Pode-se, por seu intermédio, promover o processo humanizante e de ato político, no qual o processo de conscientização é possível. A educação, no entanto, pode também ser utilizada como produto desumano de “domesticação”, denominado por Freire (1987) de educação bancária; desta forma é impossível à conscientização.

Assim, a política pública para a formação contínua de profissionais da área de saúde deve superar a perspectiva bancária de educação, visando à melhoria das condições de trabalho dos profissionais, resultando na melhora dos serviços de saúde oferecidos à sociedade. Para propiciar formação abrangente dos profissionais, pela política de formação, deve-se buscar compreensão ampla do processo educativo, sendo, para isso, oportuno atentar para as regulamentações estabelecidas na legislação.

Essa perspectiva de educação e de conscientização contribui significativamente para a compreender a formação. Logo, o saber pensar e o saber fazer dos Ps que se relacionam com o cotidiano dos riscos biológicos ocupacionais podem ser materializados por meio das formas de apropriação do conhecimento científico, técnico, ético, político, sobretudo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB 9.394/96), que pode também contribuir nas ações de formação dos Ps do HUIBB.

4.4 Aspectos Legais da Formação

Na formação dos profissionais de saúde, dá-se a importância aos aspectos educacionais do trabalho desses sujeitos, no local de atuação, e, para além dos espaços formais de saúde,

por exemplo, as instituições hospitalares, considerando formação direcionada aos aspectos das ações do Programa de Prevenção dos Riscos Biológicos Ocupacionais.

A normatização de formação, pelo que propõe a Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional Brasileira (LDB-9394 /96), surge em momento histórico de reconfiguração da própria educação e da reestruturação produtiva do capital, para determinar posições das novas relações de trabalho e reflexão dos aspectos, importantes na formação educacional.

Observando a dimensão do ato educativo da lei educacional brasileira, quanto ao local de abrangência da educação, a LDB refere, no artigo 1º do Título I, o seguinte: *a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.* (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1996).

Fica evidente que a LDB, que regulamenta a educação brasileira, aponta as condições educacionais e formativas, admitindo que a educação pode ser trabalhada em espaços diferenciados.

Neste sentido, a instituição hospitalar é um local diferenciado, merecedora de atenção dos profissionais de saúde para a formação voltada aos aspectos educativos que interferem na dinâmica das ações.

O redimensionamento do hospital para a dimensão da formação pode ser caracterizado da seguinte maneira: os processos formativos em dois grupos básicos, os formais ou escolares e os informais ou sociofamiliares, que incluem todos os outros, como os grupos de trabalho, lazer, religião, vizinhança e o que mais seja (SOUSA; SILVA, 2001, p.5).

Não há como separar a educação formal das práticas e convívios sociais. Dessa forma, as ações de saúde do hospital devem estar intimamente ligadas com as experiências dos profissionais, articuladas aos diversos conhecimentos, elaborados no próprio trabalho, com prática reflexiva e crítica, garantindo uma formação de qualidade técnica e política para os profissionais.

Diante disso, o atual entendimento de educação formal da LDB destaca a necessidade de promover ensino voltado às práticas sociais e ao mundo do trabalho. A configuração do texto da lei dá a entender a importância de transcendência de transmissão de conhecimentos para aquisição de instrumentos de fins restritos, ou seja, formação cidadã, que abrange a consciência crítica do indivíduo e sua ação responsável na sociedade, quando,

Ao situar a educação escolar no espectro amplo da vida social, a atual LDB induz a uma reflexão crítica da nossa prática educacional: a forma estreita como ela vem

sendo concebida, o isolamento da escola em relação ao mundo exterior; a distância entre teoria e prática, entre o trabalho intelectual e o trabalho manual, a organização escolar rígida, o ensino e práticas de adestramento e, em especial, a formação de atitudes que, contrariando interesses e necessidades da maioria, levam à obediência, passividade e subordinação. (PEREIRA; TEIXEIRA, 2003, p. 89).

Para que a educação formal seja instrumento de contribuição na formação dos profissionais de saúde, deve estar fortemente ligada aos processos de elaboração dos conhecimentos dos indivíduos, a partir da própria realidade.

O HUIBB, hospital-escola, não configura espaço formal de educação e tem características sociais diferenciadas, quanto aos conhecimentos trabalhados, forma de organização, estrutura, funcionamento e realidade cotidiana.

Por isso, os profissionais de saúde, como sujeitos sociais do contexto, necessitam de atenção no preparo e qualificação para o desenvolvimento das ações de prevenção, de modo que os trabalhadores estejam em constante processo formativo, no exercício profissional.

Isso pode ser compreendido, segundo o artigo 2º do Título II da atual lei, ao firmar os princípios e fins da educação, como dever da família e do Estado, que constituem o indivíduo nos aspectos formativo-humanitários.

(...) a educação deve ser dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Na perspectiva da lei, verifica-se a importância da educação integrada ao contexto social para a formação do indivíduo consciente das relações com a comunidade, desafio em que as ações de formação do hospital transcendem a prática formal escolar para se vincular o mundo do trabalho e à prática social.

A relação entre educação formal e não formal pode servir para reorganizar a educação diante do novo perfil de conhecimento, que compreende conteúdo, cultura e formação do ser humano.

Assim, é fundamental entender a estrutura de formação dos níveis e modalidades da educação e do ensino, propostas na lei, para ofertas alternativas de escolarização e formação continuada.

Na organização de formação do indivíduo, segundo a LDB, a educação é trabalhada em níveis escolares de educação básica, para atendimento infantil, ensino fundamental (8 anos), ensino médio (3 anos) e educação superior.

O ensino fundamental é obrigatório e gratuito. O capítulo Do Direito à Educação e do Dever de Educar estabelece:

Art.4º O dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de:

I – Ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria;

II – Progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio.

A escolaridade dos Ps da instituição hospitalar é ensino fundamental, médio e superior. A especialidade do serviço dos profissionais de nível médio e superior requer certificação e o ensino fundamental contempla a obrigatoriedade do serviço, o que pode conduzir a uma formação escolar incompleta, mesmo havendo políticas públicas de garantia dessa escolaridade.

Na educação superior, a lei enfatiza a possibilidade de formação voltada para produção, aprofundamento teórico e prático das diversas áreas do conhecimento, com o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão.

Para os profissionais de saúde com ensino superior, segundo a LDB, a formação acontece com a política de qualificação de educação continuada, efetivada na realização de cursos de especialização, mestrado e doutorado, a fim de atender as demandas da sociedade, em termos de produção acadêmica e científica, com novas teorias, aprofundamento da formação específica e atividades práticas do trabalho técnico e atendimento às demandas sociais e do mercado.

Isso pode ser compreendido, conforme o inciso II do artigo 43 da LDB, interpretada de formas diversas, ao tratar o nível superior como para *formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção de setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na formação contínua.*

A responsabilidade, segundo a Educação Superior, é incentivar os indivíduos na busca do aprimoramento científico, técnico e cultural, dando superior autonomia didático-científica quanto à criação, organização, ampliação e extensão de programas e cursos de qualificação profissional, segundo os regulamentos do Conselho Nacional de Educação (CNE).

Pela lógica do papel do ensino superior, compreende-se que o compromisso com a qualificação se materializa nos programas de formação continuada, que visa a maior produtividade, qualidade de trabalho, interpretada como formação do indivíduo, aprimoramento técnico de conhecer e ser na função profissional.

Diante da análise, entende-se a importância dada pela LDB à implementação da política de qualificação por meio de cursos de pós-graduação. Por outro lado, o HUIBB, com autonomia, contribui na compreensão de que a finalidade de garantir a qualidade do trabalho, a exemplo da criação dos cursos de capacitação e de treinamentos ofertados aos Ps, é a política de capacitação dos trabalhadores em serviço de atividades de curta duração para atender objetivos imediatos da função profissional de cada categoria.

Aos Ps, com apenas o ensino fundamental e médio, a LDB permite a promoção escolar para outros níveis de ensino, conforme o artigo 40, pela educação de jovens e adultos:

Um aspecto relevante diz respeito à oferta de modalidades e meios alternativos de educação continuada e/ou permanente, sob a perspectiva de uma articulação e integração vertical e horizontal. Trata-se de uma proposta que, sem prejuízo da qualidade, deve ser colocada à disposição daqueles que não podem frequentar cursos que exigem presença contínua mais prolongada ou daqueles que necessitam de complementação, aprofundamento e atualização de conhecimentos. (PEREIRA; TEIXEIRA, 2003, p. 90).

Para o aprofundamento e atualização de conhecimentos dos Ps, com o ensino fundamental completo ou incompleto, dos possuidores de certificado do ensino médio, exige-se formação inicial (escolarização/profissionalização) e continuada (qualificação profissional) para o exercício de função do HUIBB.

Por esta razão, para atender a demanda de trabalhadores com escolarização incompleta, da área de enfermagem, e para a promoção da qualificação profissional do auxiliar-técnico de enfermagem, foi criada uma política, com a implementação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Saúde (PROFAE).

A intenção dos cursos do PROFAE é melhorar a formação dos trabalhadores tendo como objetiva garantia da qualidade de assistência centrada nos serviços de enfermagem, compreendida como indicador social do MS e MEC, responsáveis pelo estabelecimento das diretrizes do projeto para sustentar a política de formação continuada específica dos profissionais de saúde em enfermagem.

O projeto engloba a Capacitação e Educação Profissional dos que têm o ensino fundamental e médio incompletos, em dois módulos: o primeiro com duração de 12 meses para escolarizar e qualificar, e o segundo de seis meses, para formar o auxiliar-técnico de enfermagem, com currículo baseado nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) para a Educação Profissional.

A implantação da política de formação dos profissionais de enfermagem, criada em 2000, de responsabilidade do MS e MEC, restringe-se apenas às necessidades de uma só categoria da área da saúde.

O que é apresentado para funcionamento do projeto PROFAE (módulos, conteúdos, carga-horária, objetivos, metas ...), pelo que consta na LDB, pode servir como objeto de reflexão sobre como está sendo, nas instituições hospitalares, a garantia do direito à educação, vista como bem social que contribui para a formação dos sujeitos de forma abrangente, para o trabalho profissional, para o mundo do trabalho e para a vida, a fim de se ter efetiva formação e qualificação dos profissionais de saúde.

As ações de formação do Programa do Controle de Infecção Hospitalar que subsidiam o ato educativo são realizadas na capacitação, treinamento em serviço, curso, para contribuição na tomada de decisão dos que vivenciam o cotidiano dos riscos.

Cabe aos Ps, à Instituição, comunidade hospitalar e sociedade tomar a consciência de que a educação pode e deve servir como instrumento de qualidade das práticas de saúde, e riscos biológicos compreendidos como problema social que pode ser enfrentado também por meio de ações educacionais.

Ao compreender o sentido da educação das práticas de saúde e sua influência nas ações de prevenção dos riscos, é possível constituir indicadores de avaliação das políticas de formação do HUIBB para os Ps como prática de educação continuada e permanente, sendo importante ação de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, que podem subsidiar indicadores necessários ao planejamento, monitoramento e acompanhamento das possíveis tendências de manutenção, mudança, transformação das medidas do programa, contemplando avaliação de sua eficiência, eficácia e efetividade social.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

**5 DA AVALIAÇÃO AOS INDICADORES SOCIAIS PARA
A PREVENÇÃO DOS RISCOS BIOLÓGICOS
OCUPACIONAIS**

5.1 Introdução

A preocupação com a prevenção dos riscos é uma necessidade, em virtude dos profissionais estarem cotidianamente expostos a acidentes ou a doenças profissionais por material biológico, e as ações intimamente ligadas aos aspectos educacionais e técnicos merecem avaliação subsidiada por diversas concepções.

As atividades de prevenção, formação e organização, para serem avaliadas, por conseguinte necessitam também de indicadores, já que os riscos biológicos ocupacionais se caracterizam como problema de saúde e social, e servem como recurso técnico-metodológico de diagnóstico, monitoramento, análise e intervenção, passíveis de (re) formulação de políticas para solução de problemas.

Portanto, os indicadores, por serem recursos de um tipo de metodologia para realização da avaliação, servem também para conhecer resultados ou conseqüências de ações cujos objetivos são imediatos, claramente identificáveis e quantificáveis. (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2001, p. 9).

Como parte da política pública da instituição hospitalar, as ações de riscos biológicos ocupacionais requerem metodologia específica, que permita a escolha de determinada avaliação, com exposição clara de objetivos, metas, critérios e finalidades para qualidade das ações, tendo em vista os benefícios de promoção da saúde dos trabalhadores.

Nenhuma avaliação consiste apenas na apresentação de dados brutos, identifica a realidade empírica, em determinado contexto, tempo e espaço geográfico de forma sistemática, com exposição de informações sobre a realidade.

5.2 A Avaliação e a Contribuição para o Programa de Prevenção dos Riscos Biológicos Ocupacionais

Na prática avaliativa, no contexto das ações do programa de prevenção, é importante problematizar as questões dos riscos biológicos ocupacionais, trazendo a discussão sobre os problemas com agravos à saúde, de modo que se avance na elaboração de política de garantia da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, nos aspectos de melhoria das condições de trabalho e valorização da formação dos profissionais de saúde.

A avaliação não cria princípios gerais, apenas possibilita explicações específicas de determinado contexto, processos ou procedimentos das diversas áreas do conhecimento, sob a

influência da ação educativa, segundo Vianna (2000, p. 19), importante para avaliar as ações de prevenção dos riscos biológicos e possibilitar reflexão crítica para a descoberta de mais conhecimentos capazes de explicar a realidade hospitalar.

Isso leva à compreensão de que há necessidade de demarcar posição sobre a avaliação como conhecimento edificado cientificamente, nos diversos segmentos da sociedade e áreas de conhecimentos como Educação, Saúde, Economia, Administração ... A avaliação não se limita à verificação do rendimento de um ou de outro setor, mas concentra-se na dimensão que integra planos, programas e metas institucionais.

A avaliação pode ser instrumento facilitador de identificação, descrição e análise do contexto vivido, contribuindo no conhecimento do indivíduo e no desenvolvimento das funções da instituição para possíveis mudanças, podendo assumir a intenção do valor técnico e político como referencial para se ajustar, incluir ou excluir medidas adotadas em determinada situação.

Para análise do programa de prevenção dos riscos biológicos do contexto hospitalar, a avaliação contribui no desenvolvimento educativo, das técnicas específicas, das intervenções administrativas e políticas intersetoriais e interinstitucionais, contemplando a sistematização das ações.

Isso implica organização para monitorar problemas de aspectos diversos, na percepção de demandas de serviços, rumos do avanço tecnológico, condições de infra-estrutura, investimentos na formação profissional para possibilitar qualidade das ações de complexa questão. É oportuno referir que

As decisões necessárias para que esta exigência seja respeitada são particularmente difíceis de se tomar, por causa do caráter muito complexo do sistema de saúde, das grandes zonas de incerteza que existem nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las, do desenvolvimento muito rápido das novas tecnologias médicas e das expectativas crescentes da população. Neste contexto, a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é considerável e avaliação parece ser a melhor solução. (HARTZ, 2002, p. 30).

Nessa perspectiva, a avaliação é saída para controle das atividades dos serviços para sanar os problemas e fornecer resultados para o bom desempenho das ações do programa de prevenção.

Para a saúde e riscos, a avaliação educacional pode ser utilizada e compreendida, não como instrumento auto-suficiente, mas como possibilidade de explicação do fenômeno, de

análise das causas, do estabelecimento de prováveis conseqüências e de sugerir elementos para discussão posterior e possíveis decisões de mudança.

Assim, são necessárias as informações dos problemas e processos indispensáveis para que o objetivo da avaliação seja cumprido a partir das demandas desejadas para andamento e aprimoramento das ações.

No pensamento técnico, político e também legal da avaliação educacional, não se produzem verdades incontestáveis, mas formulam-se argumentos plausíveis de análise e explicação do que constitui de fato objeto de reflexão do próprio avaliador, e pode produzir explicações que permitam o surgimento de outros elementos teóricos de análise/crítica como caminho para a constituição de idéias e conhecimentos. Isso depende de política pública institucional para compreensão de todo o empreendimento de defesa incondicional da saúde dos trabalhadores.

Além do mais, é importante discutir a avaliação institucional para compreensão da interferência e contribuição sobre os objetivos, planos, metas, atividades e resultados das ações alcançadas, originando tipos de indicadores e situações avaliativas.

Ao tratar da avaliação institucional e considerando o HUIBB como núcleo da universidade como organização pública, a contribuição de Dias Sobrinho e Balzan (2000) pode ser importante ao enfatizar aspectos do ponto de vista institucional:

Uma instituição realmente complexa e com perspectiva de conjunto precisa produzir as estruturas formais e os delineamentos jurídico-normativos para organizar e promover sua vida nas dimensões administrativas, acadêmicas e de política interna...Assim, a produção da universidade se faz pelas vias e pelas práticas democráticas. Respeitando a diversidade, a ação institucional elabora uma organização razoavelmente unitária, pela qual a universidade administra o seu cotidiano e cumpre as suas finalidades essenciais. (2000 p. 31).

Neste sentido, pela complexidade do HUIBB como instituição pública de ensino, pesquisa e extensão, os setores, pelos técnicos e gerentes que trabalham questões referentes a riscos, precisam agir de forma permanente e integrada, além de saber os valores dominantes nas atividades e as finalidades comuns e específicas do trabalho, que deve acontecer de forma sistemática pela dependência de relações de conjunto, na intersetorialidade de organização, infra-estrutura, de conhecimentos técnico, político, ético, legal ... e de ação dos riscos biológicos ocupacionais.

A avaliação das ações do HUIBB, do ponto de vista institucional, justifica-se pela necessidade da discussão da autonomia e qualidade das práticas profissionais. Para isso, é preciso que a avaliação seja instrumento de reflexão sobre melhoria das construções técnicas,

políticas e profissionais das atividades, além de possibilitar a consolidação de consensos dos princípios, estratégias e práticas a serem adotados a partir das contribuições dadas.

Tendo o HUIBB como instituição pública, é possível que ações sejam compreendidas pelas redes de significações múltiplas e pelo processo de relações produzidas na diversidade do cotidiano do hospital, visando ao entendimento da realidade, que é multifacetada, em constante transformação. Por isso, considera-se a prática avaliativa de processo para que os Ps, técnicos e gerentes devam vivenciar no trabalho.

Sendo o HUIBB uma organização de caráter assistencial, acadêmico, científico e governamental, requer avaliação institucional de processo, conforme Ristoff, é conservar os princípios de globalidade, comparabilidade, respeito à identidade institucional, que diverge da premiação ou punição, necessita de legitimidade e continuidade na avaliação institucional que se preocupa com os processos decisórios.

Os princípios de Ristoff apud Dias Sobrinho e Balzan (2000 p. 9) trazem semelhança na avaliação institucional com pontos que englobam a avaliação de processos, pautada em: totalidade, integração-processo, pedagogia, orientação formativa, qualidade com ênfase qualitativa, flexibilidade, credibilidade, comparabilidade, institucionalidade e permanência.

Esses princípios, na Instituição, permitem a avaliação de processo com base em diagnóstico, auto-avaliação, avaliação interna e externa, de financiamento e reavaliação, buscando fazer da avaliação institucional investimento e empreendimento pela promoção de tomada de consciência que deve ter o sujeito, da instituição.

O estudo de Dias Sobrinho e Balzan (2000), sobre a avaliação de processo direcionado à universidade, pode também ser aplicado na avaliação das ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, visto que essas ações fazem parte de um programa do HUIBB. E avaliar por processo significa investir na autoconsciência institucional, e como subsídio para a tomada de decisão tanto no plano individual quanto no coletivo e aperfeiçoá-la na intensa participação dos membros da comunidade hospitalar.

A avaliação tem forte papel proativo e construtivo, visando a realizar análise crítica do desempenho técnico e científico de ensino, pesquisa e extensão, voltado para a avaliação global no que diz respeito às condições de desenvolvimento dos processos e resultados obtidos (auto-avaliação e avaliação externa).

Considerando a avaliação como processo trabalhado na instituição de forma crítica, garantindo autonomia e emancipação dos Ps, defende-se a necessidade de aprofundamento das ações gerais e específicas, associadas com outras semelhantes para a compreensão do

processo global, tornando-se necessário ouvir os profissionais para descrição, análise e comparação dos resultados.

Assim, entende-se que, na avaliação, o desconhecimento e a falta de referencial teórico para prevenção e formação, no contexto hospitalar, contribuem inevitavelmente em fracassos, no alcance dos resultados esperados, pois não há como analisar ações no abstrato, sendo preciso identificar as matrizes operacionais, sobretudo, em termos de investimentos, utilizando os indicadores do programa de Prevenção dos Riscos Biológicos para fortalecer as ações de promoção da saúde dos profissionais.

A avaliação segue basicamente os mesmos caminhos definidos na avaliação em saúde. Guba e Lincoln (1990) apud Hartz (2002) partem do histórico da própria avaliação, organizada em quatro estágios do seu desenvolvimento que formam conceitos e acumulação de conhecimento, relacionados a seguir:

- o primeiro é baseado na medida (dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores);
- o segundo trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir os resultados;
- o terceiro é fundamentado no julgamento. Deve permitir o julgamento de intervenção; e
- no quarto, a avaliação é feita como um processo de negociação entre os agentes da intervenção.

Dessa forma, a avaliação é compreendida como conhecimento técnico, de julgamento da realidade para controle das ações e resultados e como auxiliador na tomada de decisão, escolha de normas e critérios avaliativos, podendo ser determinada também por procedimentos científicos que podem julgar a intervenção¹⁰.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). (HARTZ, 2002, p. 31).

¹⁰ Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços, com o objetivo de modificar uma situação problemática.

A definição determina a avaliação como campo de saber científico e tecnológico, voltada para a pesquisa e progressão de conhecimentos dentro do contexto. Inicialmente, a avaliação serviu para atender interesses socioeconômicos, a partir das décadas de 1920 a 1940, em países como a Inglaterra e Estados Unidos, considerados berço do processo de industrialização.

Nas décadas de 1980 e 1990, no Brasil, a avaliação é trabalhada de forma sistematizada, sob a influência das teorias educacionais e das pesquisas da comunidade científica e agências governamentais.

E o modelo de avaliação passa a ser baseado na tecnologia de instrumentos e medidas quantitativas para a educação, a que Tyler (1977) começa a fazer oposição, pela concepção que concretiza avaliação pelos resultados e objetivos propostos. A discussão de Tyler pode ser importante para início do entendimento da avaliação institucional. Neste sentido, Tyler apud Vianna (2000, p. 50) explicita que

[...] cabe a avaliação verificar, periodicamente, até que ponto a escola demonstra eficiência como instituição responsável pela promoção da educação. A avaliação, desse modo proporcionaria subsídios para uma análise crítica da instituição, possibilitando a reformulação de sua programação curricular. A avaliação, segundo essa perspectiva, ofereceria elementos para uma crítica fundamentada da instituição, baseada em dados empíricos, e permitiria, ao mesmo tempo, uma discussão sobre a eficiência da sua atuação.

Com a exposição de Tyler, da avaliação por objetivos, considera-se a atividade educativa de capacitação e treinamento, integrada nas ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, como medidas de prevenção, com objetivos previamente estabelecidos e conteúdos pertinentes à eficiência dos resultados esperados; dependendo também das formas de organização curricular a ser contemplada, de acordo com as necessidades dos profissionais de saúde que atuam, no hospital, nas diversas áreas do conhecimento.

Em relação aos objetivos cumpridos do programa, Scriven (1967) argumenta que estão intimamente relacionados ao aspecto valorativo. Dessa forma, há necessidade de se elaborar sistematicamente proposta metodológica de avaliação formativa e somativa.

A avaliação formativa ocorre durante o processo e se relaciona a pessoas e/ou instituições, responsáveis pelo desenvolvimento da elaboração e execução das ações do programa, constituindo, na instituição, avaliação interna. A avaliação somativa, entretanto, acontece ao final do processo e visa a julgar o mérito das ações executadas do programa, por agentes ou setores não diretamente ligados à execução, constituindo-se avaliação externa.

As avaliações nomeadas se relacionam e são meios do processo decisório de desenvolvimento das ações do programa. A avaliação somativa garante a decisão de continuar ou de encerrar as ações, possui dimensões interna e externa e têm papel significativo para o conhecimento real do programa e para a formulação de instrumentos metodológicos avaliativos de objetividade e subjetividade.

O avaliador interno (formativo) é que participa diretamente da elaboração e desenvolvimento das ações e o avaliador externo (somativo) é pessoa da própria instituição onde as ações são desenvolvidas, sem ligação direta com a elaboração do programa.

Existe também o avaliador formativo externo, cuja importância é imprimir rigor avaliativo no processo, importância nem sempre considerada, por este manter certa distância na elaboração e desenvolvimento do programa.

Visando ao significado da avaliação formativa e somativa para o contexto da avaliação institucional, Dias Sobrinho, Balzan (2000) defendem a valorização da avaliação formativa, não bastando preocupar-se apenas com o que produzem as instituições e seus efeitos, em avaliações somativas. Em consonância com essa idéia, o paradigma emancipatório reforça a necessidade de análise qualitativa do processo, como se evidencia a seguir:

Nesse paradigma o avaliador assume o papel de coordenador dos trabalhos avaliativos e de um orientador dessas ações. Sua função básica consiste em promover situações e/ou propor uma tarefa que favoreça o diálogo, a discussão, a busca e a análise crítica sobre o funcionamento real de um programa. Sua ação seguinte é a de estimular a iniciativa do grupo na reformulação e recondução do programa. (SAUL, 1995 p. 63).

É necessário compreender se, na elaboração e desenvolvimento das ações do programa, os objetivos atendem significado social. Do contrário, é preciso que indivíduos, instituições ou grupos revejam as ações para novas reformulações e intervenções de prevenção, quanto aos riscos biológicos, no ambiente de trabalho.

Nesse sentido, os valores atribuídos, na escolha dos objetivos, cumprem papel determinante para a constituição do universo de informações que permitam ajuizar manifestação do produto, material e resultado das ações.

Para Scriven (1967), é positivo o fato de haver diferentes abordagens metodológicas de avaliação. O autor relativiza a importância do julgamento e a tomada de decisão, que pode ou não ser encaminhada pelo próprio avaliador ou por outra pessoa, ao apresentar juízo de valor para quem elabora o relatório final do programa.

Quanto à avaliação por tomada de decisão, a referência está em Stufflebeam (1971, p. 105), ao utilizar um modelo de avaliação baseado em contexto, insumo, processo e produto, estabelecendo critérios relacionados de planejamento, estruturação, implementação e reciclagem das decisões, sendo que cada um desses critérios requer forma específica de avaliação.

Para estabelecimento real das necessidades dos indivíduos especificados por população /amostra, concretizando os objetivos do programa, caracteriza-se a avaliação de contexto, de insumo, que significa estabelecer uso dos recursos disponíveis definidos no programa e planejamento final, visto por meio de procedimentos alternativos e de estratégias considerando os valores custo-benefício.

A avaliação de processo está relacionada com a implementação das ações por decisões permanentes, em todas as fases de desenvolvimento do programa, desde a elaboração de cada atividade, e possibilita detectar deficiências, problemas e encaminhar possíveis soluções e o aprimoramento das informações úteis para análises posteriores do programa em desenvolvimento ou de futuros programas.

Além do mais, a avaliação de produto significa medir e interpretar os resultados momentaneamente alcançados e predeterminados até o término; serve para retroalimentar decisões e identificar conseqüências e discrepâncias dos objetivos pretendidos com os realmente alcançados e das informações desejadas para tomada de atitude, no futuro, em continuação, término ou modificações na estrutura das ações do programa.

Fica evidente que, na avaliação por tomada de decisão, requer-se sistematização e rigor teórico, visto que passa a ser compreendida como processo de descrição, obtenção e condições para informação útil que contribua no julgamento das decisões alternativas, como é textualmente assinalado:

A avaliação, no seu sentido mais amplo, pode ser definida como um processo que visa à coleta e ao uso de informações que permitam decisões sobre um programa educacional. A avaliação, portanto, [...] deve ser entendida como uma atividade diversificada, que exige a tomada de vários tipos de decisões e o uso de grande número de diferentes informações (CRONBACH, 1963, p. 68).

Há contribuição da avaliação como tomada de decisão, na medida que os problemas sejam vistos a partir das várias informações, para o entendimento do fenômeno na totalidade, requerendo o direcionamento de pontos essenciais usados com o objetivo de se tomar decisões, a partir das idéias de Cronbach (1963, p. 68):

- determinar se os métodos de ensino e o material instrucional, utilizados no desenvolvimento de um programa, são realmente eficientes;
- identificar as necessidades dos alunos para possibilitar o planejamento da instrução; julgar o mérito dos estudantes, para fins de seleção e agrupamento;
- fazer com que os estudantes conheçam seu progresso e suas deficiências ;
- julgar eficiência do sistema de ensino e dos professores.

As propostas metodológicas de Cronbach são importantes para se atribuir avaliação às atividades de formação, redimensionadas na elaboração e desenvolvimento das ações educativas, no hospital, e relaciona-se com a compreensão das condições disponíveis em recursos técnico-didático-pedagógicos, financeiros e estruturais.

Outra avaliação é de programa, segundo Stake (1967), formal e informal. A formal depende de orientações com as comparações controladas e uso de testes padronizados por técnicas psicométricas, e a segunda parte de experiências profissionais e conhecimentos habituais e familiarizados pelo sujeito no convívio social.

Na avaliação formal e informal, é dada importância aos fatos, acontecimentos e fenômenos fidedignos da realidade. Stake apud Vianna (2000, p.128), ao tratar dessas avaliações de programa, acentuar a necessidade da descrição e julgamento:

É possível que um avaliador como indivíduo se abstenha de julgar, ou até mesmo deixe de coletar o julgamento dos outros. É igualmente provável que o avaliador só queira destacar o que o programa apresenta de valor. A sua avaliação será sempre incompleta, porque é preciso que o programa seja inteiramente descrito e julgado para que se tenha uma avaliação educacional.

Diante da situação, Stake faz crítica ao modelo padronizado de avaliação e à abstenção do avaliador, posicionando-se contrário, ao dizer que nem sempre um modelo de avaliação empregado em determinado contexto pode ser reproduzido da mesma forma em outra realidade em que os sujeitos estão inseridos, em condições e espaços sociais diferenciados.

Na avaliação de programa por eficiência, eficácia e efetividade social, Cohen e Franco (2002, p. 103) conceituam cada um dos aspectos.

A eficiência pode ser considerada sob perspectivas complementares: predeterminada a quantidade de produto, procura-se minimizar o custo total ou meio que se requer para sua geração; se fixado previamente o gasto, procura-se otimizar a combinação de insumos para maximizar o produto.

Eficácia é o grau de alcance dos objetivos e metas do projeto da população beneficiária, em determinado tempo, independentemente dos custos implicados. A definição tem dois aspectos fundamentais: metas e tempo. A programação é realizada sob normas e padrões que determinaram a alocação de recursos para a consecução das metas.

E a efetividade tem duas dimensões em função dos fins do projeto. É a medida do impacto ou grau de alcance dos objetivos. A distinção entre as duas dimensões permite análise custo–efetividade. Tem por finalidade determinar o grau de eficácia e eficiência relativas de distintas opções do mesmo projeto ou de projetos diferentes com os mesmos objetivos.

A avaliação de programa de acordo com o contexto pode ser exemplificada na proposta da avaliação institucional de Dias Sobrinho e Balzan (2000), que acontece na análise qualitativa de processo em que são consideradas as características da missão institucional.

Ao tratar da avaliação da qualidade dos programas institucionais, Dias Sobrinho e Balzan (2000) criticam a falta de análise qualitativa, quando se têm instrumentos fechados de avaliação, apresentados de forma tecnocrática, resultando em verificação de qualidade baseada na utilização de dados quantitativos, impossibilitando a avaliação de processo, consolidada por pressupostos sociais, éticos e políticos que abrangem a complexidade da dimensão humana. É por isso que

Avaliação e qualidade não se separam. “Há necessidade de se avaliar para se desenvolver a qualidade e há necessidade de se avaliar e inovar a própria avaliação”. Mas uma vez se reafirma, aqui, a idéia de que qualidade enquanto produção social, não é um atributo estático de um produto pronto e acabado; muito mais do que isso, a qualidade em educação deve ser compreendida nos processos, nas gerações, como construção intersubjetiva. (DIAS SOBRINHO; BALZAN, 2000, p. 12).

A avaliação das atividades do programa de prevenção, envolvendo capacitação e treinamento, deve ir além da medição e quantificação de resultados, pois a qualidade dessas atividades pode estar sendo avaliada pelo conjunto de situações, como conhecimentos técnicos dos riscos, condições e processos de trabalho, noções de direitos e deveres, serviço, interdisciplinaridade e intersetorialidade dos conhecimentos com os setores do hospital no ato de avaliar.

Na avaliação, há fatores confluentes interpenetrado, produzindo causas, fatos e efeitos, no sentido de que a avaliação associada à pesquisa e vice-versa desvela realidade, talvez, de forma não plenamente satisfatória, pois a avaliação deve ser, ela própria, objeto de constante aperfeiçoamento, devendo o avaliador estar atento às peculiaridades do ato de avaliar quando da sua reflexão sobre os resultados dos procedimentos executados do processo avaliado.

Pela avaliação de processo, verifica-se a qualidade das atividades do programa se, sua utilização é adequada ao tratamento dos dados, possibilitando autonomia do avaliador e

tomada de decisão individual e coletiva. Além disso, tem a finalidade de aproveitamento e aperfeiçoamento das ações para a solução de problemas.

Isso é viável, mediante indicadores interligados com os processos e resultados, a serem avaliados no contexto da política pública voltada para as ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, materializada como programa, que se constitui em bases legais, propósitos e distribuição de responsabilidades do profissional e da instituição, numa visão de intersetorialidade, tendo como finalidade promover a saúde do profissional, no ambiente de trabalho.

5.3 Riscos Biológicos Ocupacionais como Indicador

Em instituição hospitalar, os profissionais de saúde estão constantemente submetidos a riscos biológicos ligados às atividades ocupacionais, quando da realização de procedimentos invasivos e/ou manipulação de artigos e equipamentos contaminados, no que se refere a sangue, fluídos corporais, secreções, excreções, roupas, lixo e descarte de agulhas, além do potencial de exposição das diversidades de doenças infecto-contagiosas decorrentes da assistência dos pacientes.

Assim, os profissionais de saúde (Ps) expostos aos riscos biológicos podem adquirir infecções como o HIV, HBC e HBV, doenças relacionadas com o objeto de estudo, com transmissão por exposição ao sangue e outros fluidos, quando realizados procedimentos invasivos. A idéia é fortalecida por Cardo (1997, p. 341), ao expressar que,

[...] somente após a epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA) maior ênfase tem sido dado à epidemiologia e prevenção das exposições aos agentes biológicos transmitidos pelo sangue. Apesar de já ter sido documentado pelo menos 20 patógenos podem ser transmitidos através de uma exposição ocupacional ao sangue por acidentes com agulha.

Além das infecções do sangue, notadamente outras, como a tuberculose, a infecção meningocócica ..., são doenças infecciosas e contagiosas que se transmitem pelo trato respiratório superior e inalação dos bacilos em gotículas suspensas no ar, expelidas pela pessoa infectada ao tossir, falar ou espirrar. E os profissionais de saúde são da categoria predisposta à infecção pelo bacilo da tuberculose, embora sem confirmação de que sejam os mais suscetíveis (HINRICHSEN; PIRES, 2004, p. 352).

A tuberculose é ainda importante problema de saúde pública, que cresce em decorrência do aumento das hospitalizações conseqüentes da AIDS e da pobreza, de tratamentos inadequados ou incompletos e de multirresistência às drogas, segundo Hinrichsen e Pires (2004, p. 352).

Além das infecções clínicas mais evidentes, podem surgir portadores, por exemplo, da hepatite B, com transmissão, sem que o indivíduo apresente sintomas, e a aquisição da doença pelo HCV apresenta prognóstico sombrio que se prolonga pela sua cronicidade.

Quanto ao risco de infecção pelo HIV, mesmo pequena, graves conseqüências fazem grandes repercussões no profissional, em razão dos impactos biopsíquicos, com o crescimento da insegurança, temor e desespero, abalo emocional, medo da discriminação e do preconceito, sem contar com os custos imensuráveis para a sociedade quando da exposição aos riscos.

No aspecto social familiar, de trabalho e condições de vida, o profissional acidentado pode submeter-se à terapêutica medicamentosa e afastamento do serviço, questões consideradas problemas de saúde pública, requerendo atenção às ações de prevenção.

A exposição aos riscos biológicos ocasiona agravos, compromete a organização do trabalho, aumenta os conflitos emocionais e interfere no bem-estar e nas relações sociais, predispondo a evolução da fragilidade do profissional. Além disso, atualmente, há o aspecto político que desvela interesses em armazenar agentes biológicos, na tentativa de ameaças comprometendo a sociedade.

Com o surgimento de novos programas de assistência e atendimento pelos Ps, na prestação de serviços, atualmente, efetuam-se ações fora das instituições hospitalares, com intervenções domiciliares, por meio de cuidados e procedimentos com pacientes, em países como o Brasil.

O *Center Disease Control* (CDC) informa que 50% ou mais não notificam os acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes e as notificações não são fidedignas em relação à realidade dos acidentes. Há registros sim de casos, mas não definem detalhadamente as alterações dos diferentes locais de trabalho dos profissionais de saúde.

O CDC expressa a importância das subnotificações dos acidentes para melhor encaminhamento das ações e adoção de condutas concretas de prevenção, no contexto dos riscos. As subnotificações desvelam as situações que levam os Ps a não terem o hábito de informar o acidente, precisam ser discriminadas para se transformarem em notificações, para a escolha de indicadores confiáveis, fidedignos para o diagnóstico real e operacionalização das ações a fim de minimizar os agravos à saúde do trabalhador.

A conduta com as notificações apontadas pelo CDC contribui para a compreensão do caráter histórico e sociocultural do Ps exposto aos riscos, e as notificações precisam ser trabalhadas de forma multifacetada, em situações clínicas do estado imunológico, nutricionais, ambientais, comportamentais e biológicas, para constituição de indicadores de promoção da saúde.

O objetivo de medidas para melhoria das condições de saúde e bem-estar é o investimento em atividades de educação permanente para formação dos Ps, com o intuito de produzir conhecimento dos riscos biológicos, como rotina do exercício profissional, ações de vacinas imunopreveníveis, qualidade de EPIs e uso adequado, procedimentos técnicos apropriados e maior atenção da equipe como suporte para os casos de acidentes ocupacionais, o que é reforçado no conceito de promoção da saúde.

Promoção da saúde é o conjunto de atividades, processo e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos, favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam a população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo. (GUTIERREZ et al 1997, p. 117).

O significado de promoção da saúde se materializa na realidade, com políticas públicas saudáveis e de colaboração institucional e intersetorial, com as intervenções de ações de prevenção dos riscos biológicos ligados às condições de vida e aos múltiplos elementos que enfatizam relações amplas de saúde decorrentes da participação individual e coletiva.

A promoção da saúde, para o profissional, refere-se às condições de trabalho favoráveis e reflete na qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, é interpretada como garantia do bem-estar social dos profissionais em sintonia com as formas de atendimento aos pacientes.

Para Bolyard *et al.* (1998), é possível a transmissão da infecção da equipe para pacientes e vice-versa, o que significa dizer que a promoção da saúde dos profissionais também envolve preocupação com os pacientes.

As situações são graves quando dentro do hospital, e o problema com a infecção hospitalar representa agravo com conseqüências sociais, políticas, econômicas, éticas e também morais, constituindo, segundo Lacerda et al (1996, p.1), *como importante problema de saúde pública no mundo e a principal causa de iatrogenia da pessoa hospitalizada e submetida a intervenção curativa.*

Isso lembra características da saúde pública, haja vista que as doenças infecto-contagiosas podem afetar as pessoas, predispondo-os a epidemias, levando a necessidades de estabelecer medidas preventivas aplicadas socialmente e economicamente aos grupos profissionais, com resultados satisfatórios para a maioria.

As medidas podem ser efetivadas por atividades educacionais que levem a comunidade hospitalar a compreender e adotar, adequadamente, a promoção da saúde no trabalho. Ainda assim, deve haver responsabilidade de todos da Instituição e do poder público no repasse de recursos necessários ao funcionamento satisfatório das ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

Nessa proposição, as ações se caracterizam por posições científicas, econômicas, técnicas, políticas e educacionais de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais e por serem avaliadas sistematicamente, de modo que os indicadores proporcionem tomada de decisões para melhorar, (re) planejar e controlar essas ações que beneficiam o profissional, a instituição e toda comunidade hospitalar exposta aos riscos.

5.4 Os Indicadores como Medidas para Avaliação das Ações

Os indicadores sociais surgem historicamente, a partir da década de 1920, e se fortalecem cientificamente em meados de 1960, para organização dos sistemas de acompanhamento das transformações sociais e para aferição dos impactos das políticas públicas, com interferência do modelo econômico americano.

Os indicadores servem como instrumento de avaliação de programas de políticas públicas e estabelecimento de metas e estudos referentes ao bem-estar social, fornecidos pelo Ministério da Saúde, Educação e Bem-Estar dos EUA (HEW), para perceber objetivamente as situações de melhorias de acréscimos e/ou decréscimo de efeitos sociais, que devem ou não ser importantes como medidores de resultados.

Inicialmente, o aperfeiçoamento dos indicadores sociais surgiu pela constatação do descompasso do crescimento econômico, baseado no Produto Interno Bruto (PIB), em relação à qualidade de vida da população, pois os índices de pobreza, fome e miséria superavam as expectativas, evidenciando a necessidade de uma política de desenvolvimento social.

Envolvidas com políticas, as organizações nacionais, internacionais e agências multilaterais socioeconômicas de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), Organização

Internacional do Trabalho (OIT), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Divisão de Estatística das Nações Unidas iniciam a elaboração de conceitos e metodologias para mensuração da mudança social.

Em meados de 1960, agências nacionais desvelam estatísticas direcionadas à aferição de indicadores sociais. Esperava-se que, com esses indicadores, os governos pudessem direcionar ações eficazes de redução das desigualdades sociais, porém a expectativa, demonstrou estar muito além do que realmente podia ser realizado em médio e curto prazo.

A frustração com as ações sociais do Estado leva ao questionamento da validade dos sistemas de indicadores sociais, mas, em meados da década de 1980, com o desenvolvimento de nova metodologia de planejamento local e participativo das políticas públicas, redimensionada no plano conceitual e metodológico, os instrumentos qualitativos e quantitativos das condições de vida e da pobreza, na realidade, reafirmam a pertinência dos indicadores sociais.

Do ponto de vista metodológico, Carley (1981) sistematiza os indicadores sociais da seguinte forma:

- a) os modelos são sistêmicos, isto é, permitem o estudo dos efeitos diretos e indiretos, de curto e longo prazo, com uma e mais variáveis;
- b) metodologicamente, os modelos são flexíveis e de fácil manipulação. Assim, cada modelo pode ser adaptado às demandas dos usuários. Permitem a solução do problema dos “valores”, ou do caráter “normativo”, na medida que são feitos teoricamente “leves”, sem funções de otimização. Nesses casos, as variáveis políticas são exógenas, de modo que a discussão sobre distintas “valorações” tornam-se explícitas, mesmo fora do modelo...;
- c) o modelo permitem o uso de computadores, com o que se logra aumentar a quantidade e a qualidade da informação disponível. O computador permite, por sua vez, maior velocidade de cálculo e de congruência, pois se detectam, com maior facilidade, os erros. O efeito de “fechamento dos campos” dos modelos também ajuda a estimar os distintos parâmetros quando a informação não está disponível; e
- d) finalmente, os modelos são especialmente úteis – mesmo limitados – quando aplicados a problemas complexos, como de planejamento econômico e social.

Os indicadores sociais dizem respeito à elaboração de referencial teórico-conceitual do modelo político e econômico de sociedade, para contribuir nas informações quantificáveis, e

as de substitutos não estão representadas em si mesmas, ao contrário, traduzem conceitos sociais abstratos ou não mensuráveis em termos operacionais.

Considerando os riscos biológicos como fenômeno social, em diferentes espaços e situações, ocasionando agravos à saúde, como acidentes, doença profissional e do trabalho, requerem-se indicadores de medidas quantitativas e qualitativas. Segundo a ONU, um indicador global é insuficiente, sugerindo, entre outros indicadores de *saúde, incluindo condições demográficas, alimentos e nutrição, educação, condições e mercado de trabalho*. (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003, p. 62).

Atualmente, os indicadores sociais ocupam espaços abrangentes da sociedade e servem como instrumentos para avaliação de desempenho, resultados, programas, projetos e de atividades, para alcançar análises qualitativas das ações elaboradas e seu produto final, tornando emergente a prática da cultura de indicadores e de avaliações permanentes, sistemáticas e consistentes, obedecendo a definição seguinte:

Um indicador social é uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para a pesquisa acadêmica) ou programático (para a formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que formula algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma. (JANNUZZI, 2003, p. 15).

Os indicadores sociais avaliam os avanços e retrocessos, apontam prioridades sociais e econômicas, mostram a eficácia, eficiência e a efetividade dos resultados das ações de prevenção dos riscos biológicos pertinentes e plausíveis como política pública, efetivada em programa de determinada instituição.

Referindo-se aos indicadores de saúde, de acordo com as idéias de Kerr-Pontes e Rouquayrol (2003, p. 62), define-se:

Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas a mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo.

Os indicadores deixam de ser substrato apenas técnico e acadêmico do planejamento público e integrando interesses prioritários das políticas públicas e sociais com defesa de recursos. Nesse sentido, consolidam-se na tríade: fenômeno empírico da realidade social,

dados brutos e estatísticos desses fenômenos e informação para análise e sua sistematização, como demonstra a Figura 3.

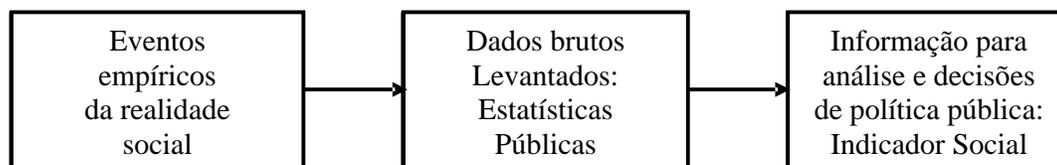


Figura 3 – Processo de agregação de valor informacional no indicador
Fonte: JANNUZZI (2003, p.16)

Considerando que a interação das mais variáveis áreas dos conhecimentos e sua intersectorialidade formalizam a constituição de indicadores sociais, como um conjunto de ações da realidade social, Jannuzi (2003) defende o argumento de que os indicadores sociais são idealizados na apresentação de taxas, proporções, médias, índice, distribuição por classe e também por cifras absolutas.

Isso leva à obtenção de dados sistemáticos das relações e semelhanças do fenômeno social do espaço geográfico e organizações institucionais, que constituem os sistemas de indicadores sociais.

O sistema de indicadores envolve decisões metodológicas organizadas em etapas:

- a. a primeira corresponde à definição operacional do conceito abstrato ou temática que refere o sistema em questão, elaborada a partir do interesse teórico ou programático;
- b. a partir da noção do conceito ou temática do sistema de indicadores, passa-se à especificação das dimensões, das diferentes formas de interpretação ou abordagem do conceito, tornando-o, de fato, objeto específico, claro e passível de ser “indicado” de forma quantitativa;
- c. definidas as dimensões de investigação, a etapa seguinte consiste na obtenção de estatísticas públicas pertinentes, provenientes de censos demográficos, pesquisas amostrais e cadastros públicos; e
- d. por fim, pela combinação orientada das estatísticas disponíveis, computam-se os indicadores, compondo o sistema de indicadores sociais, que traduz, em termos mais tangíveis, o conceito abstrato inicialmente idealizado.

As construções metodológicas por etapas estão consolidadas de forma demonstrativa na Figura 4, que trata do sistema de indicadores sociais.

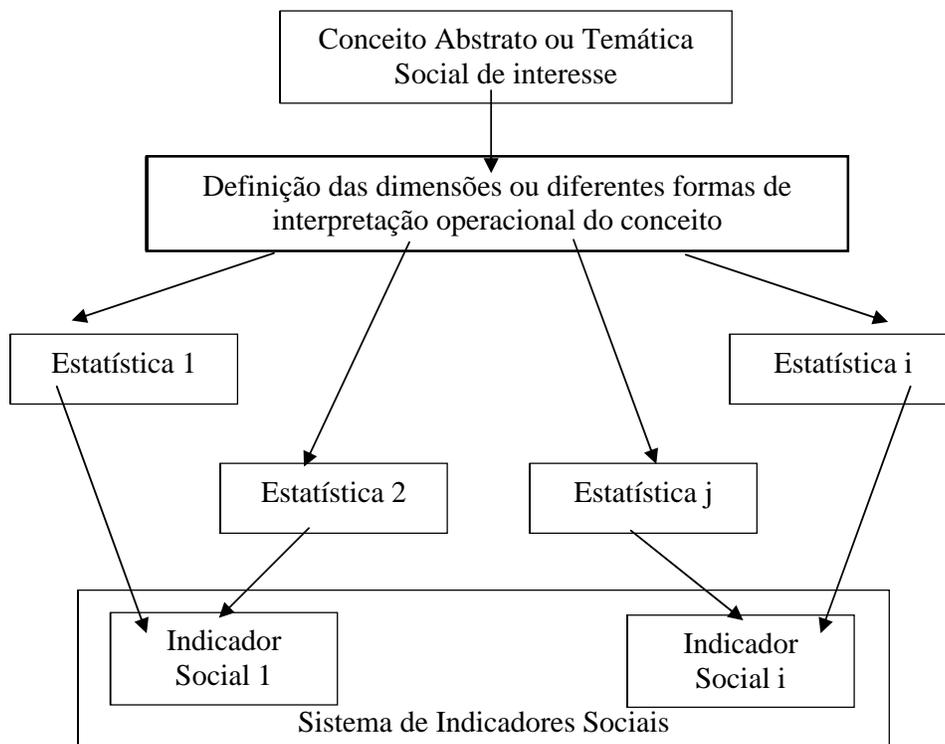


Figura 4: Construção de um Sistema de Indicadores Sociais
Fonte: JANNUZZI (2003, p.18)

Em função disso, os critérios de classificação escolhidos para constituir os sistemas de indicadores sociais, como indicadores de saúde, educacionais, demográficos, indicadores de mercado de trabalho e infra-estrutura, são desenvolvidos programaticamente, com base na realidade das organizações institucionais, e faz sentido chamarem a atenção dos diversos órgãos, principalmente dos governamentais.

A elaboração dos sistemas de indicadores, segundo Carley (1981, p.53), ao citar Zapf (1975), apresenta quatro maneiras básicas para organização de indicadores:

- (1) os que são programaticamente organizados;
- (2) os sistemas desenvolvidos a partir de área de interesse social;
- (3) os sistema desenvolvidos em torno das interações e realizações do individuo no curso do ciclo de vida; e
- (4) os sistemas de base teórica.

Há indicadores que se apresentam agregados, como os indicadores socioeconômicos, condições e qualidade de vida, desenvolvimento humano. Indicadores ambientais, objetivos e subjetivos têm mais de uma temática e são respectivamente quantitativos e qualitativos, os quais podem ou não seguir as mesmas tendências e os dados coletados podem retratar condições favoráveis e de melhoria em torno do objeto investigado.

Os indicadores objetivos estão relacionados à realidade social concreta e empírica, visualizada por meio de dados estatísticos mediante as taxas e percentuais, como indicadores de acidentes ocupacionais por materiais biológicos, indicadores de formação básica e qualificação dos Ps e de infra-estrutura.

Os subjetivos estão relacionados à compreensão e à avaliação dos sujeitos, sob diferentes aspectos da realidade social e grau de significância ante as ações do programa, como opinião pública dos indivíduos, grau de confiança pessoal, institucional e governamental.

Para se ter qualidade de informações e ponderações de escala, Carley (1981) sugere questionários e entrevistas para obtenção de dados em níveis hierárquicos, ordenados, delimitados em ordem numérica, por critérios que representam a percepção dos sujeitos e avaliação do que está sendo investigado.

Quanto aos indicadores descritivos e normativos, são outras as maneiras de classificação dos indicadores sociais, pois os descritivos relacionam-se às características de aspectos da realidade não envolvidos de significado valorativo; os normativos, também chamados analíticos (CLARK, 1974) ou diagnósticos (HAKIM, 1978), ao contrário, refletem claramente juízo de valor com critérios normatizados acerca do objeto a ser trabalhado na dimensão social.

Em questões de riscos biológicos, em se tratando da proporção das atividades de formação e uso de EPIs, são os indicadores normativos que demonstram seu grau de eficiência/ineficiência, diante dos meios conduzidos para evitar os riscos de contaminação por acidente biológico, nessas atividades, há uma série de decisões metodológicas normativas e de caráter político.

O indicador social ou de Estatística pública tem natureza intrinsecamente normativa e depende de processo e interpretações da realidade, na idéia de que

(...) as cifras assumidas pelos indicadores sinalizam situações sociais distintas, dependendo do observador, das normas vigentes ou dos valores implícitos do que é socialmente bom ou ruim. Assim, a normatividade de um indicador é uma questão de grau, reservando-se o termo normativo a aqueles indicadores de construção

metodologicamente mais complexa e dependentes de definições conceituais mais específicas. (JANNUZI, 2003, p. 21).

Diante da complexidade de indicadores e da magnitude metodológica e política do objeto de estudo, em quantidade de informações e de definições, podem ser compreendidos, ainda, num conjunto de indicadores simples e compostos.

Os indicadores simples são elaborados com dados estatísticos específicos, referentes às dimensões sociais eleitas, e os compostos, denominados sintéticos ou de índice social, são a aglutinação de dois ou mais indicadores simples da mesma ou de outra realidade social, logo, o indicador do hospital relacionado aos riscos tem como base os índices de acidentes, doenças por material biológico e atividades de capacitação, constituídos por indicadores simples e congregados por outras áreas do conhecimento, como a educação.

O indicador composto permite visão mais objetiva da realidade estudada, inclusive priorização de recursos e ações de intervenção a serem traçadas, mas acrescenta-se que os indicadores compostos, por sintetizarem as informações sociais, podem ocasionar perda crescente de proximidade entre conceito e medida e de transparência dos usuários.

Para análise e formulação de políticas sociais, a classificação é feita pela diferenciação de indicadores sociais detalhada na natureza do objeto, visto que:

o indicador-insumo tem relação com a disponibilidade de alocação de recursos humanos, financeiros e materiais para o programa e está relacionado às políticas sociais de oferecimento quantitativo das ações e de pessoas envolvidas e atendidas de acordo com o custo-benefício das ações;

o indicador-produto está vinculado às dimensões das realidades sociais, resultantes de variáveis e processos complexos, como expectativas das pessoas sobre os resultados obtidos pela prevenção dos riscos biológicos ocupacionais e proporções de profissionais de saúde acidentados, resultados efetivos dessas políticas;

no indicador-processo ou fluxo, estão representados os indicadores intermediários traduzidos em medidas quantitativas de alocação de recursos humanos, físicos e financeiros, considerados indicadores de insumo, para melhoria efetiva dos resultados obtidos das políticas sociais (indicador-produto), como número de atividades e ações do programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais dos profissionais, mensal ou anualmente desenvolvidos. Os indicadores de insumo e de processo são chamados de indicadores de esforços e os indicadores-produto, de resultados;

existem os indicadores de estoque e de performance ou fluxo, diferenciados na lógica e forma de aplicação quanto à temporalidade do processo analisado, segundo o objeto de estudo e de investigação;

o indicador-estoque refere-se à medida de determinada dimensão social quanto ao objeto avaliado, no momento específico. Exemplo: o profissional atendido pelo programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, sem que seja preciso sofrer o acidente. Já o indicador de performance ou fluxo procura avaliar mudanças em dois momentos distintos entre profissionais que sofreram e os que não sofreram acidente biológico.

Esses indicadores são medidas representativas de avaliação das ações de condições de trabalho, condições de vida, saúde, educação, nível de renda dos profissionais, e indicativos da presença, ausência, avanços ou retrocessos das políticas sociais, formuladas no contexto dos programas, servindo para retratar os resultados disponibilizados das políticas implementadas.

Para as políticas sociais de formulação e implementação dos programas a forma de classificar os indicadores é diferenciá-los de indicadores de avaliação de eficiência (no uso de recursos), eficácia (no cumprimento de metas) e efetividade (na contribuição social).

Considerando que os riscos biológicos têm parâmetros sociais, é possível utilizar as propriedades apresentadas por Jannuzzi (2003, p.26), para a constituição de indicadores de *relevância social, validade de constructo, confiabilidade, sensibilidade, especificidade, inteligibilidade, periodicidade e historicidade*.

As propriedades de avaliação de indicadores são importantes para a operacionalização, quando *fidedignos e de praticidade*, compatíveis com as orientações de Pereira (1999), ao tratar de indicadores de saúde.

O indicador é válido à medida que é adequado para representar sinteticamente o fenômeno, e a confiabilidade é verificada em indicador de alta qualidade, no levantamento dos dados, servindo de medida confiável para comparação, ou seja, resultados semelhantes quando a mensuração é repetida.

O indicador social tem grau de cobertura adequado aos propósitos das ações, direcionadas à coletividade, e as medidas acontecem em espaços limitados. Um indicador de cobertura é extremamente útil, quanto maior cobertura populacional alcançar, (PEREIRA, 1999, p. 51).

A sensibilidade do indicador tem a capacidade de refletir mudanças significativas, ao afetar as condições e a dimensão social do problema, e parte da superação com novas medidas

de alteração das ações, propriedade intimamente relacionada à validade e à confiabilidade do indicador social.

A especificidade de indicador reflete alterações ligadas às mudanças da dimensão social do problema, da consistência interna das dimensões e variáveis, que dependem do grau de associação das estatísticas sociais. É particularmente importante para os índices ou indicadores sociais compostos, como índice de qualidade de vida, computados a partir da combinação de vários indicadores sociais mais simples.

A combinação de vários indicadores (compostos) pode não garantir medida social de maior validade, confiabilidade, sensibilidade e especificidade, e, sem especificidade suficiente para mostrar variações na direção esperada, compromete a validade, pois o indicador parcial é limitado, garante *clara identificação com a realidade social*.

A inteligibilidade facilita a elaboração da metodologia do indicador de fácil comunicação, compreensível, de fácil acesso aos interessados pelo desempenho e produto das ações planejadas e programadas, importantes na formulação de políticas.

A periodicidade de uso do indicador, que pode ser atualizada, e a factibilidade de obtenção, a custos módicos, são aspectos cruciais da formulação e seleção da temática, importantes para acompanhar mudanças, avaliar os efeitos dos programas e corrigir distorções de implementação com regularidade.

As estatísticas sociais são avaliadas para saber se os empregos dos indicadores são factíveis, mediante propósitos previstos. Fazem referências aos grupos sociais ou população-alvo dos programas, possíveis de construir indicadores sociais referidos a espaços geográficos reduzidos, grupos sociodemográficos (crianças, idosos, homens, mulheres ...) ou grupos vulneráveis específicos (famílias pobres, desempregados, analfabetos ...), e as estatísticas sociais não podem atingir as expectativas esperadas pela frequência e representatividade para atingir os interesses do programa, por falta de recursos, dificuldades metodológicas e outros fatores.

A historicidade é a propriedade de se dispor de séries históricas extensas e comparáveis das ações, que contemplam o valor presente e situações passadas e dão indicações úteis de interpretação das cifras atuais dos indicadores, além de interferir tendências e avaliar efeitos das políticas sociais implementadas.

Os indicadores sociais, de acordo com as características apresentadas, são flexíveis e por isso podem ou não ser confiáveis e compatíveis com a qualidade da formulação das políticas públicas que compõem a escala espacial-geográfica e grupos de interesse social, considerando que

[...] nem sempre o indicador de maior validade é o mais confiável; nem sempre o mais confiável é o mais inteligível; nem o mais claro é o mais sensível; enfim, nem sempre o indicador que reúne todas essas qualidades é passível de ser obtido na escala espacial e periodicidade requerida. Além disso, poucas vezes se poderá dispor de series históricas plenamente compatíveis de indicadores para a escala geográfica ou grupo social de interesse. (JANNUZZI, 2003, p. 31).

Além do mais, os indicadores podem apresentar legitimidade quando aceitos como insumo informacional, relevante às discussões políticas de grupos de interesses profissionais, já que também se limitam e dependem das características e disponibilidades estatísticas demográficas levantadas, mediante a aceitação de interesses coletivos.

No HUIBB, a elaboração dos indicadores pela CCIH (2004) é quantitativa dos grupos de profissionais acidentados, com informações do local de trabalho, ocupação, tipo de acidente, material biológico, objetos envolvidos, estado sorológico de HIV de pacientes-fontes envolvidos em acidentes com material biológico.

Os indicadores da CCIH, apesar de válidos para fenômeno específico, mostram apenas o registro de acidentes notificados anualmente, limitando as demais ações desenvolvidas à promoção da saúde e tornando insuficiente a cobertura dos grupos de profissionais expostos aos riscos, comprometendo, assim, como cita Pereira (1999, p. 49), a *tomada de decisões racionais, bem fundamentadas, sobre ações a recomendar ou a aplicar de imediato*.

Mesmo com os avanços da organização das informações, tipos e metodologias diferenciadas, intervenções no programa, projetos, servindo para subsidiar tomada de decisões, são indispensáveis para o diagnóstico da realidade, em determinado contexto social, de tempo e espaço. Os indicadores podem não acompanhar a qualidade das ações, se não forem interligados às condições socioeconômicas, que têm ligação com os processos e condições de trabalho.

Por isso, entende-se que os indicadores da área de saúde, além de servirem como recurso para avaliação sistemática dos processos e resultados das políticas públicas, possibilitam que instituições e setores tenham formalizadas as intervenções, na tentativa de sanar prováveis problemas de saúde que possam comprometer a integridade e a qualidade de vida dos profissionais.

Por fim, para avaliação das ações, os indicadores constituem instrumentos que podem identificar as formas de gerenciamento, monitoramento e (re) formulação de medidas que contribuem, sobretudo, para análise quantitativa e qualitativa das ações do programa, em se tratando de eficiência, eficácia e efetividade social, para saber se os objetivos, planos e metas da Instituição e setores envolvidos com o problema dos riscos biológicos ocupacionais estão sendo alcançados quanto ao desenvolvimento das atividades de prevenção e formação.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

6 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA - O MÉTODO

6.1 Introdução

Este capítulo descreve métodos, técnicas, procedimentos e análise de dados que fundamentam a investigação do objeto da pesquisa, ações de prevenção, situado na temática risco biológico ocupacional, que condicionou a feitura de indicadores, indispensáveis para avaliação das ações do programa, que subsidiará a análise das políticas de prevenção e formação para promoção da saúde dos profissionais expostos direta ou indiretamente aos riscos.

6.2 O Estudo

A opção da investigação epidemiológica de cunho ecológico, por ser descritiva, observacional e transversal, tem origem na problemática de agravos à saúde que acometem grupos humanos, com a necessidade de remover fatores determinantes ambientais, sociais, biológicos ou físico-químicos (ALMEIDA FILHO; ROUYQUAROL, 2003, p.150). Por outro lado, a apropriação dos conhecimentos das ciências biológicas, sociais e de estatística se faz necessária para compreensão dos agravos à saúde, com medidas específicas de prevenção e controle (PEREIRA, 1999). Nessa visão, incorporou-se esse método para melhor conhecer o objeto.

O método do estudo ecológico, capaz de envolver agregados institucionais de organizações coletivas sob qualquer natureza, define a referência da unidade de informação na sua abrangência, comparando variáveis globais, na relação entre indicadores de condições de vida e de saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003). Essa característica é utilizada para analisar o perfil dos Ps como grupo agregado ao HUIBB.

Além disso, corrobora o estudo de caso descritivo de investigação, uma vez que tem por objetivo aprofundar e descrever, com exatidão, o fenômeno de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1995), e sobre as ações de prevenção adotadas pelos Ps, expostos, direta ou indiretamente, aos riscos no HUIBB. Da mesma forma, Bogdan e Biklen (1994) fortalecem a utilização desse método por concentrar na organização em setores, grupos e atividades específicas, em que o objeto (ações de prevenção) é investigado em múltiplas situações de Ps com diferentes funções e serviços.

Forantin (1992) acrescenta que o estudo descritivo pode também propiciar a avaliação da situação epidemiológica e explicar os componentes intervenientes no processo saúde-doença e qualidade de vida das populações e conseqüente orientação de atividades administrativas destinadas à organização dos serviços e/ou ações de saúde.

A idéia orienta a seleção do corte transversal, que permite revelar os riscos biológicos na dimensão social, para adotar medidas que minimizem os riscos e, assim, formular indicadores que avaliem as ações de prevenção. O corte transversal ocorreu em doze meses para evitar algumas distorções pelo viés de memória.

A observação tem como objetivo a descrição precisa dos fenômenos, necessária para a investigação das variáveis como organização de trabalho (GIL, 1999), e a análise do impacto das ações de prevenção por meio da educação, a ser sugerida como proposta pelo programa. (PEREIRA, 1999).

Optou-se pela abordagem quali-quantitativa, tendo consciência de circundar as possibilidades das razões dos agravos, magnitude do fenômeno e obtenção de investigação sobre as ações de prevenção, firmando questões objetivas e subjetivas relacionadas, indissociáveis para entender os entraves que dificultam as ações efetivas, a fim de se obter o programa de prevenção.

Convém lembrar que a trajetória da pesquisa é capaz de desmistificar a falsa dicotomia entre o qualitativo e o quantitativo, o objetivo e o subjetivo, buscando racionalidade mais abrangente, em que cada um desses elementos pode ser utilizado para compreensão do todo, a partir de sua complementaridade (MINAYO, 1993, p.22).

Assim, estando os aspectos metodológicos embasados em paradigmas complementares, não opostos, as abordagens quantitativa e qualitativa são utilizadas simultaneamente sempre que necessário. Essa abordagem pode ser apropriada para o hospital conhecer as ações de prevenção, a magnitude e os agravos do problema dos riscos biológicos ocupacionais. O agregado de informações do objeto de estudo permitiu a formação de indicadores, na tentativa de possibilitar a avaliação das ações que visem à promoção da saúde no local de trabalho.

A localização territorial da pesquisa é no Pará, Região Norte, com uma superfície de 1.253.164,5 km². Trata-se do segundo maior Estado da Federação e sua área representa 14,66% de todo o Território brasileiro e a população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), é de 6.188.685 habitantes, tendo como capital a cidade de Belém, com 1.279.861 habitantes.

Há também problemas urbanos, que refletem os aspectos socioeconômicos e a realidade sanitária que conduz a níveis de saúde aquém do que se poderia esperar, pela presença de

endemias infectoparasitárias, como a malária, tuberculoses, cólera, meningite, AIDS, cujo ponto de referência para o tratamento de doenças infecciosas e parasitárias é o HUIBB, inaugurado em 15 de agosto de 1959, com a finalidade específica de tratamento da tuberculose.

No ano de 1976, o Hospital passou por alterações epidemiológicas, a saber: a situação da tuberculose, em consequência de novos métodos de controle da doença, do diagnóstico precoce, prioridade para tratamento ambulatorial, reduziu a necessidade de internação, passando a não justificar a integral instalação funcional, o que levou, na época, o ministro da saúde Paulo de Almeida Machado a instituir a mudança de sanatório para hospital de doenças infectoparasitárias, pela Portaria nº 249/BSB, de 12.07.1976.

Na década de 1970, em decorrência da alteração do quadro epidemiológico e controle da tuberculose que passa a aprimorar o tratamento ambulatorial, foi reestruturado, física e funcionalmente, pela adaptação na estrutura para atendimento a outras patologias. Além disso, os esforços foram empreendidos para adequá-lo ao ensino superior, na área de graduação, pós-graduação e de pesquisa das doenças transmitidas por agentes infecciosos, de elevada incidência para a região.

Por outro lado, o HUIBB, órgão do Ministério da Saúde, está vinculado à Universidade Federal do Pará, autarquia do Ministério da Educação. A partir de outubro de 1990, por Termo de Cessão, passou a ser sede do campo das ações de prática do ensino para graduação, pós-graduação e residência médica, além da contínua assistência à população. Quanto à pesquisa, foram desenvolvidas drogas para o tratamento da tuberculose, sensibilidade do *Plasmodium falciparum* – malária e estudos sobre cólera.

O HUIBB tem sede no bairro do Guamá, periferia da cidade de Belém. A clientela é oriunda basicamente do Estado, especificamente de Belém, além do norte do Tocantins, Mato Grosso e oeste do Maranhão.

A missão da instituição é prestar assistência ambulatorial e hospitalar e servir como campo de prática para a formação de profissionais da área da saúde, cuja visão é ser um centro para disseminação de conhecimentos na área de saúde do HUIBB.

A Figura 5 mostra a estrutura organizacional do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

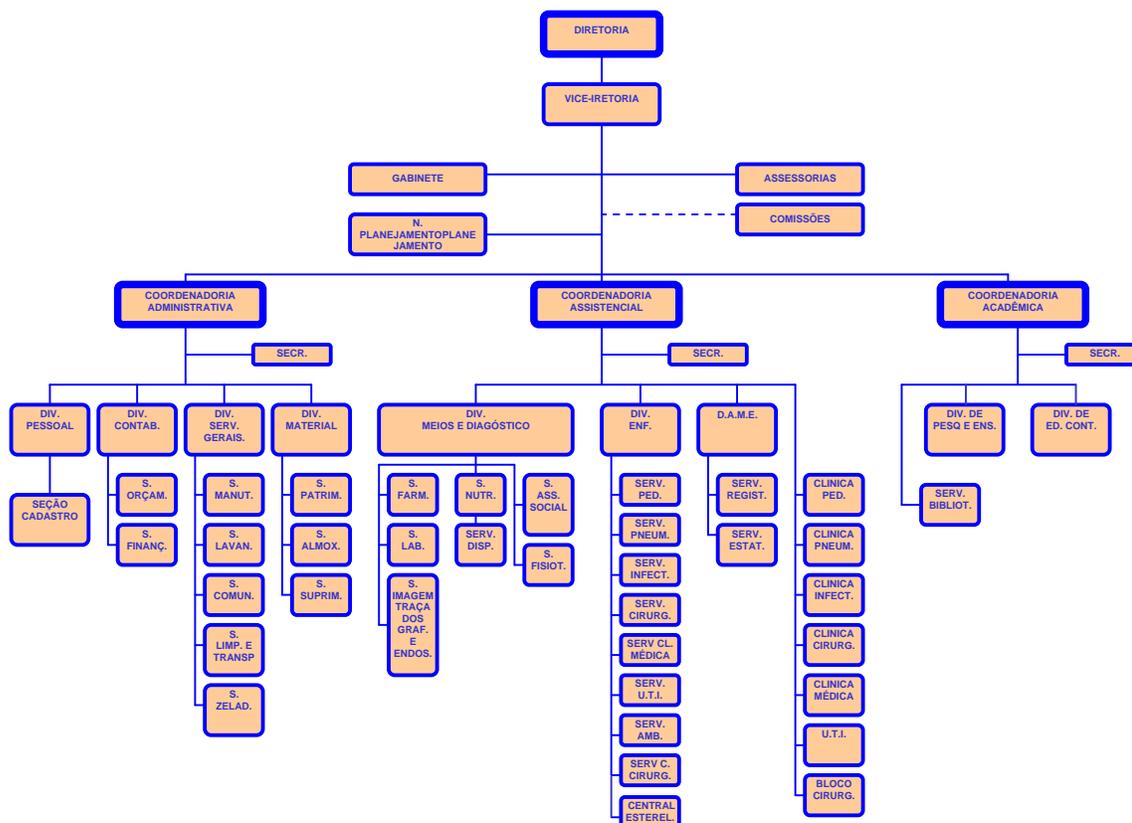


Figura 5 – Estrutura organizacional do HUIBB

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO. NÚCLEO DE PLANEJAMENTO (2004, p. 96)

A infra-estrutura do hospital consta atualmente de 300 leitos, de acordo com o relatório do HUIBB (2004), com capacidade média de ambulatório de 6.000 atendimentos/mês e internações de 520 pacientes. Além disso, existe um contingente de profissionais, nas diversas áreas, com diferentes vínculos - federal, estadual, municipal - de contratados e terceirizados, num cômputo de 1.460 funcionários, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Quadro de Pessoal do HUIBB, profissionais de saúde e categorias expostas aos riscos biológicos, Belém-Pará. Jan/2004.

DISCRIMINAÇÃO	Nº	%
Funcionários do HUIBB	1460	100
Profissionais de Saúde (PS)	730	50.00
Auxiliar de enfermagem/saúde	283	19.38
Auxiliar de hemoterapia	02	0.14
Auxiliar de limpeza	80	5.48
Ajudante de laboratório	01	0.07
Assistente social	09	0.62
Biomédico	02	0.14
Enfermeiro	82	5.62
Farmacêutico/Farm. Bioquímico	23	1.58
Fisioterapeuta	10	0.68
Médico	192	13.15
Técnico de Laboratório	35	2.40
Nutricionista	11	0.75

Fonte: HUIBB/Div. Pessoal/2004.

A Tabela 2 apresenta os leitos por clínicas do HUIBB, conforme relatório anual HUIBB (2004), Belém – Pará. Além disso, são oferecidos, como apoio diagnóstico, os seguintes serviços: Broncoscopia, Eletrocardiograma, Endoscopia digestiva, Patologia clínica, Anatomia patológica, Prova de função respiratória, Radiologia, Ultra-Sonografia, Mapeamento cerebral e Eletroencefalograma (ECG).

Tabela 2 – Leitos por Clínicas do HUIBB, Belém/PA Jan/2004

Discriminação	Capacidade Instalada	Leitos Funcionando	(%)
▲ Doenças InfectoParasitárias	86	64	23,6
▲ Pneumologia	86	76	28,0
▲ Pediatria	43	43	15,9
▲ Cirurgia	40	40	14,8
▲ Clínica Médica	48	48	17,7
* UTI	10	10	-
* Isolamentos	13	13	-
* Unidades de Recuperação	04	04	-
* Diálise	02	02	-
TOTAL	324	300	100

Fonte: NUP/HUIBB

Legenda: * 29 leitos de retaguarda. ▲ Total de leitos por clínica.

Os indicadores de saúde do HUIBB (relatório HUIBB/2004) definem e avaliam o nível de vida da clientela e diagnóstico de assistência. A avaliação é efetuada por intermédio dos coeficientes e índices de morbidade e mortalidade. A própria Constituição Brasileira de 1988 reconhece que a saúde não é uma simples resultante do ato de *estar ou não doente*, mas sim a resposta complexa das condições gerais de vida a que as diferentes populações estão expostas.

O público alvo foi direcionado aos Ps que prestam assistência, direta ou indiretamente, ao paciente e/ou manipulam solução biológica, e dos técnicos e gerentes que elaboram ações de prevenção dos riscos biológicos, como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), e os técnicos do SESMT e demais setores do Hospital.

A escolha dos Ps é decorrente da maior exposição aos riscos em função da assistência prestada ao paciente. Os membros da CCIH, por sistematizarem as atividades do programa de controle de infecção hospitalar, desenvolvem ação eminentemente educativa, além de prestarem atendimento e monitoramento de acidentes de riscos biológicos ocupacionais, e os técnicos da SESMT, por também darem suporte ao desenvolvimento das ações de prevenção, gerente da clínica e/ou serviços por estarem envolvidos no contexto de exposição.

O instrumento da pesquisa é o questionário com perguntas abertas e fechadas, o qual, de acordo com Ruiz (1985), o próprio pesquisador preenche, com as respostas do informante. A aplicação é para 74 profissionais de saúde que prestam assistência ao paciente.

O universo populacional, objeto de estudo, é de amostra estratificada que, segundo Gil (1999, p.102), se caracteriza pela seleção de cada subgrupo da população selecionada por categorias profissionais, e a por tipicidade ou intencional é amostragem não probabilística que requer considerável conhecimento da população escolhida. Para a seleção da amostra, foram definidos os Ps selecionados por amostra estratificada são os expostos aos riscos biológicos direta ou indiretamente, pelo fato de realizarem atividades que predispõem o envolvimento de matéria orgânica. A amostra intencional selecionada é de 16 Ps gerentes e técnicos envolvidos nas ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

Os itens dos formulários ou instrumentos são detalhados a seguir.

instrumento I - (Apêndices A e B) - para os profissionais de saúde, alvo das ações do programa de prevenção:

- identificação pessoal - variável idade, sexo e grau de instrução;
- identificação profissional - os dados de categoria profissional, tempo de exercício profissional, setor atual de trabalho;
- risco de exposição ao sangue ou substâncias orgânicas;

- imunização - vacinas oferecidas, doses contra hepatite B, gamaglobulina e outras;
- atividades educativas - ações que se concretizam, da teoria à prática, sobre a prevenção dos riscos biológicos (palestras, treinamentos em serviços, oficinas, cursos etc); e
- condutas: ações de promoção, controle, tratamento e monitoramento de acidentes, objetivos, infra-estrutura, setores envolvidos e procedimentos e/ou protocolos;

instrumento II - (Apêndices C e D) - para os gerentes dos setores e/ou serviço e técnicos da CCIH e SESMT, envolvidos nas ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais (protocolos de atendimento do acidentado, ficha de notificação, comunicação intersetorial, atividades educativas).

A coleta de dados se deu em vinte e quatro meses, compreendendo o ano 2004 e 2005, nos turnos diurno e noturno em dias úteis ou não, respectivamente, para os Ps expostos direta e indiretamente, aos riscos, gerentes, além dos técnicos da CCIH, SESMT do HUIBB.

O trabalho de campo (Apêndice E) fez-se também fora do local de pesquisa do HUIBB, pelo fato de algumas ações de prevenção acontecerem na dependência de intercâmbio com outras instituições, como o Centro de Referência para Imunobiológicos, Secretaria Estadual de Saúde Pública, Secretaria Municipal de Saúde Pública, Universidade Federal do Pará, mediante contatos, entrevistas, reuniões e análise de documentos.

A análise dos dados das questões abertas é categorizada para melhor abranger os elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, como cita Minayo (1993), e que servem para estabelecer as classificações do objeto investigado dentro de pesquisa de análise qualitativa. Neste caso, teve-se a categorização dos dados em riscos biológicos, políticas de prevenção e formação e indicadores sociais, além de subcategorias denominadas de ações educativas e organizacionais em saúde e organização e infra-estrutura.

As questões fechadas foram codificadas e analisadas com o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A análise descritiva das variáveis aleatórias foi calculada utilizando-se confiança de 95%.

Na classificação dos indicadores (figura 6), a concepção da lógica matemática, segundo Shera et al, tem discriminação direta e imediata pela observação e ordem conceitual. Portanto, as associações desses padrões dão sentido à classificação do que está sendo avaliado para ser considerado como medida, o modo e expressão, o que reforça a idéia de Whitehead (1933, p

196-7; 166) apud Shera et al (1957, p. 15), ao fazer a analogia entre a classificação referencial e a geometria projetiva, pois tem base matemática, bem como a estrutura semântica relacionada ao contexto do indicador.

É possível atribuir valores quantitativos aos indicadores pelas observações e classificação, como definidos, indefinidos e ausentes, respectivamente, e conceituados como ótimo, bom e regular para avaliação das ações do programa por eficiência, eficácia e efetividade social, de acordo com o quadro 2:

CRITÉRIOS	INTERVALO	PERCENTUAL
Definido (Ótimo)	0,6 a 1	60% a 100%
Indefinido (Bom)	0,3 a 0,6	30% a 59%
Ausente (Regular)	0 a 0,3	0% a 29%

Quadro 2 - Classificação dos Indicadores por peso
Fonte: elaborada pela autora da pesquisa

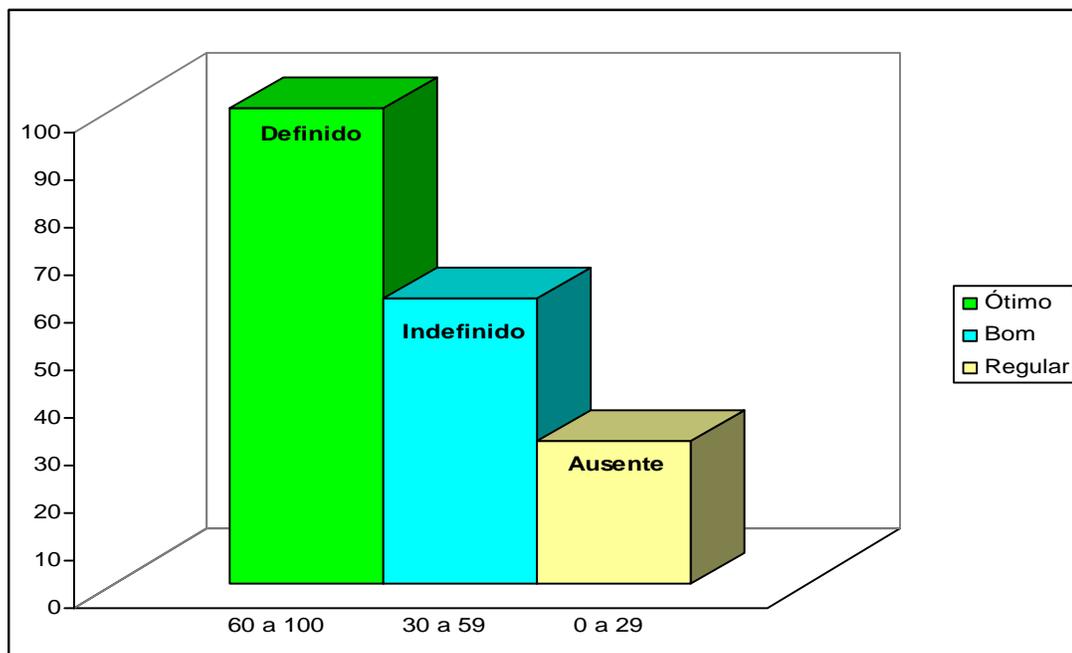


Figura 6 – Classificação dos indicadores
Fonte: elaborado pela autora da pesquisa

Os indicadores apresentados são prioritários para a sistematização das ações do programa como política pública, para promoção da saúde do trabalhador, quantificados por peso 1 e, na medida que deixam de atender alguns critérios, se diferenciam na classificação definido, indefinido e ausente, cujos valores relativos ficam em intervalo 0 a 1, correspondendo aos respectivos percentuais.

6.3 Limite do Estudo

A investigação de caráter descritivo das ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais foi capaz de produzir informações para elaboração de indicadores avaliativos na perspectiva de viabilizar modelo de avaliação.

Como a instituição hospitalar é responsável pela assistência, ensino e pesquisa, avaliar práxis e atividades consiste em detectar os pontos críticos para corrigi-los e os fortes para aprimorá-los.

A avaliação permite averiguar as dificuldades inerentes aos profissionais de saúde e a sistemática das ações, visando à promoção da saúde e do redimensionamento do programa, pelas ações a fim de possibilitar à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar avaliar as atividades de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

Ressalta-se que o estudo privilegia as questões referentes às ações de avaliação, organização, atendimento do acidentado e atividades educativas direcionadas à capacitação dos Ps. Em vista disso, justificou-se a formulação de indicadores que retratem a realidade, sendo necessário, adequá-los ao novo vir-a-ser do desenvolvimento científico e tecnológico da Instituição que possibilite a minimização dos riscos no trabalho.

6.4 Termo de Concordância e Responsabilidade

Este estudo foi submetido à aprovação pela Comissão de Ética do Hospital (Protocolo nº 30940/3), e as normas éticas para as abordagens da pesquisa (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) foram esclarecidas aos Ps saúde sobre o questionário e a liberdade de não participar da pesquisa ou dela desistir a qualquer momento, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentais de Estudo envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde), incluindo os princípios éticos e o termo de consentimento (Apêndice F) assinado pelos participantes.

Neste sentido, houve a preocupação de esclarecer o conteúdo do estudo e sua relevância sobre as atividades educativas, no que tange à promoção da saúde, no ambiente de trabalho, importante medida de prevenção para o desenvolvimento da consciência crítica dos Ps que trabalham com riscos.

Na abordagem, mantiveram-se em sigilo os depoimentos sob siglas: Ps1... profissionais de saúde que trabalham, direta e indiretamente, com riscos, e PsGT1... técnicos e gerentes que elaboram ações de prevenção de riscos biológicos.

A pesquisa constou de variáveis pessoais (idade, escolaridade, ocupação ...), demográficas (unidade de observações - clínicas, setores, fatores de riscos, acidentes por riscos biológicos ...) e outras associações envolvendo imunização, atividades educativas (cursos, treinamentos em serviços, orientações ...) e sociais, em que foi possível elaborar indicadores que subsidiaram a avaliação e serviram como diagnóstico, monitoramento das ações de controle e prevenção dos riscos biológicos, conseqüentemente, para promoção da saúde ocupacional.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

**7 RELATOS SOBRE AS AÇÕES DE PREVENÇÃO DOS
RISCOS BIOLÓGICOS OCUPACIONAIS – NO HUIBB -
RESULTADOS**

7.1 Introdução

Este capítulo apresenta a realidade do envolvimento dos sujeitos com o objeto investigado, cujo interesse é aprofundar a relação teórico-prática na totalidade, por meio das falas dos profissionais de saúde que elaboram e executam as ações de prevenção dos riscos biológicos, vistos como conhecimentos inseridos no âmbito sócio-histórico.

O conhecimento real do objeto de investigação é mencionado no pensamento de Melagodi (1988, p. 68):

[...] que o processo de conhecimento da realidade social implica em transformação da sociedade, mas, para que isso ocorra, é necessário conhecê-la, tomando uma busca de conhecimento e sendo um ser ativo. Conhecimento e transformação do mundo são momentos de uma mesma síntese, uma depende do outro.

O pensamento fortalece as idéias de Freire (1980), quando diz que o homem é capaz de conhecer seu mundo e transformá-lo, à medida que desenvolve a consciência crítica para chegar ao domínio do próprio conhecimento, conforme os processos de conscientização dos sujeitos, em particular, dos profissionais de saúde, na relação com o trabalho, expresso na dinâmica e no movimento do Hospital Universitário João de Barros Barreto e em outros espaços da realidade social. Isso pode ser materializado na citação abaixo.

A conscientização é neste sentido, um teste de realidade. Quanto mais conscientizado, mais se “dês-vela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. Por esta razão, a conscientização não consiste “está frente à realidade” assumindo uma posição falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora da “práxis”, ou melhor sem o ato ação-reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens. (FREIRE, 1980, p. 26).

As ações contínuas da conscientização quanto ao objeto investigado, segundo Paulo Freire, somente são possíveis quando os sujeitos, além de se colocarem diante de determinada realidade, conseguem agir sobre ela para transformá-la, em outras palavras, compreender o objeto de forma consciente significa analisá-lo na totalidade, que inclui entre os diversos conhecimentos, considerando o conjunto dos dados investigados.

Os dados empíricos da realidade e o envolvimento desta com o objeto de pesquisa, revelam quali-quantitativamente que as ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais estão ligadas ao pensamento científico, técnico e político e às práticas educativas, expressas em instrumentos de pesquisa, relatórios das entrevistas, apresentação de tabelas, quadros, figuras, além das categorias selecionadas, seguindo a ordem dos objetivos propostos para a concretização dos resultados.

7.2 Dados Investigativos Quantitativos e Qualitativos por Objetivos

Os dados da pesquisa estão selecionados dentro da temática riscos biológicos, cujo fenômeno de investigação centra-se nas ações de prevenção para os Ps expostos, direta ou indiretamente, aos riscos no cotidiano do HUIBB.

Os resultados estão apresentados de forma contextualizada, na historicidade e visão sociodemográfica, acerca da identidade e relação concreta que têm os sujeitos expostos em ocasião de riscos. É demonstrada a relação riscos biológicos ocupacionais verificados por meio de dados quanti-qualitativos pela observação de campo, entrevistas, questionários e informações dos profissionais de saúde, como foco central da pesquisa.

7.3 Epidemiologia dos Riscos Biológicos Ocupacionais

Para delineamento do fenômeno, é necessário caracterizar a população exposta direta e indiretamente aos riscos biológicos, a fim de conhecer ações que garantam a promoção da saúde dos profissionais.

Dentre os 644 profissionais expostos aos riscos biológicos, foram selecionados 74, como dados amostrais, na maioria, do sexo feminino, conforme a Figura 7.

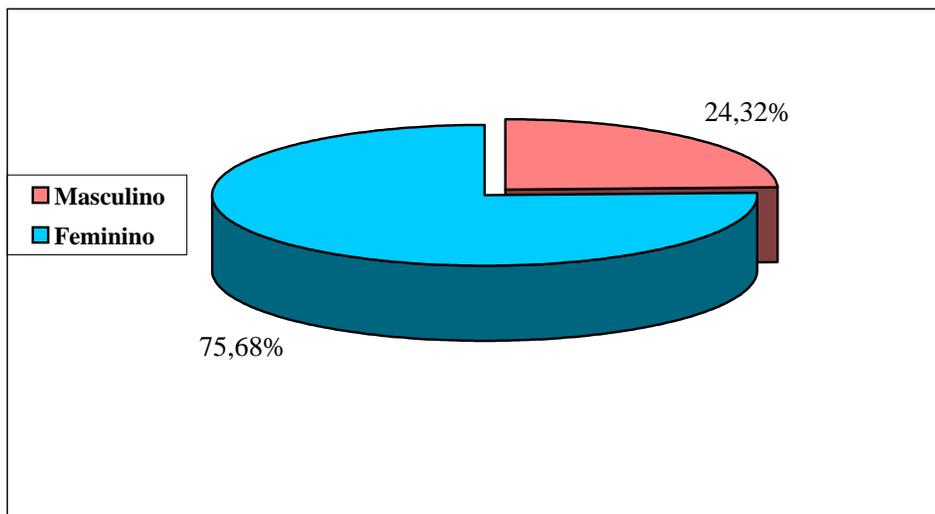


Figura 7 - Distribuição por sexo
Fonte: Instrumento de Pesquisa

As variáveis sexo e idade da Figura 8 são importantes por serem características predominantes da população, haja vista que implica o quanto os riscos comprometem o gênero com relação à função reprodutiva feminina e faixa etária que podem gerar doença ou agravo associado à atividade profissional, e algumas ações adotadas para determinado grupo da população considerada adultos jovens.¹¹

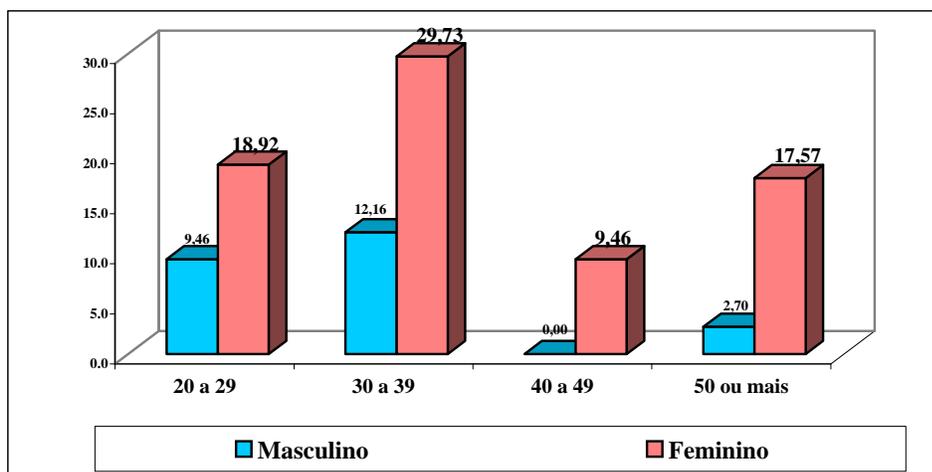


Figura 8 - Distribuição por faixa etária e sexo
Fonte: Instrumento de Pesquisa

¹¹ As pessoas entre 20 e 49 anos formam o grupo etário dos adultos jovens. Esta é a idade em que o grosso da população se inicia em alguma atividade profissional. (ROUQUAYROL e BARRETO, 2003, p. 113)

As variáveis níveis de ensinos e conhecimento de biossegurança para identificar a proporcionalidade de escolaridade com o conhecimento das ações de prevenção, são ilustradas na Figura 9.

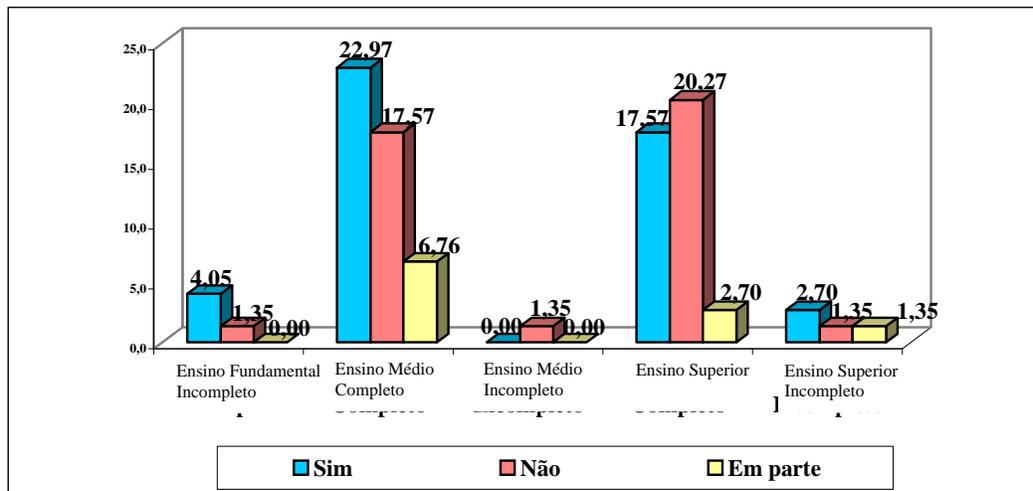


Figura 9 - Distribuição por escolaridade e conhecimento de biossegurança
Fonte: Instrumento de Pesquisa

A Figura 10 demonstra a variável relacionada à pessoa por tempo de trabalho, na instituição hospitalar, onde se realizam procedimentos invasivos com práticas que expõem os Ps, no momento de aplicação das ações.

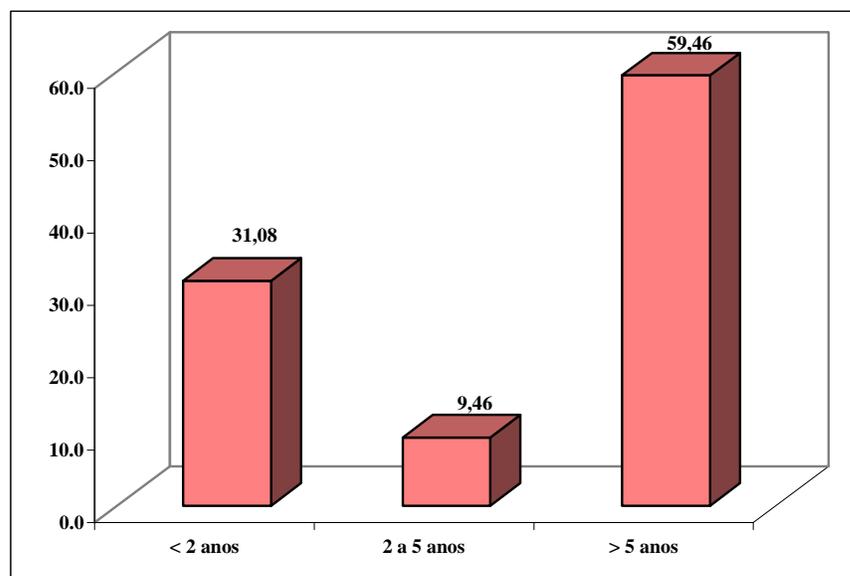


Figura 10 - Distribuição por tempo de trabalho
Fonte: Instrumento de Pesquisa

A Figura 11 ressalta o tempo de trabalho quanto ao conhecimento das ações de prevenção implementada como medida educacional para promoção da saúde do profissional na Instituição.

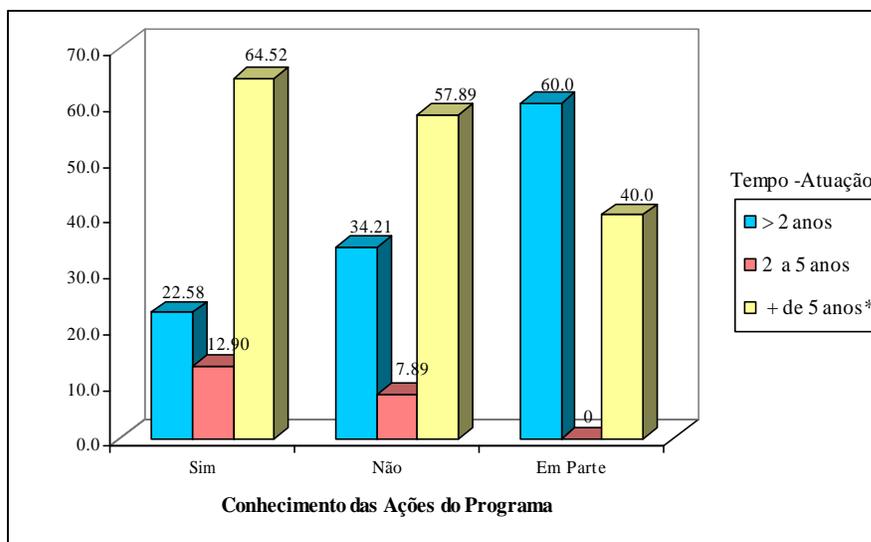


Figura 11 - Tempo de trabalho e conhecimento das ações de prevenção
Fonte: Instrumento de Pesquisa

A Tabela 3 caracteriza a categoria mais exposta aos riscos e o tempo de trabalho dos profissionais da Instituição.

Tabela 3 - Distribuição por categoria e tempo de trabalho na Instituição

Categoria	Tempo de trabalho						Total	%
	< 2	%	2 a 5	%	> 5*	%		
Auxiliar/Técnico de enfermagem*	7	9.46	1	1.35	21	28.38	29	39.19
Médico	1	1.35	1	1.35	9	12.16	11	14.86
Enfermeiro	5	6.76	2	2.70	3	4.05	10	13.51
Residente/medicina	3	4.05	1	1.35	0	0.00	4	5.41
Acadêmico/interno de medicina	4	5.41	0	0.00	0	0.00	4	5.41
Bioquímico/biomédico	0	0.00	0	0.00	2	2.70	2	2.70
Técnico de hemoterapia	0	0.00	0	0.00	2	2.70	2	2.70
Técnico de laboratório	0	0.00	0	0.00	3	4.05	3	4.05
Técnico de histopatologia	1	1.35	0	0.00	0	0.00	1	1.35
Fisioterapeuta	0	0.00	0	0.00	1	1.35	1	1.35
Auxiliar de limpeza	2	2.70	2	2.70	3	4.05	7	9.46
Total	23	31.08	7	9.46	44	59.46	74	100.00

Fonte: Formulário de Pesquisa

*P < 0,05 (Teste do Qui-quadrado)

As categorias médico plantonista, residente e alunos de Medicina internos localizam-se respectivamente nos setores de Pediatria, Cirurgia, Pneumologia e Clínica Médica e os auxiliares de limpeza estão distribuídos pelos setores (Tabela 4) selecionados pela da amostra para a pesquisa.

Tabela 4 - Distribuição amostral de profissionais por setor de trabalho

Setor	Frequência	%
Pneumologia	11	14.86
Cirurgia	10	13.51
Clínica médica	9	12.16
Infectoparasitária	8	10.81
Pediatria	7	9.46
Laboratório	6	8.11
UTI	6	8.11
Agencia transfusional	3	4.05
Centro cirúrgico	3	4.05
Análisepatológica	2	2.70
Broncoscopia	2	2.70
Endoscopia	2	2.70
Fisioterapia	2	2.70
Prova de função respiratória	2	2.70
Lavanderia	1	1.35
Total	74	100.00

Fonte: HUIBB

*P < 0,05 (Teste do Qui-quadrado)

A Figura 12 demonstra a ocorrência de acidentes em profissionais expostos a riscos de acometimento por agravo à saúde do trabalhador, na Instituição hospitalar.

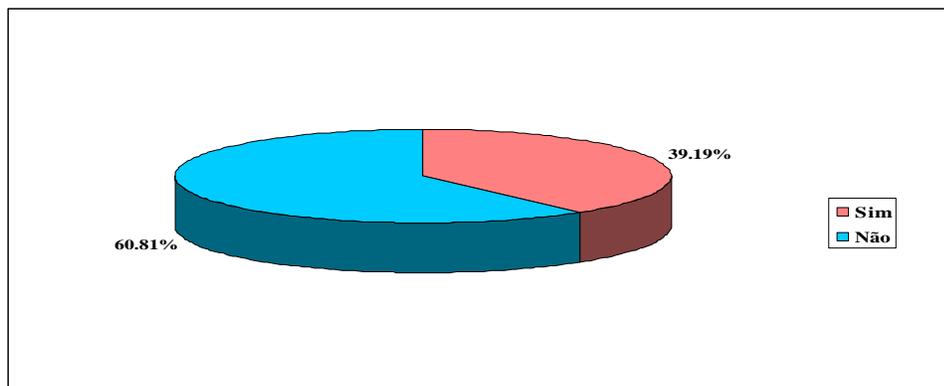


Figura 12 - Distribuição dos acidentes biológicos nos últimos 12 meses
Fonte: Instrumento de Pesquisa

A Figura 13 denota o percentual de notificações/subnotificações, considerando acidentes e riscos de agravos à saúde, podendo se alastrar, com prejuízo das ações para elaboração e intervenção das medidas preventivas. A notificação é o registro dos Ps na CCIH do HUIBB, acometidos de acidentes com material biológico, e as subnotificações têm relação com os Ps que sofrem acidentes e não comunicam à Instituição.

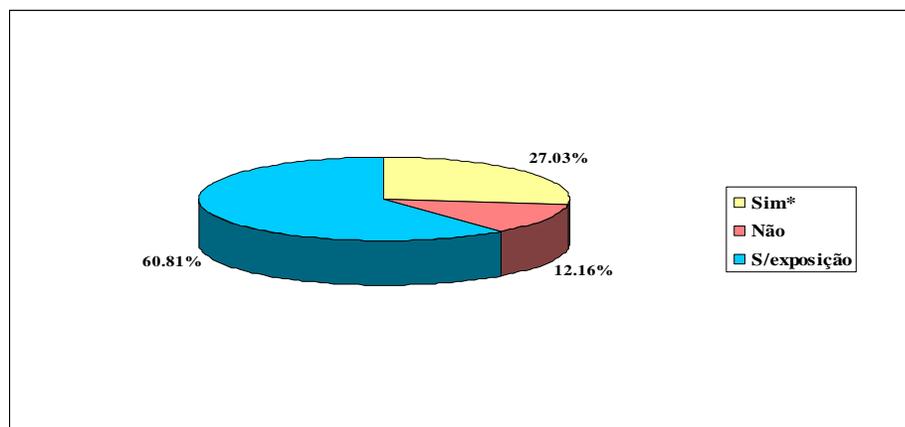


Figura 13 - Distribuição das notificações nos últimos 12 meses
Fonte: Instrumento de Pesquisa

A Figura 14 faz referência a uma das ações de prevenção - a realização de campanhas de vacinação contra doenças imunopreveníveis - importante medida de controle da doença, cuja conscientização pode fortalecer as ações de promoção da saúde dos profissionais e população em geral.

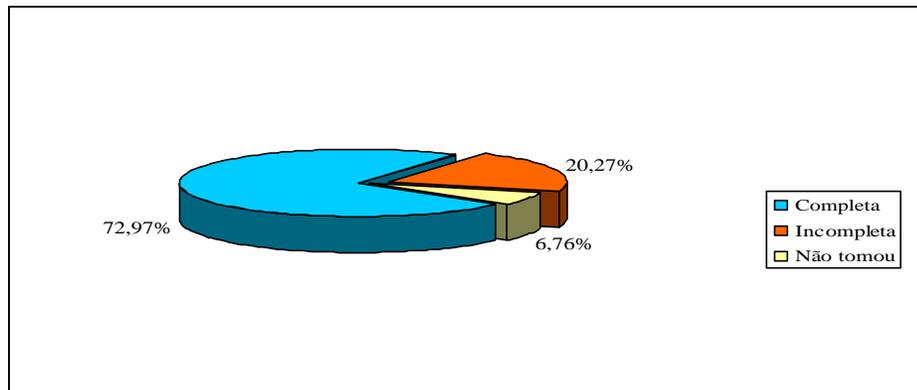


Figura 14 - Distribuição do esquema profilático contra a hepatite B
Fonte: Instrumento de Pesquisa

A finalidade da Figura 15 é demonstrar a vacinação específica contra rubéola pela vacina tríplice viral de profissionais do sexo feminino, haja vista que seu valor é prevenção de doenças de riscos em idade reprodutiva.

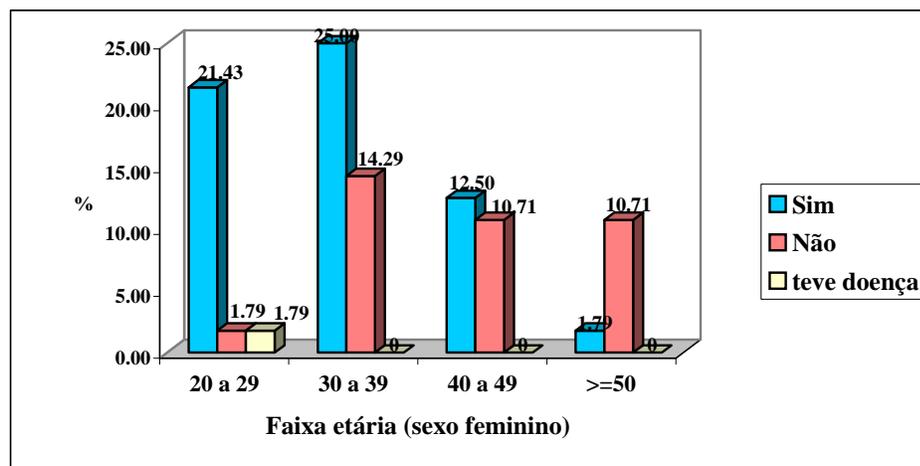


Figura 15 - Distribuição por idade e vacina contra rubéola, segundo o sexo feminino
Fonte: Instrumento de Pesquisa

Outra medida necessária é a vacina como reforço contra o tétano (vacina dupla adulto) que imuniza contra tétano e difteria, imprescindível para a proteção do Ps que trabalha com materiais cortantes.

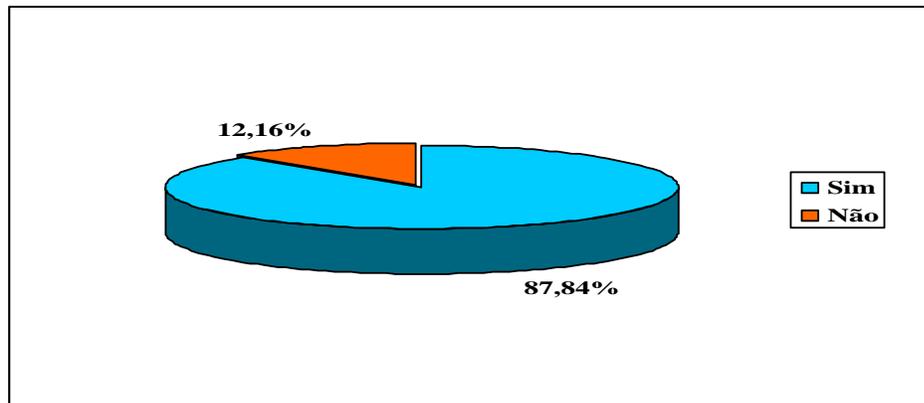


Figura 16 - Distribuição do esquema profilático contra o tétano
Fonte: Instrumento de Pesquisa

A Figura 17 é para esclarecimento sobre o conhecimento ou desconhecimento das ações de prevenção pela Instituição com os Ps expostos aos riscos biológicos ocupacionais.

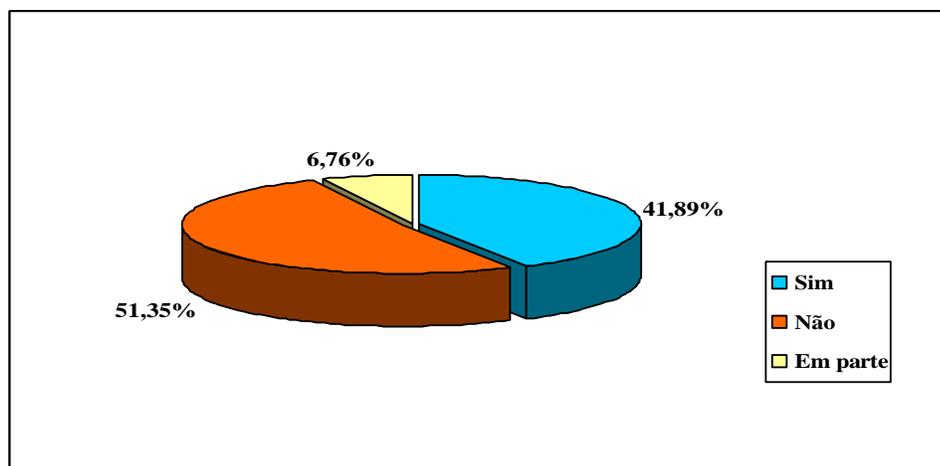


Figura 17 - Distribuição sobre o conhecimento das ações do programa
Fonte: Instrumento de Pesquisa

Com a Figura 18, classificam-se os conceitos atribuídos pelos Ps, às ações da instituição hospitalar como medidas de prevenção.

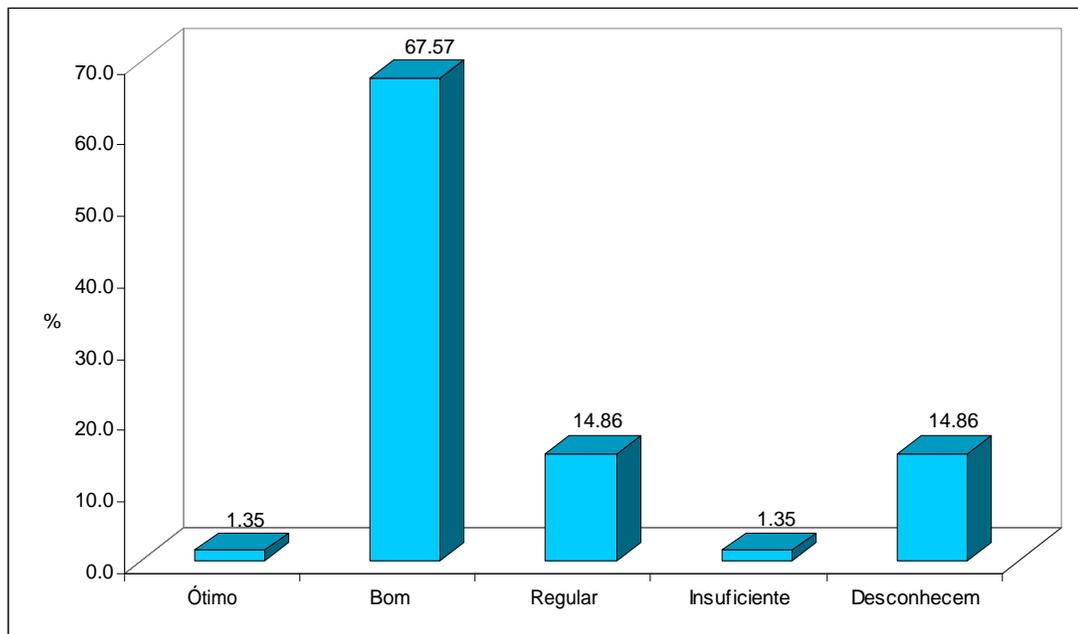


Figura 18 - Distribuição do conceito das ações do programa
Fonte: Instrumento de Pesquisa

Uma das ações de controle e prevenção de doenças ocupacionais está relacionada ao aspecto educativo. Neste sentido, a Figura 19 tem a visão dos Ps acerca das atividades da CCIH que podem contribuir para reflexão sobre a conscientização dos Ps, técnicos e gestores, sobre o problema dos riscos biológicos ocupacionais.

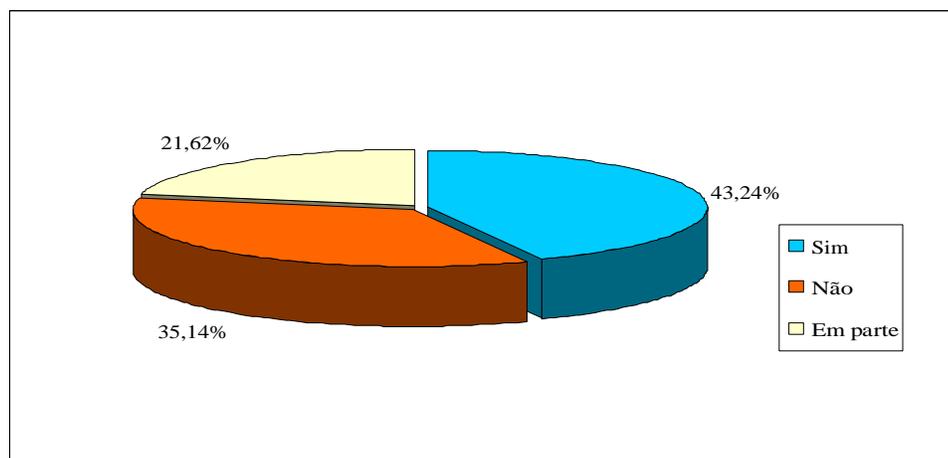


Figura 19 - Distribuição por expectativa das atividades educativas da CCIH
Fonte: Instrumento de Pesquisa

A Tabela 5, sobre o conhecimento dos objetivos do programa, é importante por visar a alcançar metas quantitativas e qualitativas das ações, fortalecendo o desenvolvimento das atividades que permitem a promoção da saúde dos profissionais.

Tabela 5 - Distribuição do Conhecimento dos objetivos do Programa de Prevenção dos Riscos Biológicos - Ps.

DISCRIMINAÇÃO	Frequência	%
Prevenir doenças e acidentes ocupacionais	53	71,62%
Orientar e aprimorar os Ps sobre a prevenção dos riscos ocupacionais	06	8,11%
Não conhece	15	20,27%
TOTAL	74	100,00%

Fonte: Instrumento de Pesquisa

A frequência por objetivo da Figura 20 mostra se o profissional de saúde sabe o que permitem as ações para atingir os resultados.

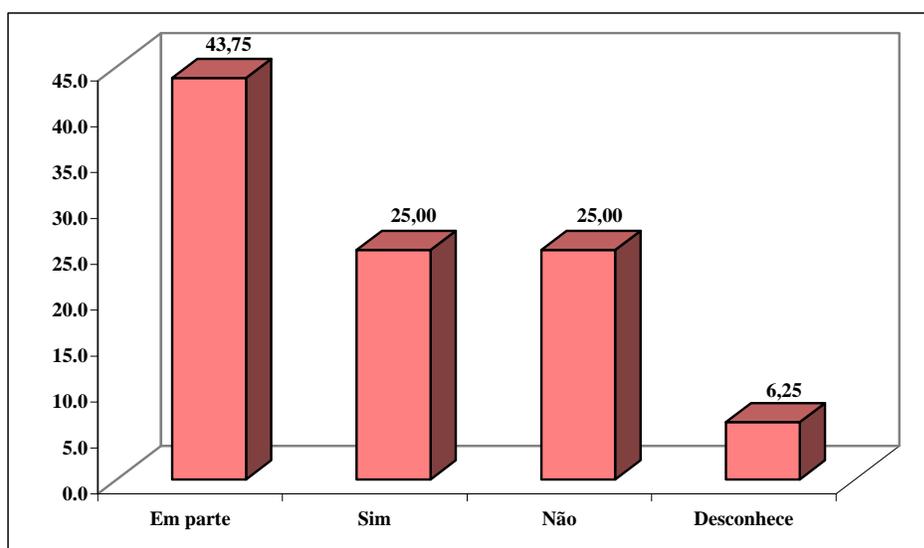


Figura 20 – Distribuição de frequência por objetivo
Fonte: Instrumento de Pesquisa

A Tabela 6 chama a atenção para a importância da formação continuada e permanente dos Ps no trabalho, quanto à sua suficiência, como medida de prevenção dos riscos.

Tabela 6 - Comentário da suficiência das Atividades Educativas para Prevenção dos Riscos Biológicos Ocupacionais - Ps.

DISCRIMINAÇÃO	Frequência	%
Sim	45	60,81%
Não	22	29,73%
Em parte	06	8,11%
Desconhece	01	1,35%
TOTAL	74	100,00%

Fonte: Instrumento de Pesquisa

A Tabela 7 demonstra os setores da Instituição onde os profissionais procuram atendimento em estado de exposição a riscos.

Tabela 7 – Distribuição de providências tomadas nas exposições a materiais biológicos para prevenir contaminação

DISCRIMINAÇÃO	Frequência	%
Serviço da CCIH	41	55,40
Serviço Ocupacional	08	10,81
Serviço Ocupacional e CCIH	05	6,76
Supervisão de Empresa, CIPA e CCIH	01	1,35
Procedimentos pós-exposição	13	17,57
Desconhecimento	06	8,11
TOTAL	74	100

Fonte: Instrumento de Pesquisa

Na Figura 21, tem-se a periodicidade da capacitação dos técnicos e gerentes da Instituição.

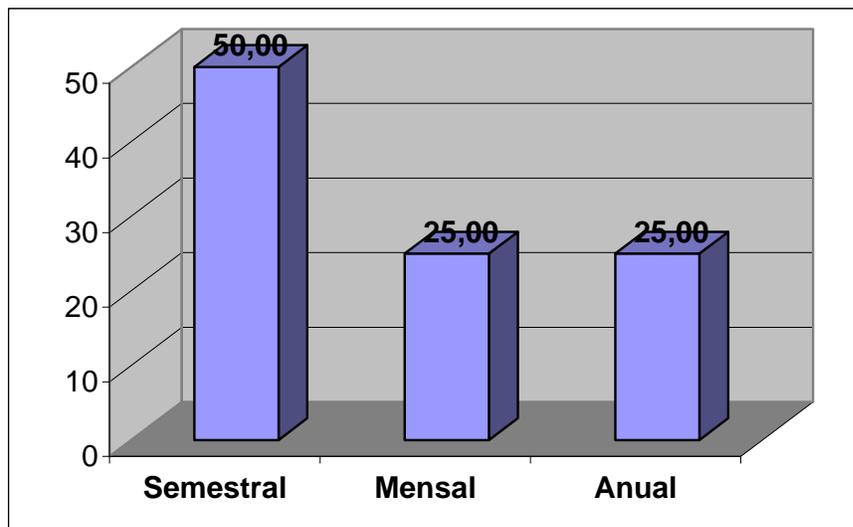


Figura 21 – Distribuição de frequência por periodicidade de capacitação
Fonte: Instrumento de Pesquisa

A Figura 22 mostra a dificuldade dos diversos recursos para as ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

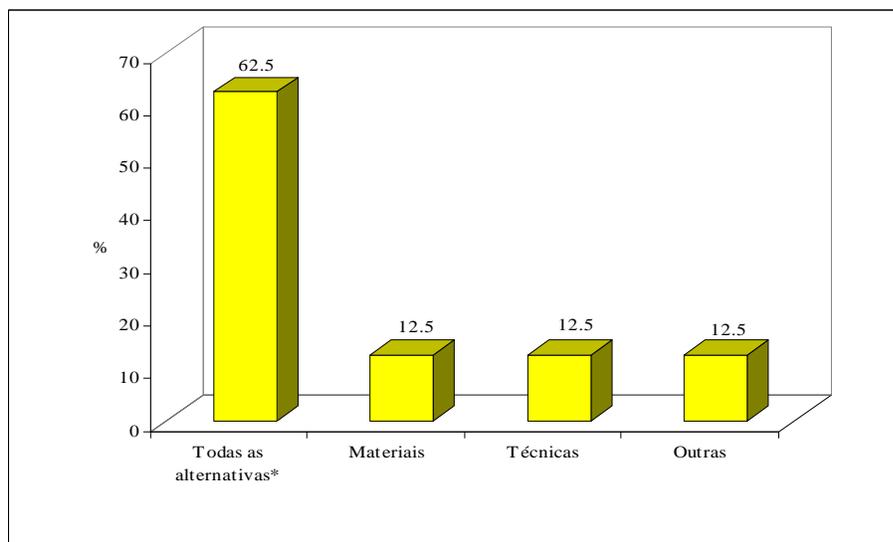


Figura 22 – Distribuição de frequência por dificuldades em desenvolver ações
Fonte: Instrumento de Pesquisa

* Outras - Recurso Financeiro e Humano

A Figura 23 mostra a opinião sobre os recursos empregados nas ações de prevenção que fazem parte do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

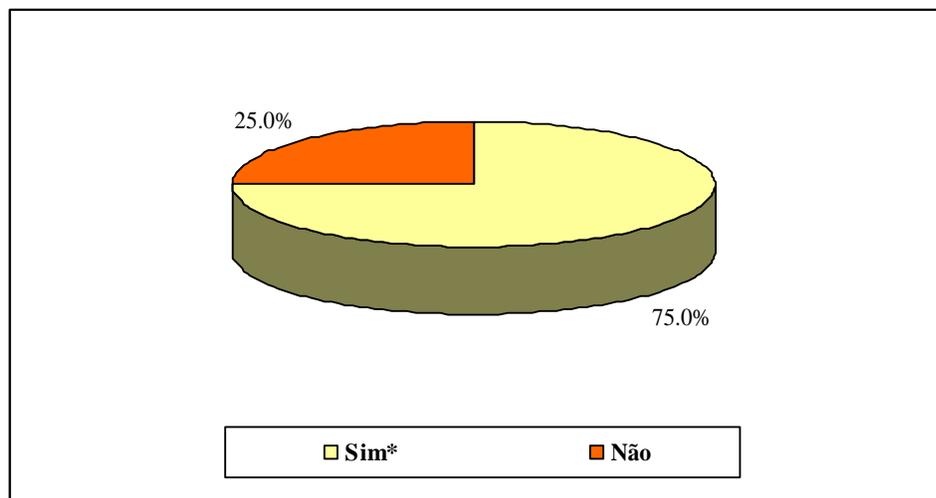


Figura 23 – Distribuição de frequência por eficiência das ações
Fonte: Instrumento de Pesquisa

A frequência por avaliação é vista em função do controle das ações elaboradas por técnicos e gerentes da Instituição.

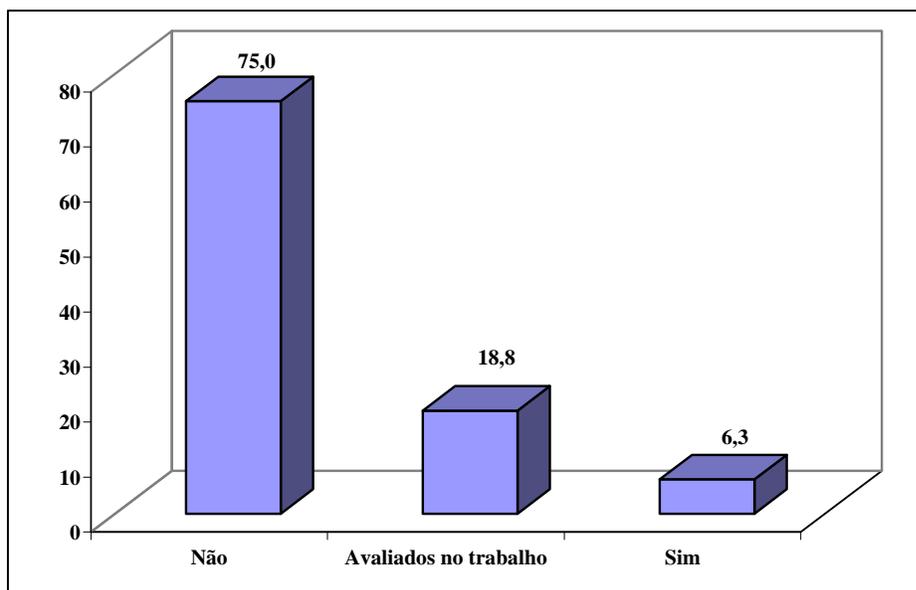


Figura 24 – Distribuição de frequência quanto à avaliação das ações
Fonte: Instrumento de Pesquisa

Após apresentação dos dados quantitativos da pesquisa, a fala dos Ps, técnicos e gerentes foi qualificada pela seleção de categorias que possibilitaram a obtenção quali-

quantitativa, em se tratando dos aspectos referentes às elaborações e execuções das ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, para posterior descrição, interpretação e análise dos dados.

7.4. Dados Categorizados por Objetivos da Pesquisa

OBJETIVOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Analisar as ações de prevenção de riscos biológicos ocupacionais, considerando as práticas educativas que visam à promoção da saúde.	Riscos biológicos; Política de prevenção e formação;	Ações educativas e organizacionais em Saúde; Organização / infraestrutura.
2. Elucidar a percepção dos profissionais de saúde ante as ações educativas do Programa de Prevenção dos Riscos Biológicos.	Política de prevenção e formação;	
3. Elaborar indicadores que subsidiarão a avaliação do Programa de Prevenção dos Riscos Biológicos Ocupacionais.	Indicadores sociais.	

Quadro 3 - Distribuição de categorias e subcategorias por objetivos

Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa.

Finalmente, os resultados estão compatibilizados para análise e discussão, com o propósito de sistematizá-los e tê-los aprofundados pelos referenciais teóricos, para desvelamento da realidade dos Ps com as ações de Prevenção dos Riscos Biológicos Ocupacionais, nas diversas seções, clínicas e setores do Hospital Universitário João de Barros Barreto, vistas como objeto de pesquisa, fundamental para a constituição de indicadores passíveis de avaliação para diagnóstico da realidade e intervenções sobre as situações-problema do ambiente de trabalho.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

**8 AÇÕES DE PREVENÇÃO DOS RISCOS BIOLÓGICOS
OCUPACIONAIS - ANÁLISE E DISCUSSÃO**

8.1 Introdução

O risco biológico não é apenas questão do agravo à saúde dos indivíduos, mas de percebê-lo como problema que interfere nas condições sociais, físicas e biopsicológicas dos profissionais de saúde. Por isso, é de responsabilidade coletiva envolver relações humanas e domínios de conhecimentos técnicos, éticos e políticos, necessários às intervenções das ações.

Neste sentido, o profissional exposto cotidianamente aos riscos não pode ser compreendido isolado do contexto econômico e social onde está situado, pois influencia nas condições vivenciadas no trabalho.

É necessário considerar os riscos biológicos ocupacionais como problema social profundo, que vai além das demandas individuais ou de ações particularizadas e fragmentadas de determinado setor, de certo especialista ou técnica, sem que sejam compatibilizados em plano global da esfera pública institucional coerente com as demandas dos profissionais de saúde que atuam no HUIBB.

Cabe aprofundar as ações de prevenção na análise da política pública voltada para a saúde; as concepções vigentes e implementação no interior da instituição hospitalar, em particular, no Hospital Universitário João de Barros Barreto, tendo como base as experiências dos profissionais de saúde, gerentes e técnicos que se relacionam com os riscos por meio das atividades.

Nesse sentido, os Ps expostos aos riscos, em razão das atividades que desenvolvem na Instituição, precisam de ações de garantia de saúde, sem dissociação dos direitos sociais, como consta na Constituição Federal de 1988, e na Consolidação das Leis Trabalhista (CLT), que, no artigo 6º, versa que o trabalho, educação e saúde são direitos sociais inalienáveis do trabalhador.

Por essa razão, cada vez mais as normas legais, no mundo, estão associando o trabalho humano à honra, à proteção jurídica, à dignidade, à realização pessoal, aos valores e ao dever. Sendo o trabalho dignificante, não pode servir de instrumento de subjugação ou de desrespeito à pessoa humana.

A intenção é analisar os dados do objeto da pesquisa pelas experiências dos Ps, técnicos e/ou gerentes do HUIBB, com vistas às concepções de promoção e prevenção da saúde, formação e assistência, confrontadas com os referenciais teóricos pertinentes à temática, de modo que se tenham condições de contribuir como subsídios para avaliação e formulação de indicadores que fortaleçam as ações do programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

8.2 Variáveis e Categorização dos Dados: posicionamentos e teorias

Os métodos de análise dos dados, inicialmente, situam o perfil epidemiológico¹² sociodemográfico da população institucional, tão necessário para melhor compreensão técnico-epistemológica, política, educacional e também legal dos profissionais de saúde, sobre a prevenção dos riscos biológicos ocupacionais no Hospital Universitário João de Barros Barreto.

É de extrema importância o conhecimento do perfil epidemiológico como etapa imprescindível de identificação dos agravos à saúde que atingem determinada comunidade, pessoas ou grupos mais suscetíveis. Questões foram formuladas em relação às variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, tempo e local de trabalho e exposição a substância orgânica, assim como categorias foram extraídas dos formulários de pesquisa, entrevistas, seguindo-se a observação de campo.

O contato com a literatura sobre os riscos biológicos, educação, avaliação, indicadores, administração e políticas públicas, juntamente com os dados coletados, permitiu maiores e melhores subsídios para o confronto entre as variáveis da questão dos riscos biológicos ocupacionais.

Para evidenciar questões com respeito aos riscos, delinear-se grupos de profissionais expostos, direta ou indiretamente, aos agravos biológicos (74), causas e fatores determinantes, setores, estruturas e ações de prevenção, incluindo as atividades educativas dirigidas às diversas categorias da Instituição.

Neste sentido, pode-se caracterizar importantes eventos epidemiológicos úteis para aplicação das ações de promoção e prevenção da saúde e assistência de doenças ou agravos, e assim fortalecer as atividades de minimização dos riscos biológicos ocupacionais.

Os destaques há pouco referidos podem ser argumentados na referência de Pereira, sobre as relevâncias dos usos das variáveis para o esclarecimento de agravos à saúde:

¹² Conceituar o que seja “perfil epidemiológico” passa a ser uma necessidade para tornar possível a operacionalização dessa exigência legal. A abordagem descritiva, sem dúvida, fornece os recursos fundamentais para essa tarefa. Alguns obstáculos conceituais necessitam ter transpostos, pois, para Breihl (1986), só faz sentido falar perfil epidemiológico quando o delineamento coteja a distribuição dos eventos de saúde-doença pelas classes sociais. Assim, dadas as reconhecidas dificuldades de se generalizar tais abordagens para todos os municípios brasileiros, pode-se interpretar, na referida lei, a expressão “perfil epidemiológico” como um desafio aos poderes públicos estaduais e municipais – para que, através do conhecimento dos problemas de saúde-doença de suas respectivas populações, sejam efetivados o planejamento das ações de saúde e sua avaliação, assegurando o uso racional dos recursos, via controle pela sociedade, sob a égide do princípio de justiça social: saúde, direito de todos. (ROUQUAYROL; BARRETO, 2003, p. 83).

O conhecimento de como um agravo à saúde varia entre segmentos populacionais tem muitas aplicações, sintetizadas, a seguir, em três grandes grupos: expor a situação da saúde de subgrupos da população; fornecer subsídios para explicações causais, ou para levantamento de hipóteses que constituem o ponto de partida para outros estudos sobre o tema; definir prioridades de intervenção, de modo a influenciar a direção de medidas de prevenção e controle, com vistas a proteger os grupos enfermos ou em maior risco. (1999, p.188).

Em se tratando da variável sexo, relacionada à pessoa, constata-se que a diferença pode ocorrer pelo maior risco de exposição no tocante à morbidade. Segundo Pereira (1999, p.188) *... a mulher aparenta adoecer mais do que o homem: no estudo internacional sobre morbidade e uso dos serviços de saúde ... a taxa de morbidade foi de 20% maior nas mulheres*. Em algumas condições, certos agravos incidem nas diferenças de sexo.

Na instituição hospitalar, há predominância do sexo feminino e o HUIBB constitui-se 75,68% (56) dessa população (Figura 7), e *a mulher grávida, visto que inúmeras patologias infecciosas podem comprometer gravemente o desenvolvimento fetal*. (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 2003 p. 843).

Considerando a relação sexo e faixa etária da população (Figura 8), observa-se que 41,89% (31) da população concentra-se na faixa de 30 a 39 anos, 58,11% (43) encontram-se na fase reprodutiva, enquanto que 17,57% (13) têm idade correspondente a 50 anos ou mais.

Isso mostra a importância de investimento em políticas de determinados grupos, como a população do sexo feminino, que necessita de atendimento em educação continuada, de ações e medidas sistematizadas de prevenção, de modo que haja compreensão das doenças imunopreveníveis, dos agravos e promoção da saúde dos expostos aos riscos biológicos, durante as atividades, sem deixar de salientar o fato de que o hospital precisa contemplar políticas que beneficiem também o conjunto dos profissionais e/ou demais grupos expostos em maior risco.

Observa-se, em face do programa de controle de infecção hospitalar e relatório anual da Instituição (2004), que, apesar de comprovado estatisticamente número significativo de profissionais do sexo feminino, não há política focalizada de atendimento a essa variável, já que o perfil epidemiológico de doenças infecciosas é referência de atendimento no HUIBB.

A vacina contra a rubéola, específica dessa patologia, comum na seção de Pediatria, é mostrada técnica e cientificamente nas literaturas, em Couto, Pedrosa e Nogueira (2003), para quem os profissionais desse setor têm maiores possibilidades de acometimento de riscos, principalmente em fase de reprodução, preocupantes pelas graves seqüelas fetais que podem advir da aquisição transplacentária pela gestante, quando ações imunopreveníveis deixam de ser realizadas.

Em função disso, há necessidade de ações para informação e capacitação dos trabalhadores que realizam atividades de saúde, potencialmente expostos a materiais infectantes, pois, segundo o próprio conceito, o profissional de saúde, *é todo aquele que detêm formação profissional específica ou capacitação prática e acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou ações de saúde.* (RAPARINI, 2004)

As políticas de formação inicial e de educação continuada, porém, apesar de garantidas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Brasileira (LDB – 9.394/96), o desenvolvimento de cursos e programas, incluindo capacitação, aperfeiçoamento e atualização, constituem medidas que acontecem timidamente sem que de fato esteja formalizada a ação de formação, como parte da política de prevenção que abranja os níveis de escolaridade.

Isso comprova que a influência dos aspectos educativos na formação dos profissionais de saúde é importante, mas, para que sejam considerados, é necessário que o Hospital amplie e torne suficientes as políticas de capacitação e de qualificação, atendendo a demanda das pessoas, direta ou indiretamente, envolvidas com a questão dos riscos biológicos.

Alguns cursos são ministrados pela Instituição com intuito de capacitação dos profissionais, mas, sem formalização de política das atividades para as diversas áreas do conhecimento relacionado com os riscos biológicos, conforme é mencionado em algumas falas dos sujeitos:

[...] dão o curso para a parte da limpeza e não de evitar contaminação; (Ps70, Ps72, Ps73 – Jan./Fev.2004).

[...] os cursos não abrangem todos os profissionais; (Ps8, Ps10, Ps15, Ps16, Ps23, Ps28 – Abr./Jun./Ago. 2004).

não são disponíveis para todos os turnos. (Ps7, Ps10, Ps17, Ps18, Ps19, Ps22, Ps23, Ps25 – Abr./Jun./Jul./Ago./Set./Out.2004).

Segundo o entrevistado, os cursos dos trabalhadores da limpeza estão direcionados ao conhecimento técnico de limpeza em ambiente hospitalar, ficando descoberta a formação do profissional para conhecimento de prevenção para evitar a contaminação, agravos e/ou acidentes.

Há capacitação, pela Instituição, para os profissionais, porém a preocupação com a escolarização de auxiliares e técnicos da área de enfermagem acontece a partir de uma política coordenada por fora do HUIBB, ou seja, criada pelo Ministério da Saúde, o PROFAE.

A intenção do PROFAE demonstra preocupação com a formação escolar e profissional dos auxiliares e técnicos de enfermagem, a fim de garantir qualidade de serviço, por isso, para essas atividades, há exigência da escolarização mínima.

A escolaridade, em todos os níveis e modalidades de ensino, é um aspecto social importante e de direito das pessoas. Neste sentido, a educação formal pode ser fundamental para que o planejamento das atividades direcionadas à orientação dos riscos biológicos aconteça, de modo que o conhecimento seja compreendido no diálogo, na interação dos saberes e que ocorra nas experiências e nas relações sociais do indivíduo, na sociedade.

A educação formal, além de ser direito, contribui para as transformações e atitudes mencionadas por Paulo Freire (1980). Hoefel e Schneider (1997) enfocam esse pressuposto aos riscos biológicos e sua relação com as práticas educativas, desde que constituídos e planejadas pelas pessoas envolvidas com o problema dos riscos biológicos ocupacionais.

Na Figura 9, vê-se que ainda 5,41% (04) e 1,35% (01) dos profissionais têm respectivamente o ensino fundamental e médio incompleto, da categoria auxiliar de limpeza, o que dificulta, ao profissional, conhecimentos bem elaborados e sistematizados, com visão abrangente do contexto, comprometendo a capacidade crítica na preocupação coletiva com a promoção da saúde, impedindo o avanço do processo de conscientização.

Da população do HUIBB, 47,30% (35) têm ensino médio e 40,54% (30) ensino superior. É que as atividades exigem escolaridade mínima, mas a qualificação profissional fica a desejar, no sentido de aprimoramento técnico e político, no exercício consciente do trabalho.

O perfil da escolaridade tem importância no momento em que se planejam as capacitações, treinamentos e cursos para os que executam as ações e os atendidos.

Nas ações educativas, a concepção de saúde e de riscos biológicos ocupacionais é restrita ao conhecimento biológico (Programa CCIH, 2004), em razão de capacitações e treinamentos em serviços, sem informações que discriminem a perspectiva de se ter um programa com finalidades, objetivos e metas além de planilha de investimento no desenvolvimento das atividades.

Portanto, sem plano, não há controle avaliativo que fortaleça as ações estabelecidas pelas diretrizes do SUS (8080/90) e instruções normativas (NOB-SUS/ 96), que reforçam a necessidade da avaliação e controle do programa das atividades de assistência, prevenção e educativas como política pública.

Ao associar escolaridade e conhecimento das medidas de biossegurança observadas, (Figura 9), que 47,30% (35) dos profissionais de saúde que trabalham, direta e indiretamente

com os riscos biológicos, conhecem as normas e procedimentos, seguros e adequados à manutenção da saúde, e desses, 22,97% (17) têm o ensino médio completo e 17,57% (13), o ensino superior.

Dos 41,89% (31) desconhecem as medidas de proteção, e a escolaridade dos profissionais 20,27% (15) é superior e 17,57% (13) têm o ensino médio completo, o que faz notória a maior participação nos cursos de capacitação de pessoas com a formação escolar média. Conforme fichas de inscrições, os cursos com maior carga horária e vagas oferecidas atendem um número insignificante de profissionais da instituição.

Mesmo assim, os profissionais criticam, quanto à oferta de vagas nos cursos de capacitação: [...] *as vagas que chegam aos setores são poucas e distribuídas por sorteios. E as chefias justificam que não dá para todos participarem das capacitações, por ter poucos profissionais e os serviços poderão ficar descobertos.* (Ps40 Fev. 2004).

A situação decorre de gerenciamento, quanto à estrutura organizacional das capacitações para conhecimento de biossegurança, em razão da deficiência de vagas, comprovando insuficiência de Ps para os serviços do hospital. Fica evidente a falta de critérios em qual setor há necessidade de maior atenção, como citam Cavalcante e Pereira (2000), de avaliação, quanto à probabilidade dos riscos biológicos em cada setor.

Os 10,81% (08) com nível de escolarização completa e incompleta sabem algumas medidas voltadas para prevenção, minimização ou eliminação dos riscos inerentes às atividades de prestação de serviços que comprometem a saúde do homem, do meio ambiente, ou qualidade dos trabalhos de promoção da saúde e meios de evitar agravos ocupacionais, como as técnicas de lavagem das mãos e de isolamento.

Queiroz (1998, p. 184) destaca a importância da educação para a conscientização dos profissionais, independentemente da exposição aos riscos:

Nas medidas educacionais informativas está a base para a conscientização, não só dos trabalhadores, mas também dos administradores hospitalares. Paralelamente, é necessária a implantação na área motivacional, para que os profissionais que assistem aos pacientes utilizem os equipamentos de proteção individual (EPI), sigam as medidas preventivas e exijam os EPI e as condições de rotinas de trabalho com segurança.

A perspectiva de conscientização como meio de informação educacional para aquisição de conhecimentos se contrapõe, ao destacar a estratégia de comunicação na implementação da promoção da saúde para compreensão do entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença nos diversos ciclos de vida, no contexto das relações familiares e das relações com a comunidade. É oportuno referir que

[...] Com base no entendimento de estilo de vida da população não constituem riscos autocriados, a abordagem da comunicação precisa também privilegiar os aspectos educativos em vez de valorizar somente os aspectos informativos, haja vista que a informação em si não provoca mudança de comportamento. Ao privilegiar os aspectos educativos, a comunicação focaliza o receptor – seus desejos e expectativas, o conhecimento anterior sobre o tema, suas atitudes e percepções. Dessa forma, as ações de promoção da saúde ficam mais próximas de levar indivíduos e populações a transformarem hábitos e estilos de vida, construídos com base no exercício da cidadania, gerando, assim, comportamentos inovadores. (ROCHA; RODRIGUES, 2002, p. 266).

E Mendes (1996) reforça o argumento de que a promoção da saúde fundamenta-se na percepção de cada indivíduo e comunidade, acerca dos conhecimentos científicos das práticas de saúde e aplicação desses conhecimentos, o que leva à prática coletiva fundamentada no autoconhecimento e no autocuidado, em evolução constante, na busca do saber viver no ambiente de casa, lazer e do trabalho.

A Figura 10 demonstra o tempo de trabalho dos profissionais na Instituição. A maioria dos profissionais [59,46% (44)] tem acima de 5 anos, 31,08% (23) têm menos de 2 anos de serviço, o que é bem significativo pelo ingresso recente na Instituição, apenas com 2 a 5 anos, e 9,46 % (07) têm menos de 5 anos de exercício nas diversas categorias do HUIBB.

Na Figura 11, a associação identifica o tempo de trabalho em relação ao maior ou menor grau de conhecimento das ações de prevenção, sendo demonstrado que 64,52% informam conhecer as ações e trabalham há mais de 5 anos e, entre os que desconhecem, 57,89% têm mais de 5 anos na Instituição. Outros Ps conhecem parcialmente 60% das ações, com menos de 2 anos. O conhecimento para Paulo Freire é inacabado, contínuo e dinâmico, é um despertar que não pode estar desvinculado da consciência crítica, ou seja, da conscientização da formação continuada e permanente do Ministério da Saúde, em qualquer área do conhecimento para as diversas categorias profissionais.

Quanto à categoria profissional (Tabela 3), registra-se que o auxiliar/técnico de enfermagem é de maior número e o HUIBB dispõe de 39,19% (29), que trabalham na assistência direta ou indireta dos pacientes, com procedimentos técnicos, expostos em maior tempo aos riscos. Em seguida, está a categoria médica, com 14,86% (11), enfermeiros, com 13,51% (10) o que demonstra haver na Instituição categorias profissionais de maior exposição aos riscos, priorizando a prevenção e promoção da saúde.

Os auxiliares de limpeza [9,46% (07)], apesar de não estarem na assistência direta dos pacientes, precisam de conhecimentos técnicos para as atividades quanto à limpeza hospitalar e manuseio de materiais com soluções orgânicas que requerem técnicas de prevenção de riscos biológicos ocupacionais, pela realização de atividades de educação continuada.

Outra categoria profissional neste estudo é a dos residentes, acadêmicos/internos de Medicina [5,41% (04)], que fazem disciplinas, por exemplo, campo de prática, internos, do quinto e do sexto anos de Medicina, ficam na Instituição aproximadamente por noventa (90) dias, cadastrados na seção de coordenadoria acadêmica, por ofício, acompanhados de supervisores das disciplinas.

Na entrevista de funcionários da Coordenadoria Acadêmica do HUIBB, por meio de documentos, constatou-se que a finalidade do cadastro é quantificar o número de alunos do Hospital, para recebimento de verbas, ficando a desejar a investigação de medidas imunopreveníveis, como ação de prevenção para as doenças profissionais ou de trabalho. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O ingresso dos residentes ocorre mediante concurso público, no início do ano, e, dependendo da especialidade, pode ser de 2 a 3 anos, nas áreas de Cirurgia, Clínica Médica, Pneumologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Conforme programação anual de capacitação, os residentes conhecem o funcionamento do Hospital, e fazem o curso de Controle de Infecção, cujos conteúdos trabalhados têm os acidentes ocupacionais, assunto importante de prevenção, pelo fato de terem que prestar assistência aos funcionários que se acidentam.

Apesar dos procedimentos nos cursos da CCIH, a partir das normatizações do MS, falta divulgação rotineira em setores do Hospital, para que estudantes, residentes, funcionários e comunidade hospitalar estejam familiarizados com a prática profissional.

Os alunos não têm vínculo empregatício e os residentes possuem contratos na Instituição, motivos a serem redobrados e necessários para se ter políticas de prevenção relacionadas à biossegurança, à imunização das pessoas que prestam assistência aos pacientes, e aos conhecimentos dos EPIs e equipamentos médicos de forma adequada para procedimentos e normas técnico-científicas a respeito de riscos biológicos ocupacionais, direcionadas às pessoas que ingressam no Hospital e devem ter conhecimento das normas e técnicas seguras dos serviços de saúde. Isso lembra Mastroeni (2004, p. 4):

A educação a biossegurança deve começar pelas escolas, que precisam urgentemente oferecer aos seus estudantes disciplinas importantes e fundamentais que os preparem para a vida profissional, de modo que, ao adentrar em qualquer estabelecimento, seja um laboratório de um instituto, de uma universidade ou de uma empresa, sintam-se suficientemente seguros para o desenrolar de suas atividades

No ingresso dos alunos, o Hospital se restringe a descrever os setores e atividades cotidianas, a visitas por outras áreas, e posteriormente, encaminhamentos deles a setores específicos, com seus preceptores.

Outras categorias profissionais expostas são os técnicos de laboratório [4,05% (03)] bioquímicos / biomédicos com [2,70 % (02)], considerando que manipulam fluidos orgânicos no serviço, além dos técnicos de hemoterapia [2,70% (02)], predispostos aos riscos biológicos ocupacionais por manipularem sangue, hemoderivados e outras soluções orgânicas. Os técnicos de histopatologia e fisioterapia [1,35% (01)] estão expostos a fluidos orgânicos, apesar de trabalharem em setores diferenciados.

A escolha dos setores por profissionais (Tabela 4) foi feita em função da aplicação de técnica de procedimentos médicos aos pacientes internados e clientes de ambulatório, manipulação de matéria orgânica proveniente de seres humanos, considerando que os profissionais executam atividades cotidianas na presença de riscos biológicos.

A Pneumologia e Tisiologia (Tabela 2) é a clínica de maior número de leitos [28,0%(76)], com atendimento a patologias pulmonares, inclusive referência para tuberculose, desde a fundação do HUIBB, com percentagem de 14,86% (11), conforme Tabela 4.

O risco individual é elevado, pois o Ps pode ser infectado pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, segundo Hinrichsen e Pires (2004), cuja transmissão ocorre pela inalação dos bacilos das gotículas em suspensão no ar, expelidas pelo doente ao tossir, falar ou espirrar, ao eliminar bacilos superiores a 5.000 por ml de escarro. A capacidade de transmissão depende das características do indivíduo e dos fatores externos, tornando-se doença de problema social, em virtude da desnutrição, doenças infecciosas, conglomerados de pessoas, habitação ruim /inexistente, renda familiar baixa e formação escolar precária, entre outros motivos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Assim, uma política de promoção e prevenção da saúde, com atividades educativas, é fundamental para esclarecimento e conscientização dos pacientes, funcionários e comunidade hospitalar (visitantes, voluntários ...), pois as ações não estão restritas aos EPs apropriados, mas também à estrutura adequada de iluminação, ventilação, fluxo de ar e enfermarias ou quartos para o paciente que tem ou aguarda diagnóstico.

Importantes medidas de controle da infecção, segundo Hinrichsen e Pires (2004, p.352) vários estudos demonstram que os Ps são grupos predispostos à infecção pelo bacilo da tuberculose, embora não esteja firmado serem os mais suscetíveis, medidas necessárias de que o HUIBB não dispõe na totalidade para o ambiente de trabalho seguro.

Para as infecções multirresistentes às drogas terapêuticas, a clínica possui dois (02) quartos para internação, requerendo medidas específicas de proteção aos que prestam assistência aos pacientes internados, pois é patologia de atendimento específico, no Programa de Assistência a Portadores de Tuberculose Multirresistente.

As dependências são adaptadas para melhor iluminação e ventilação, as máscaras faciais são apropriadas, filtro N-95, com média de duração de 26 dias para pacientes e de 30 dias para os Ps, apesar de não haver local para guarda-las pós-uso.

Fazem parte das atividades do programa a orientação e supervisão das práticas de isolamento respiratório para pacientes e Ps de saúde que lida com essa clientela, sem esclarecimento das ações de prevenção, deixando claro apenas o uso de máscara apropriada para referida patologia.

A infecção que modificou a epidemiologia da doença foi a do vírus da imunodeficiência humana (HIV), maior fator de risco de tuberculose em indivíduos infectados previamente, internados em clínica específica da patologia, diagnosticada como infecção oportunista, com encaminhamento para a clínica infecciosa e parasitária do Hospital, que não dispõe de infraestrutura adequada para atendimento da tuberculose.

A clínica de doenças infecciosas e parasitárias possui capacidade ativa em 23,61% (64) dos leitos do hospital (tabela 2), local onde ficam internados pacientes com doenças específicas do estudo (HIV, hepatite B e C), cuja principal forma de contaminação dos Ps se dá via sanguínea, raramente por vias aéreas, quando da realização de procedimentos invasivos.

Há patologias cujos riscos podem ocorrer por vias respiratórias e cutâneas, associadas ou não a outras doenças infecciosas que podem acometer os Ps, abordados neste estudo, sobre as ações de prevenção, relacionados aos riscos biológicos ocupacionais, com apenas 10,81% (08) da população da clínica (Tabela 4).

A Clínica Médica (Tabela 2) dispõe de 17,71% (48) dos leitos. Participaram da entrevista 12,16% (09) dos funcionários expostos aos riscos biológicos (Tabela 4), enquanto a Pediatria possui 15,86% (43) de leitos e 9,46% (07) são profissionais que fizeram parte do estudo. A Clínica Cirúrgica 14,76% (40) e o percentual dos entrevistados foi de 13,51% (10).

Há outros serviços, com leitos para isolamento [4,33 % (13)], distribuídos nas clínicas de Pneumologia, Pediatria e Infecto-parasitárias, 02 leitos para diálise, além da Unidade de Tratamento Intensivo (10 leitos), leitos de retaguarda, embora apresentem riscos evidentes, requerendo medidas de proteção individual. Na UTI, o total de entrevistados foi de 8,11%

(06) e igual percentual desses profissionais no laboratório, onde há grande quantidade de espécimes.

Em serviços, como Agência Transfusional e Centro Cirúrgico, há 4,05% (03) dos profissionais que participaram do estudo. É evidente o risco pela grande quantidade de sangue nos procedimentos.

Das pessoas entrevistadas, 2,70% (02) pertenciam aos serviços de Anatomia Patológica (Tabela 4), onde são realizados os exames de peças anatômicas e necropsia, broncoscopia, endoscopia, fisioterapia e prova de função respiratória, em que os serviços prestados aos clientes e/ou pacientes são capazes de produzir partículas e aerossóis contaminantes do ambiente.

Na lavanderia, pela amostra aleatória, 1,35% (01)] de funcionários de lavagem de roupas sujas e/ou contaminadas, geralmente, há grande quantidade de microorganismo. Na movimentação, formam-se partículas e inalação de aerossóis por contato direto, que podem contaminar profissionais se, negligenciadas as recomendações de prevenção.

Em função de setores com fatores determinantes peculiares à forma de contaminação por material biológico, há necessidade da especificidade de conhecimentos dos Ps sobre atividades de atendimento a pacientes por meio da educação continuada:

Para conseguir a adesão dos profissionais às normas estabelecidas, é indispensáveis um programa permanente de educação continuada, enfatizando os riscos de transmissão de doenças infecciosas e parasitárias, as diversas formas de contaminação e as medidas necessárias para a proteção individual e de equipe no ambiente hospitalar. (SANTOS e CARVALHO, 2003 p. 236).

Os setores selecionados são áreas insalubres e apresentam riscos direto e indireto de exposição dos Ps, no cotidiano, além da interferência, quando em ambiente físico desfavorável que predisponha aos agravos à saúde, razão por que é importante avaliar, na totalidade, as condições de trabalho em cada serviço.

A Figura 12 indica o número de acidentes com material biológico, nos últimos doze (12) meses, na amostra populacional selecionada, correspondendo a 39,19% (29) de acidentes com substâncias orgânicas, nos diversos setores da Instituição.

Com a análise das fichas de notificação de acidentes ocupacionais por materiais biológicos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), observou-se o seguinte comportamento epidemiológico: a Clínica de Pneumologia [29,23% (19)] foi o setor que mais informou ocorrências de acidentes ocupacionais, havendo mudança epidemiológica quanto à notificação, em comparação aos anos de 1999 a 2000 (TEIXEIRA, 2002), já que os registros

são bem inferiores, apesar de a clínica ocupar aproximadamente 30% dos leitos da Instituição. Em seguida vem o serviço do Centro Cirúrgico [16,92% (11)], setor de grande risco, em se tratando de exposição ao sangue (HOEFEL e SCHNEIDER, 1997).

Na Clínica Infecção-parasitária, com 12,31% (08) de acidentes, estão pacientes internados com doenças infectocontagiosas. Outro local onde se desenvolvem certos procedimentos invasivos e há maior número de pacientes com dependência total, a que se expõe ainda mais o profissional, e é a Unidade de Terapia Intensiva, com 6,15% (04) de casos de acidente.

O serviço de laboratório [3,08% (02)] é um dos setores onde os profissionais manipulam espécimes, porém, em nenhum, deve-se desconsiderar a necessidade de práticas de educação, voltada para riscos biológicos, em dimensão mais ampla, enfatizando a consciência crítica dos Ps, diante da situação, de forma comprometida com as mudanças do processo e condições de trabalho de promoção de saúde.

O profissional de saúde pode sofrer mais de um acidente com material biológico, pois os riscos podem ser variados e cumulativos, dependendo da complexidade do hospital, da função e tipo de assistência prestada, segundo Cavalcante e Pereira (2000), levando ao risco de aquisição do HIV, hepatite e outras doenças ocupacionais. Não pode, pois, desconsiderar também os problemas administrativos e/ou financeiros relacionados à má qualidade dos materiais, falhas na adaptação de estruturas antigas e equipamentos obsoletos, predispondo acidentes.

Os acidentes de trabalho por material biológico devem ser investigados e notificados para atender situação legal e possibilitar ações que priorizem medidas de controle dos setores. Cavalcante e Pereira (2000, p.1290) explicitam que *qualquer falha que dificulta, confunde ou transmite insegurança gera desestímulo à notificação cuja consequência pode resultar na aquisição de doença*. Alguns profissionais relatam no que diz respeito à notificação:

[...] chegam na sala da CCIH está sempre cheia de gente ou as pessoas estão ocupadas; (Ps12, Ps26, Abr./Jul. 2004).

[...] nos termos legais a gente fica em dúvida se vai ou não a CCIH, pois soube que o mais importante é ir à Saúde Ocupacional e se não comunicá-la é como se não houvesse o acidente. O que vale é o que está escrito no prontuário; (Ps12, Ps23, Ps34, Abr./Jun./Set. 2004).

[...] muitas vezes fica com receio se o acidente é para registrar, pois quando é com jelco ou agulha se considera mais grave, mas na mucosa do olho muitas vezes não registra. (Ps11, Ps20, Ps21, Ps23, Ps27, Ps34. Abr./Jun./Jul./Ago./Out. 2004).

Os depoimentos reforçam o problema estrutural e organizacional da CCIH, que tem ambiente físico pequeno, com sala sem espaço para atendimento individual, ocupada pelos técnicos, coordenação e pessoas que procuram os serviços do setor, dificultando o atendimento.

Outra situação é a falta de esclarecimento dos Ps sobre responsabilidades da CCIH e Saúde Ocupacional; ambos os setores precisam dispor de fluxograma para conduta dos acidentes (Figura 2) o que facilita o planejamento interno e a divulgação das responsabilidades concernentes aos setores. Segundo Cavalcante e Pereira (2000), o fluxograma ajuda no conhecimento técnico, legal das NRs, e na minimização do desconhecimento dos Ps sobre as ações dos setores, quanto aos acidentes por material biológico.

Ressalta-se a importância da educação para promoção da saúde, de modo a compreender as concepções e os fatores de riscos expostos à comunidade hospitalar, as limitações dos EPIs, as medidas de proteção individual e coletiva, adotando prioridades para setores que requerem atenção após avaliação da ocorrência e incidências.

O *Center for Disease Control* ressalta que é necessário considerar as subnotificações, mesmo ajustando; estimativas dos acidentes precisam ser relevadas e laudos de inspeções aos cuidados pessoais indicam que 50% ou mais não notificam os acidentes perfurocortantes ocupacionais.

No Brasil, de acordo com dados de anais de congresso, o cenário dos acidentes ocupacionais com material biológico é semelhante ao de outros países, comparados à incidência de acidentes e subnotificações e, segundo Sassi (2004), a justificativa aponta como resposta o *desconhecimento sobre os riscos e/ou não ver necessidade*.

O HUIBB, apesar das subnotificações, aparentemente, difere da literatura (Figura 13), sobre notificação e subnotificações de exposição a fluidos, nos últimos doze meses; dos profissionais selecionados aleatoriamente, 27,03% (20) fizeram notificação da exposição e 12,16% (09) não registraram acidente de trabalho. Portanto, 31,03% (09) das pessoas acidentadas não oficializaram registros no setor responsável pela notificação dos acidentes ocupacionais.

As notificações de acidentes ocupacionais por material biológico, em fichas da CCIH, é motivo de análise do planejamento de prestação de condutas dos funcionários acometidos de agravos, pois a notificação é procedimento legal e importante para a Instituição e para o funcionário, ao caracterizar o acidente na forma da lei, possibilitando o monitoramento e medidas de implementação de condutas de prevenção.

Como os acidentes com material biológico, muitas vezes, não requerem afastamento do trabalho, as subnotificações são evidentes em diversos setores da Instituição, em se tratando de acidente com solução orgânica, sendo importante que os técnicos responsáveis pelo serviço saibam agir com cuidado. Boff (2000), ao dizer que *o cuidar é mais que um ato; é uma atitude, abrange mais do que um momento de atenção e zelo*, razão por que vale citar a fala do Ps:

Era importante que a CCIH fizesse o controle dos casos de acidentes que não retornassem. O servidor precisa muito sentir a valorização. Eu sei que na CCIH são duas funcionárias para muita coisa. Pode até ser que alguém tenha vindo aqui e como trabalho só poderia ser que não tinham me encontrado. (Ps3, Ps4, Ps12. Mar.Abr. 2004).

Isso, para o atendimento no hospital, representa atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro, no caso, a pessoa com quem trabalha. É fundamental a notificação, não somente para estabelecer nexos causais, como também servir para planejar condutas de prevenção e organização do serviço.

Cavalcante; Pereira (2000) argumenta que a presença da chefia imediata, acessível, consciente e motivada, que oriente os cuidados iniciais adequados e estimule a notificação, pode ser de muito auxílio, essencial à preparação dos funcionários, em cada etapa de execução das atividades com rapidez e eficiência, já que as conseqüências podem resultar na aquisição de doenças.

Os serviços devem delinear o trabalho, de modo “transversalizado”, por protocolos dando seguimento ao atendimento para não perder o monitoramento dos casos, avaliação de processos e resultados das ações que minimizam agravos à saúde dos profissionais e tecnicamente permitem emancipação no contexto sobre o trabalho e organização das atividades cotidianas com riscos biológicos.

▪ **O entendimento sobre riscos biológicos**

Os riscos biológicos são realidades da instituição hospitalar, em virtude da assistência que os Ps prestam a pacientes portadores de HIV, HBV e HCV e de graves infecções conseqüentes, como tuberculose, herpes, meningite, rubéola, varicela ... além de exposição a

infecções de bactérias resistentes ou multirresistentes¹³, manuseio de secreções e dejetos humanos, contato com roupas sujas e superfícies contaminadas, como explicita Queiroz. (1998). Sob o ponto de vista de riscos biológicos ocupacionais, é idéia de que

Os riscos ocupacionais devidos os agentes biológicos estão universalmente distribuídos na estrutura de um hospital, sofrendo variações na proporção direta em que há contatos mais intensos e diretos com os pacientes, principalmente no que se refere a excreções, secreções, sangues e outros fluidos corporais. (HOEFEL; SCHNEIDER,1997, p. 352).

Entende-se que os agentes biológicos apresentam riscos na instituição hospitalar, podendo ser disseminados. Armond (1997) acentua *a transmissão de patógenos de pacientes colonizados e/ou infectados para suscetíveis, visitantes e profissionais de saúde*, que têm esta concepção de riscos biológicos:

É algum tipo de bactéria, fungos; (Ps1, Ps2, Ps8, Ps10, Ps21, Ps22, Ps23, Ps24, Ps27, Ps28, Ps29, Ps30, Ps30, Ps33, Ps35, Ps36, Ps37, Ps38, Ps39, Ps41, Ps42, Ps43, Ps44, Ps46, PS47, Ps48, Ps49, Ps50, Ps54, Ps57, Ps59, Ps61, Ps63, Ps64, Ps65, Ps67, Ps68, Ps69, Ps74.PsGT2,PsGT13, jan./dez. 2004).

São microbactérias que têm no ar ou contato com alguém; (Ps7, Ps11, Ps13, Ps14, Ps25, Ps40, Ps70, Ps71, Ps72, Ps73, jan./fev./abr./jul. 2004).

É o risco de contaminação com materiais biológicos quando têm agentes como bactérias, vírus; (Ps3, Ps4, Ps7, Ps12, Ps15, Ps16, Ps31, PsTG14, PsTG15, jan./dez. 2004).

É evidente que os agentes biológicos apresentam risco potencial para o homem. A Portaria Nº 37/2002, do Ministério do Trabalho (MTb), pela Norma Regulamentadora (RN-32), classifica agentes biológicos em grupos I, II, III e IV e apresenta critérios avaliados como *a patogenicidade para o homem, a virulência, o modo de transmissão, a endemicidade e a existência ou não de profilaxia e de terapêutica eficazes*, riscos considerados quando do manuseio dos agentes infecciosos.

¹³ A origem de bactérias resistentes no ambiente hospitalar comumente está vinculada a pacientes colonizados ou infectados por estas cepas, que funcionam como reservatórios a partir dos quais pode ocorrer transmissão cruzada a outros pacientes, especialmente através das mãos dos profissionais de saúde, quando negligenciam a lavagem... não obedece a critérios bem estabelecidos, contudo um critério comumente utilizado tem sido a resistência a duas ou mais drogas, de classes distintas, para as quais as bactérias são habitualmente sensíveis. Pode-se também considerar resistência a certas drogas de primeira linha com critério para se considerar cepas bacterianas problemáticas, com perfis de sensibilidade distintos dos comumente encontrados em outros isolados da mesma espécie (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 2004, p.579-581).

Para os Ps, são riscos biológicos na presença dos agentes infecciosos e também no que diz respeito à complexidade de atendimento do hospital como local de risco:

A capacidade que o indivíduo tem de se infectar principalmente no HUIBB que tem bactérias, fungos, protozoários e a gente pode estar presenciando; (Ps26, jul.2004).

É o risco de contaminação por bactérias, fungos nos locais de serviços e na realização dos procedimentos que pode ter mais ou menos riscos; (Ps40, Ps58, Ps66, maio/jun./nov. 2004).

A gente trabalha com tanta patologia aqui no HUIBB como meningite, tuberculose, HIV, é diferente do outro hospital que trabalho, no setor de hemodiálise lá aparece casos esporádicos de HIV, mais, no HUIBB os riscos são maiores, inclusive conheço colegas que já adquiriram tuberculose; (Ps9, abr.2004).

Embora alguns Ps tenham conhecimento de riscos, de acordo com doenças características do HUIBB, pelos perigos aumentados em adquirir doenças transmissíveis, por outro lado, não compreendem que a complexidade dos riscos está na dimensão também como fator de ordem ambiental, física e sociocultural, por ser local de referência para tratamento de doenças infectocontagiosas.

Além do mais, os Ps não mostram com clareza a abrangência da existência dos agentes biológicos nos humanos, animais, indivíduos em período de incubação, nos portadores crônicos, realidade enfrentada cotidianamente no ambiente hospitalar, tendo risco de transmissão durante os processos e as condições de trabalho, destacadas no seguinte pensamento:

O conhecimento das vias de transmissão dos agentes biológicos é de grande importância para prevenir sua disseminação, bem como para eliminar crenças infundadas que estão profundamente arraigadas nos profissionais de saúde, as quais dificultam ainda mais a utilização de normas de biossegurança. (HOEFEL; SCHNEIDER, 1997, p. 353).

O conhecimento de riscos biológicos, de certa forma, retrata uma visão simplista, posição ingênua, criticada por Freire (1989), no processo de conscientização, estabelecendo a idéia de que, no conhecimento, a relação não ocorre apenas pela própria experiência, de crenças e valores, pela capacidade de analisar o contexto, no caso, das condições e processo de trabalho, aproximando o objeto riscos biológicos com a realidade.

Percebe-se que o conhecimento ainda é fragmentado, embora as experiências dos Ps devam ser consideradas como elemento importante no entendimento da situação dos riscos biológicos ocupacionais no HUIBB, ao assinalarem que:

Está numa má estrutura onde se manipula o material biológico que pode trazer danos à integridade física da população no ambiente hospitalar; (Ps6, PsTG5, mar./out. 2004).

[...] é quando se vai fazer um procedimento como aspirar um paciente pode provocar aerossóis, podendo contaminar os Ps e o ambiente; (Ps13, Ps19, Ps25, Ps56, jun./jul./mar. 2004).

Essas compreensões denotam que agentes infecciosos apresentam risco potencial ou real para o homem e meio ambiente e, segundo Hinrichsen e Pires (2004, p. 314), por essa razão, é fundamental montar estrutura que se adapte à prevenção de riscos, nas diversas unidades de assistência, em procedimentos que favoreçam condição e processo de trabalho.

Quando o profissional realiza assistência ao paciente, ele pode estar propício ao risco de contaminar-se com secreções e excreções e por não usar os EPIs adequadamente; (Ps17, Ps22, Ps34, jun./set./out. 2004).

É a possibilidade do Ps durante sua atividade de trabalho ao cortar órgãos, já que faço necropsia e manipulo líquido de aspiração brônquica, posso me contaminar; (Ps55 mar. 2004).

A abordagem sobre os riscos biológicos é ampla. É o contato com secreções orgânicas de pacientes e o risco está nos acidentes inclusive com o sangue. Eu também relaciono com a limpeza do hospital e estrutura adequada, a gente pode causar contaminação às pessoas quando não temos cuidado. Vejo que entendemos em relação as outras categorias quando realizam procedimentos, como o funcionário da limpeza que a gente ensina como limpar, mas não se conscientizam como fazer, porque, eles só sabem que devem fazer.(PsTG9 ago. 2004).

É fato que, além da estrutura física, a necessidade de procedimentos de assistência aos pacientes e a manipulação de matéria orgânica são riscos iminentes para os Ps, o que requer abrangência de conteúdos trabalhados, por meio de atividades educativas, no cotidiano do hospital, como medidas específicas para evitar acidentes e doenças ocupacionais por material biológico, sobre o que muitos têm a compreensão de que:

É o contato direto com o sangue de pacientes; (Ps51, Ps46, PsTG4, set./dez. 2004).

São as secreções que entramos em contato; (PsTG1, Ps11, abr./out. 2004).

É o risco que a gente se expõe diante da matéria orgânica; (Ps62, jun. 2004).

É um risco de contaminação com materiais biológicos, algo que possa ser infectante e tenha solução orgânica; (PsTG10, PsTG11, ago. 2004).

São secreções como sangue e também qualquer espécie de fluidos e excretas dos pacientes que, ao entrarmos em contato com esses riscos pode desenvolver doenças; (PsTG3, Ps5, mar./set. 2004).

Nesse sentido, as definições sobre riscos se relacionam a determinados materiais biológicos, na visão dos profissionais, consoante comprovam Hoefel e Schneider, ao descreverem que os materiais biológicos contêm agentes potencialmente infectantes, provenientes do corpo humano, como escamas secas de pele que podem transmitir microorganismos. Além do mais, consideram importante o conhecimento para eliminação desse material, e que as pessoas hígdas também eliminam agentes da microbiota normal e forma de transmissão, quando ocorre ação inadequada, após tocar o próprio material biológico.

Qualquer objeto pode se tornar fonte de contaminação: os equipamentos médicos, medicações e EPIs, usados inadequadamente após procedimentos com paciente e matéria orgânica, inclusive as áreas de superfícies de bancadas, pisos..., devem ser zelados para promover a saúde dos Ps nas relações sociais do ambiente de trabalho.

Os Ps enfatizam que promover saúde e prevenir agravos são fatos relacionados às ações individuais, emitindo limitações e enfocando proteção, no sentido apenas do uso de EPIs, deficiências e falhas técnicas dos procedimentos.

É quando não se protege adequadamente usando EPI(s) e por isso pode disseminar doenças; (Ps70, Ps71, Ps72, PsTG6, jan./fev. 2004).

O prejuízo pode vim do contato com materiais biológicos dos seres humanos ocasionando riscos que possibilitam a transmissão de doenças; (PsTG7, Ps20, Ps45, jun./set./dez. 2004).

Aqui no hospital o risco está nas 24 horas em que o sujeito se encontra e principalmente no contato com sangue. Se não temos cuidados com as agulhas que tem sangue é muito perigoso. (Ps11, abr. 2004).

Ressalta-se que o contato com sangue é a principal fonte de contaminação e acidentes por material biológico, segundo Cardo (1997), e, ao se perceber o fortalecimento de defesa pela conceituação de riscos voltados para acidentes e manipulação de materiais, após procedimentos dos Ps, dizem que:

É acidente de trabalho ao manusear os materiais de punção lombar, perfurocortante no expurgo e o não uso de EPI(s); (Ps57, fev. 2004.)

É o risco de contrair alguma doença, é arriscar a vida se não tiver a consciência da exposição e às vezes as pessoas mesmo conscientes preferem ariscar; (PsTG8, set. 2004).

A gente que trabalha na área suja se expõe muito, há vários tipos de situações que acaba acontecendo os acidentes, no hospital têm contaminação em todas as áreas, por isso, a gente deve estar preparada para não se expor a esses riscos, com os usos de EPI(s). (Ps73, mar. 2004).

Embora o hospital apresente riscos ocupacionais para o trabalhador da saúde, cada risco tem especificidade, tornando-se complexo e requerendo práticas interdisciplinares com ações preventivas que, segundo Cavalcante e Pereira (2000), devem ser realizadas em conjunto pela CCIH e SESMT.

Considera-se a necessidade de participação ativa da administração, gerentes e Ps que, direta e indiretamente, vivenciam riscos biológicos, de modo a delinear ações do programa, atribuições, objetivos e metas, cuidadosamente definidos.

É qualquer risco que vai prejudicar a vida do ser humano, apesar de ter educação continuada e permanente, tem que fazer as vacinas para evitar doenças, ter condições de materiais, usar EPI(s), lavagens das mãos. Solicitei da SESMT a sinalização, e sempre esse setor fazem o diagnóstico dos riscos que envolvem o hospital e o profissional. (PsTG12, ago. 2004).

Geralmente os Ps demonstram saber algo relacionado a riscos biológicos, com certa concepção, embora tratem a questão sem a devida preocupação com os danos causados ao indivíduo, em caso de contaminação, ou de acidente ocupacional, consequência da deficiência de amplos conhecimentos que abrangem a dimensão de riscos e, assim, fortaleçam práticas que possibilitem pensar criticamente a problemática vivenciada no cotidiano do trabalho.

É condição para o entendimento da prevenção dos riscos ter como base o conhecimento crítico que leva os Ps a perceberem riscos biológicos como problema social possível de ser

encarado pela implementação de ações educativas permanentes, que vão além das práticas de serviço, das atualizações, das especificidades de assuntos e generalização de conhecimentos.

Isto pode ser exemplificado, à citação dos Ps, da educação continuada e permanente apenas com base em atividades de capacitação e treinamentos da CCIH e SESMT, que se restringem a conteúdos voltados para a questão de vacinas, uso de EPIs e procedimentos técnicos isolados da relação do contexto laboral, o que impede ver as ações na construção coletiva do conhecimento, reflexões e fatores de riscos biológicos, em termos de análise sobre formas de condições e processo de trabalho, do conjunto de aprendizagens significativas para o coletivo, contribuindo, segundo Freire (1980), na conscientização e tomada de decisão transformadora das práticas da realidade contextualizada.

Diante desses questionamentos, a visão dos Ps está focalizada especificamente no contexto da convivência, de acordo com a função desenvolvida no ambiente de trabalho, comportamento e reflexão sobre riscos biológicos ocupacionais, em parte, produto da confirmação do desconhecimento dos riscos, ao comentarem:

Agora você me pegou! não sei te responder, mas sei que têm o risco dentro do hospital; (Ps66, maio 2004).

Eu sei que tem o risco é muito grande e em tudo, mas não sei te especificar. A gente sabe que existe, e muito. Eu gostaria de saber se é no ar, vento. Você trabalha com o risco? Isso eu sei que só trabalho e estou correndo o risco. (Ps68, maio 2004).

A situação reforça os pensamentos de Cardo (1997), Hoefel e Schneider (1997) e Rasparini (2004), ao assinalarem que os Ps desconhecem ou menosprezam os riscos à saúde, inerentes ao trabalho; encaram com naturalidade ou resignação porque sabem da existência dos riscos, mas não sabem como, ou não podem evitá-los e *em ambos os casos, tanto paciente quanto o profissional podem ser prejudicados, se não forem adotadas providências no sentido de bloquear a cadeia epidemiológica da infecção hospitalar.* (HOEFEL; SCHNEIDER, 1997 p.353).

No Hospital, os Ps ainda não dispõem de conhecimento da dimensão dos riscos biológicos, embora, de forma limitada, formulem idéias e conseqüências dos danos que podem ocasionar ao trabalhador da saúde, de acordo com as experiências profissionais, formação, processo e condições de trabalho da Instituição, expressos em diferentes concepções, contribuindo para elaboração dos seguintes conceitos.

Riscos biológicos ocupacionais - constituem uma condição biológica que apresenta potencial e causa de danos ou agravos ao trabalhador, pessoas, produto, ambiente ou serviços, podendo ultrapassar as fronteiras do hospital e atingir vários segmentos da população.

Riscos como agentes biológicos - vírus, bactérias, fungos, protozoários, parasitas, entre outros, encontrados em secreções, excreções ou dejetos, e estruturas do hospital podem conduzir a riscos de contaminação de objetos, substâncias, ambientes, como ar, água, superfícies (piso, paredes, leitos, cadeiras e outros) e organismos, que podem se desenvolver ou multiplicar-se em condições favoráveis (Figura 25, 26, 27, 28);

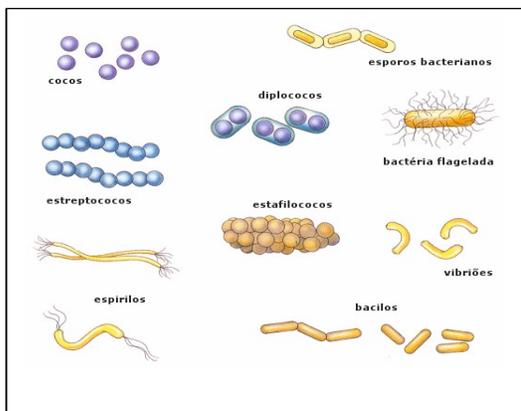


Figura 25 - Bactérias
Fonte: Gallavotti, J.(1997)

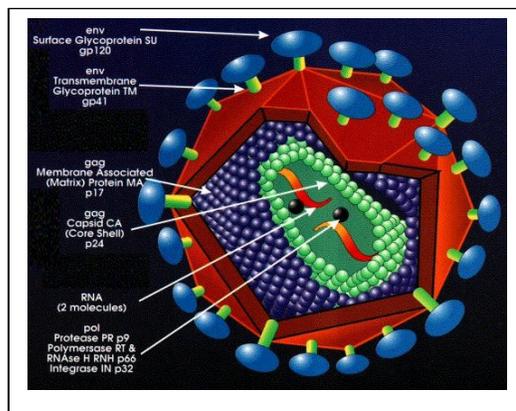


Figura 26 - Vírus HIV
Fonte: Adams, D. J.(2001)

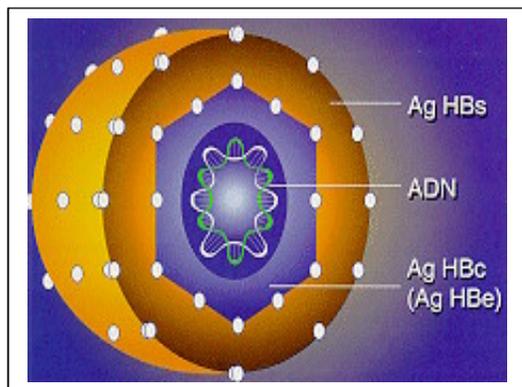


Figura 27: Vírus da hepatite B
Fonte: Betel, M.(1998)

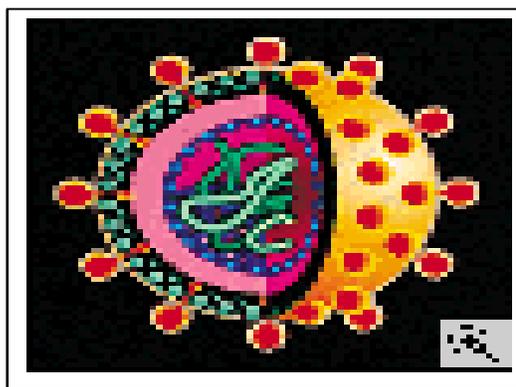


Figura 28 - Vírus da hepatite C
Fonte: Champagne, J.(1998)

Riscos relacionados com a estrutura, serviços e produção do conhecimento - sob o ponto de vista estrutural, têm relação os riscos com locais adequados e inerentes às atividades de prestação de serviços, pesquisa, produção, ensino e desenvolvimento tecnológico em saúde, para os profissionais, que atuam nos setores, tendo necessidade de segurança que proporcione integridade física a população no ambiente hospitalar (Figura 29):



Figura 29 - Sala de cirurgia-centro cirúrgico
Fonte: www.derm.com.br

Riscos biológicos baseados nas situações especiais - envolvem diversidade de situações de perigo do profissional, podendo se contaminar e disseminar a outras pessoas, nos serviços de apoio, como a lavanderia, no manuseio de roupas sujas (Figura 30), a central de esterilização, onde há processamento de materiais usados pelos pacientes, bem como nos procedimentos de limpeza dos setores do Hospital e nas infecções cruzadas de pacientes e profissionais.



Figura 30 – Serviço de Lavanderia – Risco de exposição
Fonte: autora da pesquisa

Riscos biológicos relacionados com assistência - o profissional de saúde se expõe, pela assistência aos pacientes, que podem predispor riscos aumentados, sem riscos aumentados, e, cuja susceptibilidade do indivíduo quanto ao sistema imunológico pode estar relacionada à deficiência por causa genética, e fatores decorrentes de infecções prévias, predispondo agravos à saúde (Figura 31).



Figura 31: procedimento laboratorial

Fonte: www.crbl.com.br

Riscos biológicos voltados para as medidas de prevenção - os Ps expõem-se aos riscos quando não usam as precauções-padrão de forma adequada, em procedimentos, por não terem consciência da importância dos riscos que podem ocasionar determinados eventos, como acidentes e doenças do trabalho, por estarem propícios às transmissões de doenças direta ou indiretamente, para outras pessoas, comprometendo a saúde do ser humano (Figura 32).



Figura 32 – Risco de exposição

Fonte: www.crbl.com.br

Riscos biológicos como uma realidade do Hospital - os riscos biológicos ocupacionais estão nas 24 horas em que o sujeito se encontra no Hospital, mediante fatores intrínsecos, próprios do indivíduo, e extrínsecos, associados à combinação de fatores externos do trabalho, predispondo o surgimento de doenças como acidentes, estabelecidas nonexo causal.

Riscos biológicos e sua amplitude - fazem parte dos vários riscos da Instituição hospitalar, o que depende de conhecimentos e da consciência crítica dos Ps, predispostos a diversos fatores, entre os quais os comportamentais; medidas preventivas e ações de saúde, sem a compreensão mediante atividades de formação, informação e comunicação, com vistas à educação continuada e permanente.

Diante dessas constatações, as concepções de riscos biológicos dos Ps do HUIBB, merecem atenção individual e institucional, haja vista que o contexto das ações de prevenção dos riscos biológicos fazem parte da estrutura, forma de organização dos serviços, envolvendo recursos e pessoas no momento de definição do diagnóstico da realidade do Hospital, formalizando objetivos, metas e indicadores avaliativos que devem ser explicitados nos planos ou programas relativos à política de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Tendo como referência as diretrizes do SUS, as normas legais e a literatura sobre riscos para vigilância epidemiológica e controle de doenças, a vigilância sanitária, educação para a saúde e saúde do trabalhador possibilitam políticas de intervenções para que as ações de prevenção sejam efetivadas, segundo Rouquayrol e Golbaum (2003), dependendo de medidas técnicas, administrativas e socioeconômicas.

▪ **Políticas de Prevenção e Formação**

As Políticas Públicas são fundamentadas em bases teórico-científicas e também legais para orientar governos e instituições no planejamento das ações para atendimento da comunidade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), sendo as ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais do HUIBB parte do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e do Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT), de acordo com as peculiaridades do Hospital, e para referência no atendimento de doenças infectoparasitárias.

Com base na especificidade das doenças em estudo, foram elaboradas ações de prevenção de risco em HIV, HBV e HCV, com a participação de órgãos competentes da saúde, responsáveis por políticas de orientação de condutas pré e pós-exposição, com a intenção de evitar contaminação dos profissionais.

Para análise das ações do HUIBB, foram extraídas categorias de questionamentos de Ps que elaboram e executam tais ações, a seguir delineadas.

▪ **Forma de desenvolvimento das ações pelos técnicos de cada setor**

Entende-se que os técnicos da CCIH, SESMT e demais setores relacionam o desenvolvimento das ações com as atividades do trabalho de capacitações, treinamentos e palestras.

As ações coordenadas de educação continuada são feitas com a utilização de recursos como data show e tema trabalhado sobre biossegurança. (PsTG3, PsTG10, set./out. 2004).

Faço capacitação no dia-a-dia, oriento quando vejo falhas, ainda não é sistemático, realizo palestras, fixo panfletos nos quadros de aviso e divulgação setorial. (PsTG5, out. 2004).

Faço palestras, comumente quando acontece o acidente e falo sobre outros temas. (PsTG8, out. 2004).

Palestras, usar a Internet como um meio para o conhecimento e isso, não é disponibilizado pelo hospital. (PsTG2, out. 2004).

Treinamento em serviço dos profissionais e da comunidade. (PsTG15, ago. 2004).

Ainda que os técnicos utilizem o discurso de realização das ações de educação continuada, não ficam esclarecidos os fundamentos e as diretrizes que garantem sua implementação, como é defendido pelo BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), ao expressar que as atividades específicas são inseridas como proposta de educação continuada e *permanente baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais em ação na rede de serviços* e que somente reforça a ausência dessa política ao serem analisadas as demais falas:

Manter um grupo de estudo para melhorar a questão da prevenção, pois, não acontece do jeito que a gente quer e não existe realmente um controle. (PsTG14, ago. 2004).

Orientação em trabalho para todos os profissionais através dos manuais. (PsTG13, PsTG16, ago. 2004).

Visito a equipe, fazendo observação de materiais e documentos, estudo clínico, que, inclusive, deve ser estimulado para os técnicos e auxiliares de enfermagem, procurei envolver a CCIH; é preciso trabalhar com números para mostrar que os Ps precisam de EPI,s, pois, temos a característica de hospital escola. (PsTG10, out. 2004).

Reuniões para os casos de problemas e treinamentos. (PsTG4, set. 2004).

As ações, como medidas educativas, comprovadas na observação de campo e pelas falas, segundo o que é descrito pelo MS, ao apontar que devem ser *construídas*, com *carga horária, conteúdos e dinâmicas definidas centralmente*, demonstram ainda não estarem bem sistematizadas, quanto à organização do tempo, espaços e metodologias, a serem trabalhados no processo de formação de cada setor.

Por normas e rotinas e quando é admitido um funcionário novo no grupo, são passadas informações através desses conteúdos, e na DIP¹⁴ é oferecido um tipo de minicurso. (PsTG, set. 2004).

Estabelecimento de protocolos com relação à conduta clínica. (PsTG7, ago. 2004).

Por cronograma para o setor de nutrição, lavanderia e enfermagem, que são ações periódicas; a administração precisa ter a visão total sobre como ocorrem as atividades. (PsTG11, ago. 2004).

Por meio do cronograma das ações no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) com a Mensuração de ruídos, temperatura; infelizmente contaminantes químicos não têm, riscos biológicos não é possível mensurar. (PsTG6, set. 2004).

Diante das falas, além da falta de sistematização das ações para cada setor, sua finalidade para formação e prevenção do controle dos riscos biológicos ocupacionais restringe-se à aplicação da ação em si e utilização das rotinas de procedimentos, tratadas como instrumento apenas informacional do que deve ser feito tecnicamente para impedimento de riscos de contaminação.

Estou tomando conhecimento da situação agora e juntando forças com a SESMT e CCIH, fiz algumas reuniões para colocar os problemas e estou resolvendo com o grupo e deixando para outro momento a educação em serviço, (PsTG1, out. 2004).

Estou a pouco tempo no setor, acho que as ações devem ser feitas de forma contínua, deixo os problemas surgirem, ainda não fiz nenhuma reunião, apenas individualmente e em pequenos grupos de acordo com os problemas e as necessidades que forem surgindo, em outro momento será feita a educação em serviço. (PsTG11, ago. 2004).

¹⁴ Clínica de doença infectoparasitária.

Mesmo com as atividades no serviço cotidiano, que visam a efetivar a formação e a prevenção, faltam divulgação e comunicação entre setores para aprofundamento das teorias e fortalecimento das práticas de prevenção e controle dos riscos (ESTADOS UNIDOS. CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS, 2004) e intervenção coletiva no HUIBB, na escolha de métodos possíveis de entendimento das medidas que levem os Ps à capacitação crítica e ajudem no melhoramento de sua percepção, diante do contexto dos riscos que envolvem temas como educação-saúde-doença, no processo e condições de trabalho.

- **Ações educativas e organizacionais para a prevenção dos riscos biológicos**

As ações educativas de prevenção de riscos biológicos ocupacionais, de acordo com Pedrosa e Couto (2004), Cavalcante e Pereira (2000) e Queiroz (1998), enfatizam a necessidade de conscientização, como base de prevenção dos riscos dos Ps. Esses autores adotam concepção de conscientização restrita, quando se voltam para esse trabalho, preocupados em informar e divulgar as precauções a serem adotadas estritamente pelos profissionais de saúde.

Trata-se de educação em saúde tradicional, com repasse de conhecimentos centrados em técnicas de ensino unilateral, com preocupação e cuidados, mediante recursos como cartazes, folhetos relacionados com o modelo de Homem D'el Rey (1994), típico do paradigma tecnicista, de educação pela comunicação, comparados com a percepção dos Ps do HUIBB (anexo A).

- **O conhecimento das ações de prevenção dos riscos biológicos - Ps.**

Através de treinamentos de uma semana no ingresso ao hospital. (Ps9, Ps10, Ps30, Ps31, Ps34, abr./set. 2004).

Nos cursos e palestras oferecidos pela CCIH; (Ps1, Ps2, Ps3, Ps4, Ps8, Ps11, Ps14, Ps24, Ps25, Ps29, Ps33, Ps35, Ps36, Ps37, Ps39, Ps41, Ps42, Ps43, Ps53, Ps54, Ps55, Ps57, Ps58, Ps60, Ps61, Ps62, Ps63, Ps66, Ps67, mar./dez. 2004).

Nas palestras que se resumem em EPI(s) e materiais biológicos; (Ps69, Ps71, Ps73, Ps56, jan./fev./mar. 2004).

Nos cuidados de proteção e uso de todos os EPI(s); (Ps6, Ps45, Ps70, Ps72, Ps74, jan./mar. (2004).

O cuidado é muito empírico e se resume na anti-sepsia das mãos; (Ps47, dez. 2004).

Na relação do dia-a-dia com os colegas de serviço. (Ps13, Ps15, Ps20, Ps22, jun./jul. 2004).

Nas atividades de imunização; (Ps13, Ps15, Ps17, jun. 2004).

Através de cartazes e informações colocadas no prontuário dos pacientes ou de avisos verbais. (Ps16, Ps19, Ps27, jul./ago. 2004).

Por meio das disciplinas curriculares de higiene I e II, Saúde Coletiva e aqui se têm pouco tempo para conversar sobre o assunto. (Ps44, Ps46, dez. 2004).

No trabalho que faço do serviço de endoscopia é que tenho noção do processamento de materiais. (Ps37, nov. 2004).

No hospital não tive palestra, mais se vai aprendendo quando opera um ou outro e assim vai se precavendo. (Ps49,Ps52, Ps58, Ps61, jun./dez. 2004).

Ainda não fui despertado para os riscos de prevenção talvez porque nunca me acidentei. (Ps65, Ps68, maio 2004).

Não conheço as ações. (Ps64, maio 2004).

A visão reprodutivista, transmissiva e reducionista impede ter os riscos como problema social, no processo de conscientização. Como argumenta Freire (1989), os conhecimentos devem ser “desmitologizados”. A condição depende da capacidade dos técnicos, responsáveis pelas atividades educativas (palestras, cursos e treinamentos), facilitadoras do diálogo, pela metodologia de trabalho problematizadora em que a temática seja “transversalizada” e instigada exaustivamente com os Ps, no lugar de serem místicos e não críticos da realidade cotidiana.

Nesse entendimento de conscientização, tem-se a compreensão do conhecimento como contínuo e permanente, argumentado por Freire (1989), Brandão (1995) e Libâneo (2002), que defendem a educação não somente para fins utilitários, como acontece no HUJBB, em se tratando das atividades educativas centradas mais nos EPIs, lavagem das mãos, medidas de prevenção individualizadas e conhecimento das ações de forma isolada.

As ações educativas de prevenção das infecções nosocomiais estão respaldadas em conhecimentos técnicos, legais, entre outros, segundo Pedrosa e Couto (2004), e precisam

estar inseridas na perspectiva de aceitação dos fatores sociais, políticos, culturais e econômicos, vistos na totalidade de situações coletivas no processo e condições de trabalho.

Essas atividades devem servir como instrumento de alcance do desenvolvimento humano, da capacidade física, espiritual e intelectual e das relações sociais em que estão situados os trabalhadores de saúde, a fim de perceberem a realidade e refletirem sobre suas experiências para transformá-las.

Para transformação, tem importância o conhecimento das ações de riscos, a partir das idéias de Freire (1988), o qual serve muito bem para fortalecimento da educação conscientizadora, que incentive os Ps a denunciar e anunciar novas práticas de posição crítica sobre o conhecimento das ações de riscos.

Mesmo com as ações educativas de riscos biológicos ocupacionais, há Ps que desconhecem tais medidas, razão por que precisam sair de suas experiências de consciência ingênua e se voltarem para a prática motivadora e coletiva que os mobilize a fazer denúncia e o anúncio de novo pensamento e de nova atitude de posição crítica.

É importante que a falta de conscientização do conhecimento das ações não seja compreendida como atribuição de responsabilidade apenas de profissionais ligados, direta ou indiretamente, com riscos biológicos ocupacionais, uma vez que Brandão (1995) prioriza a ação educativa como ato permanente que deve ser organizado e sistematizado pela Instituição.

Da mesma forma, o conhecimento das medidas preventivas, equipamentos médico-hospitalares, EPIs, condições e segurança de trabalho, aplicação de técnicas e procedimentos de trabalho, deve ser efetivado por meio da conscientização, como anota Queiroz (1998), pautada na co-responsabilidade entre trabalhadores e administradores e em práticas motivadoras, correspondentes aos anseios e dificuldades do dia-a-dia dos profissionais.

O trabalho educativo para atendimento dos Ps deve alcançar a dimensão de programas e projetos, com objetivos, metas e instrumentos de avaliação, que contribuam na análise de processos, produtos e atividades realizadas e na obtenção de indicadores que monitorem, ajudem no diagnóstico e (re) planejamento de ações para redimensionamento das medidas educativas.

• Conhecimento e implementação das ações do programa relacionado à prevenção dos riscos biológicos ocupacionais - técnicos/ gerentes.

A partir de 2002 quando o programa se tornou mais evidente, a CCIH se preocupa mais com as práticas, antes não tinha algo organizado, somos um local de referência para esse trabalho. (PsTG7, set. 2004).

O trabalho começou a partir de 2002, quando ainda não havia uma política institucional que garantisse a integridade do trabalhador e o rastreamento dos riscos no trabalho voltado para o controle e a vigilância. (PsTG8, ago. 2004)

O serviço da CRH foi implantado a partir de setembro de 2003, quando começa a ser pensado as linhas de ações do programa partindo do pressuposto de que há uma necessidade de fazer a tentativa do conhecimento das ações para o conjunto da instituição e seus setores, a fim de que ocorra de fato a sua implementação. (PsTG6, set. 2004).

É do meu conhecimento a partir do que já existe por meio de documentos onde constam às normas, condutas e rotinas que deveriam ser aplicadas aos profissionais, a fim de se prevenirem dos riscos biológicos e das doenças ocupacionais para evitar contaminação. (PsTG9, PsTG12, PsTG14, ago. 2004).

[...] por documento inscrito existente no setor sobre treinamento em serviço, atendimento aos Ps acidentados e exames periódicos. (PsTG15, PsTG16, ago. 2004).

As falas dos técnicos e gerentes sinalizam que os setores começaram a se integrar no desenvolvimento das ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, em período recente, por meio de portarias ministeriais. Ações em forma de lei, de acordo como Zanon e Neves (1987), Fernandez et al. (2000), são realidades no Brasil, desde a década de 1980, quando começou a preocupação com o controle e prevenção das infecções hospitalares (IH) que podem causar significativos danos à saúde da comunidade hospitalar.

Já existe o serviço a longo tempo, têm muitas falhas, o que é realizado é para o controle dos riscos de acidentes e a estrutura ainda é comprometida. (PsTG1, out. 2004).

As ações do HUIBB são apenas para atendimento do profissional acidentado, conforme as normas de programação interna da CCIH, que, nos anos de 1980, no Estado do Pará, foi centro de treinamento do controle de infecções hospitalares. Com o passar do tempo e das mudanças do perfil epidemiológico da tuberculose, a Instituição se transformou em hospital geral, com referência às doenças infectoparasitárias, mesmo assim, a estrutura não acompanha tais mudanças.

Em função de mudanças de ampliação do atendimento do HUIBB, os técnicos e gerentes não conseguem se inserir em todas ações para obtenção de um total conhecimento destas. Com exceção do conhecimento das atividades dos setores, hoje, estão mais diretamente envolvidos com o controle de riscos, requerendo mudanças na operacionalização que se mantém a mesma:

Pelo pouco tempo que venho desenvolvendo as ações, há dois anos, não consigo fazer um levantamento maior e por isso, pelo pouco conhecimento acerca dos trâmites operacionais com as atividades que acontecem, o maior destaque está naquilo que executam os técnicos em segurança da saúde em parceria com a CCIH. (PsTG10, ago. 2004).

Apesar de a SESMT e da CCIH do HUIBB serem setores de referência, para os técnicos e gerentes, de prevenção de riscos biológicos ocupacionais, os demais ainda não participam diretamente da elaboração e implementação das ações, favorecendo certo desconhecimento da totalidade e impossibilitando mais eficácia, enfatizada na legislação e conhecimento técnico-científico de Couto et al. (2003), Cavalcante e Pereira (2000), Queiroz (1998), Zanon e Neves (1987), sobre as ações de promoção e proteção da saúde.

Através de medidas de proteção e também tenho conhecimento da área de treinamento e curso de biossegurança e com o surgimento da AIDS passei a ter mais consciência dos riscos. (PsTG11, ago. 2004).

Por medidas de proteção e pelo conhecimento obtido no treinamento e curso de biossegurança. (PsTG8, set. 2004).

Por meio de treinamentos, quando há uma situação, a exemplo o caso da raiva humana, a CCIH é chamada para realizar treinamento e o setor estabelece normas e rotinas. (PsTG9, ago. 2004).

Pela descrição das normas e rotinas do HUIBB e dos riscos que o procedimento pode causar para o profissional, isso pode estar escrito e ser validado junto aos funcionários. (PsTG4, set. 2004).

Os gerentes são conhecedores das ações por meio das atividades educativas, em cursos e palestras, de responsabilidade da CCIH, na elaboração da programação. Isso requer conhecimento com base na abordagem apenas de prevenção, o que impede o conhecimento de ações, na totalidade, em termos legais, técnicos e científicos, resolvidos na elaboração e implementação de política de educação permanente, defendida nas propostas do BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998), para a promoção da saúde, por Brandão (1995) e Libâneo

(2002), que citam a importância da formação humana como ajuda às pessoas na apropriação do conhecimento em sentido abrangente.

Não sei, pois, quando cheguei no hospital já estava sendo desenvolvido; (PsTG5, out. 2004).

Não sei dizer precisamente o momento de surgimento do programa, mas sei da implantação das rotinas; (PsTG4, set. 2004).

Não vejo nenhuma relação das ações do setor de enfermagem com a prevenção do material biológico formalizada (PsTG10, ago. 2004).

O desconhecimento das ações por gerentes do HUIBB dificulta a interação desses profissionais na elaboração e implementação de uma política para promoção da saúde, que garanta conscientização dos riscos biológicos ocupacionais.

Isso exige definições claras de atribuições de cada setor da Instituição, não bastando estarem amparadas apenas por saberes oriundos da legislação para aplicação de normas ou de conhecimentos técnicos voltados para determinada especificidade de função.

É necessário que os gerentes estejam seguros, técnica e politicamente, sobre as concepções das normas, implementadas de forma teórica e prática, para prevenção, por serem preceptores dessa formação.

▪ **Fundamentos da criação das ações do programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais - técnicos/ gestores**

Legislação: Portarias Ministeriais do Ministério do Trabalho (MTb), Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); Normas Regulamentadoras (NR).(PsTG12, PsTG13, PsTG14, PsTG15, PsTG16, ago.2004).

Legislação específica para área do sangue e laboratório. (PsTG4, set. 2004).

A legislação é um meio importante de fortalecimento das ações de prevenção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde que, de acordo com o artigo 6º da CLT, fazem a garantia de direitos, visando à melhoria da condição social, em termos do trabalho, educação e saúde.

É possível que, pelas atividades de formação, os profissionais sejam capazes de dinamizar o conhecimento dos fatores determinantes de risco, inerentes ao trabalho e ao

trabalhador, segundo a compreensão do processo e condição do trabalho, considerando a educação pela transformação de atitudes, sustentada por Freire (1980), assim haja medidas de promoção da saúde do trabalhador diante das peculiaridades dos setores.

Normas e manuais da CCIH e da SESMT; (PsTG12, PsTG14, PsTG15, PsTG16, ago. 2004).

Normas da ABNT e condutas da CCIH; (PsTG12, PsTG14, PsTG15, PsTG16, ago. 2004).

Normas de biossegurança para o sangue; (PsTG12, PsTG14, PsTG15, PsTG16, ago. 2004).

Documentos, Guideline; normas da instituição; (PsTG12, PsTG14, PsTG15, PsTG16 Ago. 2004).

Rotinas, fazer oficinas em postos de serviços nos setores; (PsTG12, PsTG14, PsTG15, PsTG16, ago. 2004).

Protocolo da CCIH ou rotinas dos procedimentos; (PsTG12, PsTG14, PsTG15, PsTG16, ago. 2004).

Visitas, relatórios como os serviços da CCIH, SESMT e CIPA; (PsTG12, PsTG14, PsTG15, PsTG16, ago. 2004).

A abordagem das normas constitui parte integrante do desenvolvimento das ações de vigilância da saúde do trabalhador, tendo por finalidade estabelecer os critérios de riscos, números de empregados da empresa, obrigatoriedade dos serviços e programas responsáveis por questões pertinentes à saúde e segurança, no ambiente de trabalho.

Neste sentido, a Instituição empregadora tem o dever de proporcionar capacitações permanentes, no local de trabalho, quanto às informações referentes aos riscos, causas e medidas preventivas, bem como aos procedimentos a serem adotados em caso de acidente ou incidente graves e garantir o abandono do trabalho das condições que afetam a integridade física, com respaldo na NR 32, fortalecidas nas atividades de formação em conjunto com os conhecimentos técnicos e científicos estabelecidos na literatura.

Literatura da FUNASA, normas e manuais. (PsTG12, Ago. 2004)

Princípios da Microbiologia para buscar as prevenções. (PsTG10, ago. 2004).

Literatura para fundamentar e explicar ao profissional de saúde com embasamento científico. (PsTG9, ago. 2004).

Considerando que as NRs são resultados de fundamentação teórica, devem ser trabalhadas com os Ps, não apenas no sentido de que precisam ser aplicadas para o bom desenvolvimento das ações, mas que estejam também integradas no contexto da própria Instituição e da realidade de cada setor cotidianamente exposto a riscos biológicos ocupacionais.

▪ **Providências tomadas para prevenção dos riscos biológicos – Ps.**

Ao investigar as providências pós-exposição, a Tabela 7 chama a atenção para o fato de que 74,32% (55) procuram os serviços da CCIH, saúde ocupacional e outros, apesar do baixo percentual [8,11% (06)] de pessoas que desconhecem as providências que devem ser tomadas diante dos acidentes e apenas 17, 57% (13) foram categóricos em realizar os cuidados imediatos.

Na percentagem de 55,40% (41) os Ps acham que devem procurar a CCIH para providências em casos de acidentes ocupacionais e têm dúvidas quanto aos serviços diante da conduta pós-exposição normatizada pelo Ministério da Saúde,(2002), quando acentuam:

[...] acredito que seja para registrar o acidente, não sei o porquê, pois, nunca aconteceu comigo. (Ps10, Ps65, abr./maio 2004).

Desconheço os procedimentos a serem realizados. (Ps9, Ps55, abr. 2004).

Cerca de 55% dos Ps do HUIBB sabem que, após exposição ocupacional por materiais biológicos, têm que procurar a CCIH, e focalizam medidas legais, no sentido técnico, o que denota o nível de conhecimento das ações, relacionadas às atribuições do setor:

Realizar exames imediatos de HIV/ Hepatite, não sei se tenho que procurar o médico do centro de referência. (Ps7, Ps39, Ps57, Ps66, abr. 2004).

Pedir orientação de conduta em caso HIV/ hepatite, peço determine e quimioprofilaxia, para o caso de HIV. (Ps38, Ps48, dez. 2004).

Investigar o paciente fonte através da sorologia e quimioprofilaxia para fazer o controle sorológico. (Ps46, Ps47, Ps52, Ps53, Ps54, Ps56, mar./dez. 2004).

As indicações dos Ps são recomendações em casos de acidentes com materiais biológicos e os médicos da CCIH e SESMT do HUIBB são responsáveis pela avaliação de risco da exposição, dando seqüência às condutas estabelecidas, de acordo com o Manual das Recomendações para o Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional por Material Biológico: HIV, HBV e HCV. (BRASIL. MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2002).

Evidencia-se, também, no Manual o fato de que a prevenção *é a principal e a mais eficaz medida para evitar a transmissão do HIV e dos vírus da hepatite B e C. Portanto, ações educativas permanentes e medidas de proteção individual e coletiva são fundamentais.*

É essencial a prevenção, como ressaltam BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2002), Pedrosa e Couto (2003), porém, em se tratando de EPIs como atividade obrigatória citada pelos Ps e como barreira para impedir contaminação, na assistência aos pacientes, por exemplo, na utilização de luvas em procedimentos com material perfurocortante, é uma prática que não elimina o risco em decorrência de suas limitações.

É fazer prevenção, o uso dos EPI como obrigatoriedade, ter conhecimento da técnica adequada, pois, sei que estamos em hospitais de terceiro mundo. (Ps44, dez. 2004).

Não sendo trabalhados os EPIs, com maior e melhor abrangência de conteúdos relacionados ao assunto, como quantidade, qualidade e comparação com os processos e condições socioambientais de trabalho, a ação educativa resta cada vez mais comprometida quanto ao alcance coletivo de interesse pela conscientização dos trabalhadores da prevenção contra a sua contaminação e dos próprios pacientes.

Os Ps chamam atenção a que não há condutas corretas, como medidas de proteção e para o total menosprezo pelo risco à saúde em que Hoefel e Schneider (1997) afirmam que *o fato de trabalhar em hospitais tem sido encarado com naturalidade ou resignação pela maioria dos trabalhadores que ali desempenham suas atividades.*

Neste sentido, o HUIBB precisa de políticas sistematizadas no que tange aos riscos biológicos ocupacionais, de caráter interinstitucional e setorial que indiquem as medidas referentes ao atendimento de acidentados e as ações organizacionais de cada local de serviço.

Sigo o procedimento padrão do Hemopa e no final de semana, devo procurar o médico de plantão para comunicar o acidente, inclusive, tem o impresso de anomalia para fazer um plano de ação. (Ps3, Ps4, mar. 2004).

Fui encaminhada ao Hospital Ophir Loiola e por intermédio da minha irmã passei à frente de todos e não demorou.(Ps35, nov. 2004).

Fiz coleta de sangue e nunca recebi resultado, não está na CCIH, no laboratório e nem no prontuário. (Ps8, abr. 2004).

Algumas eu sei, e para os casos de acidentes com agulha realizar determine, fazer quimioprofilaxia e nos casos respiratório não sei, nem me preocupo, pois minha atenção é na hora de fazer o procedimento. (Ps13, Ps18, Ps19, Ps58, Ps59, Ps62, Ps63, jun. 2004).

Diante da realidade dos Ps, fica impossível avaliar a quem, de fato, compete a obrigação de atendimento em acidente ocupacional, muitas vezes, responsabilizando somente o trabalhador.

Exatamente pela falta de conhecimento técnico, ético, social e político dos riscos de contaminação a que todos estão submetidos, as pessoas, individualmente, e instituições, setores e grupos precisam ser vistos como agentes responsáveis pelos problemas, no atendimento e pela necessidade de o local de trabalho ser espaço de elaboração da consciência crítica, tão enfatizada por Freire (1980) e Libâneo, que vêem na educação o caminho possível para o melhoramento das práticas, no contexto das relações sociais que configuram a existência humana individual e grupal.

Em 10,81% (08), os Ps que procuram o Serviço Médico da Instituição citam recomendações que dizem respeito à exposição, cuja finalidade, segundo Cavalcante e Pereira (2000), é promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador, no local de trabalho.

Depende se o acidente for perfuro-cortante e/ou mucosa faz lavagem com água corrente como atendimento de urgência. (Ps68, Ps69, Ps70, Ps74, jan./fev./maio 2004).

Fazer quimioprofilaxia e vacinação do profissional de saúde se for imune ou não. (Ps45, Ps48, Ps60, Ps61, jun./dez. 2004).

A posição dos Ps sobre o que devem fazer em caso de exposição reforça mais uma vez sua limitação em relacionar o acidente apenas aos EPIs. Por outro lado, sabem que devem realizar medidas imunopreveníveis como proteção individual, embora esta deva ser uma política global da Instituição, segundo Pedrosa e Couto (2004), a ser implementada pela SESMT, e, de acordo com as especificidades do HUIBB, a CCIH é responsável pelo monitoramento e elaboração de programas para os trabalhadores:

As normas e preceitos para imunização nos hospitais dos profissionais da área da saúde - PRAS e de pacientes internados deverão ser estabelecidos em programa específico elaborado pela CCIH (ou por subcomissão por ela constituída e coordenada) sempre tendo em conta as peculiaridades da instituição, sua estrutura, seu funcionamento etc., aprovado pela direção e comissão de ética do hospital, assim como pelas entidades representativas de médicos e outros funcionários, que deverão ser consultados, com freqüência, durante o preparo do programa e sua execução. BALDY, 1997, p. 367).

Os Ps procuram serviços da CCIH e SESMT [6,76% (05)] para solicitação do teste sorológico de doenças específicas e orientações para medicação preventiva. Alegam que abandonam o tratamento por conta própria, em função das reações medicamentosas, prejudicando as ações de setores que ficam sem controle sobre a situação clínica dos Ps e intervenções sistemáticas para prevenção, de acordo com cada situação, necessária ao atendimento do profissional acidentado e informações que a CCIH e o SESMT precisam ter no que diz respeito a riscos.

Fazer o teste anti HIV e HBV e seguir o aconselhamento para a quimioprofilaxia. Eu abandonei o tratamento depois de três dias, o motivo foi a reação da medicação, mas continuo fazendo teste por aproximadamente cinco anos. (Ps7, Ps11, abr. 2004).

Tenho que procurar a CCIH, mas o importante é comunicar a saúde ocupacional, pois, se não houver o registro neste setor é como se o acidente não tivesse ocorrido. (Ps12, abr. 2004).

Realizar sorologia, nunca tinha feito teste para HIV, fiquei nervosa, e não fui buscar o resultado. (Ps13, Ps14, jun. 2004).

Por outro lado, 1,35 % (01) dos profissionais procuram o serviço da empresa, CIPA e CCIH, ligadas as suas chefias imediatas, sendo importante ressaltar que, no Hospital, a responsabilidade do atendimento ao acidentado é da CCIH e do SESMT, setores que precisam considerar as chefias como peças fundamentais na interlocução para acesso às informações sobre a situação dos Ps, o que facilita a elaboração e implementação de medidas e orientação sobre os procedimentos imediatos no local de trabalho. A situação fortalece a idéia de que

A presença de uma chefia imediata acessível, consciente e motivada que oriente os cuidados iniciais adequados e que estimule a notificação, pode ser de muito auxílio. A que temos que definir a quem notificar, quais as condutas iniciais padronizadas e como seguir dali por diante... que dá o primeiro atendimento, colhe exames e encaminha a CCIH e ao médico do trabalho, para avaliação, documentação por CAT e seguimento. (CAVALCANTE; PEREIRA, 2000, p. 1290).

Compete à CIPA receber informações da SESMT sobre acidentes, em relatórios ou comunicado, visando a reduzir e conhecer os riscos para estabelecer o mapeamento que possa reverter a proposta preventiva e a melhoria de qualidade do trabalho.

As instituições de saúde, especialmente as unidades e serviços com maior risco de acidentes (unidades de terapia intensiva, unidade de pronto socorro, laboratórios, sala de coleta de sangue e serviço de limpeza), devem ter padronizado, publicados e definidos os procedimentos recomendados em caso de acidentes ... e a responsabilidade pela normatização de programas de controle de acidentes e manejo de acidentados, nos estabelecimentos de saúde, tem sido atribuído aos serviços de controle de infecção hospitalar e a Comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA).

Há necessidade de a CCIH, o SESMT e a CIPA desenvolverem ações integradas, de modo que cada setor saiba organizar suas atividades de acordo com as atribuições e competências, bem como divulgar o fluxograma de conduta pós-acidente (Figura 4), para ajudar no conhecimento dos Ps sobre a seqüência de locais de atendimento em caso de acidente, o que facilita a instituição ter, de forma organizada, encaminhamentos e orientações dos serviços destinados, favorecendo a compreensão da comunidade hospitalar da parte legal e técnica.

Com os serviços desses setores, a CCHI deve incentivar ações integradas, sobretudo onde a instituição encara os maiores problemas, ou melhor, propõe formação de técnicos e gerentes quanto ao conhecimento técnico e também legal de prevenção de riscos biológicos, e, pois, segundo Pedrosa e Couto (2003), a CCIH é que deve fazer toda a consultoria, normatização e elaboração de diretrizes para prevenção e controle de exposição às doenças infecto-contagiosas e a materiais orgânicos, com a participação dos órgãos da Instituição.

Quanto aos procedimentos, 17,57 % (13) dos profissionais adotam, como conduta após exposição a material biológico, cuidados imediatos, na área atingida, com técnicas específicas, em acidentes percutâneos e mucosa. Nos trabalhos de Teixeira (2002), presenciavam-se anti-sépticos na mucosa do olho, conduta incorreta de alguns profissionais, pois soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído para mucosas são contraindicados pelo MS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), o que é reforçado na fala do trabalhador, ao dizer que

Lavo com água e passo álcool 70%. (Ps1, Ps2, Ps3, Ps5, Ps6, Ps16, Ps17, Ps18, Ps19, Ps21, Ps71, Ps72, Ps73, jan./fev./jun. 2004).

Faço lavagem da área afetada, realizo sorologia para HIV e HBV quimioprofilaxia se for o caso. Ps20, Ps22, Ps23, Ps24. Ps26, Ps27, Ps31, Ps33, Ps41, Ps43, Ps66, fev./maio/set. 2004).

A lavagem da área atingida é essencial. A solução anti-séptica degermante pode ser indicada para exposições percutâneas ou cutâneas, mas, para mucosa, essas soluções não são recomendadas por serem irritantes. São condutas científicas que requerem compreensão e conscientização dos Ps, que mencionam os aspectos de processo e condições de trabalho:

Lavar a área afetada, fazer exames e usar constantemente os EPIs, considero a qualidade do material. (Ps,25, Ps29, Ps30, Ps32, PS34, Ps42, fev./jun./set. 2004).

Fazer relatório para administração sobre o ambiente, peca-se quando não usa óculos ao realizar procedimento de aspiração. (PsGT9 abr. 2004).

O não-comprometimento de profissionais, como médicos residentes e pessoal de laboratório, impede a garantia de ações de prevenção de riscos biológicos ocupacionais, integradas e coletivas, quando se usam espaço e facilidade da função profissional para prescrição e/ou solicitação de exames laboratoriais, para se medicarem, comprometendo os serviços da CCIH ou SESMT.

Procurei saber a história do paciente, solicitei sorologia e descartei a possibilidade de doença. (Ps49, dez. 2004).

Sei de algumas, fui saber sobre o histórico do paciente, e se necessário faria o tratamento. (Ps51, dez. 2004).

Conseqüentemente, a realidade prejudica a Instituição, impossibilitada de organização do banco de dados, e o próprio trabalhador, com doença profissional, não tem como comprovar onexo causal. A situação também interfere na legalidade necessária para intervenção profissional e/ou prática de ações planejadas para a coletividade.

Embora a notificação se caracterize pela garantia dos aspectos legais e fortalecimento das medidas técnicas e políticas, no atendimento (Anexos B e C), determina-se a investigação da fonte e Ps, avaliação de risco da exposição (tipo de material, gravidade e tipo de exposição, condições clínicas, imunológicas e laboratoriais do paciente-fonte), critérios de gravidade na avaliação do risco do acidente, na dependência do volume de sangue, quimioprofilaxia (Anexos E e F), de acordo com a exposição de risco significativo de contaminação pelo HIV,

HBV e HCV, reação de toxicidade, aconselhamento e apoio psicológico para evitar doenças ocupacionais.

Por outro lado, ações como a quimioprofilaxia do HUIBB para HIV, HBV apresentam uma política institucional que fica a desejar na valorização do profissional como pessoa humana, haja vista que a medida (do Hospital) de profilaxia é o encaminhamento do acidentado ao Ophir Loyola, hospital estadual de referência para casos especiais, onde são centralizadas pelo MS as imunoglobulinas e vacinas.

A situação é explicada com propriedade por Cavalcante e Pereira (2000), para quem, na ocorrência de acidente, o profissional pode passar por vários fatores emocionais, *como sensação de frustração, negação do risco, vivência de ter adquirido uma doença, receio de ser menosprezado por colegas e sensações de perdas mais diversas*.

Dessa forma, resta claro que o trabalhador necessita de atendimento integral por parte do hospital, requerendo não apenas a oferta das vacinas e medicação solicitada, mas também todo o apoio psicológico, orientação e monitoramento, com objetivos e metas definidas para o acompanhamento individual e coletivo.

O Hospital não pode deixar a responsabilidade somente ao trabalhador, mas deve avaliar a situação exposta, fazer a investigação do acidente, identificar falhas nas condições e processos de trabalho. Compete à administração garantir estrutura física, material, financeira e humana para que chefias e setores, como CCIH, SESMT e CIPA, desenvolvam ações e dêem o suporte necessário ao trabalhador acidentado.

Outro problema em relação a quimioprofilaxia é que, se o Ps for acidentado, o próprio manual do BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002) assinala *que existe maior eficácia na profilaxia pós-exposição quando a imunoglobulina é utilizada dentro das primeiras 24 a 48 horas após o acidente. Não existe benefício comprovado após uma semana da exposição, o que determina a necessidade do atendimento imediato*.

Ao trabalhador acidentado na sexta-feira ou final de semana, não há como garantir cobertura, pois o fato é considerado pelo MS como emergência médica, que requer política interinstitucional para solução do problema.

Ao Ps, segundo Sassi e Feijó (2004), cabe seguir o esquema vacinal completo contra a hepatite B e demais vacinas indicadas para eles, co-responsabilidade na adesão às precauções-padrão, realização de procedimentos com segurança, utilização adequada dos EPIs e evitar manipulação desnecessária de material perfurocortante e material biológico e integração, ao máximo, aos programas de prevenção de acidentes da Instituição, avaliá-los e fazer sugestões que possam trazer melhorias.

Ainda existem trabalhadores que desconhecem os procedimentos:

O que fazer na hora não sei, mas realizo exames por conta própria. (Ps19, Jun. 2004).

Nenhuma providência, não me preocupo, a gente tem que morrer qualquer dia. (Ps67, maio 2004).

O reforço de ações de promoção da saúde, na concepção construída e vivida pelas pessoas do que fazem no dia-a-dia: *pelo cuidado de cada um consigo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros*. A capacitação é essencial para o desenvolvimento pessoal e social e assim conduzir, da melhor maneira, a própria saúde no ambiente de trabalho.

O desconhecimento dos Ps acerca das providências de proteção dos riscos [8,11% (06)] compromete o Hospital no desenvolvimento de ações de vigilância sobre a saúde do trabalhador, considerando as condições socioambientais do local de trabalho que originam riscos ocupacionais.

Desta forma, Instituição e setores têm que estar conscientes da necessidade de (re) orientação das ações de prevenção de riscos e recuperação da saúde, fundamentadas em medidas que recuperem a concepção de promoção da saúde, aplicada, *essencialmente, à melhoria e condições de estilo de vida de grupos populacionais específicos, apoiando amplamente em atividades de educação e comunicação em saúde e na formulação de políticas saudáveis*. (TEIXEIRA, 2002, p.91).

No HUIBB, as ações de vigilância acontecem de acordo com metodologia de trabalho apenas para atendimento de pacientes, requerendo que a CCIH, juntamente com a SESMT e CIPA, elaborem e executem ações focalizadas no Ps, com apoio e participação da administração do Hospital em estrutura, material e melhores condições de trabalho.

Para os pacientes, existe planejamento de ações de vigilância, com metodologia por componente - NNISS, para prevenção de IH, *que têm por base a vigilância epidemiológica para avaliar permanentemente os riscos de adquirir infecções inerentes ao próprio paciente ou aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que o mesmo é submetido durante a internação*, e os resultados são obtidos de relatórios mensais com a constituição de indicadores que propiciem a avaliação e intervenções por meio de ações sistematizadas.

O que não evidencia a vigilância com a saúde do trabalhador, em relação a riscos biológicos, e o que se tem é apenas a notificação por meio de fichas de acidentes por material

biológico e relatório anual, pois, o HUIBB dispõe de registro mensal a fim de elaborar indicadores que possam ser avaliados para possíveis intervenções e controle contínuo, como favorecimento do levantamento das ações, demonstrando as prioridades para atendimento de grupo específico no caso dos Ps.

O atendimento deve ter, como eixos, índice endêmico da instituição para identificar eventuais surtos epidêmicos, definição de atendimento oferecido aos Ps, que não deve ser somente clínico, e apropriação da própria realidade, utilizada como referencial para linear a de política pública de implementação de ações de vigilância com trabalhadores da Instituição, com participação dos setores direto ou indiretamente envolvidos com riscos e/ou agravos ocupacionais.

Assinala-se que as políticas de prevenção de risco biológico ocupacional são abrangentes e dependem de medidas individuais e da instituição de decisões técnicas e também legais, no estabelecimento de ações, defendido conforme em Rouquayrol e Goldbaum (2003, p.30), para quem o sucesso da prevenção, em termos genéricos, fundamenta-se na vertente da promoção da saúde que prevê uma sociedade sadia que não depende apenas da intervenção dos especialistas, de estruturas políticas e econômicas, mas também de ações educativas.

▪ **Ações de prevenção implementadas no HUIBB-técnicos/gerentes**

As ações de prevenção de riscos biológicos ocupacionais fazem parte de programa que, segundo Navarro (1992), se constitui de atividades para atingir objetivos, indispensáveis a:

Educação para profissionais, pacientes e toda comunidade hospitalar sobre o controle dos riscos. (PsTG9, jun. 2004).

Medidas educativas para informar sobre os riscos, fazer cumprir e disponibilizar o uso dos EPIs no hospital, da conduta clínica e tratamento em caso de acidentes.(PsTG13, PsTG16, ago. 2004).

Assim, medidas educativas são direcionada ao acidentado, em cuja ação preventiva de exposição de material biológico estão os cuidados imediatos com a área de exposição, quimioprofilaxia pós-exposição, sorologia do paciente-fonte e do profissional, acompanhamento clínico laboratorial após exposição e registro de acidentes de trabalho. Antes de tudo, é recomendada a prevenção da exposição por meio de precauções básicas ou padrão, como:

Uso de EPI, vejo que falta a questão da consciência crítica nas ações de prevenção e os cuidados com os próprios materiais e a visão de totalidade do espaço. (PsTG11, ago. 2004).

Nesse sentido, para técnicos e gestores, as atividades educativas têm como base a conscientização argumentada por Queiroz (1998). Essa idéia chama atenção sobre a crítica que pode ser desenvolvida pela denúncia e anúncio, na visão de Freire (1980), que leva os Ps entenderem as medidas de proteção individual e coletiva e dos processos e condições de trabalho no contexto.

Entre as ações, as visitas técnicas, dizem Siqueira et al. (2003), fazem parte da iniciativa da CCIH, centradas nas inspeções, treinamentos e auditoria da qualidade dos diversos serviços executados pelos setores, cujos procedimentos de visitas os chefes devem acompanhar, da visita com vistas à mudança de comportamento.

Visitas periódicas para que os funcionários percebam as irregularidades, práticas parecidas com a fiscalização, buscando focar a prevenção e resgate com o trabalho, envolvimento nas reuniões com a CCIH, pois, a característica é hospital escola. (PsTG10, ago. 2004).

As visitas dependem de atividades organizadas pelos técnicos e chefias, CCIH, em parceria com a SESMT e demais setores, em reuniões para orientação, aplicação de relatórios, definição de metas, medidas gerais e específicas, bem como avaliação para saber o alcance das expectativas de mudanças.

As responsabilidades estão no que os técnicos realizam, as campanhas periódicas de vacinação do trabalhador, ações de segurança com intervenção direta no hospital, visitas periódicas nas áreas críticas, investigação epidemiológica, pois, se tem um banco de dados que formaliza a quantidade de funcionários afastados dos serviços, enviados para a administração e direção do hospital. Ações junto aos familiares dos trabalhadores por meio de estudos coordenados pelos serviços da Assistência social, atendimento médico ambulatorial que fornece uma vaga para cada médico desse setor, sendo que 60% dos funcionários do HUIBB são do sexo feminino e dispõem de atendimento ginecológico. Para os homens, têm os serviços de urologia na prevenção de próstata, apesar de não ser obrigação do hospital dar atendimento exclusivo ao trabalhador. (PsTG8, set. 2004).

Os técnicos apresentam medidas respaldadas na legislação, que requerem ampla divulgação entre os Ps para que, de fato, reconheçam a importância das ações e valorizem cada uma delas para controle e prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

Considerando a importância das medidas que são de direito dos trabalhadores, observa-se que falta aumentar a motivação dos setores e envolvimento das chefias e funcionários nas atividades, a fim de se garantir a intersetorialidade na elaboração e implementação das ações, pois, comparando com as falas de alguns Ps, eles comentam que, muitas vezes, só sabem das medidas e do dever de cumpri-las e realizar algum procedimento, quando abordados pelas chefias ou setores, como a SESMT, sobre a ocasião do processo punitivo.

A campanha de vacinação é uma medida importante de prevenção do Hospital, pois Pedrosa e Couto (2004) e BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE sinalizam que a imunização deve ser constituída dentro de um programa ou política de saúde sistematizada, considerando a especificidade do risco de exposição e a patologia, com a pretensão de vacinar o trabalhador, respeitando as especificidades de profissional, função e local de trabalho.

Isso requer medidas intersetoriais e transsetorial, sugeridas pelo MS, como acidentes por material biológico, que exigem encaminhamento a hospital de referência no Estado. É direito do trabalhador conhecer a prática de imunização como rotina da instituição de saúde e sua relação com os estabelecimentos de ensino.

Orientações aos profissionais no próprio serviço através dos manuais que chegam em forma de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), documento existente no HEMOPA para garantir a qualidade dos serviços prestados à população. (PsTG4, set. 2004).

Normas e rotinas padronizadas pela CCIH, EPI e orientações para pacientes e acompanhantes sobre a transmissão de doenças, é um hospital de doenças infecto-parasitárias, além dessas reuniões; reunião com a CCIH e aulas teóricas práticas. (PsTG5, out. 2004).

O HJBB é local de relação interinstitucional diversificada, e apresenta rotinas e manuais observados em campo. Os manuais são instrumentos, com a descrição de procedimentos dos Ps, técnicos e gerentes, que podem ajudar na organização das ações de proteção individual e coletiva que valorizem o acesso às informações, embora a maioria dos setores não utilize esses materiais como recursos que facilitem o trabalho e contribuam na prevenção.

Os protocolos são documentos indispensáveis para informação, servindo como instrumento metodológico de formação. O fato é que o Hospital tem o setor do HEMOPA

como exemplo claro de utilização, podendo servir de referência para a constituição de manuais a serem aplicadas pelos diversos setores, cotidianamente, expostos em locais de incidência de riscos biológicos. Assim, a aplicação de medidas de rotinas entre CCIH, SESMT e HEMOPA pode ser novo caminho de operacionalização das ações, para o controle dos acidentes.

As rotinas não devem ser consideradas como instrumento auto-suficiente para que técnicos gerentes e Ps não sejam acometidos de acidente por material biológico, para garantia de prevenção e formação que devem estar em sintonia com as especificidades de cada setor e suas condições e processos de trabalho do HUIBB.

Além disso, há no hospital atividades de setores, a descoberta de conhecimento sobre a totalidade das ações do programa, conforme a fala:

Desconheço o programa de prevenção, sei que tem palestras da CCIH e a CIPA faz parte. (PsTG11, ago. 2004).

Pelo discurso, entende-se que, apesar de técnicos, gerentes alegarem desconhecimento do programa, acabam reproduzem a idéia de que conhecem apenas as medidas direcionadas ao local de trabalho e conhecem os setores de maior intervenção nos serviços, para prevenção de riscos biológicos ocupacionais.

Dos profissionais abordados (Tabela 6), 60,81 % (45) concordam que as atividades educativas da CCIH são importantes como medidas para compreensão do conhecimento técnico, sobretudo das funções que exercem e para melhoramento da educação profissional, pois, segundo a LDB (9394/96), é um dos princípios da educação: associação das experiências escolares com as práticas dos trabalhos sociais, e na Portaria 2616/ 98, do MS, segue idéia com atitude essencial para o bom desenvolvimento das ações assistenciais e preventivas, na área da saúde.

Os Ps alegam que a Instituição, de certa forma, não reconhece a importância do acesso e permanência dessas atividades por não acontecerem nos três turnos de serviço e entre as diversas categorias e/ou função e por esse direito ainda não ser garantido na Instituição, de forma universalizada.

Mas o horário é incompatível para participar; trabalho no horário da tarde; mas tenho menos acesso e oportunidade para frequentar os cursos. (PsTG9, ago. 2004).

A noite geralmente é desprivilegiado de cursos. (PsTG5, out. 2004).

Participo pouco, as vagas não são suficientes e para a escala não ficar sem funcionário é preciso ampliar a oportunidade e garantir mais oferta de vagas. (PsTG10, ago. 2004).

A garantia de treinamento para estudantes ainda é restrita, pois, conforme a programação de atividades da CCIH / HUIBB (2005), somente estudantes do sexto ano do curso de Medicina têm acesso mediante solicitação de vagas, em forma de estágio obrigatório, e os conteúdos das atividades de educação permanente e continuada estão voltados para o conhecimento de biossegurança, prevenção e controle de infecção hospitalar.

Os conteúdos são necessários à garantia de informação básica que permita o conhecimento das técnicas de procedimentos como de total importância, não somente para os estagiários, mas também para qualquer Ps que esteja em início de ingresso no Hospital, apesar de que, segundo a LDB (9394/96), apenas o conhecimento técnico para o trabalho não possibilita a formação mais ampla para as práticas sociais, estabelecimento de crenças, identidades, valores, reflexão e aprimoramento da educação que verse a formação do sujeito como pessoa humana para sua autonomia intelectual e pensamento crítico.

Geralmente os Ps têm treinamento e nós que somos estagiários não temos, o hospital precisa ter consciência e não pode estar colocando o profissional de lado. (Ps47, fev. 2004).

Os Ps dão certo valor às atividades educativas para melhorar sua formação, porém acreditam que as medidas têm finalidade exclusiva no fortalecimento das práticas. De acordo com as funções desenvolvidas por eles, de certa forma, compreendem que ter formação é basicamente saber fazer e ter o controle de determinados procedimentos técnicos, exigidos no cotidiano do Hospital, que demonstrem preparação para o desenvolvimento de habilidades decorrentes do trabalho.

Dão curso sobre como fazer limpeza e como saber usar o material, e não se refere à contaminação. (Ps72, Jan. 2004).

Nesse caso, os Ps demonstram ser importante ter formação com fundamentação teórica que aponte compreensão sobre a gênese do tema ou assunto ministrado, e Hinrichsen (2004, p. 314) diz que *é fundamental que se sedimentem conceitos microbiológicos de contaminação, colonização, infecção, superinfecção e alteração seletiva assintomática*, para que a prática seja desenvolvida mais consistentemente.

Aqui eu não participo de treinamento a prática seria melhor. PsTG1, out. (2004).

As atividades educativas ocorrem, mas na prática não temos materiais disponibilizados. PsTG11, ago. (2004).

Mais conscientização ele sabe e não pratica. (PsTG15, ago. 2004).

Tive apenas um treinamento no ingresso se houvesse mais poderia avaliar melhor. (PsTG9, ago. 2004).

Neste sentido, a educação em saúde do HUIBB, pelas atividades educativas, de certa maneira, passa a ter sentido no que é exigido no processo de profissionalização dos trabalhadores, pois, quando os Ps têm consciência de que precisam estar formados para o desenvolvimento de habilidade e aptidões específicas, como cita Silva (2001), o aumento dos serviços está garantido e a educação passa a cumprir seu papel produtivo, por isso é necessário que os profissionais tenham:

Mais consciência e mais responsabilidade em local de trabalho, realizar com calma e técnica os trabalhos. (PsTG2, out. 2004).

É importante a conscientização, ter apresentação de dados e cobrar, não adianta apenas treinar mais informar, cobrar e supervisionar; é preciso ter materiais para prevenir. (PsTG3, out. 2004).

Os Ps falam da importância da conscientização na formação, mas compreendem que isso está voltado às decisões individuais, no que diz respeito aos cuidados com riscos apenas de doenças infectocontagiosas e os materiais utilizados na assistência dos pacientes, boa conduta, comportamento desejável com os colegas no serviço e a máxima atenção no trabalho.

Vejo que os Ps estão mais conscientes, mas no laboratório acontece que há excesso de cuidado, isso gera ansiedade, pois, o número de pessoas que se acidentam com agulha é alto, (PsTG3, out. 2004).

Precisa de mais conscientização, trabalho há três meses e ainda não vi ninguém ser acidentado. (PsTG9, ago. 2004).

Na descrição dos profissionais, o sentido da conscientização é restrito quanto ao objeto cognoscível relacionado aos agravos à saúde do trabalhador, demonstrando, assim, posição inocente da uniausalidade da doença, sem multiplicidade de fatores, oriundos de processos e

condições de trabalho, bem como de indivíduo em atos inseguros de comportamentos ou psicológicos, como anotam Bensoussan e Albieri (1999, p. 71-73), e outros que estão na dependência das relações coletivas. Como cita Freire (1989, p. 26), significa levar os Ps a saírem da *esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarem à esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível na qual o homem assume uma posição epistemológica.*

Mas também oferecer condições de trabalho, pois tem dia que não tem gorro, máscara, desinfetante e degermante. (PsTG5, out. 2005).

Os Ps, de certa maneira, expõem os limites de compreensão dos processos de conscientização, resultado das próprias experiências no serviço de saúde e na forma de ver o mundo, como defende Freire (1989), sem o anúncio de que é necessário para que se tenha de fato formação mais totalizadora.

Na descrição dos Ps, fica descoberto o sentido da conscientização de valorização da formação humana, como defende Frigoto (2001), sendo alternativa para se ter novas formas de análise do conhecimento das relações de trabalho, no processo de conscientização de Freire (1989), de ajuda na emancipação dos profissionais de saúde.

Por outro lado, o conhecimento específico é trabalhado como base única para a formação e fortalecimento do serviço, focalizado exclusivamente nas técnicas trabalhadas por meio de informações e ilustrações, tais como:

Alerta bastante sobre os riscos. (PsTG4, set. 2004).

O treinamento dado é sobre precaução padrão, isolamento e EPI e tenho pouco tempo. (PsTG5, out. 2004).

É preciso ter cuidados com os procedimentos e está bem preparado, porque chegam a nós através de comunicação. (PsTG10, ago. 2004).

Para os Ps, a informação está relacionada às atividades educativas que indiquem fatores de riscos (Anexo F), tornando-se instrumento pedagógico de aprendizagem. Sabe-se que essa prática parte da visão de educação com base na abordagem comunicacional do paradigma da educação em saúde com, respaldo nos pressupostos tecnicista, diretivo e unilateral de educação.

A linguagem das informações é técnica, científica e objetiva, não precisando ser aprofundada, já que o recurso é apenas para ajudar na tomada de decisões imediatas do

indivíduo e da coletividade, constatadas nas descrições dos profissionais, quando acentuam que

É preciso participar e fazer o povo aprender, principalmente quando surgem casos como a gripe asiática em que assistimos palestras de prevenção; não era nada que estávamos pensando sobre a exposição do Ps, o conhecimento que tivemos na palestra veio trazer tranqüilidade, o aprendizado esclarece o que fazemos errado pelo nosso desconhecimento. (PsTG10, ago. 2004).

Assim, as práticas formativas do processo saúde-doença garantem o autoconhecimento, mas não permitem que o indivíduo saia de sua consciência imatura para uma atitude crítica e transformadora acerca dos serviços realizados na área da saúde.

A exposição dos Ps sugere continuidade do trabalho, de conteúdos ainda não suficientes, por isso requer-se formação para transformação da realidade no que diz respeito à questão de riscos biológicos ocupacionais, com vistas à política de educação permanente, que possibilite a relação com *o mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho:*

Deve ser contínuo e não apenas esporádico; assuntos e temas não são suficientes em termos de formação. (PsTG3, out. 2004).

Relativamente à necessidade de formação, como proposta, o MS indica que a educação permanente deve ser desenvolvida com base em pressupostos políticos-pedagógicos, definidos por práticas múltiplas de conhecimentos que apresentem valores, relação de poder e organização do trabalho. Conteúdos significativos, inclusive treinamentos como mecanismo de atualização técnico-científica, que é apenas um dos aspectos de transformação das práticas, com sentido para os sujeitos envolvidos:

Precisa ter mais treinamento, demora para acontecer, apesar de sempre ter assuntos novos sobre prevenção. (PsTG5, out. 2004).

É preciso ter mais práticas e os médicos antigos não se precavêm, não utilizam EPI. (PsTG9, ago. 2004).

Os profissionais separam aspectos de teoria e prática nos serviços da área da saúde, ao reforçarem as boas condutas, procedimentos e utilização dos EPIs, na concepção tecnicista como base de sua formação.

O curso de biossegurança é muito bom mais ainda é restrito; a CCIH cumpre o seu papel, ministra palestras, quem mais participa são os Ps de nível médio e os que têm nível superior se acham o máximo. (PsTG10, ago. 2004).

As atividades do HUIBB representam o aperfeiçoamento da educação continuada, quando o conteúdo é trabalhado apenas na especificidade que garante a definição de práticas de serviço, o que se torna insuficiente para se ter política de educação permanente, exemplifica-se melhor na seguinte narrativa: *os médicos e os enfermeiros deveriam assistir às aulas dos cursos de controle de infecção junto com a gente, para saberem onde colocar os tipos de lixos, as pinças, agulhas que podem provocar acidente...* Particularmente, os estudantes citam que

Estão sempre fazendo atividades educativas em relação aos riscos biológicos, acho que falta periodicidade sobre esse assunto, exemplificando o tratamento do lixo, observo que no quarto e quinto ano de medicina, não seguimos as instruções de prevenção. (Ps49, dez. 2004).

Com as falas dos Ps, evidencia-se que os conteúdos devem ser diversificados e estudantes e profissionais devem ser contemplados pelos cursos, haja vista que nenhum conhecimento é acabado em si mesmo e a formação por meio de educação permanente precisa acontecer pela integração e contextualização dos problemas dos serviços do Hospital.

Logo que o aluno entra no hospital seria necessário que recebessem orientação, pois eles sabem sobre proteção no sentido geral, sabem que usando a máscara do centro cirúrgico estão protegidos, porém têm doenças que exigem utilização de máscara apropriada para certas patologias como a tuberculose, varicela, que desconhecemos. (Ps50, dez. 2004).

Este fato demonstra que estudantes e profissionais têm visão restrita dos conteúdos, com base nas experiências diante dos serviços que realizam e nas especificidades das doenças mais comuns do Hospital, requerendo atividades de educação permanente redimensionadas quanto aos conteúdos, programação, tempo, carga horária, recursos, técnicas e metodologias aplicadas; formas de avaliação, local, duração e público-alvo.

Desta maneira, a educação continuada do HUIBB se contrapõe ao que está expresso na LDB (9394/96), em um dos princípios da educação que versa sobre a *vinculação entre*

educação escolar, o trabalho, e as práticas sociais, por outro lado, nos artigos 39 e 40 da lei, há consenso em relação ao que é desenvolvido no hospital como educação continuada, ao voltar-se centralmente para os aspectos produtivos, no artigo 40, porém enfatiza-se que *a educação profissional será desenvolvida por diferentes estratégias de educação continuada, em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho*.

Neste sentido, a LDB e a realidade do hospital, em política de educação continuada, trazendo esse ponto para educação permanente, diferem na concepção reforçada pelo MS, que defende proposta política de educação permanente em saúde, pautada na *produção de subjetividades, habilidades técnicas e conhecimentos do SUS, a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde*, bem como as idéias de Freire (1989) sobre educação representam quase o mesmo sentido da proposta do MS, ao dizer que *a educação é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade*.

Embora a LDB verbalize, nos artigos 35 e 43, o pensamento crítico que enfoca a necessidade do *aprimoramento do educando como pessoa humana incluindo a formação ética e o desenvolvimento da autonomia intelectual do pensamento crítico*, na prática da educação permanente, contrapõe-se às idéias pautadas por Freire (1980) e por Brandão (1995), ao dizer que *a educação permanente é um processo de aprofundamento tanto da experiência pessoal quanto da vida social*.

Em face da dimensão da educação permanente, princípio básico relevante para a formação humana respaldada em experiências e na vida social dos sujeitos, consta, na Tabela 6, que 29,73 % (22) dos Ps concordam que não são suficientes as atividades educativas praticadas no hospital.

Somente dar esclarecimentos nas palestras não é o suficiente, acho que não temos uma CCIH atuante nos três turnos e principalmente no período da noite, não se discute os casos e as pessoas são rebeldes; as enfermarias não têm pia, uso luva que não é de boa qualidade, vejo no horário em que trabalho funcionários com estafilococcia, unhas grandes que podem levar germes para dentro da sua própria casa, realizo punção lombar e fico preocupada. (Ps57, fev. 2004).

Os cursos são feitos uma vez no ano e no dia-a-dia acabamos esquecendo. (Ps15, nov. 2004).

Esse ano eu não vi nenhuma atividade educativa e para nós nunca mais teve. (PsTG10, ago. 2004).

Deveria ter seminários, mapeamento de riscos e uma atuação melhor da CIPA.(PsTG3, out. 2004).

Em relação ao mapeamento, a Portaria do MTb nº 25/94 consolidou, na legislação brasileira, metodologia para utilização de mapa de riscos. Desta forma, as empresas têm condições de elaborar esquema de prevenção de acidentes e doenças e assim programar melhorias das condições de trabalho.

Palestras, cursos; pois é, preciso ensinar e fiscalizar. (PsTG5, out. 2004).

As práticas de educação continuada do Hospital têm problemas de organização e estrutura e não contemplam as condições necessárias para a elaboração contínua dos conhecimentos técnicos, legais, éticos e políticos, ao dizerem que:

Assisti por assistir a palestra. (PsTG11, ago. 2004)

Quase não tenho conhecimentos. (PsTG9, ago. 2004).

As falas demonstram o descaso em relação às atividades educativas, provocando de certa forma a compreensão de que há negligência dos Ps quanto à formação, não apenas para impedir a infecção, contaminação ou doença ocupacional, mas também para garantir melhores condições de informação, comunicação e integração nos processos e condições de trabalho, cuja proteção é de responsabilidade dos pacientes.

Não adianta fazer cursos se os próprios pacientes e os Ps não têm consciência sobre sua proteção. (Ps12, abr. 2004).

A necessidade de formação não é apenas para pacientes, pois, como sujeitos integrantes da comunidade hospitalar, carecem de formação, contudo, a pacientes e membros familiares, deve ser dada a educação continuada, em relação aos aspectos pessoais (HINRICHSEN, 2004), *no que se direciona a alimentação, ambiente, quantidade de pessoas que freqüentam o hospital para fazer visitas no sentido de limitar o número de visitantes*, como cuidados com lesões por parte dos profissionais, lavagens das mãos, entre outras condutas de prevenção.

Acho que deveria ter vigilância constante. Existem situações difíceis quando se trata de estrutura física para realizar procedimentos com pacientes que têm colostomia e nada disso é desenvolvido nas palestras. (PsTG1, set. 2004).

Vejo fazer palestra e logo que entrei no hospital tinha medo até de respirar. (PsTg9, ago. 2004).

Nas descrições, as atividades educativas dos Ps não são suficientes em função dos problemas estruturais e processos de trabalho, pela falta de continuidade e permanência de atendimento de setores (como a CCIH, SESMT e CIPA) com a formação.

Dos Ps, 8,11% (06) consideram que as atividades educativas são parcialmente suficientes, por entenderem que a formação também deve partir do próprio profissional.

Talvez não seja suficiente, os Ps têm que buscar não somente conhecimentos, mas absorvê-los para evitar problemas de doença para si mesmo. (PsTG9, ago. 2004).

A fala denota a formação como algo que basta a alguém como detentor do conhecimento, como dita Freire (1980), ao tratar da educação bancária como *depósito de informação do indivíduo onde ele apenas absorve parcialmente o que lhe é imposto*.

Os ingressos deveriam ter cursos mais intensivos, principalmente nas áreas de risco. (PsTG11, ago. 2004).

Só as palestras não são suficientes, pois, lidar com a falta de material provoca acidentes. (PsTG5, out. 2004).

Neste sentido, existe situação do ato educativo em que os conhecimentos são percebidos pelos Ps de forma específica. Trata-se de visão unilateral que separa o sujeito do objeto, a experiência da realidade, a teoria da prática e a técnica da ciência, como se o indivíduo pudesse aprender tudo sozinho e isolado do contexto.

O desconhecimento das atividades educativas chega a 1,35% (01), relacionadas aos Ps da Instituição que trabalham fora do espaço físico do HUIBB, embora seja local considerado de risco aumentado, onde é feita necropsia. Para a educação continuada e permanente, os setores responsáveis pela formação precisam prever, nos programas, o atendimento específico e geral a diversos profissionais e locais de trabalho, principalmente, onde há maior incidência de riscos.

- **A suficiência das atividades educativas para a prevenção – técnicos/gerentes**

As atividades educativas para prevenção do HUIBB acontecem com medidas de capacitação em serviço, em cursos, palestras e seminários, que, para a LDB (9394/96) e Pereira e Teixeira (2003), expressam oferta de modalidades e opções de educação continuada e /ou permanente, para complementação, aprofundamento e atualização de conhecimentos, à disposição dos que não podem frequentar, fora do trabalho, cursos, e assim, continuarem a formação na instituição.

Os temas são desenvolvidos de acordo com a realidade e o nível de pessoal que está sendo capacitado, ocorrem cursos direcionados para os níveis médios e superior e por função. (PSTG5, out. 2004).

Os cursos são defendidos como instrumento de desenvolvimento de temas da realidade do trabalhador, porém não ficam, estabelecidos os conteúdos realmente trabalhados, a fim de permitir que os Ps tenham formação continuada e permanente, de acordo com a função:

O treinamento básico deve ser dado para todos os funcionários para ser informado como está organizado o programa de treinamento, dizendo os conteúdos para as informações gerais do hospital sobre o espaço físico, aspectos de organização administrativa e dos setores existentes. E numa segunda parte, está a responsabilidade da CCIH para dizer como todos os funcionários devem proceder para tomar cuidados e não sofrerem acidente ou contaminação. A terceira trata-se sobre a questão dos acidentes e da segurança física, legislação e atendimento básico. (PsTG8, set. 2004).

A prevenção e o controle de riscos biológicos ocupacionais integram a variedade de conteúdos que, no contexto de promoção da saúde, precisam ser trabalhados, considerando as especificidades da Instituição e de cada setor, em maior ou menor grau de riscos, contudo os executores da ação educativa não podem perder de vista a noção de que os riscos são relativos às funções dos trabalhadores em serviços, como tratam Cavalcante e Pereira (2000).

Vale ressaltar que o acesso à formação para riscos é uma necessidade, independente de escolaridade, por isso o investimento em políticas de qualificação profissional é indispensável para prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

São suficientes para a prevenção dos riscos, acho que sim, pois, através dos cursos e treinamentos vão ampliar sua visão, estamos pecando em avaliações mais rigorosas; precisa ter sensibilização sobre o preconceito e a discriminação. (PsTG11, ago. 2004).

Ainda que suficientes os cursos, há carência de avaliação para saber se os resultados são favoráveis, no que se refere à formação, conforme compreensão de técnicos e gerentes:

Quanto aos cursos, seminários e palestras, critico que são bastante teóricos, saturados, pois, seus recursos didáticos precisam ser dinamizados. (PsTG9, ago. 2004).

São muito teóricos; as aulas expositivas ainda não dão um retorno esperado, a proposta seria trabalhar com uma metodologia problematizadora, mais acho que passa por uma educação continuada. (PsTG10, ago. 2004).

Não, são muito teóricos, acho que deveria ter uma metodologia problematizadora, as aulas expositivas não dão resultados, os profissionais passam uma semana e vêm cheio de boas intenções e acabam esmorecendo. (PsTG5, out. 2004).

Os profissionais sugerem metodologia problematizadora, criticam o excesso de teoria. Embora Freire (1980) argumente que toda prática vem de uma teoria, isso ajuda as atividades educativas de prevenção a terem significado para os profissionais, com diálogo com os conhecimentos socialmente formulados, na realidade institucional e setorial, com os saberes elaborados sistematicamente da educação continuada e permanente, como proposto a seguir.

Deveriam ser periódicas as atividades educativas e estarem sempre enfatizando. (PsTG14, ago. 2004).

Cursos, treinamentos são suficientes, porém como não há sensibilização dos profissionais não têm resultados. (PsTG13, ago. 2004).

São muito importantes, mas temos que fiscalizar no dia-a-dia; é tão importante quanto o treinamento oficial. (PsTG15, ago. 2004).

É necessário mais não suficiente, é preciso ter muito estímulo. (PsTG5, out. 2004).

Não são suficientes, mais valoriza o profissional quando se manda fazer um curso. Acho que os cursos têm um simbolismo e ajudam na assimilação. (PsTG1, out. 2004).

Embora os técnicos e gestores reconheçam a suficiência das atividades educativas, percebe-se que ainda não se dispõe de determinadas estratégias de avaliação, em decorrência da complexidade de riscos, como citam Hoefel e Schneider (1997), e do sistema de saúde,

segundo Hartz (2002). É considerável a informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema para se ter avaliação das atividades educativas como sendo a melhor solução de julgamento e tomada de decisão sobre as ações.

As atividades não são suficientes e a frequência dos cursos está acontecendo muito pouco. (PsTG3, out. 2004).

A insuficiência das atividades educativas, com palestras, seminários e orientações, decorre do fato de não haver rotina na Instituição. Consoante programação de atividades da CCIH (2004), o conteúdo de educação permanente e continuada é transmitido em atividades de treinamentos de controle de IH, para o nível médio e superior, em uma semana, e para o profissional da limpeza, também de uma semana, semestralmente, porém, quanto à orientação sobre noções de biossegurança é dirigida aos funcionários e admitidos, de acordo com a necessidade.

As atividades acontecem, porém, não há objetivos e metas pretendidos pela CCIH para cada setor, e a LDB (9394/96) cita o acesso ao aperfeiçoamento profissional de forma universalizada e em termos de educação continuada, reforçada por BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998), na política de educação permanente, e Couto et al. (2003), para a motivação da conscientização.

Sem garantia disso, as atividades tornam-se apenas medidas paliativas para a instituição hospitalar e para os setores, conseqüentemente, com menor efeito na modificação de comportamentos e atitudes, procedimentos e condutas.

Não são suficientes, pois, não dependem da nossa organização interna, mas de uma política mais ampla do Estado, o problema maior é de saúde que ainda não se volta para a profilaxia, às pessoas de fora já procuram o assessoramento para ações das atividades que são realizadas pela CCIH. (PsTG12, ago. 2004).

Na programação da CCIH (2004), chama atenção o desenvolvimento das ações educativas para controle de IH e biossegurança, e as questões de riscos biológicos ocupacionais são incluídas nos conteúdos como atividade de prevenção, embora apresentarem, como unidade do programa, ação de educação continuada e permanente, entendendo que a estrutura da unidade se contrapõe à concepção da proposta de BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998).

Os cursos não são abrangentes, são indicados para umas três pessoas. (PsTG5, out. 2004).

Para a educação permanente, as atividades educativas, como sugere BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998), são desenvolvidas mediante permanente mudança de estratégias de organização do trabalho das chefias, constituída na prática das equipes, e as medidas não surgem em face de lista de necessidades individuais, mas de acordo com as demandas do contexto, do dia-a-dia da Instituição e setores, quanto à formação, atenção à saúde e qualidade da organização do trabalho, como conteúdos e tecnologias bem estabelecidos e definidos.

Só isso não basta, não consigo nenhuma forma de sensibilização vou à punição. (PsTG9, ago. 2004).

A atividade educativa é uma contribuição para aprimoramento dos profissionais, importante ferramenta de motivação da elaboração do conhecimento pela consciência crítica, como bem defende Freire (1980). Neste sentido, seu pensamento difere da idéia de que a punição seja mecanismo de formação, na relação social entre técnicos, gestores e profissionais de saúde.

▪ **Organização e infra-estrutura**

Concebendo a administração como conhecimento humano, em determinada instituição, de forma integrada, Chiavenato (1983) explicita que depende da compreensão dos sujeitos, na convivência do dia-a-dia do espaço social, sobre as complexidades e desafios da organização.

[...] as organizações são também extremamente diversificadas e diferenciadas. Não há duas organizações iguais, assim como não existem duas pessoas idênticas. Cada organização tem os seus objetivos, o seu ramo de atividade, os seus dirigentes e o seu pessoal, os seus problemas internos e externos, o seu mercado, a sua situação financeira, a sua tecnologia, os seus recursos básicos, a sua ideologia e a política de negócios. (CHIAVENATO, 1983, p.1).

A implementação do programa institucional, que responda à identidade própria e organizacional, no que se refere às ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais do HUIBB, faz parte dos programas de controle de infecções hospitalares e do programa do SESMT.

Os objetivos do PCIH (Portaria n. 2616/98) indicam que as ações abrangem medidas de *promoção, proteção e recuperação com a realização integrada de ações assistenciais e atividades preventivas* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), para reduzir, o máximo possível, a incidência e a gravidade das infecções hospitalares.

Ao analisar a programação anual de controle de infecção - IH, observa-se que os objetivos, metodologias, metas, formas de avaliação, não se encontram claramente definidos para políticas que respondam a efetivação das ações, para a prevenção dos riscos biológicos ocupacionais. Ainda há variáveis pontos de vista sobre o conhecimento dos objetivos.

▪ **Conhecimento dos objetivos do programa de prevenção dos riscos biológicos - Ps**

Quanto aos objetivos do PCIH (Tabela 5), notam-se tendências de respostas, direcionadas ações específicas a algumas doenças (71,62%), e, quanto aos locais de maior ou menor gravidade, Cavalcante e Pereira (2000) argumentam que os serviços de saúde possuem áreas insalubres. Sobre os EPIs, ressalta-se que, embora sirvam como instrumento de medidas de proteção, têm limites e entende-se a importância da visão sistêmica das ações do programa, tendo em vista seu melhoramento na tomada de decisões. Os profissionais de saúde pensam isto:

Preveni para evitar acidentes e contaminação. (Ps2, Ps5, Ps6, Ps10, Ps46, Ps49, Ps59, Ps67, Ps68, Ps69, Ps70, Ps72, Ps74, jan./fev./mar./maio/dez. 2004).

Evitar infecção do tipo HIV e HBV. (Ps8, Ps12, Ps24, Ps25, Ps32, Ps39, Ps63, Ps65, fev./abr./maio/jun./jul./set. 2004).

Evitar doenças profissionais. (Ps1, Ps3, Ps4, Ps13, Ps14, Ps22, Ps30, Ps34, Ps41, Ps48, Ps58, Ps60, Ps61, fev./mar./jun./jul/ 2004).

Preveni os acidentes ocupacionais e o terceiro leste é o local mais perigoso e principalmente nos setores de isolamentos. (Ps9, jun. 2004).

Proteger e orientar os Ps sobre os riscos, mais a orientação é dada somente no ingresso no hospital; na prática à máscara que usamos é tão fina e não protege. (Ps7, Ps8, Ps15, Ps19, Ps21, Ps23, abr./jun./jul 2004).

Proteger e realizar cuidados higiênicos sobre como usar as roupas, os EPI(s) e a CCIH reclama muito quando ver a gente sem o material. (Ps71, Ps73, jan./fev. 2004).

Reduzir o número de acidentes por material biológicos principalmente quanto ao perfuro-cortante. (Ps11, Ps17, Ps29, Ps31, Ps32, Ps36, Ps59, abr./ jun./ago./nov. 2004).

Existe uma variedade de fatores, na instituição, quanto à patologia, aspectos estruturais, qualidade do processo de trabalho e pessoal envolvido, como enfocam Bensoussan e Albieri (1999), Couto e Nogueira (2004). O local de trabalho consiste no esforço conjunto de empregadores, trabalhadores e sociedade em geral, visando a melhorar a saúde e o bem-estar dos profissionais, conforme Declaração de Luxemburgo sobre a Promoção da Saúde nos Locais de Trabalho, apud BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005), que estão fora da compreensão desses objetivos, reforçando a idéia neoliberal que impede a formação humana, como argumenta Frigoto (2001).

Preservar a saúde, pois não é lucrativo para a instituição ter um profissional doente e quem perde com isso é o hospital. (Ps35, nov. 2004).

Os objetivos têm determinação social, fazem parte da totalidade de vida dos profissionais, em contexto abrangente e, por essa razão, reforça-se a visão de que

Promoção da saúde é considerada um instrumental conceitual, político e metodológico em torno do processo saúde-doença, que visa analisar e atuar sobre as condições sociais que são críticas para melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida. (CERQUEIRA, 1997).

Desta forma, a conscientização é indispensável para melhoria das ações a serem avaliadas, (re) planejadas e/ou implementadas para alcançar os objetivos do PCIH, que merecem atenção especial, quando os Ps enfocam:

Orientar e aprimorar as técnicas para evitar riscos no trabalho; (Ps, 38, Ps53, Ps55, Ps50, Ps64, Ps6, maio./nov. 2004).

Orientar os profissionais: quando cheguei no hospital fazendo o terceiro ano de medicina, não tinha nenhuma orientação, mas acho que as palestras têm que ser abordadas na cadeira básica. (Ps51, dez. 2004).

Chama a atenção à conduta estranha dos Ps quanto aos objetivos do PCIH, ao tratarem de riscos biológicos ocupacionais, e Cardo (1997) salienta que os Ps desconhecem ou menosprezam os riscos, por isso, ignoram as ações, mesmo convivendo, direta ou indiretamente, com riscos, inclusive os próprios técnicos, como responsáveis na elaboração de ações, precisam entender a finalidade do programa para que os objetivos sejam alcançados.

Desconheço e não sei se tem algum programa de prevenção; (Ps16, Ps26, Ps28, jun./ ago. 2004).

Não conheço, acredito que é para informar os Ps. (Ps18, Jun. 2004).

Não sei o que está escrito no programa, mas penso que é para evitar e proteger o profissional dos riscos; (Ps38, Ps45, Ps54, mar./nov./dez. 2004).

A pessoa quando ingressa na função não tem uma boa orientação e vai aprendendo quando acontece o acidente inclusive os enfermeiros não sabem, às vezes como proceder. (Ps17, jun. 2004).

Melhorar o atendimento das ações.(Ps47, Ps57, Ps59, fev./jun./dez. 2004).

O fato de os Ps não conhecerem os objetivos do PCIH influencia negativamente no andamento das ações de prevenção de riscos. Quando os trabalhadores não conhecem os índices reais de acidentes e doenças ocupacionais, não conseguem identificar as epidemias em potencial, áreas a serem investigadas que necessitam de medidas de controle mais específicas, além de informações úteis e importantes para fortalecimento do programa e sua avaliação, a fim de se ter eficiência e novas medidas de controle.

A ausência de objetivos de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais impossibilita saber as perspectivas das ações, o que impede as intervenções no melhoramento. Para Tyler (1977), os objetivos são instrumentos importantes e necessários para avaliação, quando os resultados esperados são alcançados, e NOAS/SUS 01/2001 concorda com a idéia de que se deve avaliar as ações, envolver o acompanhamento dos resultados em função dos objetivos, indicadores e metas do plano de saúde.

Apesar de os Ps não terem de fato total conhecimento dos objetivos do PCIH do HUIBB, isso possibilita a feitura de indicadores, pela valorização da realidade do ponto de vista dos trabalhadores, sobre riscos biológicos ocupacionais, como política a ser elaborada.

É importante ressaltar que, embora a CCIH apresente PCIH, sua organização deixa a desejar quando apenas indica as atividades, sem especificar como se fazem, no documento, em política de prevenção setorial e institucional, com medidas educativas que venham contribuir na minimização dos riscos biológicos ocupacionais.

As ações do PCIH da CCIH do HUIBB são limitadas em relação à conduta com o acidentado, pois, ainda que existam tais atividades, não são explicitados o acompanhamento, o monitoramento, a educação em vigilância de acidentes por material biológico, apesar de a Portaria nº. 2616/MS (1998) estabelecer a obrigatoriedade de manutenção do programa nas instituições, a fim de prevenir as infecções hospitalares.

Da mesma forma, na SESMT, as atividades de garantia da saúde do trabalhador, apesar de ser parte do programa nacional, não têm, sistematizadas, suas medidas, como ação política do MTb e pelo MS, baseadas em princípios do SUS, embora apresentem ações que versam sobre riscos biológicos, capazes de causar danos à saúde do trabalhador, em função da natureza, concentração, intensidade ou tempo de exposição. O controle e avaliação dos riscos de trabalho são partes integrantes do programa de prevenção de riscos ambientais, na Norma Regulamentadora (NR-9).

De certa forma, os técnicos da SESMT têm conhecimento de riscos, contudo está faltando maior apropriação nas questões relacionadas com os riscos biológicos, que requerem da CCIH o fortalecimento de intervenções, como órgão consultor das ações, segundo Pedrosa e Couto (2003) sobre as medidas de formação específica de prevenção para os profissionais.

Com carência de formação específica de conscientização e controle dos riscos biológicos ocupacionais, é provável que os profissionais apenas reproduzam as práticas

restritas de uso de EPIs, de forma mecânica e isolada do contexto, do conhecimento de fatores determinantes dos agravos à saúde.

Dessa maneira, os Ps são responsabilizados individualmente pelo acidente, em função da idéia de que, ao terem recebido determinada orientação em cursos, capacitações ou informações, por meio de cartazes e/ou panfletos, acredita-se que todos estão conscientes e críticos dos próprios atos, sem que seja considerada a realidade dos processos e condições de trabalho.

Diante da situação, não dá para garantir que há, no HUIBB, uma política de formação, elaborada e implementada, quando não se tem definida a intencionalidade do programa como suporte de garantia de condições estruturais e organizacionais, quanto aos recursos materiais e humanos para atender as necessidades dos setores e dos Ps expostos aos riscos.

Os objetivos não estão formalizados, por isso, comprometendo a importância e conhecimento das ações por parte dos Ps para enfrentar os riscos biológicos ocupacionais, uma vez que se constituem dentro de uma política pública, que sistematiza medidas técnicas e operacionais destinadas à resolução de problemas ou ao atendimento das necessidades identificadas, e o próprio MS afirma necessidade do detalhamento de objetivos quantificados, metas e recursos, em se tratando de política.

▪ **Objetivos do programa em relação à prevenção dos riscos biológicos ocupacionais - técnicos/ gerentes**

Reduzir as exposições aos riscos de acidentes por material biológico. (PsTG3, PsTG10, PsTG11, set./out. 2004).

orientar os profissionais quanto aos riscos. (PsTG6, set. 2004).

Quanto aos riscos biológicos ocupacionais, técnicos e gestores apresentam, de certa forma, que os objetivos do PCIH são para atendimento do Ps, na ocorrência de acidente, contrariando a política do SUS, ao entender que, independentemente da exposição, devem ser garantidas a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Desenvolver as capacitações e cursos aos trabalhadores; (PsTG5, out. 2004).

Implementar políticas de conscientização para despertar as medidas de prevenção; pois, falta lei que obrigue a utilização das medidas de prevenção como deveres no uso de EPI (s). (PsTG7, ago. 2004).

Além de os objetivos situarem especificamente os riscos, há os que direcionam as atividades educativas compreendidas como meio de conscientização, na educação em serviço, mediante capacitações postas isoladamente, a partir de temas que versam sobre as medidas de proteção, sem despertar para a necessidade da problematização citada por Freire (1980), visando ao relacionamento entre conhecimentos e contexto, e assim promover a saúde no local de trabalho.

Melhorar a qualidade do atendimento à saúde do profissional. (PsTG2, out. 2004).

Promover a saúde, visando que o profissional não adoça; (PsTG13, PsTG14, PsTG15, ago. 2004).

Garantir a prevenção dos trabalhadores para melhores condições no desenvolvimento das suas atividades e do seu emprego dentro do hospital. (PsTG12, ago. 2004).

Nos objetivos defendidos pelos Ps, a indicação da necessidade de promoção da saúde, além de possibilitar melhores condições do processo de trabalho, deve estar articulada (CZERESSNIA; FREITAS, 2003) com *as ações setoriais capazes de se integrar à intervenção social organizada as políticas publicas intersetoriais ou trans-setoriais que configurem o espaço da promoção da saúde.*

Os objetivos da CRH para prevenção dos riscos ocupacionais dependem das atividades dos outros setores e outras ações como a vacina para os Ps.(PsTG8, set. 2004).

Atender as transfusões sanguíneas a serem administradas aos pacientes, minimizando o máximo a transmissão de doenças biológicas pelo sangue, que nos deixe a compreensão da inexistência de uma ação no programa para a proteção do Ps que este é um local de grande evidência á exposição dos riscos biológicos, por meio de agentes transmissores de maior facilidade de contato com o sangue. (PsTG4, set. 2004).

conhecer o princípio da microbiologia para que os funcionários não negligenciem os riscos; (PsTG11 Ago. 2004).

avaliar os procedimentos, compras de materiais e rotinas implementadas. (PsTG9 Ago. 2004).

A intersectorialidade é objetivo que permite ações específicas sistematizadas entre setores, instituições, evidenciada sua importância como política pública defendida por Queiroz (1998), medida operacional para promoção da saúde, acompanhada Da valorização dos conhecimentos técnicos de cada setor.

As falas dos profissionais mostram que um dos motivos que incentivam o desconhecimento dos objetivos do programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais está na operacionalização das ações, pela falta de medidas intersectoriais que buscam saber se as metas do programa foram alcançadas e, conseqüentemente, as intervenções das ações para a tomada de decisão, informação e formação, na implementação de uma política de avaliação sistematizada.

Desconheço, mas acredito que seja para evitar infecção aos pacientes e contaminação do profissional. (PsTG4, set. 2004).

Não há objetivos relacionados com os riscos biológicos, pois, os funcionários não percebem os riscos e preferem se expor aos acidentes de que usar o material; acredito que os objetivos sejam para evitar os riscos biológicos, estou convidando as chefias, pois, quero dividir as responsabilidades que é de todos nós e do coletivo, (PsTG1, out. 2004).

Não tenho conhecimento dos objetivos, mas acredito que passa pela prevenção ou em evitar o acidente e até mesmo sua eliminação, reduzir e controlar a infecção hospitalar. (PsTG14, ago. 2004).

Os técnicos, gerentes e Ps expostos direta ou indiretamente aos riscos apresentam, de forma aleatória, objetivos relacionados com as experiências do local de trabalho, embora alguns apareçam conjugados com a mesma intenção dos princípios do SUS, de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, observados na pesquisa de campo, com vista à análise dos programas de controle de infecção hospitalar do HUIBB, não definido no programa atenção à saúde do servidor da UFPA, objetivos, porém, parcialmente aplicáveis aos princípios do SUS.

Pelas descrições e de acordo com a missão institucional, formalizou-se, em linhas gerais, proposta de objetivo do programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais:

sustentação de ações de formação que aglutine conhecimentos técnicos, legais e éticos, articulados à política de promoção da saúde e prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, para controle dos fatores determinantes que agravam a saúde, subsidiando intervenções no ambiente, processo e condições de trabalho, motivada a avaliação para minimização ou eliminação dos riscos à saúde do trabalhador.

Os objetivos específicos podem servir como orientação para que setores, de acordo com suas características, definam as ações e metas que pretendem alcançar, assim como de prevenção de acidentes, doenças profissionais e do trabalho, orientação e aprimoramento de técnicas para evitar riscos, avaliar procedimentos e conscientizar da adesão às medidas de prevenção com vistas à facilitação da organização dos serviços diante de atividades de promoção da saúde do profissional no seu local de trabalho.

▪ **Dificuldades encontradas na operacionalização do programa para prevenção dos riscos biológicos ocupacionais – técnicos/ gerentes**

Dos técnicos e gestores, 62,50% têm a opinião de que os problemas são de ordem técnica, material, humana e financeira; 12,50 % (2) asseguram que são de caráter humano e financeiro ou material e de ordem técnica, como expressam:

Faltam recursos financeiros, materiais e espaços físicos que ainda não aumentaram, as ações prioritárias são indefinidas por parte da administração, no que diz respeito aos seres humanos, isso dificulta o atendimento das metas, pois, eles ainda não têm a questão cultural da prevenção dos riscos de cunho preservacionista, não há um comprometimento da administração para ser discutido o padrão, têm programa, há intenções mais não dão suporte financeiro; (PsTG7, set. 2004).

na área física que é preocupação de todos, o HUIBB cresceu, mas a estrutura não mudou, aumentou o número de funcionários e o laboratório é inadequado. (PsTG3, out. 2004).

Os recursos são indispensáveis ao desenvolvimento de ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, no HUIBB. Chaiavenato (2000) ensina que são viáveis para alcance dos objetivos preestabelecidos e planejados pela administração, o que requer ação política definida, para obtenção de apoio e fortalecimento de investimentos, pela participação dos Ps na implementação das ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

Para isso, é preciso que a administração tenha papel definido na *sistematização de tudo que ocorre na organização, tratando de maneira científica as atividades que são desenvolvidas*. Giglioti (2004), e Rouquayrol e Goldbaum (2003) entendem que *as ações de prevenção devem ocorrer em níveis das estruturas socioeconômicas e políticas em conjunto com as ações dos especialistas*.

Quanto à crítica dos técnicos sobre a indefinição das ações prioritárias da administração, a solução é a apreciação do processo e estrutura da instituição, para atingir os resultados esperados, na seleção dos componentes da intervenção e dos atores envolvidos (HARTZ, 1997). Dessa forma, a administração tem condições de avaliar e assumir a organização dos objetivos, metas e, conseqüentemente, as prioridades para operacionalização das ações em cada setor do hospital.

sem recursos para a operacionalização de cartilhas sobre a exposição, não tem imunoglobulina e o fornecimento de medicação pelo Estado fica comprometido; só tem um equipamento para a sorologia do HIV, não há diretrizes do Estado e nem registro do acidente, falta a padronização entre as ações dos governos federal, estadual e municipal. (PsTG12, ago. 2004).

Pelas falas, observa-se a falta de recursos para investimentos no desenvolvimento das ações de prevenção, direcionadas à motivação e ao cumprimento das normas de precauções básicas, com intuito de reduzir a exposição do Ps, em cada setor do hospital. Ainda que seja referência no atendimento a doenças infectoparasitárias, não há disposição de quimioprofiláticos para o atendimento, requerendo do Ps acidentado, deslocamento para outras instituições que disponibilizem as referidas medicações e/ou vacinas.

É sabido que o BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) recomenda o atendimento e o acompanhamento do profissional exposto ao material biológico, e as intervenções de quimioprofilaxias devem ser iniciadas em tempo hábil após o acidente, para que o atendimento tenha sucesso e seja obtida a sua maior eficácia.

Além do mais, os técnicos e gestores reforçam a noção de que os problemas de condições materiais e estruturais existem em função do crescimento dos serviços oferecidos à população, não havendo organização que aponte claramente as atribuições de cada setor e dos demais órgãos e instituições da área de saúde, que, de uma forma ou outra, estão envolvidos com as ações do HUIBB.

Raramente tenho deficiência de material, vejo o problema mais na prática dos funcionários pela sua falta de atenção e de cuidado. (PsTG9, ago. 2004).

O técnico e/ou gerente, de certa forma, atribui as responsabilidades na operacionalização das ações aos funcionários, como se fossem os maiores articuladores do desenvolvimento das ações da Instituição e como se o problema dos riscos biológicos ocupacionais não tivesse nenhuma ligação com os processos e condições de trabalho, além de tratar o local de atuação como área privilegiada desprovida de qualquer deficiência hospitalar.

As ações de prevenção guarda relação com o contexto da Instituição hospitalar, por isso, as responsabilidades partem de políticas estruturais dos técnicos, gestores e Ps, como argumenta Rouquayrol e Goldbaum (2003), para a tomada de decisão e os problemas serem resolvidos. Considera-se, contudo, que os técnicos e gerentes também são formadores de consciência, agentes de mudanças ou de manutenção do desenvolvimento e funcionamento das ações, em particular, das atividades educativas.

Faltam recursos pedagógicos para a realização das atividades de formação, como apostilas e recursos audiovisuais e quanto aos funcionários para afastar do trabalho. Minha opinião é fazer o curso em trinta minutos ao menos uma vez por semana. (PsTG10, ago. 2004).

Quanto às atividades educativas, os técnicos e gerentes questionam a insuficiência de recursos pedagógicos, necessários para o desenvolvimento da aprendizagem dos conteúdos trabalhados, e Brandão (1995) chama a atenção para *a educação permanente, como sendo a necessidade que todos nós temos de sempre aperfeiçoar a nossa formação profissional*, pois há constante avanço da progressão da ciência e aplicações tecnológicas cotidianamente.

Dessa maneira, as atividades como prática de educação devem ser prioritárias para a instituição, uma vez que consta do próprio relatório da gestão (2004) que a missão do HUIBB é além da prestação de *assistência ambulatorial e hospitalar e servir como campo de prática para a formação dos profissionais da área da saúde, cuja visão é ser um centro de disseminação de conhecimentos na área de saúde*, combinada com medidas de prevenção de riscos biológicos ocupacionais, com vistas à consciência crítica para a eficácia e eficiência das ações.

Falta conscientização e tempo para o profissional fazer a parte educativa e da própria instituição, pois, como poder enviar pessoas

para fazer cursos se o número de funcionários é insuficiente? (PsTG10, ago. 2004).

A dificuldade está na própria informação, deveria ter a equipe de capacitação para formar e informar; (PsTG9, ago. 2004).

Não há um trabalho contínuo para poder sensibilizar, pois, não terei resultado somente para obter o sucesso. (PsTG9, ago. 2004).

Há certa valorização da formação em serviço, contudo as falas demonstram alta demanda de serviços, em função dos poucos funcionários, com problemas estruturais, dificultando a maior participação dos Ps nas atividades educativas, merecendo maior atenção a política de formação profissional que integre educação contínua e permanente.

As dificuldades são culturais, pois, só haverá mudanças se os profissionais estiverem sensibilizados, se não nos impormos, viramos as costas e eles continuam fazendo errado; (PsTG5, out. 2004).

No início, para implantar sempre há muitos treinamentos, os profissionais já incorporaram a necessidade da utilização das luvas, que a princípio tive dificuldade mais com o tempo tornou-se costume. (PsTG4, set. 2004).

Pelas falas, observa-se a necessidade de ampla formação da educação em saúde, considerando as abordagens de Tones apud Silva (1994), ao se referir acesso igualitário à informação e à abordagem radical para uma visão política de teor crítico para a manutenção da saúde nas instituições e setores de trabalho.

Com os profissionais expostos que não conseguem ver a importância da imunização e os riscos que estão expostos, se preocupam mais com a questão da AIDS. (PsTG1, set. 2004).

Não, observo que temos que sair e ir atrás; procuramos manter um trabalho com a CCIH, quanto ao uso do material para os produtos químicos e utilização de botas no local úmido. (PsTG11, ago. 2004).

Neste caso, as dificuldades são específicas de determinada doença, que exige ação preventiva comum de cada setor. De outra parte, sabe-se que as ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais envolvem questões técnicas e políticas, como medidas que articulem interesses intra e interinstitucionais, na tentativa da efetivação de uma política de educação continuada e/ou permanente, servindo como base estratégica para se ter formação profissional

em saúde, estruturada na organização e nas transformações de práticas da gestão e do mundo do trabalho.

▪ **Envolvimento do setor visando contribuir na eficiência das ações do programa de prevenção – técnicos/gerentes**

Conforme a entrevista, 75,0% (12) dizem que, com envolvimento dos setores nas ações do programa, certamente ocorre eficiência; 25,0% (04) pensam que os setores não contribuem para eficiência, embora ambos façam ponderações que mereçam ser analisadas.

Todos os setores contribuem para eficiência, é de suma importância para o conhecimento específico; (PsTG6, set. 2004).

Observo que os setores fazem os seus trabalhos, mas em nível setorial e a CIPA é mais abrangente.(PsTG9, ago. 2004).

Visando à eficiência de cada ação de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, é enfatizada a importância dos conhecimentos específicos, em cada setor, sobre a prevenção, assim, nessa visão, como argumenta Inojosa (1998), os problemas identificados com a participação coletiva possibilitam decisões integradas sobre políticas e investimentos, com o objetivo de obter retornos sociais, e levam a mudanças de atitudes no trato com os saberes entre técnicos, gestores e profissionais de saúde.

Precisa melhorar o intercâmbio. (PsTG15, ago. 2004).

Acho que o HUIBB é grande para um grupo pequeno como a CCIH e Farmácia que não tenho um acesso mais próximo, somente quando acontece alguma coisa. Todo mundo trabalha sobrecarregado, o intercâmbio faz o outro profissional visualizar. (PsTG4, set. 2004).

Contribui, traz exemplo prático que se vê através dos cursos. Não há envolvimento entre os setores na troca de informações. (PsTG3, out. 2004).

Ocorre, mas têm que melhorar muito porque os setores não absorvem a importância da prevenção, poucos participam, muitos fazem programas, acho que a contribuição é da CCIH, precisa conscientizar sobre a importância das ações do programa para os setores. (PsTG8 ago. 2004).

A partir do momento em que se valoriza cada ação, é interessante investir nas medidas de informações mais abrangentes da Instituição, que garante amplo conhecimento e mobilização das ações, por meio das divulgações sistematizadas.

Estou chamando os profissionais que atuam na questão de mexer com a consciência, percebo que os psicólogos têm uma técnica para abordar um determinado assunto. Eu não tenho toda essa técnica para mexer com a consciência dos funcionários. (PsTG10, ago. 2004).

Através da participação dos funcionários dos setores, o espaço seria nas reuniões multiprofissionais. (PsTG11, ago. 2004).

A programação de enfermagem não estar sendo possível, não estou conseguindo fazer a inter-relação. (PsTG9, ago. 2004).

Os setores precisam compreender a qualidade do material, a gente precisa justificar a importância e para que servem. (PsTG5, out. 2004).

Em parte, porque as pessoas precisam entender e conhecer a importância e a qualidade dos EPI's porque se têm gastos com isso.(PsTG6, set. 2004).

Pelas falas, há interesse dos técnicos em fazer articulação entre as diversas áreas do conhecimento a fim de serem implementadas ações interdisciplinares para atenção integral à saúde, mediante a progressividade de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, como enfoca a política do SUS.

Não há envolvimento de todos os setores do HUIBB de grupos grandes e pequenos, o relacionamento é muito pouco e precisa acontecer de fato e aumentar os recursos humanos. (PsTG15, ago. 2004).

No instante em que se valoriza cada ação, convém investir também na troca de informações mais abrangentes na instituição que assegure a identificação participativa de problemas coletivos e efetivação de decisões integradas.

Acho que é bastante envolvida pela gerência que pode notificar acidentes, com a divulgação sendo ampliadas dentro dos setores, os técnicos estarão mais sensibilizados e se tornarão agentes multiplicadores da ação, acho que tem que ser visto com que parâmetros as informações dos funcionários estão sendo seguidas por outras pessoas que nem são do HUIBB. (PsTG7, set. 2004).

Precisa haver uma maior aproximação entre os setores da SESMT e CCIH com os demais setores. (PsTG3, out. 2004).

Entende-se a importância da integração entre os serviços da CCIH e SESMT, haja vista as atividades educativas enfatizando as normas e diretrizes de prevenção e controle da exposição de doenças infectocontagiosas, materiais orgânicos e segurança relativas aos riscos biológicos, consoante demarcam Pedrosa e Couto(2003).

Raramente o setor contribui. (PsTG1, PsTG14, ago./out. 2004).

CCIH e outros setores, não têm coisas mais formais.(PsTG9, ago. 2004).

A informação é à base das decisões autônomas dos indivíduos e da comunidade, nas diversas esferas da vida social. Na saúde, serve para ampliar a participação e o controle social das decisões sobre as políticas públicas de saúde, prioridades, alocação de recursos e utilização de novas tecnologias disponíveis para a eficiência das ações de cada setor. Precisam ser exaustivas e apresentadas em linguagem técnica e científica para que os técnicos gerentes e Ps exerçam tomados de decisão, como indivíduos da coletividade.

▪ **Avaliação das ações do setor sobre a prevenção dos riscos biológicos ocupacionais – técnicos/ gerentes**

As ações de prevenção requerem medidas de avaliação para condutas de julgamento da realidade, intervenção, após monitoramento e tomada de decisão pelos setores. É observado, nas entrevistas, que, de 16 técnicos e/ou gerentes, 75,0 % (12) não realizam processo avaliativo, 6,3 % (1) fazem-no por meio de recursos como relatórios, fichas e observações e 18,8 % (3) expressam fazer avaliação do trabalho mediante as atividades do programa.

Avalio as ações do programa e seus resultados com base no desempenho do servidor e por meio de feedback, registro os procedimentos por meio de fichas do treinamento, pego o retorno da chefia.(PsTG5, out. 2004).

Avalio no dia-a-dia e no trabalho corpo a corpo. (PsTG10, ago. 2004).

Como no setor são 23 pessoas, é possível fazer corpo a corpo, é pequeno, checo na hora o que estão fazendo. (PsTG9, ago. 2004).

avalio as ações da atividade de vacinação e dos exames periódicos dos funcionários da FADESP e da UFPA. (PsTG7, set. 2004).

O desempenho de avaliação está relacionado à quantidade de pessoas beneficiadas por determinada ação, e o que parece ser de interesse dos técnicos e gestores é apenas ter a noção de que a atividade foi realizada, sem a necessidade de julgamento de valor, como argumenta Hartz (1997), pois, para que os cursos, de fato, sejam avaliados, deve-se ter como objetivo a tomada de decisão, com a definição de critérios condicionantes, para a avaliação normativa e a elaboração de procedimentos, com a perspectiva da pesquisa avaliativa.

Avalio por meio do curso e não do programa. (PsTG4, set. 2004).

Considera-se que os Ps não conseguem avaliar os cursos, como medidas que dependem de situações-problema da Instituição e dos setores, em se tratando de condições materiais, humanas e financeiras, a fim de se avaliar resultados e processos significativos e qualitativos das ações educativas.

avalio o impacto das ações; ainda não avançamos numa avaliação por desempenho e ainda estamos querendo implantar como habito, uma espécie de revisão de rotinas para os treinamentos, visando à melhoria da saúde do trabalhador; (PsTG6, PsTG12, PsTG13, ago./set. 2004).

Ainda que os técnicos e gerentes admitam que realizam avaliação de resultados, esta não aparece de forma consistente, quando exemplificam o estabelecimento de rotinas na realização das atividades educativas de treinamento, por não terem definido o que desejam alcançar na implementação da ação e, de acordo com a NOAS/SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), a avaliação dos resultados deve estar *em função dos objetivos, indicadores e metas, apontadas no plano de saúde, voltados para melhoria do nível de saúde da população.*

Notamos que não há nenhum tipo de mecanismo que sirva como indicadores qualitativos e quantitativos que dê condições sobre a noção dos índices de controle para se saber se as normas existentes estão de fato sendo cumpridas e efetivadas no setor, ou no mínimo, para se saber se a reciclagem está acontecendo, com base na legislação; (PsTG13, out. 2004).

Em termos gerais, os setores não sabem e não têm dados avaliativos quantitativos e qualitativos sobre o que acontece em termo das ações, tornando-se uma prática quase que inexistente, considerando uma certa negligência na ausência de uma avaliação de resultados e processos no que é realizado e pudesse ser organizado de forma sistemática. (PsTG11, ago. 2004).

Não há, na Instituição, pelas atividades de cada setor, avaliação normativa pelos resultados, que consiste na *comparação com os índices dos resultados obtidos com critérios e com normas de resultados esperados* (HARTZ, 1997). Para apreciação dos resultados, as situações-problema precisam estar sintonizadas com a coerência dos recursos de avaliação utilizados, equiparados com os objetivos e perspectivas de serviços de cada setor.

a idéia é traçar rotinas, processos, após um mês, vou fazer um relatório e reunir com a equipe para saber o que melhorou e colocar na ficha avaliativa. As pessoas são humildes e não conseguem introjetar, pois, eles não têm educação e instrução para absorver o conhecimento. (PsTG1, out. 2004).

O técnico assevera a necessidade da extensão das rotinas com a avaliação de processo, focaliza o problema dos Ps expostos, direta ou indiretamente, com os riscos, pela falta de hábito em fazer avaliação, expressando que há carência de formação teórica, científica e prática na utilização do instrumento, como objeto para julgamento e juízo de valor sobre a realidade dos serviços, por meio da aplicação de relatórios para possível mudança.

A impressão é de que eles também necessitam de maior familiarização com a avaliação normativa de processo, sua apreciação, para Hartz (1997) depende de saber em que medida os serviços estão sendo adequados para atingir os resultados esperados, que fazem parte de *comparação entre os serviços oferecidos pelo programa com as formas de intervenção, critérios e as normas determinadas em função dos resultados visados*, para que as ações sejam de fato implementadas.

Deveria ser por feedback para que houvesse a compreensão dos resultados das ações de nível setorial e de toda instituição, critico a avaliação feita pela administração e setores que centralizam as informações numa instância mais superior, ficando somente nos gabinetes.(PsTG8, set. 2004).

Se há avaliação fica muito no gabinete na parte central e quando chega na ponta é de forma punitiva e o profissional não está preparado com a

avaliação, precisamos amadurecer mais para saber avaliar. (PsTG5, out. 2004).

Comunico a direção do hospital, faço relatórios mensais. (PsTG2, out. 2004).

As falas demonstram que não há avaliação de processo, que ajude no avanço da intervenção e do julgamento do juízo de valor para tomada de decisão entre os envolvidos, considerando a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa como produto resultante do ato de avaliar.

Há reforço da importância da definição de critérios, segundo Hartz (1997), para a escolha dos componentes de intervenção e definição dos sujeitos. Neste caso, os técnicos, além de criticarem a concepção punitiva de avaliação determinada pela administração do HUIBB, denunciam o fato de que esta ainda fica centrada nas instâncias superiores do Hospital e não chega diretamente aos locais de trabalho para maior controle das chefias e dos Ps.

Não foi realizada, existe informação; temos instrumentos de avaliação. (PsTG3, out. 2004).

Não há avaliação, apenas chamo atenção dos Ps e faço observações, precisa de uma proposta de avaliação para todo o trabalho direcionado para os risco. (PsTG11 ago. 2004).

Está faltando ser implementada, a avaliação é feita por meio da observação, chamo o profissional e se ele souber vai ter que assinar uma advertência, relato o fato e assino; se reconhecer que não sabe é orientado individualmente. (PsTG9, ago. 2004).

Compreende-se que, apesar de os técnicos e gerentes expressarem que utilizam instrumentos de avaliação, mesmo considerados como elementos importantes para o avanço da tomada de decisão para a mudança em toda operacionalização das ações do programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, eles não são suficientes para avaliação institucional e de programa, rigorosa, na medida que isso requer maior cobertura da apropriação técnica, teórica e científica da avaliação, na relação entre a utilização dos instrumentos e os vários componentes das ações.

Não tenho nenhum mecanismo de avaliação, não tenho índice de controle e por isso, não tenho necessidade de monitorar, observo se as normas estão sendo cumpridas e faço reciclagem anual. (PsTG10, ago. 2004).

Neste sentido, BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001) normatiza o processo de função e controle da avaliação, como sendo instrumento coerente para planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, fortalecendo as prioridades e diretrizes que contribuem no alcance de resultados em termos de impactos na saúde da população, defendida pelo próprio Poder público, na constituição de programas de saúde.

Até o momento ainda não realizamos pelo menos as que podem ser medidas, desconheço alguma metodologia de avaliação para ser melhorada e serem implementadas as ações. (PsTG14, PsTG15, PsTG16, ago. 2004).

Sendo a avaliação sistemática uma necessidade profissional, como intervenção ante as ações específicas, direcionadas aos riscos biológicos ocupacionais, devem estar fundamentadas em metodologia de avaliação que permita identificar fatores imediatos. Para a avaliação de política pública em saúde, contudo, a qualidade das ações, para Belloni et al. (2001), deve estar claramente exposta nos *objetivos, critérios, metas*. Essa intencionalidade serve para alcance da promoção da saúde.

Vale ressaltar que a situação requer maior profundidade de conhecimento sobre os mecanismos da avaliação, tratada como princípio educacional, citado por Vianna (2000), que assinala ser a base para a compreensão das diferentes abordagens teóricas sistematizadas. Infelizmente, a partir da análise da maioria das falas, parece que ainda não é uma realidade na prática profissional integrar os setores do HUIBB, no uso da avaliação, como subsídio para a tomada de decisões nas ações do programa.

Dessa forma, a avaliação de programas precisa ser utilizada como objeto de julgamento normativo, segundo Hartz (1997), para se ter os componentes de intervenção. Os sujeitos da avaliação apreciam os resultados, processos e estruturas valorativas. Para Dias Sobrinho e Balzan (2000), os próprios membros da Instituição participam da análise dos diferentes problemas enfrentados pela Instituição, para tomada de decisão crítica, individual e coletiva, que engloba processos e resultados de desempenho técnico, científico e político.

As avaliações normativa e valorativa são formas que se podem tornar instrumento favorável para explicação e reflexão do problema social que ajude na solução, situado nas circunstâncias do humano, analisando as ações, não no abstrato senão na realidade dos riscos biológicos ocupacionais.

▪ **Indicadores sociais – Ps / técnicos / gerentes**

Mediante sugestões de garantia de promoção da saúde, no trabalho, optou-se por selecionar cada uma das propostas dos técnicos, gestores e Ps, utilizadas como instrumento de avaliação e, ao mesmo tempo, possibilitar a formação de indicadores sociais de medidas quantitativas e qualitativas, para avaliar níveis de saúde com a intenção de realizar diagnóstico, monitorar e intervir no desenvolvimento das ações, ao dizer-se que:

Mensurar o estado de saúde e bem-estar de uma determinada população é, portanto, não só uma necessidade para que sejam feitos diagnósticos, realizadas intervenções e avaliados os impactos das mesmas nesta população, como também é uma tarefa complexa para qual ainda não dispomos de instrumentos e metodologias que atendam plenamente essas necessidades. (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003, p.37).

Na ausência de metodologia para constituição de indicadores para a saúde, de forma positiva, observa-se a necessidade da avaliação para a elaboração de políticas públicas saudáveis, definidas e sistematizadas para o programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, na Instituição hospitalar, como fica expresso nas falas seguintes:

Formalizar um projeto para a região que seja referência para os serviços. (PsTG16, ago. 2004).

Vejo que tem que ser sentido o problema; é preciso que a diretora venha aos setores do hospital, pois, há tantos problemas, o que facilitaria a administração do HUIBB para sensibilizar e valorizar o serviço.(PsTG1, out. 2004).

A partir do momento em que os setores conseguem elaborar, implantar e implementar programas e projetos, o HUIBB está mais fortalecido para alcançar as metas de trabalho, segundo o que consta no relatório anual de gestão (2004), cuja base é o desenvolvimento das atividades dos programas, para atendimento da população em geral, razão por que, ao longo do tempo, vem conseguindo, em parte, ser referência e cumprir com sua missão; embora os Ps sejam contemplados com assistência, o técnico considera que a Instituição ainda não é referência em políticas de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

Na tentativa de solucionar a limitação de políticas e/ou de ações formalizadas, optou-se pela elaboração do indicador **Plano de Organização Setorial**, como instrumento indispensável de avaliação das ações de cada setor, na formalização de políticas, como

defende Queiroz (1998), para a prevenção e controle das IHs ocupacionais, fundamentadas nas características da Instituição hospitalar e na legislação em vigor.

A escolha do indicador parte da avaliação e das informações indicadas pelos Ps, centrada no que refere o NOAS/ SUS (2001) sobre a importância da avaliação, sustentada na avaliação de programa de saúde, pela eficiência, eficácia e efetividade social, como cita Prade (2004), ferramenta de apoio à tomada de decisões, elaboração de planejamento para o controle dos serviços, subsidiado na avaliação de processo defendida por Dias Sobrinho e Balzan (2000), como ajuda nas análises da missão, objetivos, metas da Instituição e dos setores.

ASPECTOS AVALIADOS	CRITÉRIOS
Missão setorial	<p>Definido. As ações se cumprem em alinhamento com o propósito do setor institucional.</p> <p>Indefinido. Ações desenvolvidas sem compor o propósito setorial.</p> <p>Ausente. Não há ações de prevenção compatíveis com o propósito setorial e institucional.</p>
Objetivos	<p>Definido. Por prioridades de ações de prevenção incluindo avaliação.</p> <p>Indefinido. As ações acontecem sem prioridades.</p> <p>Ausente. Sem objetivo planejado do programa.</p>
Metas	<p>Definido. plano define claramente as metas de cada setor.</p> <p>Indefinido. Ações realizados sem meta a ser alcançada.</p> <p>Ausente. Não há plano de ações por parte dos setores.</p>
Intersetorialidade	<p>Definido. Participação das gerências de cada setor na elaboração e implementação das ações de prevenção coordenadas pela CCIH, SESMT, CIPA e Administração.</p> <p>Indefinido. Participação de um ou outro setor.</p> <p>Ausente. Não há participação de gerentes dos setores.</p>
Avaliação	<p>Definido. Contempla a avaliação de programa por eficiência, eficácia e efetividade social.</p> <p>Indefinido. Contempla um ou dois aspectos de avaliação do programa.</p> <p>Ausente. Quando não há avaliação de programa por eficiência, eficácia e efetividade social.</p>

Quadro 4 - Indicador: Plano de Organização setorial
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Em função de os riscos biológicos estarem nos setores do HUIBB, mediante atividades cotidianas do Ps, merecem atenção as políticas formalizadas para promoção da saúde do trabalhador.

A classificação do indicador **plano de organização setorial** é estruturada nos aspectos avaliativos e critérios estabelecidos, com sistematização das ações de prevenção, integradas a programas que desenvolvem medidas de controle de exposição dos profissionais, direta ou indiretamente, aos riscos biológicos em cada setor.

A missão setorial, metas, objetivos, avaliação intersetorial são considerados ótimos ao atingirem os critérios estabelecidos de efetivação do programa com base na política de saúde, para promoção, proteção, recuperação e reabilitação. (BRASIL. SISTEMAS ÚNICOS DE SAÚDE, 1998). É dado conceito Bom, no momento que um ou dois dos critérios não estiverem definidos, e Regular, mediante a completa ausência de critérios.

A avaliação por eficiência ocorre quando se alcança o impacto previsto em conjunto com os recursos necessários para o desenvolvimento das ações (PEREIRA, 1999). Para Jannuzzi (2003), concretiza-se como meio de formulação de políticas e de programas sociais. Cumpridos objetivos e metas estabelecidas, são eficazes e, mediante a avaliação dos efeitos das ações do programa para determinado grupo, população e sociedade, ao ocorrer a efetividade social, define-se como Ótimo.

O conceito Bom contempla uma ou duas abordagens, logo atingindo parcialmente os objetivos e as metas previstas para o desenvolvimento das ações do programa. É ausente, quando não há utilização de nenhum tipo de avaliação, recebendo conceito Regular.

De acordo com as características, dimensões de serviços e com as ações de prevenção de cada setor do HUIBB para a realização das atividades educativas:

Valorizem as ações realizadas no próprio local de trabalho para que possam ajudar na formação dos Ps. Os trabalhadores participam das atividades de formação, mas porque são obrigados, banalizam as ações e de fato não sabem da importância do trabalho da CCIH. (PsTG6, set. 2004) (Ps35, nov. 2004).

A opção é pela elaboração do indicador **Política de Formação**, subdividido em **indicadores de Escolarização, Aperfeiçoamento Profissional e Formação Contínua e Permanente**, meios que ajudam na sistematização e organização das intervenções no programa e/ou projeto, que motivem a participação e o total conhecimento dos Ps expostos, direta ou indiretamente, aos riscos biológicos.

▪ **Indicador: Política de Formação**

A escolha de indicador fundamenta-se na legislação educacional atual, LDB (9394/96), que normatiza o direito à educação escolar e o aprimoramento de níveis de ensino, inclusive identificando a formação continuada e a educação permanente, enfatizadas pelo Ministério da Saúde.

Um dos aspectos legais são as Normas Regulamentadoras em que se encontram os critérios de riscos, relativos à saúde e à segurança, no ambiente do trabalho. Rouquayrol e Goldbaum (2003), Couto e Pedrosa (2003) e Hoefel e Schneider (1997) consideram que a prevenção tem uma parcela de contribuição nas atividades educativas, e as concepções de educação tratadas por Libâneo (2002), Brandão (1995) e Freire (1980), versam sobre a importância da conscientização na formação crítica do indivíduo como sujeito do conhecimento, aspectos que, além de ajudar na compreensão de saúde, são fundamentais para o entendimento dos riscos biológicos no contexto.

Os riscos biológicos, pela dimensão e complexidade, estão em muitas áreas insalubres e os Ps, como citam Cavalcante e Pereira (2000), por exporem-se a si e outras pessoas aos riscos, encontram-se nas atividades profissionais que requerem especificidades técnicas, capacidade crítica do conhecimento e compreensão dos invisíveis riscos dos locais de trabalho.

Além do mais, é contraditório o fato de que, em um espaço privilegiado de produção do conhecimento e da pesquisa acadêmica e científica se negligencie a noção de ainda haver profissionais que não concluíram o ensino básico e outros sem o ensino superior.

Neste sentido, já que o HJBB é um hospital-escola, torna-se indicador de relevância social (JANUZZI, 2003) importante para a implementação da política de escolarização, o que, certamente, influencia na qualidade da prestação dos serviços públicos oferecidos à população. Prade (2004) expressa que o indicador escolarização é medida da dimensão de clima organizacional que reflete a qualidade e proficiência e o engajamento dos funcionários, no cumprimento da missão e dos objetivos institucionais.

Quanto maior o nível de escolarização, mais o Ps tem condições de intervir na vida institucional, pelo conhecimento técnico e também legal sobre as ações de riscos biológicos, permitindo-se sua percepção crítica da realidade do hospital, que contribui para a prevenção individual e coletiva, mediante o saber sistematizado e a motivação de engajamento político e científico.

Aspecto a ser Avaliado	Critérios
Níveis de ensino atingidos pelos Ps.	<p>Definido. O ensino fundamental, médio e superior dos Ps, por setor exposto direta ou indiretamente aos riscos biológicos considerando prioridade e demandas de cada setor.</p> <p>Indefinido. A quantidade de Ps escolarizados.</p> <p>Ausente. Os dados da escolarização.</p>
Participação conjunta entre representantes técnicos, gerentes e Ps dos setores na elaboração, implementação e avaliação do programa de prevenção de riscos biológicos ocupacionais de escolarização voltada para educação básica e superior.	<p>Definido. Quando há paridade por setores nas reuniões.</p> <p>Indefinido. Quando um ou mais setores não participam das decisões.</p> <p>Ausente. O representante do setor para tomada de decisão.</p>

Quadro 5 - Indicador: Escolarização
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Para a efetivação do programa de escolarização, a fim de Ps atingirem os níveis de ensino desejados, utiliza-se o indicador quantitativo por taxa que permite avaliar a eficiência, alcançada a meta preestabelecida pela administração e/ou setores da conclusão do ensino fundamental e superior, em tempo previsto do programa. Logo, a efetividade social tem a redução do déficit de escolarização incompleta dos profissionais de saúde:

$$Tx = (\text{n}^\circ \text{ Ps com ensino fundamental incompleto} / \text{total de Ps com ensino fund.}) * 100.$$

$$Tx = (\text{n}^\circ \text{ Ps com ensino superior incompleto} / \text{total de Ps com ensino médio.}) * 100.$$

A taxa está relacionada ao tamanho da população da Instituição. O numerador representa o número de Ps que não têm o ensino fundamental e o denominador é reservado ao tamanho da população exposta aos riscos.

A avaliação da eficácia do indicador escolaridade está na garantia da educação como direito social expresso na Constituição Brasileira (1988), LDB (9394/96) e CLT, medida essencial na prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, mediante processo de trabalho na sistematização de conhecimentos que, conseqüentemente, ajudam no desenvolvimento da promoção da saúde dos profissionais.

Na avaliação por eficiência, atribui-se o conceito Ótimo, quando o indicador escolaridade alcança as metas estabelecidas; Bom, quando perde um dos critérios, mantendo a eficácia; Regular, na ausência de metas e participação do setor nas decisões.

Na convivência cotidiana com os riscos biológicos, o nível de escolarização é importante para o aperfeiçoamento profissional, condição básica para que o trabalhador

desenvolva no exercício da função procedimentos de forma consciente, crítica, atitudes e capacidades de autonomia. Isso requer permanente investimento em conhecimentos técnicos, legais, éticos, políticos e científicos para cada setor do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Dessa forma, a escolha do indicador **Aperfeiçoamento Profissional** é essencial na realização das atividades de capacitação e na inserção dos trabalhadores em programas de pós-graduação, que subsidiam o fomento da produção acadêmica e de pesquisas, na área de riscos biológicos ocupacionais, tão restritas.

Considerando que os estudos sobre riscos biológicos é um tema pouco investigado no Brasil, Prade (2004) chama a atenção quanto à IH, para o fato de que a literatura é escassa, repetitiva e se limita a algum arranjo e exemplos isolados de práticas nacionais, com ratificação de Lacerda (1996), para quem somente com a prática e a divulgação científica, é possível progredir no debate científico e evoluir na criação de redes capazes de retratar a realidade do País, que evidenciem as diferenças regionais e ressaltem possibilidade de produção e descobertas na Região Amazônica.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Participação na capacitação à prevenção de riscos biológicos ocupacionais dos técnicos, gestores e Ps.	<p>Definido. Metas (Ps, número e período de capacitação) de acordo com as demandas de cada setor;</p> <p>Indefinido. Quando as capacitações deixam de contemplar dois ou três critérios preestabelecidos nas metas;</p> <p>Ausente. Quando nenhum Ps de cada setor participa das Capacitações.</p>
Participação dos técnicos e gestores nos programas de pós-graduação.	<p>Definido. Metas dos cursos de especialização, mestrado e doutorado para cada setor por área de conhecimento;</p> <p>Indefinido. Quando a meta não atinge a demanda necessária preestabelecida por cada setor;</p> <p>Ausentes. Quando nenhum técnico, gestor Ps de cada setor não participa dos cursos de pós-graduação.</p>

Quadro 6 - Indicador: Aperfeiçoamento Profissional
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

A avaliação por eficiência do indicador aperfeiçoamento profissional identifica com conceito Ótimo, quando se atingem as metas definidas, mensuradas quantitativamente; eficaz, quando acontecem as capacitações, e conceito Bom, quando não se atende um ou dois critérios da meta esperada pelos setores; identificação Regular, na ausência de participação do profissional de saúde.

A escolha do indicador **Formação Continuada** dá-se em função do andamento das atividades educativas do HUJBB, como medida de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

A LDB (9394/96) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998) e literaturas da área educacional e da saúde apresentam a formação continuada como medida importante para realização de temas específicos. De acordo com os serviços, podem se esgotar em si mesmos quando fragmentados e desarticuladas da relação de organização do sistema institucional e/ou setorial. Dessa forma, não há preocupação com a idéia do contexto da situação-problema.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Participação dos profissionais nas atividades de educação continuada.	<p>Definido. De metas de Ps específicos de acordo com o trabalho desenvolvido nos setores para a atualização de conhecimentos;</p> <p>Indefinido. Quando não atinge a meta e a especificidade de Ps para cada setor;</p> <p>Ausente. Quando não há meta para atingir a participação de Ps específicos de cada setor.</p>

Quadro 7 - Indicador: formação continuada
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Embora os técnicos e gestores desenvolvam educação continuada, não conseguem apresentar sua abrangência para o controle do setor, como consta na programação de atividades da CCIH (2004), sem definição dos objetivos e metas a serem alcançadas como resultado coletivo.

Dessa maneira, a intervenção dos técnicos e gerentes, chamada educação continuada, ocorre por meio de ações de capacitações para atualização de conhecimentos específicos dos Ps, de acordo com os serviços.

Para os Ps, a avaliação da educação continuada é eficiente, porém, para os técnicos e gerentes, é apenas eficaz, por satisfazer necessidade específica, mediante a aplicação de procedimentos, de acordo com os serviços de cada setor. A educação continuada, porém, pode ser avaliada como ineficiente quando, na prática, os setores ainda não têm a medida sob total controle do sistema institucional e setorial para se ter o julgamento e tomada de decisão na resolução de problemas e quanto à participação dos Ps nas atividades de formação.

Pelo critério de classificação do indicador formação continuada, o conceito é Ótimo, quando alcançada a meta preestabelecida de participação dos Ps em cursos de capacitação; Bom, quando um ou dois dos critérios estabelecidos nas metas não são alcançados pelos

setores, de garantir a participação dos Ps; são indefinidos, e Regular na ausência de metas quanto à formação específica.

A educação continuada e permanente faz parte da política de formação, como expressa Brasil. Ministério da Saúde, (1998), contudo se diferencia pelas estratégias que interligam medidas específicas de prevenção de riscos com o contexto geral da organização e reúnem equipes intra e interinstitucional e setorial, estruturadas a partir da problematização, atuação e gestão, relevantes para a garantia da qualidade de cada serviço de saúde, na conexão entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, em que o aprender e o ensinar se integram no cotidiano das organizações e do trabalho.

A escolha do indicador **Formação Permanente** é por ser forte instrumento de análise da política de formação, efetivada pelo MS, servindo como base para que instituições e setores envolvidos com a saúde tenham como parâmetro o desenvolvimento das ações de promoção da saúde do profissional, no trabalho.

Assim, contribui na compreensão da formação em si, condições e processo de trabalho, nas atividades educativas que acontecem pela atualização e capacitações, tendo como eixo o desenvolvimento de aprendizagens integradas, com o conhecimento de habilidades técnico-científicas e com as subjetividades, na relação com o sistema de saúde da Instituição.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Participação dos técnicos, gestores e Ps nas atividades de educação permanente.	<p>Definido. As equipes da instituição e dos setores nas intervenções de atenção à saúde dos trabalhadores para o julgamento das ações e tomada de decisão na situação-problema;</p> <p>Indefinido. Quando técnicos e gestores realizam intervenções fora das equipes no cotidiano do trabalho;</p> <p>Ausente. Quando não há equipes da Instituição e dos setores nas intervenções.</p>

Quadro 8 - Indicador: formação permanente
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

A participação dos sujeitos da comunidade hospitalar é essencial para a política de educação permanente, somente possível, se trabalhada em equipe, pois é quando Instituição e/ou determinado setor, envolvidos rotineiramente com riscos biológicos ocupacionais, têm condições suficientes de elaborar ações educativas, considerando as origens dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho de cada setor e que se referem à atenção à formação, sobretudo à promoção da saúde dos trabalhadores.

Integradas as equipes da Instituição e dos setores à política de educação permanente, têm-se como realizar os aspectos de formação dos Ps, com efeito descentralizador, ascendente

e transdisciplinar, os quais aparecem na *democratização institucional; no desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde e no trabalho em equipe matriciais*. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A participação dos técnicos, gestores e Ps tem avaliação eficiente, com o conceito Ótimo, quando for definido que instituições, autoridades competentes e setores do HUIBB estiverem centrados, fundamentalmente, na articulação para implementação da política de educação permanente em que aparecem a tomada de decisão e o julgamento da situação-problema, nas atividades desenvolvidas na organização.

Tem avaliação de eficácia quando as atividades educativas são elaboradas em conjunto com as instituições e setores do HUIBB, embora as intervenções apareçam indefinidas pela ausência de um ou dois critérios preestabelecidos; o conceito é Bom; na ausência total das equipes de trabalho da Instituição e dos setores, recebe classificação Regular.

Na fala seguinte tem-se exemplificada a realização da educação continuada do HUIBB, com denúncia e anúncio da necessidade da política de educação permanente que possibilite transformações de práticas em rede para a qualidade da formação e dos serviços, a fim de se ter à resolução dos problemas de cada setor envolvido com a prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, na perspectiva de promoção da saúde.

Muitas campanhas de esclarecimento, treinamento no ingresso, conteúdo com assuntos básicos e específicos; envolver os vários setores profissionais, pois as ações são fragmentadas.(PsTG5, out. 2004).

Diante da situação, concretizam-se as atividades de educação permanente, pela atualização dada em cursos de capacitação, como política imprescindível para a compreensão do processo e condição de trabalho.

Com o plano organizacional dos setores, com seus programas e projetos de educação continuada e permanente, optou-se pela escolha do indicador **Atividades Educativas**, subdividido em Organização de Conteúdos, Organização de Métodos e Distribuição de Eventos, Acompanhamento dos Ps e indicador de **Avaliação de Resultados, Avaliação de Processo e Recursos de Avaliação**.

Os indicadores são fontes para que a Instituição e setores encaminhem, de forma coletiva, julgamento, intervenção e tomada de decisão para melhoria da formação e condições do processo e trabalho, com o intuito de minimizar os riscos biológicos ocupacionais, conforme as falas:

Os cursos precisam mudar a metodologia e a proposta seria a problematizadora, afirmo também que o problema passa pela questão da educação continuada; proponho que no planejamento das ações sejam realizadas a partir da realidade dos setores e que discutam as suas próprias necessidades. (PsTG11, ago. 2004).

Tanto o treinamento quanto a atualização devem ser trabalhados mais no sentido da sensibilidade usando o método da motivação.(PsTG1, out. 2004).

As falas destacam a importância da escolha do indicador das atividades educativas, em razão das necessidades da realidade de cada setor. As idéias sugerem as indicações de Freire (1980), ao dizer que o individuo pode aprender criticamente os conhecimentos e tornar-se conscientizado, mediante a interferência no meio social que possibilite transformação de atitudes.

Isso pode ser compatível com os trabalhadores da área da saúde, em contato com os riscos biológicos, se as situações-problemas, no cotidiano da Instituição hospitalar, forem postas em prática, na interface do paradigma holístico da educação em saúde, que recupera o conceito de totalidade e a interdependência entre o individual e o coletivo, como meio de fomentar a participação social da vigilância em saúde, motivados pelos técnicos e gestores na aplicação de metodologia problematizadora, com medidas de supervisão, controle, educação e de avaliação para a prevenção dos riscos ocupacionais.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Temática e/ou conteúdos gerais e específicos, selecionados nos Eventos de Formação.	<p>Definido. De acordo com os objetivos preestabelecidos nos programas de educação continuada e permanente, selecionados pelos setores;</p> <p>Indefinido. Quando os temas e conteúdos gerais e específicos trabalhados não contemplaram os resultados imediatos esperados na realização do evento pelos Ps;</p> <p>Ausente. Quando os temas e conteúdos foram selecionados aleatoriamente sem a preocupação com os referenciais colocados nos objetivos do programa de educação continuada e permanente.</p>

Quadro 9 - Indicador: Organização de Conteúdos
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

O alcance de aprendizagens e de mudanças, nos serviços, com vistas ao trabalho, com os conhecimentos gerais e específicos, é avaliado eficaz e eficiente, com o conceito Ótimo. É classificado como Bom, quando avaliado como eficaz, em razão dos conhecimentos gerais e específicos não alcançarem resultados esperados de aprendizagens imediatas; o conceito é Regular, quando os conhecimentos gerais e específicos, estão ausentes dos objetivos do programa de educação continuada e permanente.

Para elaboração de temas e conteúdos gerais e específicos, tem-se como sugestão a proposta de Cavalcante e Pereira (2000), Pedrosa e Couto (2003) – conhecimento de legislação, organização do sistema de vigilância para obtenção de informações, programa de imunização, planejamento de controle de epidemias entre os trabalhadores da área da saúde, conhecimento de recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional ao material biológico: HIV e hepatite B e C; abordagem sobre higiene pessoal e responsabilidade individual para controle de IH, monitoramento, investigação de doenças de notificação compulsória, abordagem de programa específico de exposição a riscos biológicos, orientação para exames médicos periódicos, restrição de funcionários com doenças agudas, crônicas e recorrentes, informação e divulgação de programas educativos, utilização de normas-conduta e técnicas de precaução padrão e de isolamento.

Para alcance desses conhecimentos, como resultado de mudanças significativas dos Ps quanto às ações de prevenção, Rouquayrol e Goldbaum (2003) destaca a necessidade de estarem conectados com as estruturas socioeconômicas e políticas. Oliveira (2002), Hoefel e Schneider (1997), Pedrosa e Couto (2003) citam a importância de a temática servir como ponto-chave para motivação do desenvolvimento crítico, na perspectiva da conscientização dos trabalhadores da área de saúde, como se entende na fala seguinte:

Conscientização, tudo é uma questão difícil de ser trabalhada, põe em riscos as pessoas que estão aqui; a gente dar aula, penso que a enfermeira deve estar sempre por perto. (PsTG10, ago. 2004).

Neste sentido, a metodologia problematizadora é materializada na consciência crítica, com conhecimentos desenvolvidos, mediante situações-problemas (FREIRE, 1980), identificadas na realidade de cada setor, nas experiências dos Ps e na posição das equipes para tomada de decisão coletiva, como reforça a proposta de formação continuada e permanente do Ministério da Saúde.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Método trabalhado na formação.	<p>Definido. Na metodologia problematizadora com base no paradigma holístico de educação em saúde na interface com as demais áreas do conhecimento;</p> <p>Indefinido. Quando não se alcança no processo de desenvolvimento e de aprendizagem dos temas e conteúdos a problematização do conhecimento;</p> <p>Ausência. Do método.</p>
Apoio didático.	<p>Definido. Sistemática da organização de material pedagógico, na escolha dos procedimentos metodológicos para os formadores (técnicos, gestores e profissionais da área da saúde e da educação), de acordo com os objetivos da política do MS para educação continuada e permanente;</p> <p>Indefinido. Quando no plano de organização dos eventos não constam de forma sistematizada o material pedagógico e a descrição dos procedimentos metodológicos empregado pelos formadores;</p> <p>Ausente. No plano de trabalho dos formadores da indicação de materiais pedagógicos e métodos a ser empregado.</p>

Quadro 10 - Indicador: Organização de Métodos
 Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

A avaliação do método e técnica é eficiente e eficaz, com a classificação Ótima, quando se alcança coerência dos objetivos definidos, no programa de formação, em sintonia com os resultados imediatos da metodologia adotada pelos formadores e, posteriormente, na avaliação das mudanças que essa metodologia proporciona, na prática cotidiana dos Ps. Bom, ou seja, eficaz, quando os formadores adotam a metodologia, sem alcance dos resultados esperados constatados, mediante diagnóstico de acompanhamento pós-cursos. Ineficiente, com classificação Regular, na ausência de metodologia problematizadora.

A utilização do indicador quantitativo por distribuição de eventos e periodicidade, no hospital, contempla a escala de formação, cada vez maior, de Ps expostos, direta ou indiretamente, aos riscos biológicos, que sejam agentes multiplicadores de ação formadora, em locais de trabalho, para intervenção coletiva de medidas de prevenção.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Quantidade de eventos.	<p>Definido. De acordo com as necessidades, prioridades e situação-problema dos setores; com metas estabelecidas;</p> <p>Indefinido. Quando não alcança o número de eventos e de vagas preestabelecidos no programa de educação continuada e permanente pelos setores;</p> <p>Ausente. Quando não há metas da quantidade de cursos e número de vagas dos eventos aos setores.</p>
Periodicidade e carga horária de eventos por setor.	<p>Definido. As metas semestrais de eventos para o programa de educação continuada e permanente de acordo com as necessidades, prioridade e situação-problema dos setores;</p> <p>Indefinido. Quando não atinge a meta semestral que consta no programa;</p> <p>Ausente. Quando não há metas e os eventos podem ocorrer ou não esporadicamente.</p>

Quadro 11 - Indicador: Distribuição de Eventos
 Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Quanto à periodicidade (Figura 21) do indicador e aperfeiçoamento profissional, os 16 técnicos e gestores entrevistados [50% (8)] reforçam o fato de que as capacitações devem acontecer semestralmente e [25% (4)] mensal e anualmente, servindo de opção de alcance de uma delas para a formação dos profissionais de saúde.

Os dois aspectos são avaliados pelo alcance das metas preestabelecidas para cada setor, cujo atendimento recebe conceito Ótimo, considerado eficiente e eficaz, quando as metas atingidas expressam reflexão positiva da participação e garantia das condições de acesso e permanência nos eventos dos Ps. Bom, quando, apesar do interesse de atingir número maior de trabalhadores, a meta não é alcançada. Regular, quando simplesmente não há metas a serem alcançadas, sem o controle, portanto, da necessidade de formação, de acordo com a situação-problema de cada setor, classificado como ausente.

O indicador acompanhamento dos Ps é meio viável de continuidade da avaliação dos resultados das atividades de formação, integrados gerentes e Ps de cada setor, como agentes informadores, em razão da presença mais concreta, no cotidiano profissional, a ser trabalhado em parceria com a equipe técnica da CCIH, SESMT e CIPA, com respaldo em procedimentos fundamentados no conhecimento técnico, político e também legal da ação especializada, definida, nas atividades planejadas, de visitas setoriais e reuniões intersetoriais e na vigilância das IH.

O indicador é medida positiva de avaliação das mudanças do comportamento individual e coletivo das atividades desenvolvidas para tomada de atitudes, elaboração de novas medidas

para prevenção e controle dos riscos, além da avaliação contínua sobre as manutenções ou permanências de acontecimentos nos locais de trabalho.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Monitoramento dos Ps selecionados durante os eventos de formação.	<p>Definido. Sistematizada para acompanhamento do cotidiano profissional com o apoio dos técnicos e gestores nas informações para a CCIH, SESMT e CIPA;</p> <p>Indefinido. Quando acontece o monitoramento sem sistematização das informações, pela falta do trabalho intersetorial e pela descontinuidade da intervenção;</p> <p>Ausente. Da continuidade de acompanhamento do cotidiano do profissional selecionado ao término dos eventos.</p>

Quadro 12 - indicador: Acompanhamento dos Profissionais de Saúde
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

O indicador acompanhamento profissional tem avaliação eficiente e eficaz, com conceito Ótimo, quando CCIH, SESMT e CIPA conseguem definir sistematicamente suas intervenções em parceria, mediante o controle das informações obtidas sobre o cotidiano de cada setor. Eficaz, conceito Bom, quando as equipes técnicas da CCIH, SESMT e CIPA conseguem atingir, individualmente, um ou outro setor, pela intervenção direta do Ps. Mesmo assim, é observada a manutenção do conhecimento pós-atividades de formação e repetição de condutas e procedimentos, em serviço, analisados durante os eventos. Regular, quando não se dá o acompanhamento do Ps, selecionado nos eventos, de acordo com os setores, avaliados como ausente das ações de monitoramento.

Considerando a avaliação como conhecimento técnico, científico e político, em diversas áreas do conhecimento, optou-se pela escolha do indicador Avaliação de resultados, processos e recursos, em meio à política definida, como cita Queiroz (1998), para elaborar proposta de medidas de prevenção, destacada no programa. Portanto, ações permanentes como medidas de proteção individual e coletiva, são fundamentais, segundo Brasil. Ministério da Saúde, (2003), e, em conjunto, tornam-se especificamente produtos de política pública endereçada à promoção da saúde dos trabalhadores.

Na avaliação de medidas de prevenção e formação quantitativas e qualitativas, gerais e específicas, do ponto de vista de resultados imediatos e das condições mais estruturais, requer-se do avaliador conhecimento e experiência consistente no trato com algumas teorias de avaliação por objetivo de Tyler (1977), estabelecidos para percepção da eficiência dos resultados do programa.

Para Hartz (2002) e Dias Sobrinho e Balzan (2000), há a compreensão de que os acontecimentos de um programa e tomada de decisão, no sistema público, são complexos em recursos e infra-estrutura que dependem da visão de processo, contemplado em análise de operacionalização das medidas do programa, na visão de totalidade, em se tratando de política pública.

É sabido que não se trata de adotar qualquer tipo de avaliação e de recursos, mas opção coerente a partir da situação-problema, defendido na missão e realidade da Instituição e dos setores, e assim ter o próprio indicador como recurso viável, metodológico, de orientação da avaliação para julgamento, intervenção e tomada de decisão das ações de formação do programa de prevenção.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Opinião dos Ps sobre o plano das atividades educativas (objetivos, métodos, conteúdos).	<p>Definido. Com base nas respostas dos Ps quanto à suficiência, insuficiência e em parte da realização das atividades educativas;</p> <p>Indefinido. Quando os Ps se limitam na avaliação de uma ou duas das opiniões sobre o que esperam de resultados das atividades educativas, ao se apropriar de situações específicas que descaracterizam o conjunto das situações ocorridas;</p> <p>Ausente. Quando os Ps não expressarem nenhum tipo de opinião sobre o desenvolvimento do plano das atividades educativas que caracterize os resultados esperados.</p>

Quadro 13 - Indicador: Avaliação de Resultados
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

A avaliação de resultados das atividades de formação é eficiente e eficaz, conceito Ótimo, quando, ao término dos cursos, treinamentos, capacitações, seminários e palestras, os Ps têm condições suficientes de opinar, de forma coerente, acerca de tais atividades, se realmente conseguiram os interesses do plano. Apenas eficaz, conceito Bom, quando, ao término das atividades, os Ps derem opinião positiva ou negativa, limitando-se a avaliar particularidades das intenções do plano; e conceito Regular, na ausência de opinião.

Explica-se que a avaliação de processo envolve questões, desde as condições e processo de trabalho dos Ps, passando pelas decisões e condições institucionais e setoriais, até os resultados esperados e alcançados na efetivação de cada medida quantitativa e qualitativa para as ações do programa de prevenção.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Elaboração e implementação do plano de organização setorial para realização dos eventos de formação pelos PS, técnicos e gestores.	<p>Definido. Com base na fundamentação da avaliação por eficiência, eficácia e efetividade social; considerando a coerência da missão, objetivos e metas do programa de formação dos setores;</p> <p>Indefinido. Quando abrange um ou dois desses três tipos de avaliação;</p> <p>Ausente. Da avaliação do programa por eficiência, eficácia e efetividade social.</p>

Quadro 14 - indicador: Avaliação de Processos
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Pela avaliação de processo, o programa é eficiente e eficaz, conceito Ótimo, no momento em que a decisão pela avaliação é descrita na totalidade (STAKE, 1967) da missão, objetivo e meta estabelecidas pela Instituição e pelos setores, em conjunto com os resultados de ordem do programa, em termos de formação de conhecimentos técnicos, políticos e também legais, voltados para as ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, estrutura física, financeira e humana, para o desenvolvimento da consciência crítica, mediante processos e condições de trabalho dos profissionais de saúde, atingindo a efetividade social.

Eficaz, com o conceito Bom, quando alcançados resultados limitados, do ponto de vista dos conhecimentos e organização do plano setorial de infra-estruturas e recursos, na ausência de política de avaliação de resultado ou de processo, recebendo conceito Regular.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Instrumentos para a avaliação de resultados e de processo.	<p>Definido. Por meio da emissão de relatórios, documentos, pareceres, questionários com perguntas abertas e fechadas para respostas dos Ps, técnicos e gestores;</p> <p>Indefinido. Quando a utilização dos instrumentos de avaliação não está sistematizada e disponibilizada para o controle dos Ps, técnicos e gestores;</p> <p>Ausente. Quando não há material de avaliação.</p>

Quadro 15 - Indicador: Recursos de Avaliação
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

A escolha dos instrumentos depende do tipo de avaliação para análise dos resultados e processos (PRADE 2004), de acordo com a intenção das decisões da comunidade hospitalar, do julgamento dos Ps, técnicos e gestores.

Os instrumentos disponíveis de avaliação (relatórios e questionários), de cada setor da Instituição, podem ser transformados em instrumento de informação, comunicação e

divulgação de situações, para análise e intervenções, a partir de medidas geral e específica em ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

Determinado instrumento é eficiente e eficaz, com o conceito Ótimo, ao atingir a coerência de avaliação empregada para análise de resultado ou de processo que envolve a situação-problema, diante de dada realidade, porque há variáveis formas de avaliação, aplicada em diferentes contextos, seja dos setores, da Instituição e do próprio governo, como produto do programa de prevenção.

O recurso utilizado para avaliação é eficaz, quando alcança determinado grau de seus objetivos e metas das atividades realizadas dos setores ou da Instituição, de acordo com a realidade dos serviços, com o conceito Bom. Sem utilização de instrumento de avaliação de resultados e de processos das ações, o conceito é Regular.

Na flexibilização dos instrumentos, é absolutamente natural que o avaliador tenha o controle de sua utilização para atingir as necessidades do que está sendo avaliado no plano de organização setorial e do plano das atividades educativas.

O indicador **Recursos Organizacionais** é a significação do planejamento das ações do programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, para atingir os objetivos formalizados que Chiaveanato (2000) acentua serem feitos da melhor maneira possível, com menor esforço e tempo, em termos de administração. Em continuidade dessa posição, Zanon e Neves (1997) enfocam a necessidade de apoio da direção no êxito das ações de prevenção das IHS, como resultado da participação dos Ps para o sucesso do programa.

Assim, ressalta-se que a equipe técnica da CCIH, SESMT e CIPA tem a responsabilidade de demonstrar os riscos a que a comunidade está cotidianamente exposta e os benefícios profissionais, administrativos e também legais que os setores usufruirão e, ao mesmo tempo, integrar a participação da administração para disponibilizar recursos, para garantia da eficiência, eficácia e efetividade social do programa.

Os recursos organizacionais são essenciais à fundamentação do controle e manutenção das condições sociopolíticas e econômica, como salientam Roquayrol e Goldbaum (2003), que devem ser coerentes, segundo o NOAS/SUS (2001), com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, considerando sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes que contribuam no alcance de melhores resultados, em termos de mudanças nas condições de saúde da população.

As ações planejadas do plano de organização setorial e das atividades educativas, pelos técnicos e gestores, envolvem a organização e detalhamento do indicador e, segundo Pereira

(1999), são indicadores de insumos, classificados como humanos, materiais e financeiros, para o desenvolvimento das ações de prevenção, conforme a fala abaixo:

A prevenção depende da instituição que está diretamente envolvida e tem a ver com a situação econômica, não é que a instituição não queira fazer, mas é porque depende de recursos. (PsTG11, ago. 2004).

Neste sentido, para as ações de prevenção do HUIBB, tende-se o indicador **Recursos Administrativos**, subdividido em indicadores de recursos materiais e humanos, e de Infra-estrutura, considerando que as deliberações, em termos de recursos, são oriundas desse setor, interpretado na fala:

É muito difícil a instituição como um todo estar envolvida, reforço a situação econômica, volto a dizer não é que a instituição não queira fazer, pois, sempre deu o apoio necessário. (PsTG7, ago. 2004).

O indicador de recursos materiais é uma prática relacionada com a política de prevenção, em particular, com as medidas de proteção ao trabalhador, conseqüentemente, minimizando os riscos de acidentes por material biológico, conforme preconizado na legislação pela Norma Regulamentadora NR-6, que versa sobre o uso de equipamento de proteção individual (EPI) equipamentos médico-hospitalares comercializados mediante certificação e expedição do Ministério do Trabalho (Mtb), renovada a cada cinco anos, sob a responsabilidade das agências empregadoras de saúde.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Quantidade e qualidade dos EPIs.	<p>Definido. Nas metas de cada setor a disponibilidade de consumo e na opinião dos Ps quanto à atualização e eficiência técnica e científica dos EPIs;</p> <p>Indefinido. Quando os Ps, técnicos e gestores emitem opinião do senso comum sobre o padrão de eficiência dos EPIs;</p> <p>Ausente. Quando não atinge as metas estabelecidas pelos setores e o uso inadequado dos EPIs.</p>

Quadro 16 - Indicador: Recursos Materiais (EPI)

Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Os EPIs servem para proteger áreas do corpo, expostas ao contato com matéria orgânica. É indispensável sua utilização, sem exagero, considerando que a finalidade de

proteção é limitada. A organização para controle de acesso e consumo tem por base a qualidade da instituição hospitalar.

Definido, como eficiente e eficaz, quando os setores têm a disponibilidade do material para os procedimentos, de acordo com a legislação e considerando as opiniões dos Ps sobre a qualidade do material, recebendo conceito Ótimo. Indefinido, quando técnicos e gestores emitem opiniões sem base técnico-científica sobre o consumo e o padrão de qualidade dos equipamentos, conceito Bom. Ausente, quando não atinge as metas estabelecidas pelos setores e tem conceito Regular.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Situação dos equipamentos médico-hospitalares.	<p>Definido. Mediante atendimento da solicitação da manutenção periódica preventiva e corretiva e aquisição de equipamentos atualizados;</p> <p>Indefinido. Quando há esclarecimento sobre a situação-problema dos equipamentos, embora não haja retorno para nova aquisição e/ou manutenção;</p> <p>Ausente. Quando a equipe técnica e setores não retornam em forma de registro a solicitação de manutenção sobre a situação-problema dos equipamentos.</p>

Quadro 17 - Indicador: Recursos Materiais (Médico-Hospitalares)
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Os equipamentos médico-hospitalares precisam de manutenção periódica, ao serem associados a diversas situações-problemas de riscos ocupacionais, em particular, biológicos, precisando de exame para verificação se funcionam com eficácia e adequadamente. Qualquer equipamento novo solicitado requer avaliação. Carmagnani et al (2000) enfocam a necessidade do programa de manutenção, visando à proteção do trabalhador.

É definido quando, no programa, estejam medidas específicas de solicitação para manutenção dos equipamentos, para atender funções de prevenção, avaliado como eficiente e eficaz, conceito Ótimo. Indefinido, portanto, eficaz, quando há solicitação de manutenção dos equipamentos, sem o retorno dos setores competentes, com classificação Bom. E ausente, conceito Regular, quando não há manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Tipos de atendimento da equipe técnica aos setores.	<p>Definido. Nas intervenções da equipe técnica junto ao setor, quando decorrentes de agravos ou doenças profissionais, na ação direta com base em conhecimentos especializados de controle e prevenção dos riscos;</p> <p>Indefinido. Quando a Equipe Técnica faz intervenção apenas para cobertura de um ou outro conhecimento especializado não abrangendo a totalidade dos agravos e das doenças profissionais;</p> <p>Ausente. Quando não há cobertura no atendimento dos Ps sobre as ações de prevenção.</p>

Quadro 18 - Indicador: Recursos Humanos
 Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Consoante a abordagem, os riscos biológicos extrapolam as condições de saúde e doença e são havidos como problema social que envolve a necessidade de atendimento por meio das ações, fortalecidas em saberes técnicos, políticos, éticos, legais, científicos nas diversas áreas do conhecimento.

Dessa maneira, é dos técnicos e gerentes a responsabilidade maior de preparação na intervenção dos setores, com vistas à eliminação dos principais fatores de riscos à saúde humana, identificação e divulgação de informações referentes aos fatores condicionantes e determinantes de doenças e agravos à saúde¹⁵, que caracterizam o atendimento especializado, como meio de efetivação da promoção da saúde, que exige profissionais cada vez mais competentes, articulados com as medidas intersetoriais das equipes técnicas, integrados ao sistema de saúde pública, para melhoramento de serviços oferecidos com segurança.

O atendimento da equipe técnica é definido como eficiente e eficaz, conceito Ótimo, mediante o tipo de oferecimento dos serviços, consubstanciados por conhecimentos especializados sobre os agravos e as doenças profissionais para o controle e prevenção dos riscos. É indefinido, eficaz, conceituado Bom, quando a equipe técnica faz a cobertura em ação direta com um ou mais conhecimentos especializados, embora não atingidas as demandas quanto aos agravos e doenças ocupacionais; é ausente, conceito Regular, quando não há cobertura de atendimento de nenhum tipo de serviço.

Em conjunto com as condições materiais e humanas está a situação do ambiente físico, visto com atenção, pois os estabelecimentos de saúde estão em áreas insalubres onde os Ps se expõem aos riscos, principalmente, na execução das atividades.

¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/amb/amb00.htm>>. Acesso em: 10 de mar. 2004.

É prevista na legislação (NR-2) a aprovação das instalações livres de riscos de acidentes e/ou doenças do trabalho, conforme o artigo 160¹⁶ da CLT, determinando a necessidade de segurança no trabalho, manutenção e controle de melhores condições estruturais da área do hospital, como parte de medidas de prevenção, consoante expresso claramente pelo Ps, a fim de que os riscos sejam minimizados e os acidentes evitados.

Melhorar a área física reservada para atendimento do funcionário; que a SESPA se aproprie mais do material de conduta e faça um estudo preciso de como proceder na ocorrência do acidente.(PsTG6, ago. 2004).

Critico a infra-estrutura do HUIBB que não privilegia a segurança; têm que ter capacitação para os técnicos, ciclos de palestras e diálogos sobre segurança do funcionário. .(PsTG11, out. 2004).

As falas situam a infra-estrutura no contexto da Instituição hospitalar, sobretudo no que se refere à prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, condicionando espaço físico à política de educação e conscientização para melhoramento dos processos e condições de trabalho, relacionadas à segurança dos Ps pelo controle sanitário da instituição.

A segurança da instituição tem como base uma construção correta; infra-estruturas apropriadas, que inclui redes de esgotos, redes de água; filtros e ductos de ventilação; materiais de isolamento do tipo e composição apropriados; fios; tomadas elétricas e aterramento; que atendam aos padrões da construção. Carmagnani et al (2000, p.2).

Em vista disso, a Portaria 3120/98 aprova Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), que versa não somente sobre programas mas também sobre estruturas de atenção à saúde, das secretarias municipais e estaduais, especialmente das áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de fiscalização sanitária, incorporada na prática a mecanismos de análise e de intervenção nos processos e ambientes de trabalho, porquanto há indicadores a serem selecionados e avaliados para organização de infra-estrutura.

¹⁶ Art.160. Nenhum estabelecimento poderá iniciar suas atividades sem prever inspeção e aprovação das respectivas instalações pela autoridade regional competente em matéria de segurança e Medicina do trabalho.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Adequação dos espaços físicos de acordo com as especificidades dos serviços realizados em cada setor.	<p>Definido. Quando contempladas as intervenções do setor através de registros sobre os fatores mediante determinantes (quanto a tamanho, ventilação, iluminação, limpeza, água, esgoto) que interferem nos processos e condições de trabalho.</p> <p>Indefinido. Quando as intervenções atendem parcialmente à solicitação dos Ps, no que diz respeito às ações de prevenção dos riscos;</p> <p>Ausente. Quando não há intervenção da situação-problema sobre a inadequação sanitária dos setores institucionais.</p>

Quadro 19 - Indicador: Infra-estrutura
Fonte: quadro elaborado pela autora

No alcance de metas e apropriação de resultados para avaliação de medidas visando a intervenções, a curto, médio e longo prazo, preestabelecidos em programas, diante de situações-problemas de setores, a avaliação da infra-estrutura é definida como eficiente e eficaz - conceito Ótimo. O conceito Bom é atribuído ao atendimento parcial das solicitações dos Ps para resolução da questão sanitária, tornando a ação com certo grau de eficácia, mas ineficiente pelo fato de não ter realizado o atendimento solicitado pelos profissionais dos setores que executam atividades de assistência, recebendo conceito Regular.

A exemplo do que acontece com programa de atividades da CCIH que, embora não apresente sistematicamente metas e avaliação de resultados e/ou processo de atividades, o controle trimestral para análise físico-química e bacteriológica da água, em cumprimento à ação de prevenção dos riscos, pode ser considerado eficaz, conceito Bom, pela atividade, sem ter chegado às informações para a comunidade hospitalar. Ausente, quando as metas idealizadas, no planejamento, não são cumpridas, recebendo a classificação Regular, sem intervenção conjunta dos setores nas atividades.

As ações precisam ser planejadas por quem realiza as atividades e integradas entre SESMT, RH, Divisão de Pessoal, CIPA e CCIH; com o envolvimento dos setores e desenvolvidas estratégias para a prevenção dos riscos. (PsTG6, PsTG11, ago. set. 2004) (Ps31, set. 2004).

As ações de prevenção necessitam de (re) formulações ou atualização de medidas, que precisam de recursos materiais e infra-estrutura adequada para contribuição na efetivação da política de redução e/ou minimização dos riscos, tornando-se realidade a partir do esforço conjunto e definição de atribuições e de responsabilidades, entre a comunidade hospitalar, CCIH, SESMT, administração e demais setores da Instituição.

Nenhum serviço de atendimento ao acidentado funciona bem, se não estiver concatenado com as recomendações para atendimento e acompanhamento pós-exposição ocupacional por material biológico: HIV, HBV e HCV, normatizado pelo MS, que predispõe medidas de prevenção, concentrando ações em alguns serviços dentro e fora da Instituição.

É de grande importância que os setores estejam integrados e as atribuições definidas, por se tratar de emergência médica em que as medidas de profilaxia, segundo o MS, para ter eficácia, precisam ser iniciadas logo após o acidente, além do acompanhamento necessário em decorrência da prevenção pessoal, profissional e social para conduta com o acidente.

Precisa haver uma aproximação entre os setores, defendendo a realização das visitas de inspeção nos diversos turnos principalmente no período noturno por ficar descoberto do acompanhamento técnico em relação à segurança para evitar acidentes e na ocorrência desse não sabe qual o setor certo para ir. (PsTG11, ago. 2004).

Os setores devem trazer afixado o fluxo de conduta pós-acidente para conhecimento da comunidade hospitalar, estabelecidos os locais de atendimento para as condutas iniciais e prosseguimento a ser dado por diante, pois, em caso de falha, produzem-se desestímulo da notificação e perda de tempo para o acidentado, cuja consequência provável é a aquisição de doenças (CAVALCANTE e PEREIRA 2000). Assim, é importante a escolha do indicador intersetorial e monitoramento do acidentado, para se (re) avaliar ações na adoção de medidas preventivas cabíveis.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Setor da ocorrência do acidente.	<p>Definido. Ação sistematizada das condutas imediatas na área atingida do acidente e o seguimento posterior para a notificação e ciência do gerente;</p> <p>Indefinido. Quando da falha em um dos critérios definidos</p> <p>Ausente. Quando não há notificação do acidente pelos setores.</p>

Quadro 20 – Indicador intersetorialidade e monitoramento do acidentado
Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Como a variabilidade de riscos é diferenciada nos setores, ao avaliá-los, no contexto de origem, é considerado definido, portanto, eficiente e eficaz, quando sistematizados os protocolos de conduta para atendimento imediato do Ps, e seu encaminhamento a CCIH ou SESMT e/ou ao setor de Clínica Infectoparasitária, em dias úteis, ou não, sob o conhecimento da gerência; por isso, o atendimento recebe conceito Ótimo.

Indefinido, quando deixa de atender alguns critérios, tornando-se apenas eficaz, com o conceito Bom. Na ausência de notificação, recebe conceito Regular.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
CCIH	<p>Definido. Quando o acidentado é atendido pelo médico nas primeiras horas e considera a avaliação dos riscos da exposição, encaminhamentos imediatos e aconselhamento, monitoramento, visitas de intervenção do episódio e a notificação as parcerias SESMT, laboratório, gerentes dos setores e farmácia;</p> <p>Indefinido. Quando deixa de atender um dos critérios definidos;</p> <p>Ausente. Quando não há monitoramento por um dos membros da equipe ao acidentado</p>

Quadro 21 – Indicador intersetorialidade e monitoramento do acidentado/ CCIH

Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

A avaliação de risco de exposição, segundo Brasil. Ministério da Saúde (2003), inclui a definição do material biológico, a gravidade e o tipo de exposição; a identificação ou não do paciente-fonte e sua condição sorológica anti-HIV; condições clínicas, imunológicas e laboratoriais do paciente-fonte infectado pelo HIV/AIDS, HBV e HCV.

O critério é definido eficiente e eficaz, garantido o atendimento das recomendações pós-acidente, recebendo conceito Ótimo. Indefinido, quando deixa de atender um ou mais critérios definidos, classificado com conceito Bom, logo, eficaz. E ausente, quando o acidentado não é atendido, conceito Regular.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
SESMT	<p>Definido. Quando o acidentado é atendido pelo médico nas primeiras horas, considera a avaliação dos riscos da exposição, encaminhamentos imediatos e aconselhamento, monitoramento e a notificação as parcerias CCIH, laboratório, gerentes dos setores e farmácia;</p> <p>Indefinido. Quando deixa de atender um dos critérios definidos;</p> <p>Ausente. Quando não há monitoramento por um dos membros da equipe ao acidentado</p>

Quadro 22 – Indicador intersetorialidade e monitoramento do acidentado/ SESMT

Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Para a SESMT, além da responsabilidade da CCIH e da avaliação dos riscos do acidente relacionado com a segurança do trabalhador, devem ser também identificados, em relatórios ou informações, fatores que contribuem no incidente e adotadas as medidas de correção, a fim de garantir a segurança do profissional. Destaca-se que, na SESMT, a avaliação dos critérios recebe a mesma classificação da CCIH.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Laboratório	<p>Definido. Quando ocorre o atendimento do acidentado para o teste sorológico, no dia do acidente e notificação imediata do resultado a CCIH e/ou SESMT;</p> <p>Indefinido. Quando deixa de atender alguns dos exames necessários ao profissional;</p> <p>Ausente. Quando não há atendimento para realização do teste sorológico.</p>

Quadro 23 – Indicador intersetorialidade e monitoramento do acidentado / laboratório
 Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

O laboratório responsabiliza-se pelas solicitações dos exames sorológicos do profissional acidentado e do paciente-fonte, mediante requisição dos médicos da CCIH, SESMT, em casos de atendimento pelos médicos da Clínica Infecção Parasitária, em dias não úteis, em períodos noturnos.

Definido, quando ocorre investigação laboratorial, com liberação do resultado em tempo previsto para conhecimento da condição sorológica, sendo eficiente e eficaz com o conceito Ótimo. Indefinido, quando deixa de ser realizado algum exame, além da demora na liberação dos resultados, portanto, eficaz, conceito Bom. Regular, quando não é realizado teste sorológico.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Farmácia	<p>Definido. Quando há metas preestabelecidas da aquisição de medicação para o acidentado e controle da dispensação do medicamento para o acidentado;</p> <p>Indefinido. Quando a aquisição da medicação para Ps depende das metas que existem para atender os pacientes no hospital;</p> <p>Ausente. Quando não há medicação no hospital disponível para o acidentado.</p>

Quadro 24 – Indicador intersetorialidade e monitoramento do acidentado/ farmácia
 Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Definido, quando há dispensação de medicação do acidentado, de acordo com receituários dos médicos da CCIH, SESMT e médicos da clínica, em dias não úteis, eficiente eficaz, conceito Ótimo. Indefinido, quando a dispensação da medicação depende do que existe para os pacientes, diante da aquisição, eficaz, conceito Bom. Ausente, quando não há dispensa de medicação para o acidentado, conceito Regular.

ASPECTO A SER AVALIADO	CRITÉRIOS
Instituição.	<p>Definido. Quando a administração tem política interinstitucional para o atendimento do acidentado no Centro de Referências e o grau de satisfação no atendimento para o Ps acidentado;</p> <p>Indefinido. Quando ocorre certo grau de insatisfação pelo Ps acidentado ao ser atendido no Centro de Referência;</p> <p>Ausente. Quando não há atendimento do acidentado fora da instituição (Centro de Referência).</p>

Quadro 25 – Indicador intersetorialidade e monitoramento do acidentado/ Instituição

Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa

Definido, quando a instituição dispõe de política para atendimento institucional e interinstitucional que satisfaça as necessidades do acidentado, eficiente e eficaz, com o conceito Ótimo. Indefinido, com insatisfação do profissional ao ser atendido no Centro Estadual de Referência, eficaz, conceito Bom. É ausente quando não há atendimento institucional nem interinstitucional, com o conceito Regular.

Entende-se que os indicadores, além de servirem como recurso de avaliação sistematizada que facilita o diagnóstico, monitoramento e intervenção nas ações de políticas públicas, são meios que contribuem na mensuração quantitativa e qualitativa das medidas elaboradas e executada, de determinado programa.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

9. CONCLUSÃO

O estudo pelo método empregado ofereceu condições para definir indicadores como recurso da avaliação sistemática na intenção de constituir um programa a partir da investigação das questões sobre as ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, detectados como determinantes sociais para a promoção da saúde no local de trabalho.

Os indicadores são empreendimentos essenciais na condução das intervenções dos setores e da Instituição desde que submetidos à avaliação e não mera quantificação de dados. Isto significa que notificar e registrar percentuais de acidentes por material biológico não corresponde à avaliação das ações de um programa que se constitui em políticas públicas, pois a avaliação ocorre quando se põem em relação tais resultados e os processos pelos quais foram produzidos, além das mudanças que o programa provoca na realidade, em se tratando dos riscos biológicos ocupacionais.

Constatou-se que a dimensão dos riscos biológicos ocupacionais aparece de forma fragmentada, limitando o desenvolvimento das ações preventivas em função do entendimento sobre os riscos no que tange às atividades técnicas, educativas e de infraestrutura, analisados nas categorias da

Concepção dos riscos biológicos ocupacionais

O entendimento dos riscos biológicos para os profissionais de saúde (Ps) é restrito e pode ser identificado nas atividades que executam, de acordo com sua função e /ou serviço e categoria profissional, além do desconhecimento de alguns profissionais quanto à epidemiologia dos fatores determinantes do processo saúde-doença, sendo importante valorizar, num contexto das relações sociais do hospital, atividades de escolarização e de formação continuada e permanente, respectivamente, nos currículos e/ou conteúdos da temática risco biológico.

A tendência da contextualização significa destacar parcerias com responsabilidades dos que fazem parte da comunidade hospitalar, não somente dos Ps que manipulam agentes biológicos, dos que realizam e auxiliam condutas de procedimentos médico-hospitalares, mas a participação de todos na preocupação com o ambiente e os serviços, combinando a formação teórico-prático de técnicos, gestores e

pessoas sujeitas aos riscos, assegurando medidas essenciais para minimizar e/ou evitar agravos que visam a ações centradas no coletivo.

Ao contrário, medidas individualizadas de proteção tanto por parte dos profissionais quanto pelos setores e/ou Instituição, comprometem a intencionalidade do programa como política de promoção da saúde dos trabalhadores para alcance da efetividade social.

Essas medidas se aplicam essencialmente no processo de trabalho, apoiando-se amplamente nas intervenções de atividades educativas (formação, informação, comunicação), entretanto, são merecedoras de atenção as condições da estrutura de trabalho que, em conjunto, fortalecem o propósito da prevenção dos riscos biológicos.

Apropriação das atividades educativas

As ações educativas são oferecidas aos Ps por meio de cursos, palestras, seminários, visitas técnicas e reuniões setoriais em forma de capacitação e treinamentos, entendidas como atividades de educação continuada, desenvolvidas por conteúdos temáticos voltados para a prevenção das infecções hospitalares e biossegurança, sob a responsabilidade da CCIH, SESMT e Coordenadoria de Educação Continuada do Hospital Universitário João Barros Barreto (HUIBB).

Há, porém, insuficiência no atendimento do quantitativo de profissionais em termos de prioridades, metas preestabelecidas que sejam eficientes nas ações do programa. Não obstante, os conteúdos devem valorizar a formação para a vida e o trabalho mediante diagnóstico dos setores, considerando categorias e/ou serviços, que possibilitarão atividades planejadas e programadas nas reuniões setoriais com a participação das pessoas envolvidas, direta ou indiretamente, com os riscos biológicos.

Ressalta-se que, na apropriação das atividades educativas, os técnicos, como executores das atividades de formação, necessitam de aprimoramento porque são sujeitos mobilizadores que interferem diretamente na tomada de consciência no que tange à prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

Portanto, é preciso que a Instituição ofereça políticas de qualificação para o desenvolvimento das potencialidades dos profissionais para produção de conhecimentos científicos e habilidades técnicas, no que dispõem a formação técnica, graduação e pós-graduação, ensejando a proposta de educação continuada e permanente para efetividade social das ações prioritárias do programa.

Efetividade das ações sobre a infra-estrutura

Diante da epidemiologia das doenças para o hospital geral e referência para as infectoparasitárias, os serviços e/ou setores criados são improvisados na estrutura física existente do HUIBB, tanto que a CCIH tem área funcional, porém sem espaço para acolhimento do Ps, de modo que deva ser valorizado tal aspecto, para não ocorrer dificuldades quanto à notificação de acidentes e acesso às discussões de casos específicos e busca de informações individualizadas, e assim conduzir tratamento adequado e sem interrupção, bem como a facilitação do acesso por meio da formação, informação, divulgação das medidas e melhoramento da comunicação do setor com os profissionais que procuram o serviço.

Outra situação de infra-estrutura quanto aos recursos humanos é a ausência de intercâmbio da CCIH com parcerias dos demais setores como interface, no sentido da intersectorialidade para o controle das atividades realizadas para a prevenção dos riscos, produzindo informações infundadas da notificação, dos quimioprofiláticos, e sobre a qualidade e quantidade de materiais médico-hospitalares, imunização e outros, impossibilitando intervenções eficientes na adoção de ações prioritárias a partir da necessidade dos serviços.

A falta de intercâmbio dos setores contribui para que não haja o comprometimento na efetivação de ações pautadas na intersectorialidade em razão de alguns profissionais utilizarem a função que exercem e das atribuições do seu setor para adotarem medidas individualizadas que ajudam na própria prevenção e, ao mesmo tempo, prejudicam a investigação epidemiológica que interfere em intervenções coletivas, mediante intersectorialidade reconhecida por meio das atribuições de cada clínica e/ou setores.

Priorizar a prevenção é uma medida essencial a ser tomada, pelo fato de os riscos biológicos serem um fenômeno concreto na estrutura do hospital, pois é salutar a opção política institucional na valorização da promoção da saúde, estabelecida por critérios e medidas decorrentes da natureza dos indicadores, úteis para tomada de decisão compartilhada entre os setores, permitindo avaliar a eficiência, eficácia e a efetividade social das ações do programa voltado para os riscos biológicos ocupacionais.

Considerando as ações de prevenção

As ações de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais do HUIBB têm medidas integradas ao Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) e englobam atividades educativas direcionadas aos conhecimentos técnicos e atividades socioeconômicas ligadas às situações administrativas que acontecem por decisões políticas, implicando as intervenções dos setores.

As ações são direcionadas aos procedimentos de biossegurança trabalhados por meio das precauções-padrão, como uso de EPI, lavagem das mãos, técnicas de isolamento e a imunização, medidas que reforçam o interesse do profissional pela prevenção esquivando-se do acidente, as quais devem ser contextualizadas na abrangência dos riscos biológicos ocupacionais com o propósito da preocupação coletiva.

Particularmente, a imunização é uma das medidas fundamentais de proteção específica para prevenção dos Ps, mas se restringe a algumas doenças imunopreveníveis, funcionando como medida geral na Instituição sob a forma de campanha, não suficiente para as especificidades dos riscos de cada clínica. Por conseguinte, deve fazer parte de um programa com planejamento e estratégias decorrentes da necessidade de bloqueio das transmissões das doenças para as pessoas que trabalham no serviço de saúde, concebida como prática individual, que retrate aspectos educativos motivados na conscientização para evitar agravos e/ou doenças.

Isso ajudaria a percepção dos Ps (técnicos e gerentes) sobre o sentido da prevenção dos riscos biológicos ocupacionais numa sistematização de conhecimento, com base não apenas em saber fazer um determinado procedimento de biossegurança, mas também utilizá-lo como saber reflexivo da prática profissional.

Assim, entende-se que todo o conhecimento da biossegurança acontece numa abordagem técnica, legal, política e ética desenvolvida numa perspectiva problematizadora, respeitando a realidade de cada setor e considerando os riscos e as doenças no contexto do Hospital.

Referidas ações ainda não se concretizaram num programa peculiar para prevenção dos riscos biológicos ocupacionais, entretanto, é inescusável mencionar que as debilidades dessas ações sejam motivadas por desorganização dos serviços, haja vista a existência de medidas intra e extra-institucionais.

Para o fortalecimento das ações, é imprescindível que a Instituição utilize indicadores como avaliação e não assegurar somente apresentação de estatística pública, ao contrário, os indicadores existem para subsidiar intervenções a fim de promover a saúde do trabalhador.

É a partir da promoção da saúde no ambiente de trabalho que se fortalecem valores fundamentais ao ser humano e habilidades técnicas combinadas às estratégias institucional e governamental, associadas às parcerias intersetoriais, trabalhadas na corresponsabilidade múltipla para o desenvolvimento de ações técnicas, educativas e socioeconômicas de prevenção. Destarte, o programa como política pública é essencial para as intervenções concretizadas em recursos, objetivos, metas e avaliadas por indicadores para alcance da eficiência, eficácia e efetividade social, com vistas a implantação de um programa de prevenção dos riscos biológicos ocupacionais.

Neste sentido, faz-se mister um estudo de casos múltiplos sobre as ações de prevenção dos serviços peculiares aos riscos biológicos ocupacionais, comparando num contexto social, no plano regional e/ou nacional, para análise e implantação de um modelo de programa de prevenção, cujas ações são tênues para a vigilância dos riscos biológicos ocupacionais, mesmo diante do avanço científico e tecnológico da complexidade da situação trabalho e multiplicidade de fatores que a compõem e exigem conexões em diversas áreas do conhecimento, as quais permitem constituir em objeto mais complexo e abrangente ao processo e condição de trabalho.

O propósito é ter um modelo de avaliação para intervenções que subsidie e possibilite transformações no equacionamento dos desafios perante o processo e condição de trabalho mediante os riscos biológicos ocupacionais, haja vista que o trabalho, como direito social, deve ser estendido à saúde como dignidade do trabalhador para alcance pleno do êxito social e econômico de uma instituição.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, D. J. **Preparation of an in vitro Model System for Studying Replication of Human Immunodeficiency Virus.** In: DESTEFANO, J. Dept. Cell Biology & Molecular Genetics. Maryland: University of Maryland, 06 April, 2001. Disponível em: <<http://www.life.umd.edu/.../Adams/daniel.htm>>. Acesso em: 16 out. 2005.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

AYRES, M. Bio Estat 3.0. **Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e médicas.** MCT – CNPq, 2003.

ANDRADE, S. M; SOARES, D. A.; CORDONI J. R. L. Bases de Saúde Coletiva. In: CARVALHO, B.G. et. al. **A Organização do Sistema de Saúde no Brasil.** Londrina: Ed. da UEL, 2001.

ARMOND, G. A. **Isolamento e Precauções.** In: OLIVEIRA, A. C. et al. **Infecções Hospitalares: Abordagem, Prevenção e Controle.** São Paulo: Medsi, 1998.

ARMSTRONG, D. The Rise of Surveillance Medicine. **Sociology of Health and Illness.** Malden, EUA, v.17, n. 3, p. 393-404, 1995.

AROUCA, S. O. **Dilema Preventivista. Contribuição Para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003.

AYLIFFE, G. A. et. al. **Controle da Infecção Hospitalar: Manual Prático.** Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

BALDY, J. L. S. **Imunização de Profissionais da Área da Saúde e de Pacientes Hospitalizados.** In RODRIGUES, E. A. C. et. al. **Infecções Hospitalares Prevenção e Controle.** São Paulo: Sarvier, 1997.

BARBOSA, L. M. M. **Glossário de Epidemiologia e Saúde.** In ROQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003 p. 676-677.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L. C. **Metodologia de Avaliação: Em Políticas Públicas.** São Paulo: Cortez, 2001.

BETEL, M. **Le Réseau D'information Sur L'hépatite**. Net, Schering Canadá, Sept. 1998. Session Hépatite B. Disponível em:< <http://www.hepnet.com/hepbfr/html>>. Acesso em: 28 jun. 2005.

BENSOUSSAN, E.; ALBIERI, S. **Manual de Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho**. São Paulo: Ateneu, 1999.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano – Compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Lisboa: Porto, 1994.

BOLICK, D. et. al. **Segurança e Controle de Infecção**. Trad. Cosendey C. H. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

BOLYARD, E. A., TABLON, O. C. WILLIAMS, W. N. et. al. **Guidelines for infection control in healthcare personnel. Infection Control and Hospital Epidemiology**. Minnesota: MDH (Minnesota Department Health), 1998.

BRAGA, J. C. S. PAULA, S. G. **De Saúde e Previdência – Estudos de Política Social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1987.

BRANDÃO, C. R. **O que é Educação?**. 38. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Lei nº 9.394, de 20 dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de dezembro 1996. Seção 1, p.27.839.

_____. **Educação Permanente Como Noção Estratégica Na Formação e Desenvolvimento para o SUS**. 2003. Disponível em < <http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 jul. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº 01/96. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo**, Brasília, DF, 06 de novembro 1996. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/portarias>>. Acesso em: 04 de fev. 2004.

_____. **Portaria nº 597 de 08 de abril de 2004. Dispõe Sobre o Programa Nacional de Imunizações.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 de maio 1978. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>.

_____. **Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de maio de 1998. Disponível em: <<http://www.cih.com.br/resolu.html>>. Acesso em: 25 jan. 2004.

_____. **Formulação de Políticas de Saúde,** Brasília: MS. Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), 1998. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/informacao/tema.cfm/>>. Acesso em: 14 jul. 2004.

_____. **Manual de Condutas em Exposição Ocupacional à Material Biológico.** 1999. Brasília: MS. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/assistencia/manual-exposico-ocupa.html>>. Acesso em: 02 ago.2004.

_____. **Recomendações para Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional à Material Biológico: HIV e Hepatites B e C.** 2003. Disponível em: <<http://www.riscobiologico.org/resourses/pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2004.

_____. **Manual de Procedimento para Vacinação.** Brasília: MS. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2001. p.235.

_____. **Controle da Tuberculose. Uma proposta de integração ensino-serviço.** 5. ed. Rio de Janeiro: Funasa, CRPHF; SBPT, 2002.

_____. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16229.htm>. Acesso em: 28 abr. 2005.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá outras Providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://planalto.gov.br/legislacao.htm>>. Acesso em: 17 out. 2005.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços e dá outras Providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder

Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/htm>>. Acesso em: 22 out. 2005.

_____. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a Organização das Ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o programa Nacional de Imunizações. Estabelece Normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 out. 1975. Disponível em: <<http://planalto.gov.br/ccivil/leis.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2005.

_____. **Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias/htm>>. Acesso em: 04 mar. 2005.

_____. **Portaria nº 3.120 de 1º de julho de 1998.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jul. 1998. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/portarias/htm>>. Acesso em: 06 nov. 2005.

_____. **Portaria nº 545, de 20 maio de 1993. Aprovou a Norma Operacional Básica 01/93. Regulamenta o Processo de Descentralização da Gestão dos Serviços e Ações no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 mai. 1993. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/historico>>. Acesso em: 06 nov. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Portaria nº 37 de 06 de dezembro de 2002.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 de dezembro de 2002. **Normas Regulamentadoras Nº 32. Relativas a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde.** Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/empregador/legislacao/portarias/2002>>. Acesso em: 12 Jan. 2005.

_____. **Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF. **Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do capítulo V, título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho.** Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/empregador/segau/portarias>>. Acesso em 25 jan. 2005.

_____. **Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras Providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 mai. 1999. Disponível em: <<http://planalto.gov.br/legislacao.htm>>. Acesso em: 23 out. 2005.

_____. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras Providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: <<http://planalto.gov.br/legislacao.htm>>. Acesso em: 30 out. 2005.

BUSS, P. M. O. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública: Contribuição para o Debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina.** Rio de Janeiro: ENSP, 1998.

CAPRA, F. **Holismo e Saúde. O Ponto de Mutação.** Trad. Álvaro Cabral, São Paulo: 1982. Cap.10. p.299-357.

CARLEY, M. **Indicadores Sociais: Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Zahar 1981.

CARDO, D. M. **Patógenos Veiculados pelo Sangue.** In RODRIGUES, E. C. *et al* **Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle.** São Paulo: Savier, 1997, p. 341-347.

CARMAGNANI, M. I. S. et. al. **Segurança e Controle de Infecção.** Trad. Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso. 2000.

CAVALCANTE, N. J. F; PEREIRA, N. A. **Saúde Ocupacional.** In: FERNADEZ, A. T. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1287-1298.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - **Public Health Service Guidelines for the Management of Health care Workers Exposure to HIV and Recommendation for Postexposure Prophylaxis.** MMWR Morb Mortal Wkly, Rep, 47, Atlanta, v. 20 n. 4. p. 1-33, 1998.

CERQUEIRA, M. T. **Promoción de la Salud y Educación para la Salud: Retos y Perspectivas.** In: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. T. **La Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina: Un Análisis Sectorial.** Puerto Rico: Editorial de la Universidade de Puerto Rico/OPS; 1997.

CHAMPAGNE, J. **L'hépatite C.** Paris, Maj. 1998. Sources Retour au sommaire de l'actualité scientifique. Disponível em: <[http:// www.membres.lycos.fr/renejacquemet/.htm](http://www.membres.lycos.fr/renejacquemet/.htm)>. Acesso em: 28 nov. 2005

CHIAVENATO, I. **Administração: Teoria, Processo e Prática.** São Paulo: Makron Books, 1994.

_____. **Recursos Humanos**. Ed. Compact. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Mc-Graw do Brasil, 1983.

CLARK, T. N. **Can you Cut a Budget Pie? Policy and Politics**, London. v.3, p. 3-31, 1974.

COELHO, S. M. A. **Capacitação: O Saber Docente em Questão**. 1997. 144 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 102-107.

CONCEIÇÃO, F. M.; CAVALCANTE, N. J. F.; AYUB, M. A. **Imunização em Profissionais de Saúde**. In FERNANDEZ, A. T.; FERNANDEZ, M. O. V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecções Hospitalares e suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária e a Saúde do Consumidor**. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p. 443-454.

CRONBACH, L.J. **Course Improvement Through Evaluation**. New York: Teachers College Record, 1963.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde. Conceitos, Reflexões, Tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.

DEMO, P. **Formação de Formadores Básicos, em Aberto**. Brasília, v.12, n. 54, abr./ jun., p.23, 1992..

DIAS SOBRINHO, J.; BALZAN, N.C. **Avaliação Institucional: Teorias e Experiências**. São Paulo: Cortez, 2000.

ELMORE, J.G. **Métodos de Prevenção Primária: Promoção da Saúde**. In: JEKEL J. F. et. al. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.243.

FERNANDEZ, S. A. T. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FORATTINI, O. P. **Ecologia, Epidemiologia e Sociedade**. São Paulo: Artmed; USP, 1992.

FREIRE, P. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação**. São Paulo : Paz e Terra, 1980.

____. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1989.

FRIGOTTO, G. **Educação e Formação Humana: Ajuste Neoconservador e Alternativa Democrática**. In GENTILLI, P. A. A.; SILVA, T. T. **Neoliberalismo Qualidade Total em Educação**. Petrópolis: Vozes, 2001, p.33-86.

ESTADOS UNIDOS. **Centro de Controle de Doenças. Overview: Risks and Prevention of Sharps Injuries in Healthcare Person**. Disponível em: <http://www.cdc.gov/sharpssafety/wk_overview.html>. Acesso em: 20 de abr. 2004.

GALAFASSI, M. C. **Medicina do Trabalho Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (NR7)**. São Paulo: Atlas. 1998.

GENTILI, P. A. A.; SILVA, T. T. **Neoliberalismo, Qualidade Total e Educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GILIO, A. E. **Manual de Imunizações**: Centro de Imunizações Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo: Office editora, 2004.

GIGLIOTI, F. **Administração**: Organização e Conceitos. São Paulo : LZN, 2004.

GOHN, M. G. **Educação não formal e Cultura política**. São Paulo: Cortez. 2001.

GUIMARÃES, C. **Situação Assistencial Brasileira**. In. GONÇALVES, E. L. (Coord.) **Administração de Saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1982.

GUTTIERREZ, M. L. et. al. **La Promoción di Salud.** In: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. T. (Orgs.) **La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina.** San Juan: Editora de la universidad di Puerto Rico, 1997.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

HAKIM, C. **Census-Derived Social Indicators in Planning and Policy.** In: CONFERÊNCIA SOBRE INDICADORES SOCIAIS NO PLANEJAMENTO E NA POLÍTICA. Londres: Anais, Regional Studies Association. 1978.

HINRICHSEN, S. L.; PIRES, A. **Biossegurança e Controle de Infecção: Risco Sanitário Hospitalar.** Rio de Janeiro: Medsi, 2004.

HOEFEL, H. H. K.; SCHNEIDER, L. **O profissional de saúde na cadeia epidemiológica.** In: RODRIGUES, E.A.C. et. al. **Infecções Hospitalares: prevenção e controle.** São Paulo: Sarvier, 1997. p. 352-354.

HOMEM D'EL REY, D.C. **Paradigma de Educação e Saúde.** In: FÓRUM DE EDUCAÇÃO E SAÚDE. 1996. Rio de Janeiro: UFRJ/PUC-RJ 31/out./1996 (Mimeo). Conferência.

INOJOSA, R. M. **Intersetorialidade e a Configuração de um Novo Paradigma Organizacional.** RAP. Rio de Janeiro: v. 32, n. 12, p. 35-48, 1998.

JANNUZZI, P.M. **Indicadores Sociais no Brasil. Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações.** Campinas: Alínea, 2003.

GALLAVOTTI, B. **Morfologia das Bactérias.** In: SALSA, J. **Segredos da Vida. Net, Do Gi, Itália, 1997. Sessão Procariontes.** Disponível em: <http://www.cientic.com/htm>. Acesso em: 08 mar. 2005.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. **O Movimento do Setor Saúde e o Desafio da Intersetorialidade.** In: FUNDAP, 1997, São Paulo. Anais. São Paulo, 1997.

KERR-PONTES L. R. S.; ROUQUAYROL, M. Z. **Medida da Saúde Coletiva.** In ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** São Paulo: Medsi, 2003.

LACERDA, R. A. JOUCLAS, V. M. G. EGRY, E. Y. **A Face Iatrogênica do Hospital e as Demandas para o Controle das Infecções Hospitalares.** São Paulo: Atheneu, 1996.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva.** Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill do Brasil, 1978.

LIBÂNEO, J. C. **Didática.** São Paulo: Cortez. 2002.

LIMA, V. L. A. **“Em casa de ferreiro o espeto é de pau”:** Uma proposta para o sistema de vigilância nos Hospitais da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e Hospital Universitário João de Barros Barreto. 2001, 89 f. Dissertação (Mestrado Interinstitucional em Saúde Pública) – Escola nacional de Saúde Pública / Universidade Federal do Pará, Belém, 2001.

MASTROENI, M. F. **Biossegurança: Aplicada a Laboratórios e Serviços de Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004.

MELAGODI, E. **O que é Materialismo Dialético?** São Paulo: Brasiliense. 1998.

MENDES, E. V. **As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.** In: _____. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Uma agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, R.; DIAS, E. C. **Saúde do Trabalhador.** In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde.** São Paulo: Medsi, 1994. p.384-398.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1993. p.22.

_____. **Pesquisa Social: Teoria, métodos e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2000.

NAVARRO, J. C. **Evaluacion de Programas de Salud y Toma de Decisions.** Washington: DC: OPAS/ OMS. 1992. (Serie Material de Apoyo para la capacitación em gerencia de programa de salud maternoinfantil y planificación familiar).

NELSING, S.; NIELSEN T. L.'; NIELSING J. O. **Ocupacional Blood Exposure Among Danish Physicians-incidence and Risk Fators.** Ugeskr Laeger, Aarhus C, Denmark , v. 59, n.42, p. 6216-21, 1997.

NEVES, J. **Infecção Hospitalar no Contexto da Formação dos Profissionais de Saúde: novo enfoque.** Arquivos Brasileiros de Medicina, Rio de janeiro, v. 69, n. 3, p. 123-126. mar.1995.

OLIVEIRA, J. A. A. TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)Previdência Social 60 anos de História da Previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Classificação Estatísticas e Problemas Relacionados à Saúde.** 10. rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em Português; Edusp; 1994. v. 2. Manual de Instrução.

_____. **Carta de Adelaide.** In: **Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 2, 1988, Adelaide.** Washington: OMS, 1988

PARÁ, (Estado). Secretaria Especial de estado de Proteção social, Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública, Sistema Único de Saúde, Departamento de Vigilância Sanitária e Divisão de controle de Infecção Hospitalar. **Manual Técnico de Orientação sobre Implantação de Controle de Infecção.** Pará: 2003, 61p. (Série Manuais).

PAIVA, V. **Educação e Qualificação para o trabalho: uma revisão da bibliografia internacional.** In **Neoliberalismo, Qualidade Total e Educação.** Rio de Janeiro: Vozes. 2001, p.63.

PEDROSA, T.M.G; COUTO, R. C. **Prevenção das Infecções Nosocomiais Ocupacionais.** In: COUTO, R.C; PEDROSA, T.M.G; NOGUEIRA, J.M. In: **Infecção Hospitalar e Outras Complicações Não-infecciosas da Doença: Epidemiologia, Controle e Tratamento.** Rio de Janeiro: Medsi. 2003. p. 843-874.

PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. . **Saúde Ocupacional.** In: PEDROSA, T. G.; COUTO, R. C. **Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Controle.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 579-581

PEREIRA, E. W.; TEIXEIRA, Z. A. **A Educação Básica Redimensionada.** In: BRZEZINSKI, I. (Org.) **LDB Interpretada: diversos olhares se entrecruzam.** São Paulo: Cortez. 2003, p. 88-90.

PEREIRA, T. M. G. **Epidemiologia: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

POLIT, D. F. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médica, 1995

PRADE, S. S. **Da Avaliação à Informação em Serviço de Saúde: O Método Sistêmico e Multidimensionado de Apoio às Decisões e o caso de Controle de Infecção Hospitalar**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna Ltda, 2004.

QUEIROZ, M. C. B. **Biossegurança**. In: OLIVEIRA, A. C. et al. **Infecção Hospitalar: abordagem, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998. p.184.

RAPPARINI, C. S. et. al. **Lista de Discussão por e-mail sobre Riscos Biológicos para Profissionais da Área de Saúde**. CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 8. 2002, Curitiba. **Anais eletrônicos ...** Curitiba, 2002. Disponível em: www.riscobiologico.org.

_____. **Riscos biológicos e profissionais de saúde**. Disponível em: www.riscobiologico.org/riscoprofissional>. Acesso em: 20 de jan. 2004.

RODRIGUES, E. A. et. al. **Infecções Hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997.

_____. **Imunização de Profissionais da Área da Saúde e de Pacientes Hospitalizados**. São Paulo: Savier, 1997.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; BARRETO, M. **Abordagem Descritiva em Epidemiologia**. In ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 83, 113.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. **Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças**. In ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde** Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 17-31.

RUIZ, J.A. **Metodologia Científica: Guia para Eficiência dos Estudos**. São Paulo: Atlas, 1985.

SANTOS, E. M.; CARVALHO, A.M.T. **Crônicas da Vida Mais Contrariada: sofrimento psíquico, HIV/aids e trabalho em saúde**. **Caderno de Saúde Coletiva: publicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Núcleo de Estudo de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: v. 7, n. 2. p.147-168, 236. jul. / dez. 2003.

SASSI, J. G. G ; FEIJÓ, R. D. F. **Acidente com Material Biológico: o que há em Prevenção**. **Boletim Epidemiológico**, São Paulo: v. 2, n.1, p.2-6. jan. 2004.

SÃO PAULO, (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**, São Paulo, v.2, n. 1, 2004. Disponível: <http://www.crt.saude.sp.gov.br>. Acesso em: 26 fev. 2004.

SAUL, A. M. **Avaliação Emancipatória: Desafio à teoria e a prática de avaliação e reformulação de currículo**. São Paulo: Cortez 1995, p.63.

SCRIVEN, M. **The Methodology of Evaluation. Perspectives of Curriculum Evaluation**. AERA. Chicago: Rand McNally and Co., 1967. (Monograph 1).

SHERA, J. H.; KENT, A.; PERRY, J. W. **Information Systems in Documentation**. New York: Interscience, 1957.

SILVA, A. M. C. et. al. **Precauções e Isolamento**. In: FERNANDES, A.T. et al. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SILVA, A. et. al. **Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com equipe de enfermagem: de unidade de centro cirúrgico de um hospital geral**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO. São Paulo: **Anais ...** 1997. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. p.94-102.

SILVA, J. O; BORDIN, R. **Educação em Saúde**. **Revista SOGESP: Guia de Medicina Ambulatorial**. Goiânia: 1994, p. 61-64.

SIQUEIRA, A.E.L. et al. **Visitas Técnicas**. In: **Infecção Hospitalar e Outras Complicações Não-infecciosas da Doença: Epidemiologia, Controle e Tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi. 2003. p. 843-874.

SOUZA, M. **Acidentes ocupacionais e situações de risco para a equipe de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do município de São Paulo.** 1999, 163 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina. São Paulo: 1999.

SOUSA, P.N.P.; SILVA, E.B. **Como Entender e Aplicar a Nova LDB.** São Paulo: Pioneira, 2001.

STARLING, C.E.F; PINHEIRO, S.M.C; COUTO, B.R.G.M. **Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares na Prática Diária (Ensaio).** Belo Horizonte. Cuatiara, 1993.

STAKE, R. E. **The Countenance of Educational Evaluation.** *Teachers College Record.* New York: v. 68, n 7, p. 523-540, 1967.

STUFFLEBEAM, D. L. **The Relevant of the CIPP Evaluation Model for Educational Accountability.** *Journal of Research and Development in Education.* Washington: 1971. v.5 , n.1, p. 19-25

SUTHERLAND, R. W.; FULTON, M. J. **Helth Promotion.** In: SUTHERLAND, W. FULTON, M. J. (Eds.) **Health Care in Canada.** Ottawa: CPHA, 1992.

TEIXEIRA, M.T.S.F. **Riscos Biológicos Ocupacionais: Um estudo num hospital público para propor a promoção da saúde em Belém-Pará.** 2002. 129 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza: 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde.** In. TEIXEIRA, C. **Promoção e Vigilância da Saúde.** Salvador: Abrasco, 2002.

TERRIS, M. **Conceptos de la Promoción de la Salud: dualidades de la teoria de la salud publica.** In: **ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Promoción de la Salud: Una antologia.** Washington: OPAS, 1996.

TONES, B.K. **Health Education: Effectiveness, Efficiency and Equity.** 2nd. ed. London: Chapman and Hall, 1994.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa Qualitativa em Educação.** São Paulo: Atlas, 1995. p. 105.

TYLER, R. **Princípios Básicos de Currículo e Ensino**. Tradução Leonel Vallandro. Porto Alegre: Globo, 1977.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. **Programa de Assistência à Saúde do Servidor da UFPA**, Belém, 2004.

_____. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO. Núcleo de Planejamento. **Relatório de Gestão**, Belém, 2004.

VIANNA, H M. **Avaliação Educacional: Teoria, Planejamento e Modelos**. São Paulo: Ibrasa, 2000.

ZANON, U.; NEVES, J. **Infecções Hospitalares: Prevenção Diagnóstico e Tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 1987.

ZAPF, W. **Systems of Social Indicators: Current Approaches and Problems**. **International Social Science Journal**. Oxford: v. 27, p. 479-498.

ZIGLIO, E.; LEVIN, L. S. **Health Promotion as an investment strategy: considerations on theory and practice**. **Health Promotion International**. Oxford: v.11, n.1, p. 33-40, 1996.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.