

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

KEYTI CRISTINE ALVES DAMAS REZENDE

**RISCO BIOLÓGICO E MEDIDAS DE PREVENÇÃO NA PRÁTICA DA
ATENÇÃO BÁSICA**

GOIÂNIA, 2011

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação**
Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Keyti Cristine Alves Damas Rezende				
E-mail:	keytidamas@hotmail.com				
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Vínculo empregatício do autor					
Agência de fomento:	Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior			Sigla:	CAPES
País:	Brasil	UF:	GO	CNPJ:	00889834/0001-08
Título:	Risco Biológico e Medidas de Prevenção na Prática da Atenção Básica				
Palavras-chave: Enfermagem, Controle de Infecção, Risco Ocupacional, Precauções Universais, Atenção Básica					
Título em outra língua:	Biological risk and preventive measures in primary health care practice				
Palavras-chave em outra língua: Nursing, Infection Control, Occupational Risks, Universal Precautions, Primary Health Care					
Área de concentração: A Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana					
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	30/03/2011				
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás				
Orientador (a):	Anaclara Ferreira Veiga Tipple				
E-mail:	anaclara.fen@gmail.com				
Co-orientador (a): *					
E-mail:					

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para disponibilização?¹ total parcial

Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: _____

Outras restrições: _____

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: 03 / 11 /2011

Assinatura do (a) autor (a)

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

KEYTI CRISTINE ALVES DAMAS REZENDE

**RISCO BIOLÓGICO E MEDIDAS DE PREVENÇÃO NA PRÁTICA DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: A Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana.

Linha de Pesquisa: Prevenção, controle e epidemiologia das infecções associadas a cuidados em saúde e das doenças transmissíveis.

Orientadora: Profa. Dra. Anaclara Ferreira Veiga Tipple

Goiânia, 2011

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG**

R467r Rezende, Keyti Cristine Alves Damas.
Risco biológico e medidas de prevenção na prática da atenção
básica [manuscrito] / Keyti Cristine Alves Damas Rezende. - 2011.
xv, 114 f. : il., figs, tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anaclara Ferreira Veiga Tipple.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Enfermagem, 2011.

Bibliografia.

Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.

Apêndices.

1. Enfermagem. 2. Infecção hospitalar. 3. Risco ocupacional. 4.
Precauções universais. I. Título.

CDU: 616-022.1

Este trabalho foi desenvolvido junto ao NEPIH – FEN/UFG (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Controle de Infecção Associadas aos Cuidados em Saúde - Faculdade de Enfermagem / Universidade Federal de Goiás) e é parte do projeto de pesquisa “Precauções Padrão na Prática de Unidades de Saúde da Atenção Básica”. Contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico –CNPq.

*A meu querido esposo Ueber Carlos,
que com simplicidade e otimismo me
incentivou a lutar por mais essa conquista.
Seu companheirismo e amor foram
fundamentais para a realização desse
trabalho. Obrigada por acreditar comigo.*

Muito Obrigada...

A **Deus**, porque d'Ele, por Ele e para Ele são todas as coisas em minha vida. Glória pois a Ele eternamente.

Ao **Pedro Miguel**, meu filho amado. Sua encantadora presença ameniza qualquer dificuldade na vida da mamãe. Obrigada pelas horas de atenção e cuidados cedidas.

À **Ana Letícia**, minha amada filhinha. Seu lindo olhar e sorriso fizeram meus momentos de estudo mais felizes e suaves. Obrigada, minha linda, por existir.

À minha querida **Mãe**. Somente quem ama, como uma mãe, faz o impossível por alguém, com alegria e leveza inexplicáveis e incansáveis. Não consigo traduzir em palavras minha admiração e gratidão. Sua filha te ama.

A meu **Pai** que se sacrificou e fez o que pôde para que ficássemos bem. Obrigada pelo incentivo para que prosseguisse em meus estudos e pelo apoio às minhas decisões.

À minha irmã **Daniela**, por sua cumplicidade. Sei que em qualquer momento posso contar com você. Sua linda família, **Leandro**, **Calebe** e **Aline** enriquecem minha vida.

À minha querida **Tia Alice (Dindinha)**, pela disposição em ajudar e pelas palavras encorajadoras. Seu carinho é um conforto ao meu coração.

Aos meus queridos tios **Lauyde** e **Darcy**, que com tanto carinho e hospitalidade me receberam em sua casa no início dessa caminhada. Vocês me deixaram de herança a vontade de fazer por alguém o que fizeram por mim.

A todos os meus **Familiares** que oraram, torceram, e se alegraram com minhas conquistas. Muito obrigada pelo carinho.

À minha orientadora, Professora Doutora **Anaclara Ferreira Veiga Tipple**, por seu compromisso com o ensino e com minha formação. A você, meu carinho, respeito e admiração.

À Professora Doutora **Adenícia Custódia Silva e Souza**, por seu carinho, desprendimento e esforço em me conduzir pela mão. Pessoas como você possuem a capacidade de despertar no outro a sede ser melhor. Você se tornou inesquecível para mim.

À minha amiga Professora Mestre **Karina Machado Siqueira**, pelo incentivo para que esse caminho fosse trilhado. Sua cumplicidade e alegria, já há um bom tempo, fazem minha vida melhor.

À Titia **Carlla**, seu carinho e sensibilidade te fizeram presente em momentos importantes e inesquecíveis de minha vida e de minha família. Sua amizade me conforta o coração.

Aos inesquecíveis colegas da graduação **Elisângelo, Márcia Arimatéa, Nara Letícia e Klever**. Esse período de vida foi muito mais feliz, graças a vocês.

A todas as colegas de turma do **Mestrado em Enfermagem UFG 2011**, em especial à **Letícia**, pela amizade e companheirismo.

À **Faculdade de Enfermagem** por ter me acolhido desde a graduação e promover um ensino de excelência.

Ao **Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem**, na pessoa da Professora Doutora **Maria Márcia Bachion**, pelo zelo e compromisso com a qualidade.

A todos os **professores do Programa de Pós-graduação** pelas importantes contribuições.

Aos **funcionários da Faculdade de Enfermagem** pelo profissionalismo e respeito.

Aos profissionais que aceitaram fazer parte desta pesquisa, pelo apoio e receptividade. Sem vocês esse trabalho não seria possível.

"Quem anda com os sábios será sábio".

Provérbios 13:20a

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	9
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	11
RESUMO.....	13
ABSTRACT.....	14
RESUMEN	15
1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS.....	20
2.1. Objetivo Geral	20
2.2. Objetivos específicos	20
3. REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1. O Sistema Único de Saúde e a qualidade do atendimento.....	21
3.2. Risco biológico nas práticas em saúde	29
3.3. Risco biológico na atenção básica	35
3.4. Precauções Padrão para o controle de infecção.....	39
3.4.1. Higienização das Mãos	39
3.4.2. Equipamentos de Proteção Individual	42
3.4.3. Resíduos Perfurocortantes.....	44
3.4.4. O Controle Ambiental	46
4. METODOLOGIA	49
4.1. Tipo de estudo	49
4.2. Local	49
4.3. População	49
4.4. Procedimento de construção dos instrumentos de coleta de dados	49
4.5. Coleta de dados	51
4.6. Aspectos éticos.....	52
4.7. Análise dos dados e apresentação dos resultados	52
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1. Artigo I: Risco de exposição a material biológico em Unidades de Saúde da Atenção Básica	54

5.2. Artigo II: Adesão a precauções padrão na atenção básica	72
6. CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICES	95
ANEXOS	110

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Possibilidades de exposição a material biológico entre membros da equipe de enfermagem de unidades de Atenção Básica de um Distrito Sanitário de acordo com o procedimento realizado e os equipamentos de proteção indicados para cada procedimento. Goiânia 2010	59
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1a: Condições de exposição relacionadas ao risco de exposição a material biológico durante a realização de exames colpocitológicos (N=24) e de curativos (N=28) em unidades de atenção básica de um Distrito Sanitário. Goiânia 2010	61
Tabela 2a: O risco de exposição a material biológico durante a realização de procedimentos que envolvem a utilização de artigos perfurocortantes em unidades de atenção básica de um Distrito Sanitário. Goiânia 2010.	64
Tabela 1b: Higienização de mãos, por profissionais de enfermagem, antes e após os procedimentos observados Unidades de Saúde de um Distrito Sanitário. Goiânia – GO. 2010	78
Tabela 2b: Uso do Equipamento de Proteção Individual por profissionais de enfermagem, durante a realização dos procedimentos observados em Unidades de Saúde do Distrito Sanitário Leste de Goiânia – GO. 2010	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

Aids - *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CME - Centro de Material e Esterilização

CNS - Conferências Nacionais de Saúde

CONAMA - Conselho Nacional do Meio Ambiente

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

HM - Higienização das Mãos

IRAS - Infecções Relacionada à Assistência à Saúde

IH – Infecções Hospitalares

MS - Ministério da Saúde

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

NR - Norma Regulamentadora

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAS - Profissionais da Área da Saúde

PP - Precauções Padrão

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SINAN - Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

UABS - Unidade de Atenção Básica à Saúde

UABSF - Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

VHB - Vírus da Hepatite B

VHC - Vírus da Hepatite C

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

REZENDE KCAD. **Risco biológico e medidas de prevenção na prática da atenção básica** [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2011.114p.

As infecções nos serviços de assistência à saúde, dentre os quais se incluem os da atenção básica, têm representado um problema grave e de repercussões diversas no contexto da saúde humana. As atividades desenvolvidas na atenção básica são, potencialmente, geradoras do risco biológico, tanto para os usuários desses serviços quanto para os seus trabalhadores. Diante disso, este estudo teve como objetivo geral, analisar o risco biológico para profissionais e usuários durante a realização de procedimentos nas Unidades de Saúde, na área de abrangência de um Distrito Sanitário da cidade de Goiânia – GO. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório e transversal, com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a maio do ano de 2010, por meio de observação direta, não participante e as informações registradas em *check list* específico a cada procedimento. Um questionário, com questões fechadas e abertas, foi utilizado para caracterização do profissional envolvido no procedimento observado e sua qualificação para o trabalho. A análise dos dados ocorreu por meio de estatística descritiva, utilizando frequência simples e esses foram apresentados em forma de tabelas e figuras. Os procedimentos observados foram teste do pezinho, teste da mamãe, exame colpocitológico, vacinação e curativos. Foram realizadas 149 observações, sendo referentes a 77 vacinações, 28 curativos, 24 exames colpocitológicos, 11 testes do pezinho e nove testes da mamãe. Durante o estudo, foram realizadas 280 horas de observação a um total de 149 procedimentos realizados por 28 profissionais. Desses, 18,8% eram enfermeiros e 81,2% eram técnicos em enfermagem e o sexo feminino foi predominante (95,3%). Os resultados mostraram a ocorrência de exposição ao risco biológico, pois, nesses procedimentos, há manuseio de perfurocortantes, possibilidade de contato com sangue, secreções e imunobiológicos, de formação de aerossóis, proximidade entre membro punccionado e a face do profissional, agitação e/ou reação inesperada do usuário. Verifica-se que há adesão insatisfatória à Higiene de Mãos - HM e ao uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI. Os baixos índices de HM, somados a não adesão à técnica correta compõem um comportamento de risco que pode afetar profissionais e usuários. Falhas relativas à disponibilidade dos EPI, nos serviços integrantes do estudo, podem influenciar a baixa adesão aos mesmos e possibilitam uma maior exposição ao risco biológico. Acredita-se que ações educativas, voltadas à consolidação de uma prática profissional, consciente do risco biológico, são necessárias para que ocorra uma maior adesão a essas Precauções Padrão. O enfermeiro, como líder dessa equipe, deve ser estimulado a desenvolver ações pautadas na segurança e compromisso de minimizar o risco biológico inerente à sua prática, atuando ainda com ações educativas. Aponta-se a necessidade de comissões de controle de infecção para atuar nos diversos distritos sanitários, orientando e supervisionando o uso e a provisão desses recursos. Mais estudos devem ser feitos nessa área para que ocorra um maior aprofundamento do tema, buscando alternativas e soluções às especificidades presentes.

Palavras-chave: Enfermagem, Controle de Infecção, Risco Ocupacional, Precauções Universais, Atenção Básica.

ABSTRACT

REZENDE KCAD. **Biological risk and preventive measures in primary health care practice** [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2011.114p

Infections in health care services, among which include primary care, have represented a serious problem and with several repercussions in the context of human health. The activities conducted in primary care are potential source of biological risk, both for users of these services and for their workers. Thus, this study aimed to analyze the biological risk for professionals and users during the execution of procedures in the Health Units in the catchment area of a Health District of Goiânia - GO. This is a descriptive, exploratory and cross-sectional study with quantitative approach. Data collection occurred among January and May of 2010, through direct not participant observation, being the data recorded in specific check list for each procedure. A questionnaire, with closed and open questions, was used to characterize the professional involved in the procedure followed and their qualification for the job. The data were processed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 16.0 for Windows and, then grouped in tables and figures. There were around 280 hours of observation, a total of 149 procedures, being 77 vaccinations, 28 bandages, 24 vaginal smears, 11 neonatal screening and 9 Mommy test. The procedures were performed by 28 professionals, 5 (17.8%) were nurses and 23 (82.1%) were nursing technicians, most females (95.3%). The results showed the possibility of exposure to biological material, because, in these procedures there is handling is sharp, the possibility of contact with blood, secretions, and immunobiological, aerosol formation, the proximity of the face and punched a member of the professional, agitation and/or reaction unexpected user. We found that there is poor adhesion to Hand Hygiene - HH and on the use of Personal Protective Equipment - PPE. The low rates of HH, in addition to non-adhesion to proper technique form a risk behavior that endangers health professionals and users. Failures related to the availability of PPE in the services studies here can influence the low adhesion to them and enable greater exposure to biological risk. Educational and management actions, aimed at consolidating a practical aware of the potential biological relevance and the availability of resources, are necessary for a greater adherence to this Standard Precautions. The nurse, as leader of this team, should be encouraged to develop actions based for security and commitment to minimize the risk inherent in biological practice, still working with educational activities. We point out the need for infection control committees to act in several health districts, directing and supervising the use and provision of these resources. More studies should be done in this area so that a deeper understanding of the topic, seeking alternative solutions to the specific and primary care.

Keywords: Nursing, Infection Control, Occupational Risks, Universal Precautions, Primary Health Care.

RESUMEN

REZENDE KCAD. **Riesgos biológicos y las medidas de prevención en la práctica de la atención primaria** [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2011.114p

Las infecciones en los servicios de salud, entre los que se incluyen la atención primaria, han representado un problema grave y con varias repercusiones en el contexto de la salud humana. Las actividades realizadas en la atención primaria son fuente potencial de riesgo biológico, tanto para los usuarios de estos servicios como para sus trabajadores. Así, este estudio tuvo como objetivo analizar el riesgo biológico para profesionales y usuarios durante la ejecución de los procedimientos en las unidades de salud en el área de influencia de un distrito de salud de Goiânia - GO. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y transversal con abordaje cuantitativo. La recolección de datos ocurrió entre enero y mayo de 2010, a través de la observación directa, no participante, en la cual los datos fueron registrados en un check-list específico para cada procedimiento. Un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas ha sido utilizado para caracterizar los profesionales involucrados en el procedimiento observado y su calificación para el trabajo. Los datos fueron procesados con el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 16.0 para Windows y, en seguida, agrupados en tablas y figuras. Había alrededor de 280 horas de observación, un total de 149 procedimientos siendo 77 vacunaciones, 28 vendajes, 24 de frotis vaginal, 11 tamizaje neonatal y 9 teste de la madre. Los procedimientos fueron realizados por 28 profesionales, 5 (17,8%) eran enfermeros y el 23 (82,1%) eran técnicos de enfermería, siendo la mayoría mujeres (95,3%). Los resultados mostraron la posibilidad de exposición a material biológico, ya que, estos procedimientos, la manipulación es fuerte, la posibilidad de contacto con sangre, secreciones, y la formación de inmunobiológicos, aerosoles, la proximidad de la cara y golpeó a un miembro de la agitación profesional, y/o reacción usuario inesperado. Hemos verificado que hay la adhesión a la Higiene de las Manos - HM y el uso de Equipo de Protección Individual - EPI. Las bajas tasas de HM, más la falta de adhesión a la técnica adecuada componen un comportamiento de riesgo que pone en peligro los profesionales de la salud y los usuarios. Las fallas relacionadas con la disponibilidad de los servicios de EPI en los servicios integrantes de este estudio pueden influir en la baja adhesión a los mismos y permiten una mayor exposición a riesgos biológicos. Acciones educativas y de gestión, destinadas a la consolidación de una práctica consciente del riesgo biológico y la relevancia de la disponibilidad de recursos, son necesarios para una mayor adhesión a estos Precauciones Padrones. El enfermero, como líder de este equipo, debe ser alentado a desarrollar acciones basadas en la seguridad y el compromiso de reducir al mínimo el riesgo biológico inherente a su práctica, actuando aún con actividades educativas. Señalamos la necesidad de los comités de control de infecciones para actuar en varios distritos de salud, orientando y supervisando el uso y disposición de estos recursos. Más estudios deben ser hechos en esta área mirando una comprensión más profunda del tema, buscando alternativas y soluciones a las especificidades de la atención básica.

Palabras clave: Enfermería, Control de Infecciones, Riesgos Laborales, Precauciones Universales, Atención Primaria de Salud.

1. INTRODUÇÃO

Em minha trajetória profissional, no interior do estado de Goiás, tive a oportunidade de atuar como enfermeira coordenadora de duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trabalhei ainda como docente em um curso para técnicos em enfermagem, o que me permitiu acompanhar estágios em dois hospitais particulares e um hospital público municipal.

Na ocasião, percebi falhas relacionadas ao controle de infecção em todas as instituições. Em alguns casos a circunstância observada negligenciava quase que completamente as medidas preventivas. Observei, nos hospitais, falhas relacionadas à estrutura física, com presença de grande número de vetores e quantidade insuficiente de pias para a higienização de mãos e profissionais que, mesmo diante de todo o material necessário, não procediam a essa higienização, além de falhas relacionadas ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) dentre outras.

Nas unidades da ESF, porém, a realidade se mostrava ainda mais preocupante. O excesso de trabalho, aliado à falta de estrutura, de informação e supervisão, resultavam em uma atuação descomprometida com o controle de infecção, ignorando o prejuízo à qualidade do serviço prestado e o risco ao qual profissionais, usuários e comunidade eram expostos.

O controle da qualidade dos serviços prestados em instituições de atendimento à saúde está intimamente relacionado ao controle de infecções, já que a qualidade torna-se inexistente se houver falhas relacionadas à exposição aos patógenos. Quando a intenção é promover saúde, não é possível desconsiderar os riscos associados ao ambiente institucional, ao manuseio de artigos e à exposição diária a patógenos.

Nesse contexto, torna-se imperativo que o profissional na área de saúde seja conhecedor e tenha condições de adotar as medidas de prevenção e controle de infecção em sua prática. Esse conhecimento pode proporcionar uma postura de maior responsabilidade para com a manutenção de sua própria higidez, além de uma atuação positiva que contribua para a melhora das condições de saúde da população por ele assistida.

O índice de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), representa um dos principais indicadores de qualidade de assistência. Essa

importância é justificada pelos vários fatores que a sua ocorrência implica tanto para o usuário, quanto para seu núcleo familiar ou para o Serviço de Assistência à Saúde.

As infecções, nos serviços de assistência à saúde, dentre os quais se incluem os da atenção básica, têm representado um problema grave e de repercussões diversas no contexto da saúde humana. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2004), tais problemas encontram-se dentre as principais causas de morbidade e mortalidade, além de aumentarem o tempo de internação, elevando o custo do tratamento. Trata-se de uma questão de importância equivalente tanto para os usuários dos serviços de saúde, quanto para os trabalhadores que atuam nessas instituições, os quais são frequentemente expostos a riscos ocupacionais.

Em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde (UABS) são desenvolvidos diversos procedimentos que dependem da organização da Rede de Atenção Básica Municipal. Dentre estas, podemos citar: atendimento de enfermagem, atendimento médico ambulatorial e realização de pequenas cirurgias, atendimento odontológico, vacinação de rotina e participação em campanhas, realização de curativos na própria unidade, exame colpocitológico, coleta de sangue para exames pré-natais - teste da mamãe e teste do pezinho, reprocessamento de artigos, reprocessamento de roupas, descarte de resíduos e atividades de educação em saúde.

Uma Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF) pode empreender todas as ações acima citadas e inclui, ainda, a realização de curativos em domicílio, visitas e prestação de cuidados domiciliares.

Dessa forma, as atividades desenvolvidas no contexto da atenção básica são potencialmente geradoras do risco biológico, tanto para os usuários desses serviços quanto para os seus trabalhadores. Assim, faz-se necessário propor medidas de intervenção com o intuito de minimizar esse risco.

Diante do exposto, o cumprimento das Precauções Padrão (PP) constitui-se uma importante estratégia para a proteção de usuários e profissionais (GARNER, 1996; SIEGEL et al., 2007). Sendo entendido como um aspecto de grande importância para a qualidade da assistência.

As PP, editadas pelos *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) em 1996, são um conjunto de medidas a serem adotadas pelo profissional de saúde na assistência a todos os usuários, independente do estado presumível de infecção,

e no manuseio de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação (GARNER, 1996).

Essas medidas deverão ser observadas em todas as situações nas quais houver risco de contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, com exceção do suor, sem considerar ou não a presença de sangue visível, pele com solução de continuidade e mucosas (GARNER, 1996).

Tais cuidados incluem a higienização das mãos (HM), o uso de EPI, cuidados com o reprocessamento de artigos, correto manuseio de equipamentos e materiais perfurocortantes, o reprocessamento das roupas envolvidas no processo do cuidar e o controle ambiental que abrange o gerenciamento de resíduos (GARNER, 1996).

Destaca-se que essas precauções foram reeditadas em 2007 mantendo os aspectos centrais do texto de 1996, entretanto a terminologia “controle de infecção hospitalar” foi substituída por “controle de infecção associada aos cuidados em saúde” (SIEGEL et al., 2007). Esse novo conceito nos possibilita a compreensão de que o controle de infecção deve ser aplicado em todos os locais da prestação do cuidado.

A aplicação das PP constitui-se uma das estratégias eficazes, para o alcance das medidas de prevenção e controle das infecções, tanto para o usuário, quanto para o profissional (GARNER, 1996; SIEGEL et al., 2007)

Diante do exposto, faz-se necessário empreender esforços contínuos para que as PP sejam aplicadas em todos os níveis de atenção à saúde, para que haja valorização da percepção do risco a que estão expostos e o real compromisso com a qualidade do cuidado prestado.

A ESF, adotada pelo Ministério da Saúde (MS) como modelo assistencial vigente desde 1994, tem sido bem aceita por grande parte da população e de gestores municipais e estaduais. O fato de ter, em pouco tempo, ganhado espaço em todo o território nacional corrobora a afirmação supracitada.

Vale ressaltar que a ESF, assim como toda a rede de Atenção Básica (AB) tem se tornado importante campo de atuação aos enfermeiros. Esse profissional assume papel fundamental no alcance dos objetivos da ESF, pois pode atuar como gerente administrativo do serviço, como líder da equipe de enfermagem e prestando assistência direta ao usuário, tanto na unidade de saúde como no domicílio.

Esse campo de trabalho abriga, também, profissionais médicos, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares em saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Ainda assim, a produção científica acerca das precauções padrão, no contexto da AB, tem se mostrado escassa. Esse fato é preocupante, devido ao crescente interesse e aceitação da assistência domiciliar.

O que se espera de uma estratégia que implemente os princípios da AB é que seja capaz de resolver cerca de 80% da demanda dos serviços de saúde de uma comunidade (CONASS, 2004). A promoção e prevenção, no cuidado em saúde, são ações indissociáveis do controle de infecções, já que, se as medidas de controle das IRAS não forem, sistematicamente, incorporadas à rotina dos serviços de assistência, práticas que visam à saúde podem resultar em doenças.

Considerando que o risco ocupacional biológico também está presente no cotidiano dos profissionais de saúde que atuam na AB e entendendo a importância da prática de medidas eficazes, na redução das chances de contaminação e disseminação de patógenos, durante o desenvolvimento da assistência à saúde, realiza-se esse estudo com o intuito de buscar evidências sobre o risco biológico presente nas atividades desenvolvidas nesse nível de atenção, bem como o uso das precauções padrão e sua aplicabilidade no processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam Unidades de Saúde, na área de abrangência de um Distrito Sanitário da cidade de Goiânia, estado de Goiás. Os resultados e discussões desse trabalho serão apresentados na forma de dois artigos.

Espera-se que esse estudo sirva de contribuição para os propósitos da ESF, especialmente ao enfermeiro pela essência de sua participação em todos os níveis de atenção e seja mais uma das contribuições que a enfermagem oferece como fruto de seu compromisso social.

A intenção é colaborar no processo de conscientização sobre a importância do uso das PP como medida de controle de infecção entre esses trabalhadores e usuários. Por meio da caracterização do risco biológico envolvido, crê-se que essas informações serão úteis para gestores e servidores como subsídio para a implantação de uma política de segurança na atenção básica.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar o risco biológico para profissionais e usuários durante a realização de procedimentos nas Unidades de Saúde, na área de abrangência de um Distrito Sanitário da cidade de Goiânia – GO.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar modos de exposição a material biológico dos profissionais de saúde que atuam em Unidades de Saúde, na área de abrangência de um Distrito Sanitário da cidade de Goiânia;
- Avaliar a adesão aos equipamentos de proteção individual e à higiene de mãos pelos profissionais de saúde que atuam em Unidades de Saúde da Atenção Básica de um Distrito Sanitário da cidade de Goiânia.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. O Sistema Único de Saúde e a qualidade do atendimento

O caminho histórico para chegarmos ao Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser acompanhado pelo histórico das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) no período de 1920 e 1986. Nesse intervalo de tempo ocorreram oito CNS, nos anos de 1941, 1950, 1963, 1967, 1975, 1977, 1980 e 1986 (RIBEIRO, 2007).

Essas conferências foram convocadas com o objetivo de possibilitar ao Governo Federal a ciência das atividades relacionadas à educação e saúde realizadas por todo o país (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA, 1937). Desde a primeira CNS os avanços, no sentido de consolidar o sistema único de saúde, foram se processando.

Como resultado desses primeiros encontros, vê-se a definição de um sistema de organização e administração sanitária e assistencial para Estados e Municípios. Estrutura-se uma rede básica de serviços médico-sanitários, superando o dispendioso modelo campanhista e criando o embrião da descentralização das decisões e poder.

Surge ainda, a idéia de universalização pela extensão de cobertura da assistência prestada pelos serviços de saúde e põe-se em prática a idéia de hierarquização entre as instituições e de ações simplificadas a serem desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1963).

Discutiu-se também uma política permanente de avaliação de recursos humanos, visando à formação de pessoal competente para o desenvolvimento das atividades relacionadas à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1967).

A organização do Sistema de Saúde foi se delineando com a implantação dos programas materno-infantil, vigilância epidemiológica, controle das grandes endemias e alcance das populações rurais, além da implantação de um sistema de informações para que o MS pudesse exercer seu papel de forma centralizada. Nesse momento, emerge a criação dos postos de saúde, unidade de nível técnico integrada com a comunidade, centro de saúde ou nível intermediário e unidade de maior complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1975).

As CNS marcaram a expansão das ações de saúde por meio dos serviços básicos que foram fundamentais para as discussões da 8ª CNS. Esta subsidiou a consolidação do SUS, expresso na Constituição Federal de 1988.

Destaca-se nesse contexto a influência da Organização Mundial da Saúde que em 1978 promoveu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que resultou na Declaração de Alma-Ata (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 2002). Este documento traz à tona os princípios básicos de saúde discutidos na 8ª CNS. Na Conferência de Alma-Ata definiu-se a Atenção Básica como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.”

(DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 2002, p. 15)

A 8ª CNS constituiu a base para que se definissem os princípios doutrinários do atual sistema de saúde e sua organização. Nessa ocasião observou-se, pela primeira vez, a participação ativa da sociedade nas pré-conferências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

O relatório dessa CNS subsidiou as bases para o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 sobre a saúde no país no qual se delineou o SUS.

Com o princípio de garantir equidade e universalidade, o SUS apresentava-se com comando único e defendia, para estados e municípios, a autonomia administrativa e financeira, definindo os deveres para cada nível de governo. Segundo bases epidemiológicas, visava ao atendimento das necessidades regionais e oferecia suporte financeiro. Sua prática deveria ser pautada pela integralidade da atenção à saúde, tendo por base de sua estrutura, os conceitos de descentralização, regionalização e hierarquização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

Aprovado na Constituição Federal (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988), o SUS é regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90. Essas leis dispõem sobre as condições para que a promoção, proteção e recuperação da saúde sejam garantidas. Versam ainda sobre a organização e funcionamento dos serviços necessários para seu funcionamento, garantem o direito da participação social na gestão do SUS e traçam diretrizes sobre o financiamento repassado pela União a estados e municípios.

O SUS também é regido pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), estas funcionam como instrumentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde (SILVA, 2003).

A União oficialmente toma para si a responsabilidade de prover e garantir a qualidade dos processos relativos à saúde e seus insumos. Ressaltamos que a qualidade se faz presente dentre os princípios fundamentais do SUS, que são: integralidade, equidade e participação social.

A Constituição Federal do Brasil traz em seu artigo 200 as competências do SUS, dentre as quais citam-se o controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias envolvidas com a saúde; execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador e coordenação da formação de recursos humanos nesta área (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988).

Em atenção aos princípios do SUS e visando à necessidade de se reorientar o modelo assistencial vigente, a partir de 1994, o Ministério da Saúde assumiu, enquanto prioridade, a implantação da ESF. Essa estratégia foi concebida para ser a porta de entrada do sistema local de saúde, com o intuito de desenvolver a atenção básica de forma integral e resolutiva, proporcionando extensão de cobertura, ampliação do acesso e substituição das práticas tradicionais, contribuindo assim para a reestruturação do sistema de saúde (SILVA, 2003).

A adscrição de clientela prevista na ESF permite o estabelecimento de vínculo entre as equipes de trabalho e a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade desses profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio consiste em ampliar suas fronteiras de atuação, visando a uma maior resolubilidade da atenção, pois a ESF é compreendida como ferramenta principal na atenção básica, devendo sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

A implantação e organização do SUS percorreram uma longa trajetória desde as CNS e encontra-se ainda em fase de consolidação por meio da legislação que contempla tanto sua efetivação propriamente dita, quanto a formação de recursos humanos com qualificação para sua aplicação na prática.

Um dos princípios fundamentais do SUS, a integralidade, prevê a atenção à saúde do usuário nos três níveis de complexidade, numa visão do ser humano como um todo, inserido em seu contexto. Mas, prevê também a atenção à saúde do trabalhador como consta no artigo 200 da Constituição Federal (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988).

Os Profissionais da Área da Saúde (PAS) estão expostos a diferentes riscos ocupacionais, os quais podem ser oriundos de fatores físicos, ergonômicos, químicos, biológicos e psicossociais (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 1997). Dentre esses fatores, destaca-se o risco biológico, que se caracteriza como responsável por significativo número de agravos sofridos por PAS, sendo relacionado à peculiaridade das tarefas executadas em suas atividades laborais, especialmente no que diz respeito à exposição a sangue e fluidos corpóreos causadores de infecções (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Contudo, o emprego de práticas seguras e o uso de equipamentos de proteção adequados podem reduzir significativamente o risco de acidentes ocupacionais, inclusive aquele relacionado à exposição a agentes biológicos. De acordo com o MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a), a biossegurança, em sua perspectiva mais ampla, tem como objetivo central dotar os profissionais e as instituições de instrumentos que permitam o desenvolvimento de atividades com a segurança adequada, seja para proteção da saúde ou proteção do meio ambiente.

Nesse sentido, a biossegurança pode ser definida como “um conjunto de medidas e procedimentos técnicos necessários para a manipulação de agentes e materiais biológicos capazes de prevenir, reduzir, controlar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal, vegetal e o meio ambiente” (TEIXEIRA; VALLE, 1996).

A biossegurança institui um campo de conhecimento e um conjunto de práticas e ações técnicas, com preocupações sociais e ambientais, que objetivam conhecer e controlar os riscos que o trabalho pode oferecer ao ambiente e à vida (ALMEIDA, 2000).

Em estudo realizado junto a profissionais de enfermagem de um hospital público, utilizando como referencial a teoria das Representações Sociais, verificou-se que a biossegurança ainda não foi compreendida como um conjunto de medidas necessárias ao controle da infecção. Foi retratada de forma fragmentada, com predomínio, apenas, de parte das normas de proteção individual e coletiva, excluindo-se as demais medidas fundamentais à quebra da cadeia de infecção (VALLE et al., 2008).

Em relação à saúde do trabalhador, diretrizes importantes foram definidas na Portaria nº 1679/GM, de 19 de setembro de 2002. Essa portaria institui, no âmbito do SUS, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), tendo a proposta de ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Essa portaria traz avanços importantes em relação à saúde dos profissionais que atuam na AB, pois define que para a estruturação da RENAST, serão organizadas e implantadas, além de ações na rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS, ações na rede de AB e na ESF. Define, inclusive, que as equipes de AB serão capacitadas para a execução de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições serão estabelecidas em ato específico da Secretaria de Políticas de Saúde/MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Apesar desses avanços, os riscos aos quais os trabalhadores da saúde estão expostos e a legislação trabalhista de prevenção a esses riscos estão mais bem caracterizados para aqueles que atuam na área hospitalar, deixando à margem os trabalhadores que atuam na atenção básica. A esses cabe adaptar, para as suas atividades cotidianas, o que está determinado para a área hospitalar. Essa atitude fica, muitas vezes, na estrita dependência e vontade de cada profissional, uma vez que a fiscalização é rara e as ações dos órgãos de controle parecem ainda incipientes.

A literatura sobre risco biológico e adoção de medidas de PP na área hospitalar, é vasta, mas só recentemente alguns artigos têm abordado essa temática associada à AB (FARIAS; ZEITOUNE, 2005; CHIODI; MARZIALE, 2006; NUNES, 2009; CARDOSO, 2010).

As medidas protetoras inerentes ao Controle de Infecções (CI) atuam tanto conferindo proteção ao profissional quanto ao usuário. Partindo desse princípio, as falhas relacionadas ao processo de controle da disseminação de patógenos, além de afetar a ambos, podem interferir negativamente na saúde da comunidade na qual a unidade de saúde está inserida.

No Brasil a legislação que rege as ações de CI é a Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Essa normaliza a prevenção e o controle das infecções hospitalares e, com o objetivo de reduzir ao máximo a incidência e a seriedade desses eventos, estabelece a criação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Tais orientações deveriam ser adotadas em todas as unidades de assistência à saúde.

Apesar de os princípios do SUS e da AB terem sido legalizados dez anos antes dessa normatização, não houve na oportunidade, a preocupação de direcionar ações específicas para as atividades de saúde desenvolvidas no contexto da AB. Desse modo, não há obrigatoriedade de se instituir comissões de controle de infecção nos serviços de saúde da atenção básica, apesar de as atividades ali desenvolvidas exporem os usuários e os profissionais a riscos semelhantes. Ressalta-se, ainda, que esses serviços dispõem de todas as categorias profissionais exigidas pela legislação para a composição de tais comissões.

A despeito da realidade acima descrita, define-se ainda, na mesma lei, que todas as unidades de assistência à saúde deveriam ser fiscalizadas com relação aos cuidados com o CI. As orientações do Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, permanecem vigentes, dando aos órgãos fiscalizadores estaduais a incumbência de observar, nas instituições prestadoras de cuidados em saúde, a adoção de medidas protetoras que evitem os efeitos nocivos à saúde de PAS, usuários e circunstantes (ANVISA, 1976). Essa determinação inclui os serviços de caráter não-hospitalar.

Até o ano de 2005 havia várias recomendações importantes de órgãos internacionais como os CDC (GARNER, 1983; GARNER, 1996) e do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) sobre medidas de proteção associada ao risco biológico. Contudo, o maior avanço foi representado pela portaria nº 485, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), publicada no diário oficial, em 16 de novembro de 2005, que aprovou a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde - NR-32 (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005).

Essa Norma Regulamentadora (NR) tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos PAS, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Sendo importante destacar que essa normatização se aplica a todos os serviços de saúde, independente do nível de complexidade em que se encontra no sistema (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005).

Essa legislação caracteriza o risco biológico para os trabalhadores e institui o programa de prevenção para esse risco que deve conter a identificação do risco, a caracterização da estrutura física para a prevenção e controle de infecção, a organização e as cargas de trabalho, a descrição das atividades de risco desenvolvidas e as medidas de prevenção que incluem vacinas, EPI e atendimento ao trabalhador acidentado (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005).

A estrutura física para prevenção e controle de infecção já está mais delimitada na área hospitalar. A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 307, de 14 de novembro de 2002, dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Vale ressaltar que a despeito da RDC nº 307, é comum encontrar unidades da ESF recebendo a população e realizando seus procedimentos em casas comuns, alugadas e sofrivelmente adaptadas para esse fim.

A RDC nº 50 normatiza novas construções, reformas e ampliações, instalações e funcionamento de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) que atenda aos princípios de regionalização, hierarquização, acessibilidade e qualidade da assistência prestada à população. Dispõe, entre outros quesitos, que os fluxos de trabalho/materiais/insumos propostos no projeto físico evitem problemas futuros de funcionamento e de controle de infecção na unidade e nos EAS como um todo (ANVISA, 2002).

Em detrimento à legislação vigente e aos avanços já obtidos, especialmente no que diz respeito ao ambiente hospitalar, a literatura evidencia inconsistências importantes em relação à estrutura física dos serviços de saúde.

Em estudo realizado para caracterizar a estrutura arquitetônica dos Centros de Material e Esterilização (CME) de hospitais de cidades do interior do Estado de Goiás, Brasil, verificou-se que a maioria não atende a RDC nº 50. Observou-se, ainda, que vinte e três (52,2%) não possuíam pias para a higienização de mãos em

todas as áreas do CME. A maioria dos CME não atendia aos padrões arquitetônicos recomendados o que pode representar risco para o reprocessamento de artigos e para os trabalhadores (GUADAGNIN; TIPPLE; SOUZA, 2007).

Ainda em relação à necessidade de estrutura física adequada para a prevenção e controle das infecções, uma condição básica é a existência de ambiente apropriado para higiene de mãos, contendo pias, com torneiras que dispensem o contato manual durante seu fechamento, presença de sabão líquido e papel toalha para secagem das mãos (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005).

Outro avanço da NR 32 (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005) é a determinação da necessidade de notificação de todo acidente de trabalho. Acidente com material biológico foi considerado como agravo de notificação compulsória pela portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. No ano de 2010, essa normativa foi substituída pela portaria nº 2472/2010, que mantém o mesmo teor da anterior, porém acrescenta que a notificação deverá ser realizada em unidades sentinelas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

As unidades sentinelas, segundo a Rede Nacional de Atenção à Saúde do trabalhador (RENAST), são compostas de serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade com a responsabilidade de diagnosticar acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, além de registrá-las no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

A portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, traz atualizações referentes a doenças de notificação compulsória, mas mantém as orientações da portaria anterior quanto ao acidente com material biológico relacionado ao trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A NR 32 prevê ainda o atendimento e acompanhamento ao profissional, quando necessário. Em Goiânia esse serviço foi descentralizado e estruturado em quatro Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), que funcionam 24 horas, localizados em regiões estratégicas para facilitar o acesso e o atendimento ao profissional acidentado. Contudo, talvez pela subestimação do risco ao qual foram expostos ou pelo intenso ritmo de trabalho, ainda há uma baixa procura por esses serviços, apesar da ampla divulgação entre os profissionais.

Em 2007 os CDC publicaram uma atualização das práticas de prevenção e controle de infecção, reafirmando os elementos fundamentais para a prevenção da

transmissão de agentes infecciosos nos serviços de atenção à saúde e trazendo atualizações em relação à publicação anterior, a qual havia sido divulgada em 1996 e tratava sobre precauções relacionadas a serviços hospitalares (SIEGEL et al., 2007).

Importante destacar que, dentre as justificativas de revisão desse material, está o reconhecimento de que os cuidados em saúde são prestados em locais que se diferem do ambiente hospitalar, entre os quais são citados os ambulatórios, instituições de longa permanência e o domicílio. Desse modo, as recomendações foram elaboradas com o intuito de responder às necessidades desses serviços, mantendo como princípio a prática do controle de infecção.

Apesar de toda a normatização acima citada, percebe-se que ainda não há adesão a essas medidas por parte de profissionais e gestores da AB. Ainda predomina a cultura de que o risco com material biológico é uma premissa, somente, das instituições hospitalares.

Vale lembrar que o manual para a organização da AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999) prevê, dentre outras atividades, a realização de diagnóstico clínico, coleta de material para exames e envio para o laboratório, identificação e investigação de comunicantes em casos de doenças infecto-contagiosas, atendimento a pequenas urgências médicas e odontológicas e vacinação que expõem, a risco de contato com material biológico, os PAS que atuam na Atenção Básica.

3.2. Risco biológico nas práticas em saúde

A definição de agentes biológicos, segundo Ministério do Trabalho e Emprego (2008b), consta de que esses são microrganismos, geneticamente modificados ou não, além das culturas de células, os parasitas, as toxinas e os príons. São capazes de provocar dano à saúde humana, podendo acarretar infecções, efeitos tóxicos ou alergênicos, doenças auto-imunes e a formação de neoplasias e más-formações.

O MS propõe a classificação de risco dos agentes biológicos que os distribui em classes de risco de 1 a 4, para isso consideram-se alguns critérios, entre os quais se destacam: a virulência, o modo de transmissão, a estabilidade, a concentração e volume, a origem do agente biológico potencialmente patogênico, a disponibilidade de medidas profiláticas eficazes, a disponibilidade de tratamento

eficaz, a dose infectante, a manipulação do agente patogênico, a eliminação do agente e os fatores referentes ao trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

A importância dessa avaliação de risco dos agentes biológicos está não somente na estimativa do risco, mas também no dimensionamento da estrutura para a contenção e a tomada de decisão para o gerenciamento desses riscos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

A exposição a esses agentes biológicos é classificada em duas categorias - a primeira é conhecida como exposição com intenção deliberada, ou seja, trata-se da exposição derivada da atividade laboral que implica na utilização ou manuseio direto do agente biológico, a segunda classificação é denominada como não-deliberada, pois decorre da atividade laboral sem o manuseio direto do agente biológico (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2008b).

A preocupação da enfermagem com as Infecções Hospitalares (IH) está presente e documentada desde o século XIX quando surgiram os hospitais (STARLING, 1993). Nesse contexto destaca-se a atuação de Florence Nightingale que, numa época pré-bacteriológica, desenvolveu ações com suporte epidemiológico para a prevenção e controle de doenças infecciosas e infecções hospitalares (LACERDA, 1996).

As práticas profissionais podem, frequentemente ou eventualmente, expor os trabalhadores a algum tipo de risco. Entre os profissionais da área de saúde, a questão do risco ocupacional é bastante evidente, especialmente no que diz respeito ao risco biológico que, de acordo com definição do MS, é entendido como a probabilidade de exposição ocupacional a agentes biológicos presentes no ambiente de trabalho (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005).

Objetivando analisar pesquisas referentes à temática “Saúde do Trabalhador de Saúde”, Almeida, Damasceno e Araújo (2005) realizaram uma pesquisa bibliográfica em 6 periódicos de enfermagem, com artigos publicados entre 1998 e 2002. Foram identificados 48 artigos. Das pesquisas analisadas, 89,5% tiveram como cenário o ambiente hospitalar. Independente do nível de complexidade do serviço de atuação, o profissional deve estar atento às ações que minimizem os riscos de exposição ocupacional inerentes à sua prática.

A exposição ocupacional por material biológico é entendida como a possibilidade de contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho, e as formas de exposição incluem inoculação percutânea, por intermédio de agulhas

ou objetos cortantes e o contato direto com pele e/ou mucosas. O maior risco para os trabalhadores da área da saúde é o acidente com material perfurocortante, que expõe os profissionais a microorganismos patogênicos, sendo a hepatite B a doença de maior incidência entre esses trabalhadores (MARZIALE; RODRIGUES, 2002; MOURA; GIR; CANINI, 2006).

Sabe-se que os maiores riscos dos acidentes perfurocortantes não são as lesões, mas os agentes biológicos veiculados pelo sangue e secreções corporais. Apesar de outros patógenos serem transmitidos pelo sangue, são o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), o Vírus da Hepatite B (VHB) e o Vírus da Hepatite C (VHC) que oferecem maior gravidade à saúde dos profissionais da área de saúde (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2002; MARZIALE; RODRIGUES, 2002; TIPPLE et al., 2003; MOURA; GIR; CANINI, 2006; CANINI et al., 2008).

Em estudo tipo caso-controle, realizado com profissionais de saúde que sofreram exposição percutânea com sangue infectado por VIH, a análise mostrou que os fatores de risco para soroconversão são: ferimentos profundos, lesões com dispositivo visivelmente contaminado com o sangue do usuário, agulhas usadas em punção arterial ou venosa em usuários infectados e exposição ao usuário fonte que tenha morrido de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, no período de dois meses depois do ocorrido. Nesse estudo observou-se que o risco médio de transmissão do VIH, após exposição percutânea com sangue contaminado, é de aproximadamente 0,3% e, no caso de exposição mucocutânea, cerca de 0,09% (CARDO et al., 1997).

Gisselquist, Upham e Potterat (2006), em revisão de estudos relacionados a infecções por VIH, sua eficiência de transmissão e risco individual dos usuários, foi verificado que a eficiência da transmissão do VIH pode ser estimada em cerca de 0,5% a 3% ou mais para os processos com menor risco (por exemplo, injeções intramusculares) e de 10% a 20% em procedimentos de alto risco (manter via intravenosa e executar flebotomia). Demonstrando, portanto, um considerável potencial de infectividade do VIH e, conseqüentemente, da chance de adoecimento após acidente ocupacional.

Brevidelli e Cianciarullo (2002), dentre os resultados de estudo realizado em um hospital universitário, entre janeiro de 1990 a dezembro de 1996, 1.395 acidentes de trabalho foram registrados, 584 (41,9%) deles ocorridos com a equipe de enfermagem e 811 (58,1%) ocorridos com as demais categorias profissionais.

Relatam, ainda, que o descarte de objetos perfurocortantes, em local inadequado, destacou-se dentre os comportamentos de risco para perfurações.

Em estudo com objetivo de identificar, entre quatro hospitais da região de Ribeirão Preto - SP, Brasil, trabalhadores de enfermagem, vítimas de acidentes de trabalho com material perfurocortante, que foram encaminhados para acompanhamento, Marziale, Nishimura e Ferreira (2004) observaram que, somente, 23,33% deles havia cumprido com os compromissos agendados para acompanhamento das conseqüências do acidente, a fim de verificar uma possível soroconversão.

Esses dados demonstram que a enfermagem oferece importante contribuição na proporção desses eventos e que ela ainda assim age com negligência ao cuidar de sua própria saúde.

Outro componente que potencializa o risco para profissionais de enfermagem é a resistência desses ao uso de EPI. Malaguti et al. (2008) concluíram que uma das principais dificuldades relatadas por enfermeiros com cargos de chefia na prevenção de acidentes é a não adesão dos demais participantes da equipe ao uso desses equipamentos de proteção. Expõem que tal comportamento ocorre mesmo quando existem condições facilitadoras para o uso desses equipamentos.

Essa subestimação do risco também foi evidenciada por Tipple et al. (2007), entre trabalhadores de determinado CME em Goiânia-GO, no qual também se observou que a disponibilidade dos EPI foi maior que a adesão a esses equipamentos entre os profissionais (TIPPLE et al., 2007).

Em estudo desenvolvido por Loureiro (2009), em um hospital universitário de grande porte na cidade de Ribeirão Preto – SP, com o objetivo de avaliar a adesão dos profissionais de enfermagem ao seguimento clínico, após a exposição ocupacional a material biológico, destaca que 69,6% desses trabalhadores completaram o seguimento clínico indicado. Ressalta ainda que, diante da dificuldade de adesão aos medicamentos indicados para a prevenção de transmissão do HIV após a exposição ocupacional, faz-se necessário implementar programa de educação permanente que contemple assuntos como o uso de dispositivos seguros, capacitação contínua sobre manuseio e descarte de materiais perfurocortantes e adesão aos equipamentos de proteção individual.

Estudo direcionado à equipe de enfermagem do plantão diurno de um hospital geral, privado e de pequeno porte, situado em município do interior do

Estado de São Paulo, concluiu que a população estudada não adere, de forma satisfatória, às PP, especialmente ao uso de luvas, higienização das mãos e ao não reencape de agulhas (CIRELLI; FIGUEIREDO; MASCARENHAS, 2007).

Canini et al. (2008) em estudo tipo caso-controle realizado em um hospital universitário da cidade de Ribeirão Preto com a equipe de enfermagem, concluíram que a ocorrência de acidentes percutâneos é influenciada pelo ambiente de trabalho, assim como pelo oferecimento, pela instituição, de condições favoráveis à adoção das PP. Consideram, ainda, que a transmissão de informações pode não alterar o comportamento dos profissionais, o que mais uma vez reforça o desafio de fazer com que esses trabalhadores compreendam as situações de risco presentes em sua prática diária.

Caixeta e Barbosa-Branco (2005), em pesquisa sobre acidente de trabalho entre profissionais da saúde de hospitais públicos, verificaram que a ocorrência de acidentes foi inversamente proporcional ao porte do hospital; profissionais do sexo masculino se acidentaram mais que do sexo feminino; a realização de cursos sobre medidas de biossegurança não interferiu, positivamente, diminuindo os acidentes; profissionais com mais tempo de serviço se acidentaram mais e que não foi observado relação positiva entre conhecimento quanto ao uso de EPI e a adesão a essa prática.

Demais profissionais não pertencentes à área da saúde, mas que atuam dando suporte às atividades hospitalares também estão expostos ao risco biológico. Canini, Gir e Machado (2005) revisaram dados de trabalhadores dos serviços de apoio hospitalar envolvidos em acidentes ocupacionais de um hospital terciário de grande porte entre janeiro de 1997 e outubro de 2001, encontrando um total de 2.814 atendimentos. Desses, 147 (5,2%) pertenciam ao serviço de apoio e foram vítimas de 156 acidentes. A maioria dos ferimentos (96,8%) foi provocada por agulhas ocas descartadas em local impróprio.

Para avaliar a ocorrência de acidentes com material biológico entre profissionais de enfermagem de um hospital de ensino de grande porte, interior de São Paulo, Gomes et al. (2009) mediante os registros dos prontuários de trabalhadores acidentados, destacaram que 85,7% dos acidentes foi percutâneo e, em 67,8% das exposições, a agulha oca foi o objeto causador mais envolvido. As situações mais frequentes de ocorrência foram punção vascular (26,8%) e administração de medicamentos (13,3%). Verificou-se que 34 (60,89) profissionais

usavam equipamentos de proteção individual no momento do acidente. Mais uma vez observa-se a baixa adesão dos profissionais de saúde ao uso de equipamentos de proteção.

Os resultados alcançados por Balsamo e Felli (2006) que tiveram, dentre os objetivos de seu trabalho, o de caracterizar os trabalhadores que sofreram acidente de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos, do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, mostraram que, de 48 trabalhadores, os do Departamento de Enfermagem foram os que apresentaram maior risco e 87,50% ocorreram com os materiais perfurocortantes. Quanto à situação/atividade, relacionada ao acidente, os trabalhadores informaram que 25% foram devido ao “ato inadequado durante a realização do procedimento” 19,64% dos trabalhadores referiram que o acidente simplesmente “aconteceu” e 29,17% responderam que não tinham sugestões.

Alves, Passos e Tocantins (2009) em pesquisa com 33 trabalhadores de enfermagem de um hospital geral municipal do Rio de Janeiro acidentados com material perfurocortante, evidenciaram, como causas para o risco de acidentes, a falta de atenção, má condição de trabalho e uso de técnicas inadequadas.

Martins et al. (2008) com o objetivo de verificar a adesão às medidas assépticas para o acesso vascular em seis hospitais de Goiânia – GO, com profissionais de enfermagem que atuavam nas clínicas cirúrgicas e unidades de terapia intensiva. Nas 209 oportunidades, os profissionais negligenciaram medidas básicas de prevenção de infecções relacionadas ao acesso vascular. Tais medidas incluíram higiene das mãos, uso de luvas, anti-sepsia da pele, manutenção de infusão venosa em sistema fechado e adoção de medidas assépticas no preparo de medicamentos.

Os dados acima mostraram que o profissional de enfermagem negligenciou esse cuidado e colocou em risco tanto sua saúde quanto a qualidade de suas ações ao cuidar da saúde do usuário.

Em estudo de revisão bibliográfica, Almeida et al. (2009) analisaram estudos em periódicos de enfermagem entre 1998 e 2005, com o objetivo de caracterizar o perfil das publicações que envolvia risco biológico entre trabalhadores de enfermagem. Verificaram-se 59 publicações que demonstraram que os trabalhadores estavam expostos ao risco em todas as áreas onde existia contato com usuários ou com seus resíduos. Os estudos discutiram, ainda, a não adesão às

medidas preventivas encontrando os seguintes fatores condicionantes: desconhecimento dos profissionais, indisponibilidade de equipamentos ou subestimação do risco.

Giomo et al. (2009) identificaram acidentes de trabalho e absenteísmo. Relacionaram riscos ocupacionais com o absenteísmo referentes a trabalhadores de enfermagem de dois hospitais, na cidade de Ribeirão Preto - SP. Foram encontrados registros de 140 acidentes de trabalho e desses, 85% com mulheres, 81% entre auxiliares de enfermagem e 92% acidentes típicos. Todos esses acidentes geraram 117 dias de afastamento.

O trabalho acima remete ao fato de que, além do risco de adoecimento, os acidentes ocupacionais acarretam prejuízos à instituição empregadora. Apesar de se considerar a imprevisibilidade, como característica de um acidente, medidas protetoras poderiam reduzir gastos desnecessários à instituição.

Estudo sobre a avaliação da realização de curativos, em um hospital universitário, chamou a atenção a não higienização das mãos antes e após o procedimento. Essa negligência evidencia que o hábito de lavar as mãos com água e sabão ou com uso de álcool gel não é visto com a importância merecida pela enfermagem, aumentando os riscos de contaminação a usuários e funcionários (NONINO; ANSELMINI; DALMAS, 2008).

3.3. Risco biológico na atenção básica

As funções desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica também se desdobram em riscos. Ao realizarem um estudo de revisão acerca dos riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde, Chiodi e Marziale (2006) constataram que o trabalho desses profissionais está envolto em diversos fatores de risco ocupacional, sendo o risco biológico abordado em 66,7% dos estudos analisados e considerados como frequente fator de periculosidade e insalubridade nesse ambiente de trabalho.

Cardoso e Figueiredo (2010), nas Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos - SP, verificaram que, em 80,4% das 101 coletas de sangue observadas, utilizaram-se seringa e agulha e que, para realização de glicemia capilar, a lanceta foi empregada, manualmente, em 100% das vezes. Em ambos os exemplos os profissionais envolvidos se expuseram ao risco de contaminação por patógenos sanguíneos.

Segundo Farias e Zeitoune (2005), em pesquisa realizada em um Centro Municipal de Saúde, foi verificado número expressivo de acidentes com perfurocortantes. Entre os fatores relacionados à ocorrência desse tipo de acidente foram citados que a atenção permanente, o ritmo de trabalho intenso e a interrupção constante, que resultam em diminuição da atenção do trabalhador para as medidas de biossegurança e favorecem o surgimento de casos de infecção.

Estudo sobre os riscos ocupacionais que incidem sobre profissionais de unidades de saúde pública em um município de São Paulo reforça os dados citados, em que se observou que, nas unidades da ESF, a rotina de trabalho caracteriza-se por "picos de movimento", qualificados como tensos e desgastantes, tanto física quanto mentalmente, com intervalos monótonos e repetitivos, tornando o trabalho desestimulante e cansativo (MORAES, 2002).

Inúmeros fatores e situações colaboram para com a ocorrência de acidentes envolvendo exposição ocupacional a material biológico. Cirelli, Figueiredo e Mascarenhas (2007) citam, dentre outros, o manuseio freqüente de agulhas e seu re-encape, recipientes inadequados para descarte, a falta de capacitação dos profissionais, sobrecarga de trabalho, cansaço, baixa qualidade dos materiais, desconhecimento dos profissionais sobre os riscos, desconsideração das precauções padrão recomendadas, desatenção, pressa, cansaço, perda de habilidade com o uso de luvas, não concordância com a precaução, situações imprevistas e usuários de baixo risco.

Em pesquisa realizada em Ribeirão Preto, Município de SP, dentre os 2.818 funcionários da Secretaria da Saúde constatou-se o registro de 155 acidentes de trabalho, dentre esses, 62 decorreram de exposição a material biológico (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007). Vale ressaltar que o número de acidentes deve ser bem maior, considerando que a subnotificação, por diferentes razões, ainda é uma questão muito presente nos serviços de saúde de uma maneira geral e, principalmente na atenção básica.

A oportunidade permite ressaltar que mesmo que o profissional atuante na ESF seja bem orientado quanto às rotinas corretas que resguardem as recomendações das precauções padrão e tenha à sua disposição todo o suporte necessário a um bom desempenho de suas funções, ainda não desfruta de condições seguras para o trabalho. A combinação entre intensa demanda por

atendimentos, tensão, desgaste mental e físico aumentam as chances de acidente de trabalho, inclusive envolvendo exposição a material biológico.

Informações extraídas do Departamento de Informática do SUS - DATASUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, mostram que, no período de 1984 a 2009, foram identificados 4.967 casos de SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - de pessoas que declararam residir no município de Goiânia – GO e 9.734 casos de SIDA no Estado de Goiás e no Brasil, entre os anos de 1980 a 2009, 544.846 casos da mesma doença foram diagnosticados (DATASUS, 2011).

A incidência de hepatite B no Brasil, entre os anos de 1990 a 2007 foi de 121.197 casos confirmados, sendo que desses, 5.793 no estado de Goiás e 2.978 na Região Metropolitana de Goiânia. No mesmo período foram notificados no país 100.831 casos diagnosticados de hepatite C, dos quais 2.565 em Goiás e 1.295 na Região Metropolitana de Goiânia (DATASUS, 2011).

Todos os eventos acima citados foram diagnosticados por profissionais da saúde de diferentes unidades, de localidades e estruturas as mais diversas. Essas informações oferecem um exemplo de como a exposição desses trabalhadores ao risco biológico é real.

Pesquisas realizadas no campo intra-hospitalar a respeito do controle de infecções e acidentes ocupacionais existem há bem mais tempo que os estudos relacionados ao cuidado extra-hospitalar, contudo, grande parte de sua vasta produção contempla as duas realidades. Tal afirmação se explica pelo fato de que tanto em unidades de atenção básica, quanto em ambientes hospitalares, ocorre o manuseio de material perfurocortante e existe a possibilidade de contato com sangue e secreções que podem veicular microrganismos infecciosos os quais representam risco tanto para profissionais quanto para usuários.

Nunes (2009) refere que enfermeiros que atuam na ESF em Volta Redonda, município do estado do Rio de Janeiro, associam ao risco biológico o manuseio de objetos e materiais perfurocortantes, o contato com pessoas com doenças transmissíveis, contato com secreções, procedimentos e o uso / não uso de EPI.

Nesse mesmo estudo verificou-se que o risco biológico foi evidenciado por características estruturais do ambiente de trabalho e, nas práticas domiciliares, devido à precariedade das condições sanitárias, a impossibilidade até mesmo da higienização das mãos. Esse contexto inviabiliza a manutenção da biossegurança,

pois os entraves relacionados ao desempenho seguro das práticas e cuidados de saúde extrapolam o ambiente institucional, expondo ao risco domicílios e meio ambiente.

Gir et al. (2004) referem que o não reconhecimento do constante risco presente durante o exercício profissional significa predispor-se a ele. Destacam ainda que a desconstrução de tal percepção deva ser melhor trabalhada para que o alheamento no processo de trabalho e nas práticas de risco ceda lugar a desempenhos seguros.

Apreende-se, por conseguinte que para eliminação da incoerência que reside em adoecer pessoas enquanto pretende-se minimizar e até extinguir doenças, é necessário que se construa a compreensão da importância de manter a segurança das ações de saúde no controle das infecções. Tanto profissionais envolvidos com o cuidado, quanto gestores do SUS em suas diversas instâncias, somente mudarão sua conduta, quando interiorizarem esses cuidados necessários à proteção da vida.

Os profissionais que atuam na AB acabam se expondo a microrganismos causadores de doenças infecto-contagiosas que ingressam por essa porta de entrada até mesmo sem diagnóstico. Percebe-se, pelo elevado número de acidentes de trabalho e pelos fatores dificultadores e estressantes, que a saúde desses cuidadores está em risco.

Moreira, Zandonade e Maciel (2010) estimaram o risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde atuantes no controle da doença por meio de uma coorte prospectiva, realizada no município de Cachoeiro de Itapemirim - ES. Verificaram que a incidência da viragem tuberculínica foi de 41,7% no grupo dos expostos e 13,5% no grupo dos não expostos, com risco anual de infecção calculado de 52,8% no grupo dos expostos e 14,4% no grupo de não expostos, confirmando a relação entre viragem tuberculínica e exposição a usuário com tuberculose.

As complicações geradas por descuidos relacionados ao controle de infecção nos procedimentos realizados pela AB incluem: broncoaspirações, aparecimento de úlceras por pressão infectadas, de infecções relacionadas a procedimentos invasivos como cateteres vasculares, sondas vesicais, entre outros (APECIH, 2004). Nesse sentido, salienta-se que o controle de infecção deve fazer parte dos indicadores de qualidade a serem seguidos na Rede de Atenção Básica,

incluindo a assistência domiciliar, pois muitas intercorrências e complicações relacionadas ao usuário podem resultar da falta de controle dos procedimentos envolvidos no cuidado.

Aspectos referentes ao controle de infecção estão bem explicitados, em estudos relacionados à assistência em unidades hospitalares, no entanto, a discussão dessa temática, na atenção básica, é ainda incipiente.

3.4. Precauções Padrão para o controle de infecção

Dentre as PP recomendadas pelos CDC e que serão abordadas nesse estudo, considerando o risco biológico para os usuários e para os profissionais envolvidos na atenção básica, estão: a HM, o uso de EPI (luvas, máscara, Jaleco, sapato fechado e óculos protetores), o manuseio de materiais perfurocortantes e o controle ambiental (GARNER, 1996).

3.4.1. Higienização das Mãos

O histórico das publicações nacionais sobre HM tem seu início em 1989 quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) divulga o primeiro manual dirigido aos profissionais de saúde. Seu objetivo era de proporcionar a esses trabalhadores, subsídios técnicos relativos às normas e procedimentos para lavar as mãos, visando à prevenção das infecções hospitalares (ANVISA, 1989).

Após esse primeiro passo, passaram nove anos até que o MS, pela portaria nº 2.616/98 – Anexo IV, trouxesse recomendações sobre a HM e sua prática no programa de controle de infecções hospitalares e estabelecimentos de assistência à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Mais nove anos se passaram e em 2007 a ANVISA publica as orientações sobre Higienização das Mãos em Serviços de Saúde, visando oferecer informações atualizadas sobre esse procedimento (ANVISA, 2007). Já em 2008, buscando aprofundar os conteúdos do guia anteriormente citado, a ANVISA apresenta o manual *Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos*. Essa publicação busca, por meio de orientações mais claras, contribuir no aumento da adesão dos profissionais às boas práticas de higienização das mãos (ANVISA, 2008).

O longo período sem publicações nacionais demonstra que tanto os profissionais de saúde quanto as agências gestoras apresentaram dificuldades em

assimilar a importância da HM para o controle das IRAS. A baixa adesão dos profissionais de saúde a essa prática permanece sendo repetidamente documentada (CDC, 2002; FREIRE, FARIAS, RAMOS, 2006; WHO, 2006; MARTINS et al., 2008; GARCIA-ZAPATA et al., 2010).

O termo higienização das mãos, adotado oficialmente pelo Brasil, foi proposto pelos CDC (2002) por adequar-se à abrangência do procedimento que deve incluir: higienização simples, higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos (ANVISA, 2007, 2008).

Segundo ANVISA (2007), a HM é a medida individual mais simples e de menor custo para prevenir a disseminação de infecções relacionadas à assistência à saúde. Tem a finalidade de remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções vinculadas ao contato. Segundo Siegel et al. (2007), esta é a prática mais importante para reduzir a transmissão de agentes infecciosos nos serviços de saúde e é considerada indispensável nas Precauções Padrão.

A HM deve ocorrer antes e após o contato com cada usuário, antes de calçar as luvas e após retirá-las, entre cada procedimento, em ocasiões em que possa existir transferência de patógenos para usuário e/ou ambientes, entre procedimentos com o mesmo usuário e após o contato com sangue, líquido corporal, secreções, excreções e artigos ou equipamentos contaminados (APECIH, 2003; SIEGEL et al., 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no projeto *World Alliance for Patient Safety*, abordou a HM com o tom de prioridade necessária para que os riscos ao paciente fossem minimizados (WHO, 2006).

Esse mesmo órgão define, no ano de 2009, cinco momentos em que a HM é requerida para interromper a transmissão de patógenos pelas mãos. Os cinco momentos definidos são: 1 – antes do contato com o paciente; 2 – antes do procedimento asséptico; 3 – após exposição a fluidos corpóreos; 4 – após contato com paciente; e 5 – após contato com o entorno do paciente (WHO, 2009). Essas recomendações, de maneira mais genérica, incluem as orientações do parágrafo anterior e deixam clara a importância da adesão à Higienização das Mãos.

No intuito de evitar a abrasividade provocada pela freqüente HM e, conseqüentemente aumentar a adesão, recomenda-se, na ausência de sujidade visível, a fricção anti-séptica das mãos com gel alcoólico a 70% ou solução alcoólica

a 70% com 1 a 3% de glicerina (LARSON et al., 2005; ANVISA, 2007). Essa recomendação é muito bem-vinda na AB, já que, na prática de visitas domiciliares, o profissional de saúde nem sempre encontra estrutura necessária para proceder a higiene de mãos.

O MS, já no ano de 1989, advertiu sobre os problemas relativos à estrutura física, expondo que, na maioria dos hospitais brasileiros, não havia pias em número adequado para propiciar a higienização freqüente das mãos (ANVISA, 1989).

A normatização brasileira traz para os serviços de prestação de cuidados em saúde que sempre que houver paciente, examinado, manipulado, tocado, medicado ou tratado, é obrigatória a existência de lavatórios ou pias para a higienização das mãos dos profissionais que ali atuam. Recomenda que essas pias devem dispensar o contato das mãos no momento do fechamento da água e alerta para a necessidade da provisão de sabão líquido e recursos para secagem das mãos (ANVISA, 2007).

Estudo de Santos e Gonçalves (2009), realizado em um hospital do estado de Minas Gerais, revelou que, apesar da disponibilidade dos produtos para a lavagem das mãos e a existência de cartazes divulgando todas as etapas da técnica, os profissionais não realizaram o procedimento conforme as recomendações.

Martinez, Campos e Nogueira (2009), em estudo com o objetivo de avaliar o cumprimento da técnica de lavagem das mãos por profissionais de saúde e visitantes em uma unidade de terapia intensiva neonatal, concluíram que a técnica de lavagem das mãos raramente é adequada e, por isso, programas educacionais para aumentar a adesão dos profissionais de saúde são importantes.

De acordo com Martini (2003), em estudo com o objetivo de investigar as razões que impulsionam os trabalhadores de enfermagem a lavar ou não as mãos, revela que essa é uma prática negligenciada e considerada paralela e secundária às demais atividades da equipe de enfermagem.

3.4.2. Equipamentos de Proteção Individual

O uso de EPI no Brasil é subsidiado pelo Ministério do Trabalho que por meio da NR 32, preconiza que é responsabilidade do empregador, o fornecimento de vestimentas e EPI. Esses, sejam descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o

imediatamente fornecimento ou reposição. Os serviços devem oferecer os EPI necessários à execução de atividades que ofereçam risco aos trabalhadores e é dever dos profissionais usá-los (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005).

Seu uso oferece barreiras para proteção de membranas e mucosas, vias respiratórias, pele e roupas do contato com agentes infecciosos. A indicação de determinado EPI, portanto, tem suas bases no risco ao qual se expõem profissionais e usuários na realização de cada procedimento.

A indicação das luvas para profissionais de saúde objetiva evitar o contato direto das mãos com sangue, fluidos corpóreos, materiais ou equipamentos potencialmente contaminados e para os cuidados com pacientes colonizados por microrganismos patogênicos de transmissão por contato (SIEGEL et al., 2007). Seu uso, portanto, impede a disseminação de patógenos vinculados ao contato.

Para a utilização desse EPI, alguns aspectos devem ser observados, como: trocar as luvas entre diferentes procedimentos no mesmo paciente, trocar as luvas antes de atender o próximo paciente, remover as luvas logo após o uso, não tocar em outras superfícies (CECIH, 2003). Salienta-se, nessa oportunidade, que o uso de luvas não substitui a higienização das mãos e que o mesmo deve ocorrer antes de calçá-las e após retirá-las (ANVISA, 2007, 2008).

Os aventais são utilizados para proteger braços e áreas expostas do corpo de contaminação devido à exposição a sangue e fluidos corpóreos, evitando também uma possível contaminação da roupa do trabalhador. Devem ser utilizados durante a prestação de cuidados a pacientes infectados por microrganismos de importância epidemiológica e diante da possibilidade da ocorrência de aerossóis ou respingo de fluidos ou secreções corpóreas (CECIH, 2003).

Os óculos de proteção são indicados em situações com possibilidade da ocorrência de respingos ou aerossóis de quaisquer secreções respiratórias ou outros fluidos corporais. Devem ser confortáveis, ajustáveis e permitir a visão periférica (SIEGEL et al., 2007).

A máscara é indicada para proteger mucosa oral e nasal do contato com fluidos corpóreos, sangue ou aerossóis. Utilizada em procedimentos estéreis tem ainda o objetivo de proteger o paciente de microrganismos advindos do profissional (SIEGEL et al., 2007). A máscara deve ter, no mínimo, três camadas sendo as descartáveis preferidas às de tecido. Deve ser trocada entre clientes, sempre que possível e, descartada imediatamente após o uso (CECIH, 2003).

O gorro é indicado para proteger os cabelos durante os procedimentos que possam provocar respingos ou aerossóis de sangue e/ou fluidos corpóreos. Deve cobrir todo o cabelo e é utilizado, também, para evitar a queda desse em material e campo cirúrgico (CECIH, 2003).

Acrescenta-se ainda que a NR 32 do Ministério do Trabalho e Emprego inclui o calçado fechado como EPI obrigatório para os profissionais da área de saúde com a finalidade de eliminar risco de exposição a material biológico (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005).

Estudo realizado por Lopes et al. (2008), com o objetivo de avaliar a adesão às precauções padrão por profissionais do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar de Belo Horizonte – MG, concluiu, dentre outros fatores, que a adesão ao EPI foi diretamente proporcional à formação profissional, já que os profissionais de nível técnico apresentaram uma adesão menor que os de nível superior.

Objetivando identificar a adesão aos EPI pela enfermagem e o conhecimento desses profissionais sobre o assunto, Talhaferro, Barbosa e Oliveira (2008) desenvolveram estudo com trabalhadores da Central de Materiais e Esterilização de um hospital-escola de grande porte do interior paulista. Nessa oportunidade verificou-se que 79% dos profissionais relataram conhecimento sobre os EPI, sua importância e adesão aos mesmos. Referiram, no entanto, ser incômodo, atrapalhar no trabalho e queixaram-se da falta de habilidade no uso.

Brevidelli e Cianciarullo (2009), ao analisarem a influência de fatores psicossociais e organizacionais na adesão às PP, para prevenir a exposição a material biológico em um hospital universitário em São Paulo, verificaram que fatores individuais relativos ao trabalho e organizacionais influenciam conjuntamente a adesão às precauções-padrão. Ressaltaram que programas de prevenção da exposição ocupacional a material biológico devem considerar os obstáculos para seguir as precauções-padrão na prática clínica e enfatizar políticas organizacionais de apoio à segurança no trabalho.

Ribeiro et al. (2010), em estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola de grande porte no município de Goiânia-GO, observaram que os acidentes com material biológico não foram determinantes para a adesão ao EPI e que a experiência dessa exposição influencia em maior ou menor escala na mudança de comportamento para a adesão ao equipamento de proteção. Concluíram que a implementação de educação permanente com discussão de

situações de risco vivenciadas pelos trabalhadores expostos possibilitaria maior adesão e uso consciente dos equipamentos de proteção individual.

Em estudo com profissionais que atuam na supervisão de enfermagem de um hospital geral de município no interior paulista, Carvalho (2010) traz que o emprego de EPI, na prática assistencial, constitui um desafio a enfermeiros já que para 60% há resistência da Enfermagem no seu uso.

Com o objetivo de analisar a influência das relações interpessoais na adesão aos EPI pelos trabalhadores de enfermagem de um hospital escola de Goiânia - GO, Neves et al. (2011) concluíram que a adesão a esses equipamentos é influenciada pelas relações interpessoais estabelecidas pelos profissionais, pois, nelas, valores e crenças são compartilhados e podem ser decisivos nas escolhas pessoais.

3.4.3. Resíduos Perfurocortantes

A preocupação no Brasil com os resíduos gerados pelos serviços de saúde resultou na lei federal nº 2312 de 1954 que abordou o cuidado com a coleta, transporte e destino final do lixo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1954).

Diante da urgência de que esses resíduos, chamados de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde – RSS, alcançassem um destino seguro à população, surgiu a necessidade de implantação de um conjunto de procedimentos orientados por bases científicas e normativas legais denominado “gerenciamento dos RSS” (ANVISA, 2004, 2006).

Nesse contexto, surge a primeira Norma Regulamentadora (NR) específica para a área da saúde, no Brasil. Esta requisita que as instituições de saúde elaborem o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), disposto pela RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004, publicada pela ANVISA (ANVISA, 2004).

Para oferecer maior efetividade a essas ações, a resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) nº 358, de 29 de abril de 2005, surge com a incumbência de normalizar o tratamento e a disposição final desses resíduos, tratando também de outras providências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Os RSS são classificados, segundo ANVISA (2004), nos grupos A, B, C, D, e E. Os resíduos do grupo A são representados pelo material com possível presença de agentes biológicos que por suas características podem apresentar risco de infecção e são classificados em cinco tipos (A1, A2, A3, A4 e A5) de acordo com o

grau de exposição aos agentes infectantes. Os do grupo B incluem resíduos químicos; grupo C incluem resíduos radioativos; o grupo D trata dos resíduos comuns e grupo E que engloba materiais perfurocortantes ou escarificantes. Enfocam-se, nesse estudo, os resíduos do grupo E.

Os resíduos pertencentes ao grupo E devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados. Os recipientes mencionados devem ser descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou o nível de preenchimento ficar a 5 cm de distância da boca do recipiente, não podendo, de forma alguma, serem reaproveitados. Ressalta-se que as agulhas devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido re-encapá-las ou proceder a sua retirada manualmente (ANVISA, 2004).

Na intenção de contribuir para o aumento da segurança no ambiente de cuidados à saúde, substituindo as lancetas comuns por outras, com dispositivo de segurança, o MS, por meio da Portaria n.º 939, de 18 de novembro de 2008, determinou um prazo de 06 meses para divulgação e qualificação; acrescido de 18 meses, após esse período, para implementação e adaptação de todas as instituições de saúde a essas medidas (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2008a).

No ano de 2007, os CDC divulgaram a ocorrência de 385.000 exposições ocupacionais a material biológico anualmente, envolvendo objetos perfurocortantes, média de 1000 acidentes percutâneos por dia (SIEGEL et al., 2007).

Os acidentes, com material perfurocortante, ainda são considerados como a causa mais comum de exposição ocupacional nas instituições de saúde (ALMEIDA; BENATTI, 2007; HEALTH PROTECTION AGENCY CENTRE FOR INFECTIONS, 2008; RAPPARINI et al., 2009).

Dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN/NET, de 2006 até o final do ano de 2010, constam de 1642 acidentes envolvendo perfurocortantes, desses: sete acidentes foram notificados em 2006, 36 em 2007, 164 em 2008, 588 em 2009 e 838 em 2010. A estruturação do sistema contribuiu para o aumento no número de notificações, sinalizando, provavelmente, não uma maior incidência de acidentes, mas uma maior notificação dos casos.

Cespedes et al. (2010), em estudo com o objetivo de analisar a adesão ao monitoramento após acidentes a fluidos biológicos incluídos no Sistema Nacional de Notificação de Agravos à Saúde em Curitiba, concluíram que a exposição ocupacional é um agravante na saúde do trabalhador, merecendo atenção especial no seu monitoramento.

No Brasil, pesquisadores da área da saúde criaram em 2002 um instrumento *on-line* sobre o risco biológico, que desenvolveu um sistema de vigilância voluntário para acidentes envolvendo profissionais de saúde. Apesar de ser uma estimativa, os dados revelaram que, no período de março de 2002 a agosto de 2009, foram registrados 4488 acidentes, sendo a exposição percutânea a mais prevalente (3686) e o sangue, o material biológico envolvido na maioria dos casos (3329) (RAPPARINI et al., 2009).

3.4.4. O controle ambiental

O ambiente em serviços de saúde tem merecido especial atenção no sentido de minimizar a disseminação de microrganismos, já que pode atuar como fonte de recuperação de patógenos potencialmente causadores de IRAS (ANVISA, 2010).

O compromisso dos profissionais de saúde em manter a cadeia asséptica deve ser constante e o controle ambiental é um dos elos que não pode ser quebrado. Conforme ANVISA (2010), para a prevenção e redução das infecções relacionadas à assistência à saúde, é fundamental que os profissionais higienizem suas mãos e zelem pela limpeza e a desinfecção de superfícies.

Define-se limpeza, como a remoção de sujidade de um artigo ou superfície sendo fundamental nos processos de desinfecção e esterilização, pois a diminuição da carga microbiana favorece a eficácia do procedimento (PADOVEZE; GRAZIANO, 2010). Já a desinfecção é o processo aplicado a artigo ou superfície visando à eliminação de microrganismos, exceto os esporos (PADOVEZE; GRAZIANO, 2010).

Segundo ANVISA (2010), os principais produtos utilizados na limpeza de superfícies são os sabões e os detergentes. O sabão é um produto para limpeza doméstica, formulado à base de sais alcalinos de ácidos graxos associados ou não a outros tensoativos.

Os detergentes constituem uma solução contendo um grupo de substâncias orgânicas e sintéticas compostas por agentes umectantes e emulsificantes que suspendem a sujidade e evitam a formação de compostos insolúveis (APECIH,

2010). O surfactante atua ainda modificando as propriedades da água, diminuindo a tensão superficial, facilitando a sua penetração nas superfícies (ANVISA, 2010).

Os alcoóis etílico e o isopropílico são os principais desinfetantes utilizados em serviços de saúde no Brasil, podendo ser aplicado em superfícies ou artigos por meio de fricção.

Santos et al. (2002) apresentam uma revisão sobre as características anti-sépticas e desinfetantes do álcool, suas aplicações e limitações relacionadas à assistência à saúde. Esse estudo traz em suas conclusões que o álcool é um desinfetante importante para o ambiente assistencial e um anti-séptico excepcional, por possuir características microbidas direcionadas aos microrganismos mais freqüentes nesse meio, possuir fácil aplicabilidade, baixo custo e reduzida toxicidade. Na concentração de 60% a 90%, o álcool é bactericida, virucida, fungicida e tuberculicida (ANVISA, 2010).

Ressaltam-se algumas características do álcool que limitam seu uso: é volátil e de rápida evaporação, além disto, a presença de altas concentrações de matéria orgânica pode diminuir sua atividade microbida (YOSEF, 2000).

Estudo realizado por Pereira et al. (2008) teve como um de seus objetivos: verificar a ação bactericida e fungicida do álcool etílico a 70% na descontaminação de canetas odontológicas de alta rotação em Unidades Básicas de Saúde do município de Goiânia. Nesse estudo, o álcool etílico a 70% sem limpeza prévia foi predominante nos processos de descontaminação de canetas de alta rotação entre atendimentos e o mesmo não foi eficiente para inativar os microrganismos para os quais está provada a sua ação biocida. Reiterando que a ação desinfetante do álcool depende da prévia limpeza do artigo ou da superfície.

Segundo Garner (1996), existem fatores que favorecem a contaminação do ambiente dos serviços de saúde, dentre os quais, citamos: mãos dos profissionais de saúde em contato com superfícies, falha na utilização de técnicas básicas na manutenção da cadeia asséptica, manutenção de superfícies úmidas, molhadas ou empoeiradas, condições precárias de revestimentos e manutenção de matéria orgânica.

A permanência no ambiente de matéria orgânica de origem humana pode atuar como substrato para a proliferação de microrganismos e favorecer a presença de vetores que podem transportar esses agentes (FERNANDES; FERNANDES; RIBEIRO FILHO, 2000). Há, portanto, a necessidade de que se elaborem protocolos

rigorosos de limpeza e desinfecção de superfícies para o controle de microrganismos (ANVISA, 2010).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório e transversal, com abordagem quantitativa. Pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinado evento ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1991). O estudo é considerado exploratório, pois “tem como objetivo tornar mais explícito o problema, aprofundar as idéias sobre o objeto de estudo” (ALVES, 2003, p. 52).

A pesquisa quantitativa tem a finalidade de quantificar relações entre variáveis utilizando-se da observação. Em um estudo transversal, as variáveis são identificadas num mesmo momento ou período (BURNS; GROVE, 2005).

4.2. Local

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde pertencentes a um Distrito Sanitário do município de Goiânia, Estado de Goiás. Este Distrito Sanitário possui três Centros de Assistência Integral à Saúde (CAIS), abertos para o atendimento ao público durante 24 horas diárias, duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nove Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF) que comportam vinte e nove Equipes de Saúde da Família, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

4.3. População

Profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que atuam nas duas UBS, nove UABSF e três CAIS, pertencentes a um Distrito Sanitário do município de Goiânia – Go.

4.4. Procedimento de construção dos instrumentos de coleta de dados

Considerando a escassa literatura, foram convidados, para discussão da proposta do estudo, alguns profissionais enfermeiros, atuantes nas áreas de Controle de Infecção e/ou AB. Oito profissionais participaram dessa etapa inicial que tinha por foco elencar quais procedimentos desenvolvidos na atenção básica

ofereciam maior risco biológico a profissional e usuário, necessitando assim da adoção de medidas preventivas.

O grupo entrou em consenso optando por incluir: teste do pezinho, teste da mamãe, exame colpocitológico, vacinação e curativos. Lembra-se que os procedimentos acima citados envolveram manuseio de artigos perfurocortantes e/ou contaminados, de sítios estéreis, de mucosas, além de exposição a sangue e secreções.

Foram construídos dois Instrumentos de Coleta de Dados – ICD. O ICD-1 (Apêndice A) consta de um *check list* específico para cada um dos procedimentos eleitos para o estudo. Esse foi elaborado considerando as diferentes interfaces do controle de infecção relacionadas a:

- ICD-1A: Teste do Pezinho – Também conhecido como Triagem Neonatal, possibilita um rastreamento específico na população com idade de 0 a 30 dias de vida. Além de doenças metabólicas, podem ser identificados outros tipos de patologias como as hematológicas, infecciosas e genéticas dentre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b). Teste realizado em todas as unidades do estudo;
- ICD-1B: Teste da Mamãe - Incluso no Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás. Essa iniciativa proporciona a realização de 13 exames que podem diagnosticar as seguintes doenças: Doença de Chagas, hepatite B, citomegalovírus, hepatite C, HTLV, rubéola, HIV, sífilis e toxoplasmose (FILHO, 2009). Teste realizado em todas as unidades do estudo;
- ICD-1C: Curativos – Procedimento que tem o objetivo de favorecer o processo de cicatrização de uma ferida e protegê-la contra agressões externas, mantendo-a úmida e preservando a integridade de sua região periférica (DEALEY, 2001). Esse procedimento ocorre rotineiramente em todos os CAIS do Distrito Sanitário incluído nesse estudo, abrangendo desde curativos em ferida operatória limpa até cuidados a feridas crônicas e infectadas;
- ICD-1D: Exame Preventivo do Câncer de Colo do Útero – O exame colpocitológico ou teste de Papanicolaou permite o diagnóstico precoce do câncer de colo do útero. A acuidade diagnóstica desse exame é fundamental para o êxito no rastreamento dessa patologia (PINHO,

2002). Esse procedimento ocorre em todas as unidades participantes desse estudo;

- ICD-1E: Vacinas – São substâncias preparadas para a estimulação da resposta imunológica com a finalidade de prevenir doenças em uma população, caracteriza-se como a maneira mais eficaz de evitar diversas doenças imunopreveníveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Todas as unidades observadas realizam as vacinas incluídas no Programa Nacional de Imunização (PNI).

O ICD-2 (Apêndice B) consiste de questionário com questões fechadas e abertas para caracterização do profissional envolvido no procedimento observado e sua qualificação para o trabalho. Esse, com a finalidade de facilitar sua operacionalidade, foi incluído ao final de cada *check list* citado no ICD-1.

Todos os ICD foram avaliados por três especialistas em controle de infecção. Para verificação da operacionalidade desses instrumentos, anteriormente à coleta de dados, foi realizado o teste piloto dos mesmos em dois serviços de atenção básica em município do interior de Goiás.

4.5. Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de observação direta, não participante e registrados no respectivo *check list*. A coleta foi realizada no período de janeiro a maio 2010 pela pesquisadora e por uma (01) auxiliar de pesquisa, integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem em Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (NEPIH), da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Após o consentimento do coordenador da unidade visitada, mediante apresentação da aprovação do Comitê de Ética (Anexo A), e autorização da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo B), iniciava-se a observação nas unidades. Foi pedido à coordenação do serviço que apresentasse a pesquisadora aos profissionais que realizavam os procedimentos eleitos para o estudo.

O procedimento que estivesse ocorrendo no momento inicial da coleta era observado primeiro. A pesquisadora, na tentativa de evitar alteração de comportamento, explicava, sucintamente, ao profissional e ao usuário que o objetivo da observação seria coletar dados sobre o controle de infecção na atenção básica. Posicionava-se de maneira que lhe permitisse visualizar todo o procedimento,

procurando não atrapalhar ou constranger os sujeitos envolvidos nesse ato. A observação de cada procedimento cessava no momento em que um próximo usuário era chamado.

Ao término do período de observação, os profissionais foram esclarecidos que o foco da investigação foi avaliar o risco biológico presente em cada procedimento. Após acessarem os registros decorrentes da observação, aos que concordaram foi solicitada a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido, momento no qual foi aplicado o questionário que, depois de respondido, foi devolvido ao pesquisador.

Em cada unidade a pesquisadora permaneceu por um período de 20 horas, distribuídos em turnos de acordo com o horário de trabalho e a demanda do local.

4.6. Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – protocolo nº 029/09 (Anexo A), de acordo com as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 196/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996), a qual apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Solicitam-se, ainda, a autorização prévia do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo B).

Todos os sujeitos participantes do estudo receberam um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice C) e, apenas, participaram aqueles que concordaram, assinando o referido termo.

4.7. Análise dos dados e apresentação dos resultados

Os dados foram processados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 16.0 *for Windows* e, posteriormente, agrupados em tabelas e figuras. Foi utilizada estatística descritiva com medidas de frequência simples.

Os resultados são trabalhados em forma de 02 artigos acadêmicos. Ao final, apresenta-se a conclusão do estudo, contemplando os resultados obtidos nos dois artigos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados na forma dos seguintes artigos:

- **Artigo 1:** Risco de exposição a material biológico em Unidades de Saúde da Atenção Básica
 - Autores: Keyti Cristine Alves Damas Rezende;
Anaclara Ferreira Veiga Tipple;
Adenícia Custódia Silva e Souza;
Milca Severino Pereira;
Karina Machado Siqueira;
Sergiane Bisinoto Alves;
Thaís de Arvelos Salgado.

- **Artigo 2:** Adesão a precauções padrão na atenção básica
 - Autores: Keyti Cristine Alves Damas Rezende;
Anaclara Ferreira Veiga Tipple;
Adenícia Custódia Silva e Souza;
Sergiane Bisinoto Alves;
Karina Machado Siqueira;
Thaís de Arvelos Salgado;
Marinézia Aparecida Prado.

5.1. Artigo 1 - Risco de exposição a material biológico em Unidades de Saúde da Atenção Básica

Risk of exposure to biological material in primary health care

El riesgo de exposición a material biológico en la atención primaria de salud

RESUMO

Estudo buscou identificar modos de exposição a material biológico dos profissionais de enfermagem de Unidades da Atenção Básica de um Distrito Sanitário de Goiânia-GO. Cumpridos os aspectos éticos os dados foram obtidos por meio de questionário e por observação direta, não participante, registrados em *check list*. Os procedimentos observados: testes do pezinho e da mamãe, exame colpocitológico, vacinação e curativos. Os resultados mostraram que nesses procedimentos houve exposição a material biológico, pelo manuseio de perfurocortantes, possibilidade de contato com sangue, secreções e imunobiológicos, formação de aerossóis, proximidade entre membro punccionado e a face do profissional, agitação e/ou reação inesperada do usuário. Conclui-se que os procedimentos realizados pela enfermagem durante a assistência na atenção básica os expõem a material biológico seja pelas situações que possibilitam o contato com sangue ou pela inobservância das precauções padrão. Aponta-se a necessidade de comissões de controle de infecção, no distrito sanitário, orientando e supervisionando procedimentos seguros.

PALAVRAS-CHAVE: Controle de risco; Atenção Primária à Saúde; Equipamentos de Proteção; Precauções Universais.

ABSTRACT

This study sought to identify modes of exposure to biological material of the nursing professionals from Primary Care Units of a Sanitary District of Goiânia-GO. Fulfilled the ethical aspects the data were obtained through questionnaire and direct observation, not participant, recorded in the check list. The observed procedures were: neonatal screening, mommy test, Papanicolaou test, immunization and curative. The results showed exposure that in this procedures there were exposition to biological material during the handling of sharps, possibility of contact with blood,

secretions and immunobiological, aerosol formation, proximity between a punched member and professional face, agitation and/or unexpected reaction from the user. We conclude that the procedures realized by nursing during the assistance on the primary care expose them to biological material or by the situations that possibilities the contact with blood or by the non observance of standard precautions. We point out the need of committees of infection control, in the health districts, directing and supervising the use and provision of these resources.

KEY WORDS: Risk Management ; Primary Health Care; Protective Devices; Universal Precautions.

RESUMEN

Este estudio buscó identificar modos de exposición a material biológico de los profesionales de enfermería de Unidades de Atención Primaria en un Distrito Sanitario de Goiânia-GO. Cumplidos los aspectos éticos los datos fueron obtenidos por medio cuestionario y por observación directa, no participante, registrados en un chek-list. Los procedimientos observados fueron: Tamizaje Neonatal, teste de la mamá, prueba de Papanicolaou, inmunización y curativos. Los resultados mostraron que en esos procedimientos hubo exposición a material biológico por la manipulación de objetos perfuro-cortantes, la posibilidad de contacto con sangre, secreciones, y inmunobiológicos, formación de aerosoles, proximidad entre miembros puncionados y la cara del profesional, agitación y/o reacción inesperada por parte del usuario. Se concluye que los procedimientos realizados por la enfermería durante la asistencia en la atención básica los exponen a material biológico sea por las situaciones que posibilitan el contacto con sangre o por la no observación de las precauciones padrón. Señalamos la necesidad de comités de control de infecciones, en el distrito de salud, orientando y en la supervisión de procedimientos seguros.

PALABRAS CLAVE: Control de Riesgo; Atención Primaria de Salud; Equipos de Seguridad; Precauciones Universales.

INTRODUÇÃO

As Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), dentre as quais se incluem as dos serviços de atenção básica, têm representado um problema grave e de repercussões diversas no contexto da saúde humana.

Na perspectiva da saúde do trabalhador, o risco biológico incide na probabilidade de exposição ocupacional a agentes biológicos⁽¹⁾, gerada pela presença de patógenos no ambiente de trabalho. Tal exposição divide-se em duas categorias: a exposição com intenção deliberada, decorrida da atividade laboral como resultado da utilização ou manuseio direto do agente biológico e a não-deliberada que decorre da atividade laboral sem o manuseio direto do agente biológico. Conhecendo a gênese dos riscos, as medidas de proteção a serem implementadas podem alcançar maior efetividade⁽²⁾.

Na perspectiva dos usuários, os índices de IRAS representam um dos principais indicadores de qualidade da assistência, pois as IRAS estão entre as principais causas de morbidade e de mortalidade e, conseqüentemente, da elevação de custo para o tratamento⁽³⁾. O usuário, no momento em que busca o serviço de saúde, encontra-se vulnerável ao desenvolvimento de infecções por microrganismos de fontes exógenas e endógenas^(4,5).

A Atenção Básica (AB) representa, hoje, a porta de entrada para o SUS. Assim, os Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Goiânia oferecem amplo atendimento em nível de baixa e média complexidade, durante os quais os profissionais executam uma gama de procedimentos que os expõem a riscos ocupacionais, dentre os quais o risco biológico.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada pelo Ministério da Saúde em 1994 como instrumento de desenvolvimento da Atenção Básica. Até 2006 cerca de 94% dos municípios brasileiros implantaram a ESF com atendimento realizado por aproximadamente 30.000 equipes⁽⁷⁾. Considerando que cada equipe é composta por Enfermeiro, Médico e Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, podemos depreender que um mínimo de 90.000 profissionais de saúde, atuantes na AB, se expõe ao risco biológico diariamente.

A literatura sobre o risco biológico e adoção de medidas de precauções padrão na área hospitalar é vasta, mas só recentemente alguns artigos têm abordado essa temática no contexto da atenção básica⁽⁸⁻¹¹⁾.

Compreendendo que o risco biológico também está presente no cotidiano da AB constituindo problema tanto para profissionais de saúde quanto para usuários, ressaltamos a importância da prática de medidas eficazes na redução das chances de contaminação e disseminação de patógenos durante o desenvolvimento da assistência à saúde.

A expectativa é que a caracterização do risco biológico envolvido na prestação de cuidados na AB ofereça subsídios para gestores e trabalhadores na elaboração e implantação de uma política de segurança nesse contexto. O objetivo desse estudo foi identificar modos de exposição a material biológico presentes nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem que atuam em Unidades da Atenção Básica de um Distrito Sanitário da cidade de Goiânia-GO.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Compuseram a amostra as Unidades de saúde e profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que atuam nas duas UBS, nove Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF) e três CAIS, pertencentes a um Distrito Sanitário do município de Goiânia-GO.

Considerando a escassa literatura sobre o tema, convidamos para discussão da proposta do estudo, alguns profissionais enfermeiros, atuantes nas áreas de Controle de Infecção e/ou AB. Oito profissionais participaram desta etapa inicial que tinha por foco elencar quais procedimentos desenvolvidos na atenção básica ofereciam maior risco biológico a profissional e usuário, necessitando, assim, da adoção de medidas preventivas.

O consenso do grupo foi por incluir cinco tipos de procedimentos: teste do pezinho, teste da mamãe ou exames pré-natais, exame colpocitológico, vacinação e curativos. Os modos de exposição a material biológico foram extraídos da observação que se procedeu durante a realização dos procedimentos eleitos. Lembramos que os procedimentos acima citados envolvem manuseio de artigos perfurocortantes e/ou contaminados, contatos com sítios estéreis, com mucosas, além da possibilidade de exposição a sangue e secreções.

Para a coleta dos dados, foi elaborado um *check list* específico para cada um dos procedimentos eleitos que foram preenchidos durante a observação direta, não

participante. Cada *check list* contemplava as etapas dos respectivos procedimentos e as medidas preventivas previstas para a segurança dos profissionais e usuários.

Um questionário com questões fechadas e abertas para caracterização do profissional envolvido no procedimento observado e sua qualificação para o trabalho, foi aplicado após o preenchimento do *check list*.

Esses instrumentos foram avaliados por três especialistas em controle de infecção e, para verificação de sua operacionalidade, foi realizado teste piloto em serviço de atenção básica de outro município. Após o consentimento do coordenador de cada unidade, mediante apresentação da aprovação do Comitê de Ética (Protocolo 029/09) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde, iniciou-se a observação.

A coleta de dados correu no período de janeiro a maio do ano de 2010. Padronizamos para cada unidade 20 horas de observação distribuídas em turnos de acordo com o horário de trabalho e a demanda local, perfazendo aproximadamente 280 horas.

Ao término do período de observação, os sujeitos foram informados sobre o foco da investigação e após terem acesso aos registros decorrentes da observação, aos que concordaram foi solicitada a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido, momento no qual foi aplicado o questionário.

Foi utilizado o *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 16.0 *for Windows* e sua análise ocorreu por meio de estatística descritiva, utilizando frequência simples. Os dados foram apresentados em forma de tabelas e figuras.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – protocolo nº 029/09, de acordo com as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 149 observações foi realizado, sendo referentes a 77 vacinações, 28 curativos, 24 exames colpocitológicos, 11 testes do pezinho e 9 testes da mamãe. O quadro1 apresenta os modos de exposição a material biológico observados em cada um dos procedimentos elencados nesse estudo e os Equipamentos de Proteção Individual – EPI indicados.

Quadro 1: Possibilidades de exposição a material biológico entre membros da equipe de enfermagem de unidades de Atenção Básica de um Distrito Sanitário de acordo com o procedimento realizado e os equipamentos de proteção indicados para cada procedimento. Goiânia 2010

Procedimentos	Situações de possível exposição a material biológico	EPI Indicados
Vacinação	Manuseio de objeto perfurocortante Possibilidade de contato com o imunobiológico Possibilidade de contato com sangue Reação inesperada do paciente	Jaleco, luvas e sapato fechado
Curativos	Possibilidade de contato com sangue e secreções Possibilidade de formação de aerossóis	Jaleco, luvas, sapato fechado, máscara* e óculos de proteção*
Teste do Pezinho	Manuseio de objeto perfurocortante Possibilidade de contato com sangue Proximidade do membro punccionado com a face do profissional Agitação da criança	Jaleco, luvas, sapato fechado, máscara e óculos de proteção
Teste da Mamãe	Manuseio de objeto perfurocortante Possibilidade de contato com sangue Reação inesperada da gestante	Jaleco, luvas e sapato fechado
Exame Colpocitológico	Possibilidade de contato com sangue e secreções Possibilidade de respingos de sangue e secreções	Jaleco, luvas, sapato fechado e máscara

*A escolha dos EPI apropriados depende da avaliação do curativo e do nível previsto de exposição.

Todos os procedimentos observados apresentaram a possibilidade de contato com sangue e, em três dos cinco procedimentos, foram utilizados objetos perfurocortantes. Também foi observada a possibilidade de formação de respingos e aerossóis na realização de curativos; risco relacionado ao nível de agitação da criança e à proximidade do membro puncionado com a face do profissional na coleta de material para o teste do pezinho e risco de exposição devido à reação inesperada da gestante na realização de punção digital para os exames pré-natais – Teste da Mamãe.

Estudo realizado em unidades de Saúde da Família em São Carlos-SP, Brasil, observou 238 procedimentos que envolveram risco potencial de contato com material biológico, no qual mais de 90% envolveram o uso de agulhas⁽¹¹⁾. Todas as ações que envolvem interação entre usuário e profissional de saúde, sabidamente relacionados a risco de exposição a material biológico, devem ser cercadas pela prudência. Medidas preventivas devem ser adotadas, objetivando minimizar a chance de contaminação, nesses casos.

A indicação de determinado EPI tem suas bases no risco ao qual se expõem profissionais e usuários na realização de um procedimento. As luvas são indicadas para evitar a contaminação das mãos dos profissionais, mas também protegem os usuários da exposição a microrganismos presentes em fontes externas⁽¹³⁾.

Jalecos são utilizados para proteger os braços e as áreas expostas do corpo, evitando também uma possível contaminação da própria roupa. As máscaras e óculos de proteção devem ser usados diante da possibilidade de contato com secreções respiratórias e aerossóis de sangue ou fluidos corporais⁽¹³⁾. A NR 32 do Ministério do Trabalho e Emprego inclui o calçado fechado como EPI obrigatório para os profissionais da área de saúde com a finalidade de eliminar risco de exposição a material biológico⁽²⁾.

O uso de EPI é considerado uma das Precauções Padrão (PP). Medidas recomendadas na assistência a todos os usuários, independente do estado presumível de infecção, nas situações em que haja riscos de contatos com: sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, a exceção do suor, sem considerar ou não a presença de sangue visível e pele com solução de continuidade e mucosas⁽¹⁴⁾.

A Tabela 1a apresenta dados relacionados a situações em que o risco de exposição a material biológico se fez presente durante a realização de exames

colpocitológicos que foram realizados por enfermeiros e de curativos realizados por técnicos em enfermagem.

Tabela 1a: Condições de exposição relacionadas ao risco de exposição a material biológico durante a realização de exames colpocitológicos (N=24) e de curativos (N=28) em unidades de atenção básica de um Distrito Sanitário. Goiânia 2010.

Situações observadas	Ex.Colpocitológico		Curativos	
	(N=24)		(N=28)	
	n	%	n	%
Presença de sangue e/ou secreções	11	45,8	13	46,4
Respingos de sangue e/ou secreções				
Contaminação de superfície	12	50,0	5	17,8
Inobservância das precauções padrão				
Limpeza de superfície	0	0	2	7,1
Desinfecção de superfície	0	0	9	32,1
Troca de lençol após o procedimento	09	37,5	11	39,2
Higiene de mãos antes do procedimento	04	16,6	14	50,0
Higiene de mãos após o procedimento	03	12,5	0	0
Uso de Jaleco	14	58,3	19	67,8
Uso de luvas	21	87,5	23	82,1
Uso de máscara	04	16,6	19	67,8
Uso de sapatos fechados	14	58,3	14	50,0

Os óculos protetores não aparecem na tabela, pois ninguém os utilizou nas situações acima descritas. Há evidências de que os olhos ocupam o segundo lugar como região do corpo mais atingida durante um acidente⁽¹⁵⁾ e que 4,4% dos acidentes em ambiente hospitalar são acidentes oculares⁽¹⁶⁾. No contexto estudado da atenção básica em 11 (45,8%) exames colpocitológicos e em 13 (46,4%) curativos foi observado o risco de respingos de sangue e secreções. Situações nas quais todos os profissionais tiveram possibilidade de exposição da mucosa ocular.

Também foi observado risco para exposição da mucosa oral. A adesão às máscaras em exames colpocitológicos foi de 16,6%. No caso da realização de curativos foi em 67,8% das oportunidades.

Para todos os exames colpocitológicos e curativos, não houve 100,0% de adesão aos EPI recomendados, dado que somado aos modos de exposição observados, permitem inferir que houve potencialização do risco de exposição a material biológico para os trabalhadores e usuários.

A contaminação visível de superfície foi observada em 12 (50,0%) exames colpocitológicos e na realização de cinco (17,8%) curativos, entretanto os cuidados de descontaminação dessas superfícies foram em frequências menores. Em apenas 9(32,1%) curativos, a desinfecção foi realizada após o procedimento, no qual procedeu-se a fricção com álcool a 70% sem a prévia limpeza. Procedimento considerado inadequado, uma vez que os germicidas hipoclorito de sódio 1% e álcool 70%, disponíveis para a desinfecção de superfície têm baixa ação na presença de matéria orgânica⁽¹⁷⁾. Assim, os profissionais têm a falsa percepção de que estão trabalhando em condições seguras quando, na verdade, apesar de uma ação proativa, continuam expostos ao risco.

Estudo⁽¹⁸⁾ com o objetivo de verificar a ação bactericida e fungicida do álcool etílico a 70% na descontaminação das superfícies externas de canetas odontológicas de alta rotação, identificou a presença de microrganismos potencialmente patogênicos na superfície desse instrumental na maioria das amostras. Nesse estudo o álcool etílico a 70% sem limpeza prévia foi predominante nos processos de descontaminação de canetas de alta rotação, entre atendimentos, e mostrou-se ineficiente para inativar os microrganismos para os quais está provada a sua ação biocida.

Observou-se que tanto para exame colpocitológico quanto para curativos não houve a adesão preconizada às PP. É interessante ressaltar que os profissionais técnicos em enfermagem demonstraram maior cuidado em minimizar o risco biológico envolvido na realização dos curativos, que os enfermeiros na realização dos exames colpocitológicos, o contrário do esperado. Considera-se que a autonomia necessária a este profissional, para orientar, supervisionar e estimular a adesão às PP por sua equipe fica comprometida pela sua negligência com relação à proteção individual e coletiva. Enfermeiros com cargos de supervisão devem se preocupar em informar os riscos aos quais sua equipe se expõe em um ambiente de

cuidados à saúde e sobre a importância da adesão às PP, já que esses tópicos são citados como barreiras na adesão às medidas preventivas para uma atuação profissional segura⁽¹⁹⁾.

A troca de lençóis quando não ocorreu, foi substituída pela troca de papel “kraft”, utilizado rotineiramente durante os exames colpocitológicos. Apesar de pouco confortável, esse papel cumpre a função de proteger a superfície da maca ginecológica de respingos e secreções. Na realização de curativos, só se procedia à troca de lençóis na presença de sujidade visível.

Soma-se à questão da contaminação ambiental os baixos índices de higienização das mãos para os exames colpocitológicos e curativos, tanto antes dos procedimentos, 4/16,6% e 14/50,0% respectivamente, quanto após, o que ocorreu em apenas três (12,0%) dos exames e após curativos não houve adesão. Destaca-se que todos os locais, onde se realizavam os procedimentos, dispunham de pia com torneira de acionamento manual, papel toalha e sabão líquido e que, na metade desses locais, o álcool a 70% era disponível. Ainda assim, na maioria das oportunidades, somados os momentos antes e após, enfermeiros e técnicos de enfermagem desconsideraram a importância desta prática simples e de baixo custo⁽¹⁹⁻²⁰⁾. A baixa adesão dos profissionais de saúde à higiene de mãos permanece repetidamente documentada⁽²¹⁻²⁵⁾. A inobservância dessa medida expõe profissional e usuários ao risco de exposição a material biológico.

Os dados desse estudo permite inferir a possibilidade de que os profissionais estejam substituindo a higienização das mãos pelo uso de luvas que teve 87,5% de adesão na realização de exames colpocitológicos e 82,1% na realização de curativos, consolidando um equívoco. O uso de luvas não substitui a higienização das mãos e esta deve ocorrer antes e após o uso das luvas⁽¹⁾.

Na tabela 2a estão situações relacionadas ao risco de exposição a material biológico, durante a realização de vacinas, teste do pezinho e teste da mamãe.

Tabela 2a: O risco de exposição a material biológico durante a realização de procedimentos que envolvem a utilização de artigos perfurocortantes em unidades de atenção básica de um Distrito Sanitário. Goiânia 2010.

Situações observadas	Vacinas (N=77)		T. Pezinho (N=11)		T. Mamãe (N=9)	
	n	%	n	%	n	%
Riscos de contato com sangue						
Possibilidade de contato com sangue	0	0	7	63,6	9	100,0
Agitação moderada da criança/reação inesperada	0	0	5	45,5	1	11,1
Inobservância das precauções padrão						
Direcionamento do perfurocortante a partes do corpo do profissional	69	89,6	11	100,0	9	100,0
Descarte não imediato do perfurocortante	0	0	10	90,9	2	22,2
Higiene de mãos antes do procedimento	45	58,4	4	36,3	2	22,2
Higiene de mãos após o procedimento	0	0	0	0	0	0
Uso de jaleco	58	75,3	2	28,7	8	88,8
Uso de luvas	-	-	11	100,0	9	100,0
Uso de sapato fechado	38	49,3	0	0	5	55,5

Constatou-se que em todos os testes do pezinho e da mamãe, ocorreu direcionamento da lanceta para a mão do profissional de saúde. Nesses procedimentos que envolvem punção digital ou de calcâneo, com vistas a obter sangue para exame, sempre ocorre esse direcionamento do perfurante para os dedos do profissional, uma vez que ele necessita segurar firmemente o local, comprimindo-o com seus dedos para proceder à punção.

É necessário considerar que o risco observado nesse contexto incide na ocorrência do acidente antes da realização da punção, o que não seria acidente com material biológico, uma vez que antecederia o contato com o usuário. Entretanto, a injúria física configura-se como porta de entrada a agentes biológicos.

Ressaltamos ainda que por ocasião da punção digital ou de calcâneo, o usuário pode assustar-se com a dor e recolher a mão ou o pé. Nesse caso, há

possibilidade da ocorrência de acidente com material biológico, pois o profissional pode acidentarse com a lanceta já utilizada.

Não se tem relato, na literatura, de acidentes com perfurocortantes envolvendo esses dois procedimentos. Contudo, há relatos de alta frequência desses acidentes em situações semelhantes envolvendo punção digital para a realização de hemoglicoteste. Em estudo com o objetivo de avaliar o número de profissionais de enfermagem já acidentados por punção percutânea, verificou-se que de 144 profissionais, 24 (16,6%) relataram a realização do hemoglicoteste como motivo causador, sendo esta a segunda maior causa⁽²⁶⁾.

Na intenção de contribuir para o aumento da segurança no ambiente de cuidados à saúde, por meio da Portaria n.º 939, de 18 de novembro de 2008, o MS determinou um prazo de 06 meses para divulgação e qualificação; acrescido de 18 meses, após esse período, para implementação e adaptação, quanto à substituição dos materiais perfurocortantes por outros, com dispositivo de segurança, sendo que a data limite expiou em novembro de 2010⁽²⁷⁾. Espera-se um impacto positivo na segurança dos trabalhadores, mas que ainda não pode ser mensurada. Nas situações descritas o uso da lanceta com dispositivo de segurança conforme preconizado diminuiria esse risco, oferecendo maior segurança a profissional e usuário.

Durante a realização de vacinas, também observamos que em todas as oportunidades houve o direcionamento da agulha para a mão do profissional, já que este segura o membro a receber a vacina com sua mão. Nesse caso, o risco de acidente com perfurocortante é potencializado frente a reações inesperadas do usuário, especialmente de crianças.

Estudo realizado em Unidades de Saúde Pública do Município de Ribeirão Preto – SP, verificou que no ano de 2004 houve 155 acidentes de trabalho, sendo que em 62 acidentes (40%) houve exposição do trabalhador a material potencialmente contaminado. Observou-se ainda que as agulhas foram responsáveis por 80,6% das injúrias e o sangue foi o material biológico envolvido na maioria das exposições ocupacionais⁽⁹⁾. Semelhante à realidade no âmbito hospitalar⁽²⁸⁾.

O descarte não imediato dos perfurocortantes ocorreu durante a realização de 22,2% dos testes da mamãe e em 90,9% dos testes do pezinho. Nessas oportunidades, após a punção do calcâneo a lanceta utilizada foi depositada em

cuba não estéril, juntamente com o algodão. Em um dos testes do pezinho (9,0%), observamos que, devido ao reduzido volume de sangue a fluir do calcâneo da criança, uma nova punção foi realizada com a mesma lanceta, expondo assim o recém-nascido a risco de contaminação.

Na situação acima descrita, o risco de exposição a material biológico existe tanto para profissional quanto para o usuário. Ao voltar a mão à cuba para pegar o algodão e finalizar o procedimento, o profissional pode se lesionar com a lanceta ali depositada. Já no caso de reuso da lanceta, o risco biológico seria para ambos, pois nessa situação acrescenta-se o risco contaminação devido ao contato da lanceta reutilizada com recipiente não estéril.

Estudo realizado em ambiente hospitalar demonstrou que os acidentes ocorrem mais freqüentemente após o uso e antes do descarte de um perfurocortante (40%), durante seu uso em um usuário (41%) e durante ou após o descarte (15%). Observou-se ainda que a equipe de enfermagem sofre o maior número de acidentes com perfurocortantes, até porque essa equipe constitui o grupo ocupacional predominante e maior segmento da força de trabalho em muitos hospitais⁽²⁹⁾.

Na realização de vacinas foi observado descarte imediato do perfurocortante em todas as oportunidades. Acredita-se que esse comportamento seja fruto da influência positiva do trabalho de educação voltado a esses profissionais.

Destaca-se que todas as salas, onde foram realizados procedimentos que envolviam o manuseio de artigos perfurocortantes, dispunham de recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificado, apropriado para acondicionar esses materiais, conforme recomendações da legislação brasileira⁽³⁰⁻³¹⁾. Observou-se, porém que os coletores para perfurocortantes não se encontravam dispostos nos suportes apropriados e estavam expostos à umidade, acessíveis a crianças e distantes do local de realização do procedimento.

Houve possibilidade de contato com sangue, em 63,6% dos testes do pezinho. Nessas ocasiões a quantidade de sangue que fluiu da punção foi grande, chegando a embeber o chumaço de algodão com o qual o profissional pressionava o local. Esse cenário oferece um risco ainda maior quando o relacionamos ao estado moderado de agitação da criança, presente em 45,5% das coletas, possibilitando a ocorrência de respingo de sangue em mucosas oral e ocular, pois nessa situação a face do profissional fica próximo ao calcâneo da criança.

Na realização dos testes da mamãe a possibilidade de contato com sangue em todas as oportunidades se deve à proximidade entre a mão do profissional e o local da punção, pois é necessário que se pressione o dedo da usuária. Também nesse procedimento observou-se que, em 11,1% das oportunidades de coleta, houve reação inesperada da gestante à punção, aumentando o risco de acidente com perfurocortante utilizado e conseqüente exposição a material biológico.

Ressalta-se ainda que diferente das vacinas, que possuem sala própria para sua guarda e administração, os testes do pezinho e da mamãe foram realizados em diferentes salas, dependendo do espaço disponível para o atendimento. Situação que prejudica o correto descarte da lanceta utilizada no exame, uma vez que os testes podem ser realizados em ambiente não adequado.

Como limitação desse estudo destaca-se a ausência de dados relativos à situação vacinal dos profissionais participantes, o que contribuiria para a compreensão da situação de risco do profissional em caso de exposição. Sugerimos que novas pesquisas direcionadas ao controle de infecções na Atenção Básica sejam realizadas para que esse tema conquiste a importância merecida tanto no meio acadêmico quanto no âmbito profissional.

CONCLUSÃO

Esse trabalho possibilitou caracterizar o risco biológico presente nas atividades desenvolvidas na atenção básica para profissionais e usuários.

Essa caracterização se firma na natureza dos procedimentos desenvolvidos e a exposição esteve relacionada ao manuseio de perfurocortantes, possibilidade de contato com sangue, secreções e imunobiológicos, possibilidade de formação de aerossóis, proximidade entre membro puncionado e a face do profissional, grau de agitação e/ou reação inesperada do usuário. Falhas relacionadas à adesão às precauções padrão também contribuíram para que profissionais e usuários apresentassem uma maior exposição ao risco biológico.

Apesar de a maior parte dos estudos que tratam da exposição ao risco biológico estar relacionada ao ambiente hospitalar, considera-se importante a aplicação de suas considerações à realidade da AB, já que o risco e os patógenos podem estar presentes em todos os locais da realização de cuidados. É necessário que mais estudos sejam feitos nessa área para que ocorra um maior

aprofundamento do tema, buscando alternativas e soluções às especificidades presentes.

Esforços devem ser direcionados à orientação dos profissionais de enfermagem para que uma maior adesão às PP seja alcançada. O enfermeiro, como líder dessa equipe, deve ser estimulado a desenvolver ações pautadas pela segurança e pelo compromisso de minimizar o risco biológico inerente à sua prática, atuando ainda com ações educativas nesse contexto.

Sugere-se, também, que a população seja informada sobre o risco ao qual é está exposta quando os profissionais dos serviços de saúde não seguem as PP. Acredita-se que o controle social poderia atuar, positivamente, na busca por condições mais seguras no atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho e Emprego; 2005.
2. Ministério do Trabalho e Emprego. Riscos biológicos. Guia técnico. Os riscos biológicos no âmbito da norma regulamentadora nº 32. Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho; 2008.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Infecção associada à assistência à saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
4. Sornette D, Yukalov VI, Yukalova EP, Henry J-Y, Schwab D, Cobb JP. Endogenous versus Exogenous Origins of Diseases. *Journal of Biological Systems*. 2009;17(2): 225-67.
5. Schulster L, Chinn RY; CDC; HICPAC. Guideline for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities, 2003 Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *MMWR Recomm Rep*. 2003; 52(RR-10):1-42.
7. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
8. Farias SNP, Zeitoune RCG. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. *Rev. enferm. UERJ*. 2005;13(2):167-74.

- 9, Chiodi MB, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Occupational accidents involving biological material among public health workers. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(4):632-8
10. Nunes MBG. Riscos Ocupacionais existentes no trabalho dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde no Município de Volta Redonda – RJ [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2009. 169 p.
11. Cardoso ACM, Figueiredo RM. Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF). *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(3):368-372.
12. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.
13. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *Am J Infect Control*. 2007; 35 (10 Suppl 2): S65-164.
14. Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996;17(1):53-80.
15. Galon T, Robazzi MLCC, Marziale MHP. Acidentes de trabalho com material biológico em hospital universitário de São Paulo. *Rev. Eletr. Enf*. 2008; 10(3):673-85.
16. Almeida CB, Pagliuca LMF, Leite ALAS. Acidentes de trabalho envolvendo os olhos: avaliação de riscos ocupacionais com trabalhadores de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(5):708-16.
17. Padoveze MC, Graziano KU. Limpeza, Desinfecção e Esterilização: Aspectos Gerais de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH; 2010.
18. Pereira RS, Tipple AFV, Reis C, Cavalcante FO, Belo TKAMC. Análise microbiológica de canetas oontológicas de alta rotação submetidas à descontaminação com álcool etílico a 70%. *Revista Robrac*. 2008;17(44):124-132
19. Malaguti SE, Hayashida M, Canini SRMS, Gir E. Enfermeiros com cargos de chefia e medidas preventivas à exposição ocupacional: facilidades e barreiras. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):496-503.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho; 2007a. 52 p.

21. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand hygiene task force. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(RR-16):1-45, quiz CE1-4.
22. Freire ILS, Farias GM, Ramos CS. Prevenindo pneumonia nosocomial: cuidados da equipe de saúde ao usuário em ventilação mecânica invasiva. *Rev. Eletr. Enf.* 2006; 8(3): 377-97.
- 23 Martins KA, Tipple AFV, Souza ACS, Barreto RASS, Siqueira KM, Barbosa JM. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. *Cienc Cuid Saude.* 2008; 7(4): 485-92
24. Garcia-Zapata MRC, Souza ACS, Guimarães JV, Tipple AFV, Prado MA, Garcia-Zapata MTA. Standard precautions: knowledge and practice among nursing and medical students in a teaching hospital in Brazil. *Int J Infect Control.* 2010; 6: 1-8.
25. WHO - World Health Organization. The WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care(Advanced Draft) – Global Patient Safety Challenge 2005 – 2006:”Clean care is safer care”. Geneva: WHO Press [2011 jan 25]; 2006. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/information>.
26. Kruse MA. Acidentes punctórios em profissionais de saúde: diagnóstico em um hospital geral da grande Porto Alegre [monografia]. Porto Alegre: Especialização em Saúde Pública/UFRGS; 2009.
27. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 939, de 18 de novembro de 2008. Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho e Emprego; 2008
28. Canini SRMS, Gir E, Machado AA. Acidentes com material biológico entre trabalhadores dos serviços de apoio hospitalar. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13(4):496-500.
29. Rapparini C, Reinhardt EL. Manual de implementação: programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde. São Paulo: Fundacentro; 2010. 161 p.
30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

31. Conselho Nacional do Meio Ambiente; Ministério do Meio Ambiente. Resolução 358 de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério do Meio Ambiente; 2005.

5.2. Artigo 2 - Adesão a precauções padrão na atenção básica

Adhesion to Standard Precautions in Health Primary Care

La adhesión a las Precauciones Padrones en la Atención Básica

RESUMO

Considerando os riscos ocupacionais e a importância das medidas preventivas nos serviços de atenção básica em saúde, realizou-se essa investigação com o objetivo de avaliar a adesão aos EPI e à higiene das mãos pelos profissionais de enfermagem. Estudo epidemiológico, transversal, cuja coleta de dados foi realizada com os profissionais da equipe de enfermagem que atuam nas unidades de um Distrito Sanitário do município de Goiânia, mediante observação direta, não participante, com uso de “check list” e um questionário, no período de janeiro a maio de 2010. Foram avaliados em 280 horas de observação, 149 procedimentos realizados por 28 profissionais. Verificou-se adesão insuficiente à HM e aos EPI. Encontrados baixos índices de adesão aos procedimentos recomendados o que indica um comportamento inadequado à atenção em saúde, colocando em risco o trabalhador e o usuário. Ações educativas e de gestão são necessárias para uma maior adesão às Precauções-Padrão, nas unidades estudadas.

Palavras-Chave: Enfermagem; controle de infecções, risco ocupacional, precauções padrão.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the adherence to the Personal Protective Equipment (PPE) and Hand Hygiene (HH) by health professionals who work in Health Primary Care in a District of Goiânia - GO. Data were collected among January and May of 2010 through direct and no participant observation, reported in a check list and a questionnaire for the characterization of the professional. There was poor adherence to HH and PPE. The low rates of HH, in addition to non-adherence to proper technique form a risk behavior that endangers health professionals and users. Failures related to the availability of PPE in the studies services can influence the low adherence to them. Educational and management actions aimed to consolidate a professional practice, aware of the potential biological

risk and importance of the availability of resources, are necessary for a greater adhesion to these Standard Precautions (SP).

Keywords: Nursing; infection control, occupational risk, universal precautions.

RESUMEN

Este estudio objetivó evaluar la adhesión a los Equipos de Protección Individual (EPI) y la higiene de las manos (HM) por profesionales de la salud que trabajan en Unidades de Atención Básica en un distrito de salud de Goiânia - GO. Entre enero y mayo de 2010 los datos fueron recolectados a través de la observación directa, no participante y registrados en un check-list y un cuestionario para caracterización del profesional. Hubo falta de adhesión a HM y a los EPI. Las bajas tasas de HM, más la no adhesión a la técnica adecuada se torna un comportamiento de riesgo que pone los profesionales y usuarios en peligro. Fallas relacionadas con la disponibilidad de los EPI en los servicios estudiados pueden influir en la baja adhesión a los mismos. Acciones educativas y de gestión que visan la consolidación de una práctica profesional, consciente del riesgo biológico y la importancia de la disponibilidad de recursos, son necesarios para una mayor adhesión a estas Precauciones Padrones (PP).

Palabras clave: Enfermería, control de infecciones, riesgos laborales, precauciones universales.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) traz consigo os princípios fundamentais adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que tem suas bases ideológicas estabelecidas no artigo 198 da Carta Magna de 1988. Dentre as diretrizes do SUS podemos citar a universalidade, a integralidade, a equidade, o controle social, a descentralização, a hierarquização e a regionalização¹.

Em atenção aos princípios do SUS e visando a necessidade de se reorientar o modelo assistencial vigente, a partir de 1994, o Ministério da Saúde assumiu, enquanto prioridade, a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa estratégia foi concebida para ser a porta de entrada do sistema local de saúde, funcionando como principal estrutura de superação do paradigma dominante nesse campo, utilizando a reorientação da prática assistencial à saúde centrada na família, sendo esta entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social².

Entendemos que nenhuma das diretrizes citadas resultará em ações efetivas se a qualidade se ausentar desse processo. Diante disso, uma prática orientada pelos princípios do SUS demanda do profissional de enfermagem, bem como de toda equipe de saúde, o compromisso de desenvolver procedimentos seguros. Tal postura exige um fazer coerente com a maior razão de ser de sua profissão que consiste em prevenir a doença e promover a saúde, com ações que garantam ao usuário, colegas de equipe e a si mesmo o menor risco possível de adoecimento e/ou piora de seu estado de saúde.

Os índices de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS, representam um dos principais indicadores de qualidade nesse contexto. Essa importância é justificada pelos vários fatores, que a sua ocorrência implica, tanto para o usuário, quanto ao seu núcleo familiar ou ao serviço de assistência à saúde. Em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde – UABS, são desenvolvidas diversas atividades que dependem da organização de cada secretaria municipal de saúde. Dentre essas, podemos citar: atendimentos de enfermagem, médico ambulatorial, odontológico, realização de pequenas cirurgias, vacinação, curativos, exame colpocitológico, acompanhamento à gestante com o teste da mamãe, teste do pezinho, reprocessamento de artigos, descarte de resíduos e atividades de educação em saúde. Já a Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família - UABSF – pode empreender todas as ações acima citadas, incluindo realização de curativos em domicílio, visitas e prestação de demais cuidados no ambiente domiciliar.

Entendendo que a exposição à material biológico potencialmente patogênico pode ocorrer também no ambiente extra-hospitalar e é problema recorrente para os profissionais de saúde, bem como para os usuários, faz-se necessário propor medidas de intervenção com o intuito de minimizar esse risco. Nesse contexto, o cumprimento das Precauções Padrão (PP) torna-se uma importante estratégia para a proteção de usuários e profissionais³.

Dentre as PP recomendadas pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)⁴ serão abordadas neste estudo, considerando o risco biológico para os usuários e para os profissionais envolvidos na AB: a higienização das mãos - HM, e o uso de Equipamento de Proteção Individual - EPI (luvas, máscara, avental, gorro, sapato fechado e óculos protetores).

Considerando a necessidade de empreender esforços contínuos para que as PP sejam aplicadas em todos os níveis de atenção à saúde e para que haja

valorização da percepção do risco a que estão expostos os Profissionais de Assistência à saúde (PAS), e a comunidade por eles assistida, este estudo teve como objetivo: avaliar a adesão aos equipamentos de proteção individual e à higiene de mãos pelos profissionais de saúde que atuam em Unidades de Saúde da Atenção Básica de um Distrito Sanitário da cidade de Goiânia.

REFERENCIAL TEÓRICO

Consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes no ambiente de trabalho, que, dependendo da sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde dos trabalhadores⁵. Na assistência à saúde, dentre esses fatores, destaca-se o risco biológico, que se caracteriza como responsável pelos agravos sofridos por profissionais da saúde, sendo relacionados à peculiaridade das tarefas executadas em suas atividades laborais, especialmente no que diz respeito à exposição a sangue e fluidos corpóreos causadores de infecções⁶.

O risco biológico presente na assistência à saúde também é inerente aos usuários. Estudo desenvolvido em um município de São Paulo, com enfermeiros atuantes em áreas assistenciais demonstrou que dentre os riscos a infecção hospitalar foi citada 30 vezes (9,9%), sendo a quarta causa mais lembrada⁷. A falha no controle desse tipo de risco expõe o usuário a microrganismos potencialmente patogênicos. Considerando que o organismo doente normalmente encontra-se em situação de baixa imunidade, sua exposição ao risco biológico ocorre em um momento de grande vulnerabilidade.

No intuito de minimizar o risco biológico, as PP surgiram como um conjunto de medidas a serem adotadas pelo profissional de saúde na assistência a todos os usuários, independente do estado presumível de infecção, e no manuseio de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação. Deverão ser observadas em todas as situações nas quais houver risco de contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, exceto o suor, sem considerar ou não a presença de sangue visível; pele com solução de continuidade e mucosas⁸.

As PP incluem as medidas de: higienização das mãos (HM), uso de barreiras (luvas, avental, gorro, máscara), cuidado com artigos, equipamentos e roupas utilizados durante a assistência, controle de ambiente (protocolos de processamento de superfícies, manejo dos resíduos de serviço de saúde), descarte adequado de

material perfurocortante e acomodação do usuário, conforme nível de exigência, enquanto fonte de transmissão de infecção, dentre outras⁴. Sua aplicação constitui uma das estratégias eficazes, para o alcance das medidas de prevenção e controle das infecções, tanto para o usuário, quanto para o profissional^{4,5}.

A legislação direcionada à saúde do trabalhador no Brasil, garante a esses o fornecimento gratuito de EPI adequado ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento, cabendo ainda ao empregador orientar e treinar o trabalhador sobre o uso adequado, guarda e conservação e exigir seu uso^{9,10}.

Os riscos aos quais os trabalhadores da saúde, bem como os usuários, estão expostos e a legislação trabalhista de prevenção aos mesmos foram primeiramente caracterizados no âmbito hospitalar. Os demais espaços de realização do cuidado foram contemplados pela atualização das Precauções Padrão, reeditadas em 2007⁴. Essa nova orientação explicita a necessidade das medidas preventivas incidirem sobre uma nova realidade, na qual espaços extra-hospitalares, como a Atenção Básica (AB), serviços de atendimento domiciliar e de emergência, desempenham atividades de atenção à saúde.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde pertencentes a um Distrito Sanitário do município de Goiânia, Estado de Goiás.

Compuseram a amostra as unidades de saúde e profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que atuavam nas duas UBS, oito UABSF e três CAIS, pertencentes ao referido distrito sanitário.

A adesão às PP foi observada durante a realização dos procedimentos: teste do pezinho, teste da mamãe, exame colpocitológico, vacinação e curativos. Para a coleta dos dados, foi elaborado um *check list* específico para cada um dos procedimentos eleitos para o estudo que contemplava as medidas de PP, as condições favoráveis à sua adesão e um questionário com questões fechadas e abertas para caracterização do profissional envolvido no procedimento observado e sua qualificação para o trabalho. Esses instrumentos foram avaliados por três especialistas em controle de infecção e para verificação de sua operacionalidade, foi realizado teste piloto em serviço de atenção básica de outro município.

Os dados foram coletados por meio de observação direta, não participante e registrados no *check list*. A coleta de dados correu no período de janeiro a maio do ano de 2010. Padronizamos para cada unidade 20 horas de observação distribuídas em turnos de acordo com o horário de trabalho e a demanda local, perfazendo um total de 280 horas de observação.

A formatação do banco de dados foi realizada no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 16.0 for Windows* e sua análise ocorreu por meio de estatística descritiva utilizando frequência simples. Os dados foram apresentados em forma de tabelas e figuras.

Após o consentimento do coordenador de cada unidade, mediante apresentação da aprovação do Comitê de Ética e autorização da Secretaria Municipal de Saúde, iniciou-se a observação que ocorreu de acordo com a oportunidade. No sentido de evitar alterações no comportamento observado, ao profissional que estava realizando o procedimento era informado que a pesquisa objetivava verificar ações de controle de infecção, sem explicitar maiores detalhes. Ao término do período de observação, os sujeitos foram informados que o foco da investigação foi a adesão às PP, tiveram acesso aos registros decorrentes da observação e aos que concordaram, foi solicitado a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Nesse momento foi aplicado, ao profissional, o questionário que foi respondido e, em seguida, devolvido ao pesquisador.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – protocolo nº 029/09 (Apêndice A), de acordo com as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o estudo foram realizadas 280 horas de observação a um total de 149 procedimentos realizados por 28 profissionais. Desses, 18,8% (5) eram enfermeiros e 81,2% (23) eram técnicos em enfermagem e o sexo feminino foi predominante (95,3%). A maioria desses trabalhadores (83,9%) relatou haver concluído seu curso de formação profissional há mais de 6 anos, 79,2% declarou ter recebido qualificação para desenvolvimento da atividade observada há um período que variou de um a 120 meses.

Os procedimentos mais freqüentes foram vacinação 77 (51,8%), curativos 28 (18,8%), exames colpocitológicos 24 (16,1%) e os que tiveram menor oportunidade de observação foram testes do pezinho 11 (7,3%) e teste da mamãe 9 (6,0%).

Considerando que as mãos devem ser higienizadas antes e após cada procedimento, as 149 situações observadas, representaram 298 oportunidades de HM, como detalhado na Tabela 1b.

Tabela 1b: Higienização de mãos (HM), por profissionais de enfermagem, antes e após os procedimentos observados nas Unidades de Saúde de um Distrito Sanitário. Goiânia – GO

Procedimento \ HM	Vacinas		Curativos		EC*		TM**		TP***	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Antes e após	2	2,6	5	17,9	3	12,5	2	22,2	-	-
Antes	45	58,5	14	50,0	4	16,7	2	22,2	8	72,8
Após	-	-	-	-	3	12,5	-	-	-	-
Não adesão	30	38,9	9	32,1	14	58,3	5	55,6	3	27,2
Total	77	100,0	28	100,0	24	100,0	9	100,0	11	100,0

*Exame Colpocitológico **Teste da Mamãe ***Teste do Pezinho

Em 61 (40,9%) procedimentos não ocorreu a HM. Ressaltamos que os índices de não adesão à HM foram altos em todos os procedimentos observados, variando de 32,1% na realização de curativos a 58,3% na coleta de material para exame colpocitológico. Vale destacar que nas situações descritas a possibilidade de exposição a material biológico esteve presente, tanto para os profissionais, quanto para os usuários.

Dos procedimentos observados, a freqüência de HM somente antes do procedimento variou de 22,2% a 72,8%, e após o procedimento ocorreu somente em 12,5% dos exames colpocitológicos observados. Este comportamento resulta, em tese, numa maior proteção ao usuário na realização do cuidado e negligência do profissional com sua própria proteção.

Percebemos que os dados encontrados neste estudo, com relação à HM, diferem da realidade hospitalar, pois a adesão a essa prática antes do procedimento apresenta-se maior e após o procedimento, menor. Estudos envolvendo a equipe de

enfermagem verificaram que a adesão à HM variou entre 0,4% e 20,5% antes do procedimento e entre 0,0% e 89,6% após^{12,13}.

Na Tabela 1 observamos ainda que em 88 (59,0%) procedimentos ocorreu a HM, porém apenas em 12 (8,0%) ocasiões esta foi realizada antes e após o procedimento. Salientamos que nenhum procedimento apresentou índice de adesão a essa PP superior a 72,8%.

Neste contexto, foi também avaliada a execução da técnica de HM. Das 298 oportunidades de HM observadas, apenas em 17 (5,3%) ocasiões a técnica correta foi executada. Ainda que a HM seja a medida individual mais simples e de menor custo para prevenir a disseminação de infecções relacionadas à assistência à saúde¹³, estudos na área hospitalar mostram a baixa adesão dos PAS a esta medida, bem como a utilização da técnica incorreta, o que tem causado preocupações em todo o mundo com índices entre 84,4% de não adesão à HM até casos em que a técnica recomendada para HM foi negligenciada em todas as oportunidades¹⁴⁻¹⁸.

Lembramos que cerca de 30% dos casos de IRAS são considerados preveníveis por medidas básicas, como a HM com água e sabão ou álcool a 70% (gel ou glicerinado)¹⁹. Sugerimos que, ações educativas com vistas a orientar e estimular o auto-cuidado, motivando esses profissionais à prática correta e frequente de HM, sejam discutidas e implementadas.

A disponibilidade dos EPI nas unidades de saúde é premissa para que os trabalhadores possam usar esses equipamentos na prestação de cuidados. Os EPI, descartáveis ou não, deverão ser oferecidos pelos empregadores aos trabalhadores que executam atividades que ofereçam risco, em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição. Salientamos ainda que é dever dos profissionais usá-los⁹.

Nas salas onde os procedimentos observados neste estudo eram realizados, verificamos que a disponibilização de jaleco e luvas foi satisfatória. O mesmo não ocorreu com relação a óculos de proteção, gorro e máscara, já que esses não foram encontrados disponíveis aos profissionais, em quantidade suficiente, nas salas de exame colpocitológico e de vacinas.

A Tabela 2b apresenta os registros a respeito do uso dos EPI recomendados para cada procedimento incluído neste estudo, identificado no momento da observação.

Tabela 2b: Uso do equipamento de proteção individual por profissionais de enfermagem, durante a realização dos procedimentos observados em Unidades de Saúde do Distrito Sanitário Leste de Goiânia - GO

EPI	Vacinas		Curativos		E. Colpo- citológico		Teste da Mamãe		Teste do Pezinho	
	(n=77)		(n=28)		(n=24)		(n=9)		(n=11)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Jaleco	58	75,3	19	67,8	14	58,3	8	88,8	2	18,2
Sapato fechado	38	49,3	14	50,0	14	58,3	5	55,5	0	0
Luvas	-	-	23	82,1	21	87,5	9	100,0	11	100,0
Máscara	-	-	19	67,8	4	16,6	-	-	0	0
Gorro	-	-	19	67,8	-	-	-	-	0	0
Óculos de Proteção	-	-	0	0	-	-	-	-	0	0

(-) Uso não obrigatório para realização dos referidos procedimentos

Os EPI com maior índice de adesão foram as luvas com índices que variaram de 82,1% a 100,0%, enquanto que para os óculos de proteção não houve adesão. Salientamos que apesar dos componentes culturais relacionados ao uso de jaleco branco por profissionais de saúde, o índice de adesão a este equipamento variou entre 18,2% a 88,8%.

A proximidade com a comunidade, exigida pelos pressupostos da atenção básica, pode influenciar na atitude desses profissionais, já que o clima de informalidade acaba surgindo no relacionamento entre profissional e usuário. A adesão ao EPI ainda representa um desafio na prática profissional na área da saúde e a subjetividade participa dos aspectos intervenientes dessa adesão²⁰.

É interessante observar que em uma mesma unidade um determinado EPI é disponibilizado para alguns procedimentos e para outros não, como foi o caso das máscaras, que não eram disponibilizadas na sala do teste do pezinho e parcialmente para os exames colpocitológicos. Parece que os EPI são distribuídos para os locais onde tradicionalmente são utilizados e que, possivelmente, o risco seja mais

explícito. Percebemos nessa situação que falta alguém na equipe que atue indicando os EPI necessários a cada situação e explicita com clareza sua necessidade. Acreditamos que esse é um papel inerente ao enfermeiro da equipe.

Os óculos de proteção estavam disponíveis para metade dos procedimentos e não houve adesão. Embora não possamos assegurar o uso apenas fornecendo os EPI, porém, de forma concreta, a sua indisponibilidade inviabiliza a adesão.

Ressaltamos que o uso de óculos e máscara é recomendado em procedimentos que gerem projeções, respingos e/ou aerossóis de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções⁴. Esses riscos estão presentes na realização de teste do pezinho, exame colpocitológico e de curativos.

Esta realidade nos possibilita descrever um cenário de negligência por parte de profissionais e gestores no que se refere ao risco biológico presente nas práticas assistenciais desenvolvidas pela atenção básica, considerando que as leis que regem esse assunto e seus desdobramentos são de domínio público e o dever de serem cumpridas lhes é intrínseco. As falhas relacionadas à provisão dos EPI, ao não uso desses quando disponíveis e à incipiente fiscalização e cobrança traduzem uma postura que parece ignorar os riscos associados à ausência de tais cuidados.

Dentre os riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde, um estudo de revisão constatou que o risco biológico foi abordado em 66,7% dos estudos analisados e considerados como frequente fator de periculosidade e insalubridade nesse ambiente de trabalho²¹. Foi verificado em um Centro Municipal de Saúde, grande número de acidentes com perfurocortantes, relacionados à necessidade de manter-se em estado de constante atenção, ritmo de trabalho intenso e interrupção recorrente²².

CONCLUSÃO

Verifica-se que há adesão inadequada à higiene de mãos e ao uso de EPI por parte dos trabalhadores da Atenção Básica atuantes no Distrito Sanitário em estudo.

Os baixos índices de HM, somados a não adesão à técnica correta compõem um comportamento de risco que pode afetar tanto a saúde do profissional quanto a do usuário. Observamos que esses profissionais não utilizaram vários dos EPI indispensáveis à manutenção da segurança na realização de suas práticas. Mesmo em ocasiões nas quais todos os EPI indicados se faziam presentes a adesão não foi satisfatória.

Acreditamos, porém que as falhas relativas à disponibilidade desses equipamentos nos serviços integrantes do estudo podem influenciar a baixa adesão aos mesmos. Se esses recursos estivessem disponíveis em todas as oportunidades necessárias, profissionais conscientes da importância de sua utilização poderiam ter se protegido.

Lembramos, portanto da necessidade de que se realize uma gestão com provisão e previsão de recursos materiais adequados e condizentes com a realidade e demanda de cada setor.

Acreditamos que ações educativas voltadas à consolidação de uma prática profissional consciente do risco biológico envolvido nas várias ações dos PAS são necessárias para que ocorra uma maior adesão às PP. Apontamos ainda a necessidade de que comissões de controle de infecção sejam compostas para atuar nos diversos distritos sanitários, orientando e supervisionando tanto o uso quanto a provisão desses recursos.

Recomendamos reforços nos programas de educação continuada e treinamento em serviço, dentro das políticas públicas voltadas para a Atenção Primária, nas Unidades de Saúde, de práticas de prevenção e controle de infecções e segurança ocupacional. Os dados encontrados reforçam a necessidade de maior investimento nas ações de proteção ao trabalhador e ao usuário, bem como, na gestão dos serviços possibilitando um adequado planejamento de demanda e oferta de EPI.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República; Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília (Brasil): Presidência da República; 1988 [cited 2011 jan 25]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
2. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
3. Melo DS. Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2005.
4. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. Am J Infect Control

[Internet]. 2007;35(10 Suppl 2):S65-164. Available from: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0196-6553/PIIS0196655307007407.pdf>.

5. Ministério do Trabalho. Normas regulamentadoras: segurança e medicina do trabalho. 48th ed. São Paulo: Atlas; 2001.

6. Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Contamination risks caused by occupational accidents with cutting and piercing material among nursing workers. *ev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(1):36-42.

7. Lima LF, Leventhal LC, Fernandes MPP. Identificando os riscos do usuário hospitalizado Einstein. 2008; 6(4):434-8

8. Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996;17(1):53-80.

9. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho e Emprego; 2005.

10. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 6 – Equipamento de proteção individual [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho e Emprego; 1978 [cited 2011 jan 25]. Available from: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_06.pdf.

11. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.

12. Martins KA, Tipple AFV, Souza ACS, Barreto RASS, Siqueira KM, Barbosa JM. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. *Ciênc. cuid. saúde*. 2008; 7(4):485-92.

13. Freire ILS, Farias GM, Ramos CS. Prevenindo pneumonia nosocomial: cuidados da equipe de saúde ao usuário em ventilação mecânica invasiva. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2006 [cited 2011 jan 25];8(3):377-97. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a09.htm.

14. Garcia-Zapata MRC, Souza ACS, Guimarães JV, Tipple AFV, Prado MA, Garcia-Zapata MTA. Standard precautions: knowledge and practice among nursing and medical students in a teaching hospital in Brazil. *Int J Infect Control*. 2010;6:1-8.
15. Martinez MR, Campos LAAF, Nogueira PCK. Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. paul. pediatr.* [Internet]. 2009 [cited 2010 jan 4];27(2): 179-185. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n2/10.pdf>.
16. Scheidt KLS, Carvalho M. Avaliação da prática da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividades lúdico-educativas. *Rev. enferm. UERJ*. 2006;14(2):221-5.
17. Oliveira AC, Werly A, Ribeiro MR, Neves FAC, Fernandes Junior FF, Oliveira Junior FS. Handwashing adhesion between the multiprofessional team of the infantile intensive care unit. A descriptive study. *Online Braz J Nurs.* [Internet]. 2007 [cited 2011 jan 25];6(1). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/issue/view/6>
18. Barreto RASS, Rocha LO, Souza ACS, Tipple AFV, Suzuki K, Bisinoto SA. Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009 [cited 2011 jan 25];11(2):334-40. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm>
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Manual desegurança do usuário – higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008. 100 p
20. Gir E, Takahashi RF, Oliveira MAC, Nichiata LYI, Ciosak SI. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(3):245-53.
21. Chiodi BM, Marziale MHP. Riscos ocupacionais n Trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta paul. enferm.* 2006;19(2):212-7.
22. Farias SNP, Zeitoune RCG. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. *Rev. enferm. UERJ*. 2005;13(2):167-74.

6. CONCLUSÃO

Esse trabalho possibilitou caracterizar o risco biológico presente nas atividades desenvolvidas na atenção básica para profissionais e usuários. Esse risco é potencializado pela adesão insatisfatória à higiene de mãos e ao uso de EPI por parte dos trabalhadores atuantes em um Distrito Sanitário de Goiânia - GO.

A caracterização do risco se firma na natureza dos procedimentos desenvolvidos e a exposição a esse risco esteve relacionada ao manuseio de perfurocortantes, possibilidade de contato com sangue, secreções e imunobiológicos, possibilidade de formação de aerossóis, proximidade entre membro puncionado e a face do profissional, grau de agitação e/ou reação inesperada do usuário.

Os baixos índices de HM, somados a não adesão à técnica correta, compõem um comportamento que pode causar danos tanto à saúde do profissional quanto à, do usuário. Foi identificado que esses profissionais não utilizaram vários dos EPI indispensáveis à manutenção da segurança na realização de suas práticas. Mesmo em ocasiões nas quais todos os EPI indicados se faziam presentes, a adesão não foi satisfatória.

Acredita-se, porém, que as falhas relativas à disponibilidade desses equipamentos nos serviços integrantes do estudo podem influenciar a baixa adesão aos mesmos. Se esses recursos estivessem disponíveis em todas as oportunidades necessárias, profissionais conscientes da importância de sua utilização poderiam ter se protegido. Lembra-se, portanto, da necessidade de que se realize uma gestão com provisão e previsão de recursos materiais adequados e condizentes com a realidade e demanda de cada setor.

Ações educativas, voltadas à consolidação de uma prática profissional consciente do risco biológico envolvido nas várias ações dos PAS, são necessárias para que ocorra uma maior adesão às PP. O enfermeiro, como líder dessa equipe, deve ser estimulado a desenvolver ações pautadas pela segurança e pelo compromisso de minimizar o risco biológico inerente à sua prática, atuando ainda com ações educativas nesse contexto. Os resultados desse estudo apontam para a necessidade de que comissões de controle de infecção sejam compostas para atuar

nos diversos distritos sanitários, orientando e supervisionando tanto o uso quanto a provisão desses recursos.

Apesar da maior parte dos estudos que tratam da exposição ao risco biológico estar relacionada ao ambiente hospitalar, considera-se importante a aplicação desses à realidade da AB, já que o risco e os patógenos podem estar presentes em todos os locais da realização de cuidados. É necessário que mais estudos sejam feitos nessa área para que ocorra um maior aprofundamento do tema e que alternativas e soluções para seus problemas sejam encontradas.

Sugere-se ainda que a população seja informada sobre o risco ao qual é exposta, quando os profissionais dos serviços de saúde não seguem as PP. Acredita-se que o controle social poderia atuar, positivamente, na busca por condições mais seguras tanto a profissionais de saúde quanto a usuários.

REFERÊNCIAS

- Almeida ABS, Albuquerque MBM. Biossegurança: um enfoque histórico através da história oral. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2000;7(1):171-83.
- Almeida ANG, Tipple AFV, Souza ACS, Brasileiro ME. Risco biológico entre os trabalhadores de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*. 2009;17(4):595-600.
- Almeida CAF, Benatti MCC. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):120-6.
- Almeida CAF, Benatti MCC. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):120-6.
- Almeida VCF, Damasceno MMC, Araújo LT. Saúde do trabalhador de saúde: análise das pesquisas sobre o tema. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(3):335-40.
- Alves M. Como escrever teses e monografias: um roteiro passo a passo. Rio de Janeiro: Campus; 2003.
- Alves SSM, Passos JP, Tocantins FR. Acidentes com perfurocortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de biossegurança. *Rev. enferm. UERJ*. 2009;17(3):373-7.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Boletim Informativo do Ministério da Saúde. Programa de controle de infecção hospitalar. Lavar as mãos: informações para profissionais de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1989.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Segurança do paciente: Higienização das mãos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância, Ministério da Saúde. Decreto nº 77.052/PR de 19 de janeiro de 1976. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1976.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância, Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Secretaria de Ações em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.

APECIH - Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde. São Paulo: APECIH; 2003.

APECIH - Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Prevenção e controle de infecções associadas à assistência médica extra-hospitalar: ambulatoriais, serviços, diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência. São Paulo: APECIH; 2004.

APECIH - Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH; 2010.

Balsamo AC, Felli VEA. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(3):346-53

Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(6):780-6.

Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(6): 907-16.

Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*. St Louis: Elsevier; 2005.

Caixeta RB, Barbosa-Branco A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. *Cad Saude Publica*. 2005;21(3):737-46.

Canini SRMS, Gir E, Machado AA. Acidentes com material biológico entre trabalhadores dos serviços de apoio hospitalar. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(4):496-500.

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(5):818-23.

Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med*. 1997;337(21):1485-90.

Cardoso ACM, Figueiredo RM. Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF). *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(3):368-372.

Carvalho JFS, Chaves LDP. Supervisão de enfermagem no uso de equipamento de proteção individual em um hospital geral. *Cogitare Enferm*. 2010;15(3):513-20.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the healthcare infection control practices

advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand hygiene task force. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(RR-16):1-45, quiz CE1-4.

CECIH - Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Programa de prevenção ao acidente profissional com material biológico. Goiânia: SES/GO; 2003.

Cespedes LDM, Sarquis LMM, Scussiato LA, Miranda FMD, Júnior AVS. Estudo da adesão de trabalhadores com acidentes de trabalho notificados. *Cogitare Enferm.* 2010;15(2):245-9.

Chiodi BM, Marziale MHP. Riscos ocupacionais entre Trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta paul. enferm.* 2006;19(2):212-7.

Chiodi MB, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Occupational accidents involving biological material among public health workers. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007;15(4):632-8.

Cirelli MA, Figueiredo RM, Mascarenhas SHZ. Adherence to standard precaution in the peripheral vascular access. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007;15(3):512-4.

CONAMA - Conselho Nacional do Meio Ambiente; Ministério do Meio Ambiente. Resolução 358 de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério do Meio Ambiente; 2005.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2011 jan 25]. Epidemiológicas e Morbidade. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>.

Dealey C. Cuidando de Feridas: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 2001.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6 - 12 de setembro de 1978. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

Farias SNP, Zeitoune RCG. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. *Rev. enferm. UERJ.* 2005;13(2):167-74.

Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção Hospitalar e suas interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.

Filho CG; Filho JVM; Gomes MM; Luquetti, AO. Triagem pré-natal ampliada: Teste da mamãe. *Vita et Sanitas Trindade-Go.* 2009; 1(3):101-109.

Freire ILS, Farias GM, Ramos CS. Prevenindo pneumonia nosocomial: cuidados da equipe de saúde ao usuário em ventilação mecânica invasiva. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2006 [cited 2011 jan 25];8(3):377-97. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a09.htm.

Garcia-Zapata MRC, Souza ACS, Guimarães JV, Tipple AFV, Prado MA, Garcia-Zapata MTA. Standard precautions: knowledge and practice among nursing and medical students in a teaching hospital in Brazil. *Int J Infect Control.* 2010;6:1-8.

- Garner JS, Simmons BP. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. *Infect Control*. 1983;4(4 Suppl):245-325.
- Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996;17(1):53-80.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3rd ed. São Paulo: Atlas; 1991.
- Giomo DB, Freitas FCT, Alves LA, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Rev. enferm. UERJ*. 2009;17(1):24-9.
- Gir E, Takahashi RF, Oliveira MAC, Nichiata LYI, Ciosak SI. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(3):245-53.
- Gisselquist D, Upham G, Potterat JJ. Efficiency of human immunodeficiency virus transmission through injections and other medical procedures: evidence, estimates, and unfinished business. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006 Sep;27(9):944-52.
- Gomes AC, Agy LL, Malaguti SE, Canini SRMS, Cruz EDA, Gir E. Acidentes ocupacionais com material biológico e equipe de enfermagem de um hospital-escola. *Rev. enferm. UERJ*. 2009; 17(2):220-3
- Guadagnin SVT, Tipple AFV, Souza ACS. Avaliação arquitetônica dos centros de material e esterilização de hospitais do interior do estado de Goiás. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2007 [cited 2011 jan 25];9(3):656-73. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a07.htm>.
- Health Protection Agency Centre for Infections, National Public Health Service for Wales, CDSC Northern Ireland and Health Protection Scotland. Eye of the Needle. Surveillance of Significant Occupational Exposure to Bloodborne Viruses in Healthcare Workers [Internet]. London: HPA; 2008. Available from: http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1227688128096.
- Lacerda RA, Jouclas VMG, Egrý EY. A face iatrogênica do hospital: as demandas para o controle das infecções hospitalares. São Paulo: Ateneu; 1996.
- Larson EL, Cimiotti J, Haas J, Parides M, Nesin M, Della-Latta P et al. Effect of antiseptic handwashing vs alcohol sanitizer on health care-associated infections in neonatal intensive care units. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(4):377-83.
- Lopes ACS, Oliveira AC, Silva JT, Paiva MHRS. Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(6):1387-96.
- Loureiro LA, Gomes AC, Malaguti SE, Canini SRMS, Machado AA, Gir E. Adesão de profissionais de enfermagem ao seguimento clínico após exposição ocupacional com material biológico. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009 [cited 2011 mar 02];11(2):303-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a10.htm>.
- Malaguti SE, Hayashida M, Canini SRMS, Gir E. Enfermeiros com cargos de chefia e medidas preventivas à exposição ocupacional: facilidades e barreiras. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):496-503.

Martinez MR, Campos LAAF, Nogueira PCK. Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. paul. pediatr. [Internet]. 2009 [cited 2010 jan 4];27(2): 179-185. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n2/10.pdf>.

Martini AC. Lavagem das mãos no olhar de trabalhadores de enfermagem [thesis]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem/UFGRS; 2003. 116 p.

Martins KA, Tipple AFV, Souza ACS, Barreto RASS, Siqueira KM, Barbosa JM. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. Ciênc. cuid. saúde. 2008; 7(4):485-92

Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Contamination risks caused by occupational accidents with cutting and piercing material among nursing workers. ev Lat Am Enfermagem. 2004;12(1):36-42.

Marziale MHP, Rodrigues CM. The scientific production on occupational accidents with needlestick materials among members of the nursing team. Rev Lat Am Enfermagem. 2002;10(4):571-7.

Ministério da Educação e Saúde Pública. Lei nº 378 – de 13 de janeiro de 1937. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde Pública; 1937 [cited 2011 jan 25]. Available from: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75953>.

Ministério da Saúde. Lei nº 2312, de 03 de setembro de 1954. Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde. Brasília (Brasil): Diário Oficial da União; 1954.

Ministério da Saúde. Anais da 1ª Conferência Nacional de Educação e Saúde. Serviço de Documentação. Projeto n.5. Niterói: Fundação Municipal de Saúde; 1963.

Ministério da Saúde. Anais da 4ª Conferência Nacional de Educação e Saúde. Recursos Humanos para atividade de saúde. Rio de Janeiro: Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública;1967.

Ministério da Saúde. V Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1975 [cited 2011 jan 25]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf.

Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde; 1987.

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1998.

Ministério da Saúde. Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002a.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1679/GM Em 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002b.

Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de

serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004a.

Ministério da Saúde. Editora do MS. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília; Ministério da Saúde; 2004b.

Ministério da Saúde. Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (Brasil): Diário Oficial da União; 2005.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010a.

Ministério da saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2010b.

Ministério da Saúde. Portal da saúde. Profissional e Gestor. Vacinação. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; [cited 2011 oct 31]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29489

Ministério do Trabalho e Emprego. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3214 de 08 de Junho de 1978: Normas Regulamentadoras. Segurança e Medicina do Trabalho. São Paulo: Atlas; 1997.

Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho e Emprego; 2005.

Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 939, de 18 de novembro de 2008. Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho e Emprego; 2008a.

Ministério do Trabalho e Emprego. Riscos biológicos. Guia técnico. Os riscos biológicos no âmbito da norma regulamentadora nº 32. Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho; 2008b.

Moraes EFG. Riscos ocupacionais dos trabalhadores atuantes em Unidades de Saúde Pública [monography]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002

Moreira TR, Zandonade E, Maciel ELN. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. Rev Saude Publica [Internet]. 2010 [cited 2011 jan 25];44(2):332-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/14.pdf>.

- Moura JP, Gir E, Canini SRMS. Acidentes ocupacionais com material perfurocortante em um hospital regional de Minas Gerais, Brasil. *Ciencia y enferm.* 2006;12(1):29-37.
- Neves HCC, Ribeiro LCM, Souza ACS, Munari DB, Medeiros M. A influência das relações interpessoais na adesão aos Equipamentos de Proteção Individual. *Sau. & Transf. Soc.* 2011;1(2):84-93.
- Nonino EAPM, Anselmi ML, Dalmas JC. Quality assessment of the wound dressing procedure in patients at a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16(1):57-63.
- Nunes MBG. Riscos Ocupacionais existentes no trabalho dos Enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde no Município de Volta Redonda – RJ [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2009. 169 p.
- Pereira RS, Tipple AFV, Reis C, Cavalcante FO, Belo TKAMC. Análise microbiológica de canetas ocontológicas de alta rotação submetidas à descontaminação com álcool etílico a 70%. *Robrac.* 2008;17(44):124-32
- Padoveze MC, Graziano KU. Limpeza, Desinfecção e Esterilização: Aspectos Gerais de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH; 2010.
- Presidência da República; Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília (Brasil): Presidência da República; 1988 [cited 2011 jan 25]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
- Pinho AA, Mattos MCI. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* [online]. 2002, vol.38, n.3, pp. 225-231.
- Rapparini C, Fernandes GC, Saraceni V, Machado AA. Projeto Riscobiologico.org. Relatório PSBio – Sistema de vigilância de acidentes de trabalho com material biológico em serviços de saúde brasileiros [Internet]. Rio de Janeiro: Riscobiologico.org; 2009 [cited 2011 jan 25]. Available from: http://www.riscobiologico.org/psbio/PSBio_Relatório_200908.pdf.
- Ribeiro FA. Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP; 2007.
- Ribeiro LCM, Souza ACS, Neves HCC, Munari DB, Medeiros M, Tipple AFV. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. *Cienc Cuid Saude.* 2010;9(2):325-32.
- Santos FM, Gonçalves VMS. Lavagem das mãos no controle da infecção hospitalar: um estudo sobre a execução da técnica. *Revista Enfermagem Integrada.* 2009;2(1):152-63.
- Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *Am J Infect Control* [Internet]. 2007;35(10 Suppl 2):S65-164. Available from: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0196-6553/PIIS0196655307007407.pdf>.

Silva AA. Programa de Saúde da Família: trajetória institucional no âmbito do Ministério da Saúde [dissertation]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; 2003.

Starling CEF. Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares na Prática Diária. Belo Horizonte: Editora Cuatiara; 1993.

Talhaferro B, Barboza DB, Oliveira AR. Adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual pela enfermagem. Rev. Ciênc. Méd. 2008,17(3-6):157-66.

Teixeira P, Valle S. Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

Tipple AFV, Aguilari HT, Souza ACS, Pereira MS, Mendonça ACC, Silveira C. Equipamentos de Proteção em centros de material e esterilização: disponibilidade, uso e fatores intervenientes à adesão. Ciênc. cuid. saúde. 2007;6(4):441-8.

Tipple AFV, Pereira MS, Hayashida M, Moriya TM, Souza ACS. Teaching infection control: a theoretical and practical essay. Rev Lat Am Enfermagem. 2003;11(2):245-50.

Yosef A. Alcohols. In: Block SS. Disinfection, sterilization, and preservation. Philadelphia: Lea & Febiger; 2000.

Valle ARMC, Feitosa MB, Araújo VMD, Moura MEB, Santos AMR, Monteiro CFS . Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Esc. Anna Nery [Internet]. 2008 [2011 jan 25];12(2):304-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a16.pdf>.

WHO - World Health Organization. The WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care(Advanced Draft) – Global Patient Safety Challenge 2005 – 2006:”Clean care is safer care”. Geneva: WHO Press [2011 jan 25]; 2006. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/information>.

WHO - World Health Organization. The WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge – a world alliance for safer healthcare – Clean Care is Safer Care. Geneva (xx): WHO Press; 2009

APÊNDICES A e B

**Precauções Padrão para Controle de Infecção: Sua Aplicação
na Prática da Atenção Básica**

Data: ___/___/_____

Unidade de Saúde: _____

Pesquisador responsável pela coleta: _____

Teste do Pezinho

• **Higienização de mãos antes do procedimento**

- () Sim () Não
- Existe pia () Sim () Não
- Torneira acionada manualmente () Sim () Não
- Sabão líquido () Sim () Não
- Papel toalha () Sim () Não
- Retirada de adornos () Sim () Não
- Álcool a 70% () Sim () Não
- Seguindo a técnica () Sim () Não

Tipo: _____

• **Adesão ao EPI:**

- Jaleco () Sim () Não
- Luvas de procedimento () Sim () Não
- Gorro () Sim () Não
- Máscara () Sim () Não
- Sapato fechado () Sim () Não
- Óculos de proteção () Sim () Não
- Processamento após uso () Sim () Não

Uso e manuseio corretos:

Disponível:

- () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não
- () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não
- () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não
- () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não
- () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não
- Se sim, como: _____

• **Anti-sepsia do local da punção com álcool a 70%**

() Sim () Não

• **Condições adequadas de armazenamento de algodão e álcool**

() Sim () Não

• **Lanceta desprezada em recipiente rígido resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificado**

() Sim () Não

• **Tipo de lanceta**

- () Com dispositivo de segurança
- () Sem dispositivo de segurança

• **Luvas e máscara desprezadas em saco de lixo branco leitoso com símbolo de infectante**

() Sim () Não

• **Lixeira para lixo infectante com tampa**

() Sim () Não

• **Lixeira com pedal**

() Sim () Não

• **Higienização de mãos após o procedimento**

() Sim () Não

- Existe pia () Sim () Não
- Torneira acionada manualmente () Sim () Não
- Sabão líquido () Sim () Não
- Papel toalha () Sim () Não
- Retirada de adornos () Sim () Não

Tipo: _____

- Álcool a 70% Sim Não
- Seguindo a técnica Sim Não

Teste do Pezinho – Caracterização do Risco

- Direcionamento da lanceta para a mão do profissional Sim Não
- Direcionamento da lanceta para partes do corpo da pessoa responsável por segurar a criança Sim Não
- Nível de agitação da criança: Nenhum Pouco Moderado Elevado
- Possibilidade de respingos de sangue Sim Não
- Descarte da lanceta imediatamente após o uso Sim Não

Se não, descrever:

Identificação:

Categoria profissional:

Enfermeira Técnico em Enfermagem Auxiliar de Enfermagem

Sexo: M F

Há quanto tempo terminou seu curso de formação profissional:

Há menos de 1 ano

Entre 1 e 5 anos

Há mais de 6 anos

Recebeu algum tipo de qualificação sobre como realizar o **teste do pezinho**?

Sim Não

Se sim, há quanto tempo e quem o ministrou?

**Precauções Padrão para Controle de Infecção: Sua Aplicação
na Prática da Atenção Básica**

Data: ___/___/_____

Unidade de Saúde: _____

Pesquisador responsável pela coleta: _____

Teste da Mamãe

- **Higienização de mãos antes do procedimento** ()Sim ()Não
 - Existe pia ()Sim ()Não
 - Torneira acionada manualmente ()Sim ()Não
 - Sabão líquido ()Sim ()Não
 - Papel toalha ()Sim ()Não
 - Retirada de adornos ()Sim ()Não
 - Álcool a 70% ()Sim ()Não
 - Seguindo a técnica ()Sim ()Não

Tipo: _____

- **Adesão ao EPI:**

- Jaleco ()Sim ()Não
- Luvas de procedimento ()Sim ()Não
- Sapato fechado ()Sim ()Não

Uso e manuseio

Disponível:

corretos:

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| ()Sim ()Não | ()Sim ()Não | ()Sim ()Não |
| ()Sim ()Não | ()Sim ()Não | ()Sim ()Não |
| ()Sim ()Não | ()Sim ()Não | ()Sim ()Não |

- **Anti-sepsia do local da punção com álcool a 70%** ()Sim ()Não

- **Condições adequadas de armazenamento de algodão e álcool** ()Sim ()Não

Se não, especificar: _____

- **Lanceta desprezada em recipiente rígido resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificado** ()Sim ()Não

- **Tipo de lanceta**

- () Com dispositivo de segurança
- () Sem dispositivo de segurança

- **Luvas e máscara desprezadas em saco de lixo branco leitoso com** ()Sim ()Não

símbolo de infectante

- **Lixeira para lixo infectante com tampa** ()Sim ()Não
- **Lixeira com pedal** ()Sim ()Não
- **Higienização de mãos após o procedimento** ()Sim ()Não
 - Existe pia ()Sim ()Não
 - Torneira acionada manualmente ()Sim ()Não
 - Sabão líquido ()Sim ()Não
 - Papel toalha ()Sim ()Não
 - Retirada de adornos ()Sim ()Não
 - Álcool a 70% ()Sim ()Não
 - Seguindo a técnica ()Sim ()Não

Tipo: _____

Teste da Mamãe – Caracterização do risco

- Direcionamento da lanceta para a mão do profissional ()Sim ()Não
- Reação inesperada da gestante () Sim ()Não
- Descarte da lanceta imediatamente após o uso ()Sim ()Não

Se não, descrever:

Identificação:

Categoria profissional:

()Enfermeira

()Técnico em Enfermagem

()Auxiliar de Enfermagem

Sexo:

() M () F

Há quanto tempo terminou seu curso de formação profissional:

()Há menos de 1 ano

()Entre 1 e 5 anos

()Há mais de 6 anos

Recebeu algum tipo de qualificação sobre como realizar o **teste da mamãe**?

()Sim () Não

Se sim, há quanto tempo e quem o ministrou?

**Precauções Padrão para Controle de Infecção: Sua Aplicação
na Prática da Atenção Básica**

Data: ___/___/_____

Unidade de Saúde: _____

Pesquisador responsável pela coleta: _____

Curativos

- **Higienização de mãos antes do procedimento** ()Sim ()Não

- Existe pia ()Sim ()Não
- Torneira acionada manualmente ()Sim ()Não
- Sabão líquido ()Sim ()Não
- Papel toalha ()Sim ()Não
- Retirada de adornos ()Sim ()Não
- Álcool a 70% ()Sim ()Não
- Seguindo a técnica ()Sim ()Não

Tipo: _____

- **Adesão ao EPI:**

- Jaleco ()Sim ()Não
- Luvas de procedimento ()Sim ()Não
- Gorro ()Sim ()Não
- Máscara ()Sim ()Não
- Sapato fechado ()Sim ()Não
- Óculos de proteção ()Sim ()Não
 - Processamento após uso ()Sim ()Não

Uso e manuseio corretos:

Disponível:

- ()Sim ()Não
 - ()Sim ()Não
 - ()Sim ()Não
 - ()Sim ()Não
 - ()Sim ()Não
 - ()Sim ()Não
 - ()Sim ()Não
- Se sim, como: _____

- **Manutenção da técnica asséptica** ()Sim ()Não

Se não, especificar: _____

- **Houve geração de resíduo perfurocortante** ()Sim ()Não

Se sim, descrever: _____

- **Resíduos desprezados em saco de lixo branco leitoso com símbolo de infectante** ()Sim ()Não

- **Lixeira para lixo infectante com tampa** ()Sim ()Não

- **Lixeira com pedal** ()Sim ()Não

- **Higienização de mãos após o procedimento** ()Sim ()Não

- Existe pia ()Sim ()Não
- Torneira acionada manualmente ()Sim ()Não
- Sabão líquido ()Sim ()Não
- Papel toalha ()Sim ()Não
- Retirada de adornos ()Sim ()Não
- Álcool a 70% ()Sim ()Não
- Seguindo a técnica ()Sim ()Não

Tipo: _____

Curativos – Caracterização do Risco

- Possibilidade de respingos de sangue e secreções ()Sim ()Não

Se sim, especificar:

- Contaminação de superfícies ()Sim ()Não

Se não, especificar:

- Limpeza de superfície ()Sim ()Não

Se não, especificar:

- Desinfecção de superfície ()Sim ()Não

Se não, especificar:

- Troca de lençol após o curativo ()Sim ()Não

Se não, especificar

- Conduta com bacias utilizadas

() Enxágue () Encaminhamento para CME () Limpeza () Nenhuma

Especificar:

- Conduta com cubas utilizadas.

() Enxágue () Encaminhamento para CME () Limpeza () Nenhuma

Se sim, especificar:

- Houve contaminação do procedimento ()Sim ()Não

Se sim, especificar:

Identificação:

Categoria profissional:

() Enfermeira () Técnico em Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem

Sexo:

() M () F

Há quanto tempo terminou seu curso de formação profissional:

() Há menos de 1 ano

() Entre 1 e 5 anos

() Há mais de 6 anos

Recebeu algum treinamento sobre como realizar **curativos**?

() Sim () Não

Se sim, há quanto tempo e quem o ministrou?

**Precauções Padrão para Controle de Infecção: Sua Aplicação
na Prática da Atenção Básica**

Data: ___/___/_____

Unidade de Saúde: _____

Pesquisador responsável pela coleta: _____

Citologia Onco-Parasitária/COP

- **Higienização de mãos antes do procedimento** ()Sim ()Não

- Existe pia ()Sim ()Não
- Torneira acionada manualmente ()Sim ()Não
- Sabão líquido ()Sim ()Não
- Papel toalha ()Sim ()Não
- Retirada de adornos ()Sim ()Não
- Álcool a 70% ()Sim ()Não
- Seguindo a técnica ()Sim ()Não

Tipo: _____

- **Adesão ao EPI:**

- Jaleco ()Sim ()Não
- Luvas de procedimento ()Sim ()Não
- Sapato fechado ()Sim ()Não
- Máscara ()Sim ()Não

**Uso e manuseio
corretos:**

Disponível:

- ()Sim ()Não
- ()Sim ()Não
- ()Sim ()Não
- ()Sim ()Não

- **Especulo ginecológico descartável** ()Sim ()Não

- **Espátula de Ayres e escova de coleta endocervical embaladas individualmente** ()Sim ()Não

- **Especulo ginecológico descartável desprezado em saco de lixo branco leitoso com símbolo de infectante** ()Sim ()Não

- **Espátula de Ayre desprezada em saco de lixo branco leitoso com símbolo de infectante** ()Sim ()Não

- **Escova de coleta endocervical desprezados em saco de lixo branco leitoso com símbolo infectante** ()Sim ()Não

- **Luvas desprezadas em saco de lixo branco leitoso com símbolo de infectante** ()Sim ()Não

- **Máscara desprezada em saco de lixo branco leitoso com símbolo de infectante** ()Sim ()Não

- **Lixeira para lixo infectante com tampa** ()Sim ()Não

- **Lixeira com pedal** ()Sim ()Não

()Sim ()Não

• **Higienização de mãos após o procedimento**

- Existe pia ()Sim ()Não
- Torneira acionada manualmente ()Sim ()Não
- Sabão líquido ()Sim ()Não
- Papel toalha ()Sim ()Não
- Retirada de adornos ()Sim ()Não
- Álcool a 70% ()Sim ()Não
- Seguindo a técnica ()Sim ()Não

Tipo: _____

COP – Caracterização do Risco

- Possibilidade de respingos de sangue e secreções ()Sim ()Não

Se sim, especificar:

Contaminação de superfícies ()Sim ()Não

Se sim, especificar:

- Limpeza de superfície ()Sim ()Não

Especificar:

Desinfecção de superfície ()Sim ()Não

Especificar:

Troca de lençol após o procedimento ()Sim ()Não

Se não, especificar a conduta:

Identificação:

Categoria profissional:

()Enfermeira ()Técnico em Enfermagem ()Auxiliar de Enfermagem

Sexo:

()M ()F

Há quanto tempo terminou seu curso de formação profissional:

()Há menos de 1 ano

()Entre 1 e 5 anos

()Há mais de 6 anos

Recebeu algum tipo de qualificação sobre como realizar o **exame de prevenção do câncer de colo de útero**?

()Sim () Não

Se sim, há quanto tempo e quem o ministrou?

**Precauções Padrão para Controle de Infecção: Sua Aplicação
na Prática da Atenção Básica**

Data: ___/___/_____

Unidade de Saúde: _____

Pesquisador responsável pela coleta: _____

Vacinas

- **Higienização de mãos antes do procedimento** () Sim () Não

- Existe pia () Sim () Não
- Torneira acionada manualmente () Sim () Não
- Sabão líquido () Sim () Não
- Papel toalha () Sim () Não
- Retirada de adornos () Sim () Não
- Álcool a 70% () Sim () Não
- Seguindo a técnica () Sim () Não

Tipo: _____

- **Adesão ao EPI:**

- Jaleco () Sim () Não
- Sapato fechado () Sim () Não

**Uso e manuseio
corretos:**

Disponível:

- () Sim () Não
- () Sim () Não

- **Anti-sepsia do local da punção com álcool a 70%** () Sim () Não

- **Lixeira para lixo infectante com tampa** () Sim () Não

- **Lixeira com pedal** () Sim () Não

- **Higienização de mãos após o procedimento** () Sim () Não

- Existe pia () Sim () Não
- Torneira acionada manualmente () Sim () Não
- Sabão líquido () Sim () Não
- Papel toalha () Sim () Não
- Retirada de adornos () Sim () Não
- Álcool a 70% () Sim () Não
- Seguindo a técnica () Sim () Não

Tipo: _____

Vacinas – Caracterização do risco

- Acidente com perfurocortante () Sim () Não
- Contato com sangue () Sim () Não

Se sim, descrever

- Contato com imunobiológico () Sim () Não

Se sim, descrever:

Identificação:

Categoria profissional:

 Enfermeira Técnico em Enfermagem Auxiliar de EnfermagemSexo: M F

Há quanto tempo terminou seu curso de formação profissional:

 Há menos de 1 ano Entre 1 e 5 anos Há mais de 6 anosRecebeu algum treinamento sobre como realizar **vacinas**? Sim Não

Se sim, há quanto tempo e quem o ministrou?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Esta pesquisa está sob orientação da Prof^a Dr^a Anaclara Ferreira Veiga Tipple que atua na área de Controle de Infecção.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final desse documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Dr^a Anaclara Ferreira Veiga Tipple no telefone (62)9973-8921. Em caso de dúvidas sobre seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 32698338 – 32698426.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

O título de nosso projeto é **O controle de infecção na Atenção Básica**. Atuo como colaborador nesta pesquisa e por isso estou aplicando este termo de consentimento. O objetivo do estudo é avaliar aplicação das medidas de precauções padrão em Unidades de Saúde no Distrito Sanitário Leste da cidade de Goiânia. Temos como objetivos específicos: identificar as situações que representam risco de exposição à material biológico para os profissionais de saúde; verificar os equipamentos de proteção individual disponíveis; verificar o processo de limpeza e desinfecção de superfícies das áreas críticas; identificar o reprocessamento de artigos odonto-médico-hospitalares; verificar a estrutura para a higienização das mãos; identificar os resíduos gerados nas unidades e classificá-los de acordo com a resolução número 306/2004 da ANVISA e a resolução número 358/2005 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA); caracterizar o manejo dos resíduos de serviços de saúde, quantificá-los e analisar a segregação desses.

Informamos que sua participação nesta pesquisa não acarretará nenhum tipo de risco, prejuízo ou desconforto. Afirmamos ainda que o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa lhe é garantido. Esclarecemos que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação.

O projeto apresenta relevância e avanços no que se refere a levantar indicadores necessários para implantação do controle de infecção na atenção básica. Os resultados servirão para elaboração de duas dissertações de mestrado e trabalhos de iniciação científica e serão apresentados em Congressos e publicados em revistas científicas.

Serão garantidos o sigilo e o anonimato do informante e da instituição de origem, o que não lhes causarão nenhum dano ou exposição. Esclarecemos também que os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Para tanto, solicitamos a sua colaboração que se dará por meio de participação em uma entrevista. Sua permissão e autorização, não incorrerão em ônus financeiro de sua parte. A sua participação é livre, podendo desistir no momento que julgar conveniente sem nenhum dano ou constrangimento.

Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento que julgar necessário. Demais telefones para contato (62) 9674-5221 (Sergiane); (64) 9968-6329 (Keyti).

De acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas, envolvendo seres humanos, solicitamos sua assinatura, o que representará estar de acordo em participar da pesquisa.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Pesquisadora

Dr^a Anaclara Ferreira Veiga Tipple

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Goiânia, ____/____/____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
RG/CPF _____, concordo em participar do estudo: **O controle de infecção na Atenção Básica**, sob a responsabilidade da pesquisadora Anaclara Ferreira Veiga Tipple. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios, decorrentes de minha participação. Garantiram-me que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito, em participar.

Testemunha (não ligada à equipe de pesquisadores):

Ass: _____

ANEXO A

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 029/09

Goiânia, 29/06/2009

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Dra. Anaclara Ferreira Veiga Tipple

TÍTULO: "O Controle de infecção na atenção básica"

Área Temática: Grupo III

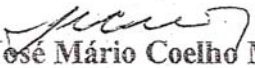
Local de Realização: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, **aprovou sem restrições**, o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória do estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – item 13).


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

ANEXO B



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO
E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Goiânia, 13 de Nov. de 2009

Encaminhamento de Pesquisa

DA: Divisão de Recursos Humanos

PARA: DS Leste / Unidades

Senhor (a) Diretor (a),

Tendo em vista que o projeto de pesquisa O Controle
de Infecções na Atenção Básica
foi autorizado pelo Gabinete e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana, estamos
encaminhando o (a) profissional Coord. Dra. Anoclara
Veiga Teppe para proceder pesquisa científica junto a esta Unidade de Saúde
de Goiânia.

Certos de contarmos com a vossa colaboração, agradeço em
antecipadamente.

Atenciosamente,

R. M. de Almeida
Rafaela Martins Soares
Diretora