

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANDRÉIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE

A BIOSSEGURANÇA NO OLHAR DE ENFERMEIROS

TERESINA

2009

ANDRÉIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

A BIOSSEGURANÇA NO OLHAR DE ENFERMEIROS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr^a Maria Eliete Batista Moura

TERESINA

2009

ANDRÉIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE

A BIOSSEGURANÇA NO OLHAR DE ENFERMEIROS

Dissertação submetida à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Data de Aprovação: ___/12/2009

Prof^a. Dr^a Maria Eliete Batista Moura
Universidade Federal do Piauí – UFPI
Orientadora

Prof^a Dr^a Denise Jodelet
1^a Examinadora

Prof^a. Dr^a Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes
Universidade Federal do Piauí – UFPI
2^a Examinadora

DEDICATÓRIA

Ao meu avô, Dionísio Moura (in memoriam), à minha mãe, Teresinha, e à minha avó, Hilda, referências singulares que me transmitiram o significado pleno de amor, honestidade, solidariedade, determinação e união, e que me ensinaram valores imprescindíveis para minha formação, os quais me fizeram e fazem acreditar e batalhar por meus ideais.

Ao meu amor Joseano, pelo companheirismo, paciência, força e carinho, e por estar sempre me apoiando e me incentivando a continuar, mesmo diante das adversidades.

Às minhas irmãs, Marcela e Priscila, pelo amor, compreensão e por sempre acreditarem na minha capacidade e por me incentivarem na realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e por me conceder força, determinação e coragem na busca pela realização deste sonho.

À minha orientadora e madrinha, Prof^a. Dr^a. Lia Moura, por sua competência e por sempre me apoiar e me incentivar a buscar novos desafios. Obrigada por acreditar em mim!

À Prof^a. Dr^a. Antônia Silva Paredes Moreira, pelo apoio fundamental a esta pesquisa, com suas contribuições enriquecedoras e por me incentivar a aprofundar no campo teórico das Representações Sociais.

Aos enfermeiros participantes deste estudo, que contribuíram para a realização do mesmo, sem os quais seria impossível sua construção.

Às docentes do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem que, através do incentivo e orientação na construção deste conhecimento, proporcionaram uma maior compreensão da minha realidade profissional.

Às colegas do curso de Mestrado, pelo apoio, amizade e colaboração na construção deste conhecimento, por todos os momentos alegres e felizes que vivenciamos juntas. Obrigada!

VALLE, A. R. M. C. A biossegurança no olhar de enfermeiros. Teresina, 2009. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem – Universidade Federal do Piauí.

RESUMO

Na área da saúde, a biossegurança apresenta-se como um desafio para as autoridades governamentais, instituições e profissionais, especialmente dos que trabalham nas áreas críticas dos hospitais, uma vez que estão mais susceptíveis a contrair doenças advindas de acidentes de trabalho, através de procedimentos que envolvem riscos, como a aquisição ou transmissão de infecções cruzadas. O estudo teve como objetivos: conhecer as Representações Sociais da biossegurança elaboradas por enfermeiros e analisar a importância dessas representações na prática de qualidade dos enfermeiros, frente à biossegurança. Trata-se de uma pesquisa exploratória realizada com enfermeiros de um hospital público de Teresina-PI. Os dados foram produzidos através da entrevista, processados no software Alceste 4.8 e feito análise lexical através da Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram apresentados em cinco classes semânticas, a saber: Classe 1- Medidas de biossegurança utilizadas pelos enfermeiros, na qual os enfermeiros expressaram a importância da biossegurança tanto para sua proteção como a dos pacientes, na medida em que reconhecem o uso dos EPI's e a lavagem das mãos como medidas imprescindíveis para a realização dos procedimentos. Classe 2 - Biossegurança e a qualidade da assistência, manifestada através de aspectos positivos e negativos dos enfermeiros, demonstrando que o uso inadequado das medidas de biossegurança aumenta o risco de infecções hospitalares, o tempo de internação e o sofrimento do paciente. Classe 3- Relação da biossegurança com a prevenção e controle das IH, demonstrada pelas descrições dos enfermeiros sobre sua preocupação com a transmissão dessas infecções e seu conhecimento de como elas podem ser evitadas se utilizadas as medidas de biossegurança. Classe 4- Conhecimento frente à biossegurança, evidenciado através da manifestação e explicação das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros. Classe 5- Relação da biossegurança como prática profissional, manifestada por descrições dos enfermeiros sobre a relação direta da biossegurança com a prática cotidiana do cuidar. Estas classes revelaram que os enfermeiros objetivaram a biossegurança pelos vocábulos "mãos", "importante", "prática", "luva", "assistência" e "qualidade". Demonstraram sentimentos de impotência diante do uso efetivo das medidas de biossegurança e da necessidade da implantação de programas de educação permanente que contemplem ações práticas de biossegurança e com isso poder proporcionar uma assistência de melhor qualidade.

Palavras-chave: Enfermagem, Biossegurança, Psicologia Social

VALLE, A. R. M. C. Biosecurity in the eyes of nurses. Teresina, 2009. 98 p. Dissertation (Masters in Nursing) - Nursing Department - Federal University of Piauí.

ABSTRACT

In the area of health, bio-safety is a challenge to government authorities, institutions and professionals, especially those who work in critical areas of hospitals, since they are more susceptible to illness caused by accidental injury at work, through procedures that involve risks, such as the acquisition or cross infection. The study aimed to: understand the Social Representations on Bio-safety prepared by nurses and evaluate the importance of these representations in the practice of quality of nurses, in relation to bio-safety. This is an exploratory research conducted with nurses from a public hospital in Teresina-PI. The data were produced through the interview, processed in software Alceste 4.8 and lexical analysis done by the Descending Hierarchical Classification. The results were presented in five semantic categories, namely: Class 1 – Bio-safety measures used by nurses, in which nurses expressed the importance of bio-safety for both the protection of patients and his own, as they recognize the use of PPE's and hand-washing as measures necessary for the performance of procedures. Class 2 – Relation of bio-safety with the quality of care, demonstrated through positive and negative aspects of nurses, demonstrating that the inappropriate use of bio-safety measures increases the risk of nosocomial infections, length of hospital stay and patient suffering. Class 3 – Relation of bio-safety with the prevention and control of HI, demonstrated by the descriptions of the nurses about their concern about the transmission of these infections and their knowledge of how they can be avoided through the use of bio-safety measures. Class 4 - Knowledge of bio-safety, as revealed by the demonstration and explanation of the difficulties faced by nurses. Class 5 – Relation of bio-safety as professional practice, as expressed by descriptions of the nurses on the direct relationship of the bio-safety with daily care practice. These classes revealed that the nurses perceived bio-safety by such words as "hands", "important", "practice," "glove," "assistance" and "quality ". They demonstrated feelings of impotence in relation to the effective use of bio-safety measures and the need to implement continuing education programs that address bio-safety practices actions, being, thus, able to provide a better quality of care.

Keywords: Nursing, Bio-safety, Social Psychology

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Adquired Immune Deficiency Syndrome
ALCESTE	Analyse dès Lexemes Cooccurrents dans lês Enoncês d'un Texte

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CTNBio	Comissão Técnica Nacional de Biossegurança
EPI's	Equipamentos de Proteção Individual
HGV	Hospital Getúlio Vargas
IH	Infecções Hospitalares
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCE's	Unidades de Contexto Elementar
UCI's	Unidades de Contexto Inicial
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VHB	Vírus Hepatite B

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
CAPÍTULO I	

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	13
CAPÍTULO II	
REFERENCIAL TEORICO.....	22
2.1 A Biossegurança no Contexto dos Serviços de Saúde.....	23
2.2 A Biossegurança como Objeto de Representações Sociais.....	27
CAPÍTULO III	
METODOLOGIA.....	32
3.1 Tipo de Estudo.....	33
3.2 Cenário do Estudo.....	33
3.3 Sujeitos do Estudo.....	34
3.4 Instrumentos de Produção dos Dados.....	34
3.5 Tratamento e Análise dos Dados.....	34
CAPÍTULO IV	
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA BIOSSEGURANÇA POR ENFERMEIROS.....	39
4.1 O campo representacional	40
4.2 As classes e seus significados.....	43
CAPÍTULO V	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES.....	82
ANEXOS.....	86

APRESENTAÇÃO

Atualmente, o tema biossegurança tem provocado muitas discussões no seio da comunidade científica brasileira, resultando na ampliação dos conhecimentos a respeito dessa questão, de maneira que ultrapasse as barreiras de sua dimensão estritamente biológica, voltada para o controle e produção de organismos

geneticamente modificados. Dessa forma, é fundamental que o debate entre os estudiosos esteja relacionado também à promoção da saúde no ambiente de trabalho, na tentativa de despertar uma consciência maior por parte dos profissionais de saúde para o perigo da transmissão de agentes infecciosos tanto para si mesmos como para os pacientes e o ambiente.

A garantia de uma efetiva segurança nos serviços de saúde para profissionais e clientes tem sido um desafio pela exposição constante aos riscos ocupacionais, além dos riscos de infecções cruzadas. Apesar das dificuldades apresentadas e de todas as opiniões e imagens negativas que envolvem as instituições públicas de saúde, é possível enfrentar essa problemática modificando a situação, se gestores e profissionais adotarem as normas de biossegurança de forma integrada, envolvendo também paciente e família no processo de cuidar.

Para que seja assegurado o controle e prevenção de infecções cruzadas nos serviços de saúde é necessária, além da utilização de material esterilizado e ambiente limpo, a sensibilização dos profissionais quanto a adoção de técnicas assépticas durante a realização dos procedimentos e o estabelecimento, por parte dos gestores da instituição, de normas de biossegurança que garantam ao profissional uma segurança ocupacional e, ao paciente, um tratamento sem riscos de contaminação.

Porém, o que se pode verificar nos hospitais públicos brasileiros são momentos de sofrimento e de dor dos pacientes internados com diagnóstico de infecção, bem como situações nas quais existe alto risco de contaminação por acidentes ocupacionais para os profissionais, muitas vezes por falta de estrutura e condições adequadas de trabalho.

Apesar disso, parte dos administradores e profissionais de saúde parece não se sensibilizar com essa situação, no sentido de adotar estratégias para prevenir essas infecções, conforme a responsabilidade de cada um. Observa-se que esses indivíduos desenvolvem suas tarefas de acordo com as condições oferecidas, muitas vezes, sem questionar seus direitos como trabalhadores e os dos clientes sob seus cuidados.

Essas condições de trabalho incomodam bastante alguns profissionais, principalmente os que se mostram comprometidos com a humanização do cuidado. Percebe-se que o ato de cuidar, levando-se em consideração a utilização das medidas de biossegurança, necessita estar mais presente no cotidiano dos trabalhadores envolvidos na assistência à saúde, pois a priorização desse

comportamento é fundamental para a recuperação dos pacientes bem como para a segurança dos profissionais.

Assim, na área da enfermagem, especificamente o profissional enfermeiro, tem papel fundamental no que diz respeito à utilização das normas e medidas de biossegurança para o controle e prevenção de infecções, tanto para os pacientes como para os profissionais, devido ao fato de ser responsável pela coordenação de equipes de técnicos e auxiliares que participam da assistência aos pacientes.

Considerando-se que qualquer manifestação de conhecimento humano tem uma história e um contexto social, é importante que se reflita sobre a temática da biossegurança como fenômeno psicossocial complexo construído pelos enfermeiros, no seu grupo de pertença, observando que a efetiva adoção dessas medidas não depende meramente do conhecimento científico que esses sujeitos têm sobre o risco de contaminação, mas que envolve questões muito mais abrangentes como a subjetividade e o conhecimento socialmente elaborado e compartilhado por eles no cotidiano de trabalho.

Assim, este trabalho está inserido na linha de pesquisa “O processo de cuidar em saúde e enfermagem” do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Encontra-se delineado por capítulos, a saber, capítulo I, que trata da delimitação do problema e construção do objeto de estudo, sua justificativa e relevância, bem como as questões norteadoras e os objetivos.

Em seguida, o capítulo II, com o referencial teórico do estudo referente à biossegurança no contexto dos serviços de saúde e como objeto das representações sociais. São descritos aspectos importantes sobre a problemática da biossegurança, levando-se em consideração algumas linhas de pesquisa e pensamento de diversos autores, através de um resgate histórico sobre o tema, desde o surgimento das primeiras preocupações com o desenvolvimento de atividades biológicas que geram riscos à saúde, até a legalização da biossegurança no Brasil, através de decretos e resoluções.

Além disso, ainda neste capítulo, são descritos outros aspectos, como o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) para a prevenção e o controle das Infecções Hospitalares (IH) e acidentes ocupacionais. Também se apresenta como suporte teórico para o estudo a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, que possibilitou a apreensão do conhecimento cotidiano e não especializado dos enfermeiros para a compreensão do fenômeno da biossegurança,

expresso através de situações que envolvem o saber desses sujeitos sobre objetos e assuntos presentes na sua realidade.

No capítulo III, apresenta-se a metodologia utilizada durante a investigação para a compreensão do problema, segundo a abordagem aplicada. Nele são descritos e caracterizados o cenário e os sujeitos da pesquisa, o método, os instrumentos e procedimentos de produção e tratamento dos dados, bem como o tipo de análise a ser realizada com os resultados.

Em seguida, no capítulo IV, “Representações Sociais da Biossegurança por Enfermeiros”, são apresentados os resultados da pesquisa e a posterior análise do conhecimento prático e cotidiano em confronto com o conhecimento científico dos enfermeiros sobre a biossegurança, de maneira articulada com os processos teóricos e metodológicos do estudo.

No capítulo V, apresenta-se as considerações finais do estudo, seguido das referências, apêndices e anexos utilizados nessa pesquisa.

CAPÍTULO I

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O conceito de biossegurança começou a ser abordado no meio científico na Califórnia, na década de setenta, quando a comunidade científica iniciou a discussão sobre os impactos da engenharia genética na sociedade e os aspectos de proteção dos pesquisadores e demais profissionais envolvidos nas áreas em que se realiza um projeto de pesquisa, destacando-se nesta época uma maior atenção aos riscos biológicos para a saúde ocupacional do trabalhador (GOLDIM, 1997).

Apesar da biossegurança no Brasil estar formatada legalmente para tratar da minimização dos riscos em relação aos organismos modificados geneticamente (Lei 8.974/1995), sua abrangência é muito mais ampla pois envolve os organismos não geneticamente modificados e suas relações com a promoção de saúde no ambiente de trabalho, no meio ambiente e na comunidade (GARCIA; RAMOS, 2004).

Na área da saúde, a biossegurança suscita reflexões por parte dos profissionais, especialmente dos que trabalham nas áreas críticas dos hospitais, uma vez que estão mais suscetíveis a contrair doenças advindas de acidentes de trabalho, através de procedimentos que envolvem riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais.

Nos serviços de saúde, os riscos biológicos são os mais comuns. Entre esses, existe densa população microbiológica causadora de infecções cruzadas, por contato com sangue e outros fluidos corporais. Esse risco aumentou após o surgimento da síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS e do crescimento do número de pessoas infectadas pelos vírus da hepatite B e C (MASTROENI, 2006).

Na prática, nem todos os profissionais de enfermagem que atuam em ambientes semi-críticos ou críticos adotam as medidas de biossegurança necessárias à sua proteção durante a assistência que realizam, o que pode ocasionar agravos à sua saúde e à do cliente sob seus cuidados (CORREA; DONATO, 2007). Contudo, o emprego de práticas seguras e o uso de equipamentos de proteção adequados reduzem significativamente o risco de acidente ocupacional, fazendo-se necessário, também, a conscientização dos profissionais para utilização de técnicas assépticas e o estabelecimento de normas de conduta e procedimentos que garantam ao profissional e ao paciente um tratamento sem risco de contaminação.

Dessa forma, Biossegurança é definida como:

Conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, riscos que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos (TEIXEIRA e VALLE, 1996; p. 13).

Outro fator importante está relacionado à legalização da biossegurança no Brasil, que está veiculada à Lei 8.974, de 5 de janeiro de 1995, que criou a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), uma dimensão ampla que extrapola a área da saúde e do trabalho, sendo empregada quando há referência ao meio ambiente e à biotecnologia (BRASIL, 1995).

Para Sobrinho; Rodrigues; Silva, (2003), o estudo das questões relativas à adoção de medidas de biossegurança é relevante não só pelos riscos à saúde humana e ao meio ambiente que a não adoção dessas medidas pode causar, como

também, porque a biossegurança articula outras dimensões do social, tais como política e cultura.

Na prática assistencial, os riscos inerentes à prestação dos cuidados de enfermagem aumentam consideravelmente o índice de infecções nos serviços de saúde, visto que os profissionais e clientes são expostos a um ambiente de trabalho que facilita o surgimento de infecções cruzadas, pela grande demanda de pacientes críticos, aliado à realização de procedimentos cada vez mais complexos e invasivos.

Em pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), enfermeiros e auxiliares de enfermagem foram responsáveis por 41% dos acidentes com material biológico no trabalho, acarretando assim o surgimento de infecções cruzadas (CAETANO, *et al.*, 2006).

Enquanto a média mundial do índice de infecção hospitalar é de 5%, o Brasil apresenta um percentual de 15,5% entre os pacientes internados. Embora dentro da média aceita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que varia de 9% a 20%, muito ainda precisa ser feito no país onde a deficiente infra-estrutura do setor de saúde e a falta de informação da população sobre o assunto contribui para a manutenção dessa média (BIBLIOMED, 2001).

Sem dúvida, as infecções hospitalares constituem um grave problema de saúde pública, tanto pela sua abrangência como pelos elevados custos sociais e econômicos. O conhecimento e a conscientização dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, dos vários riscos de transmissão de infecções e das limitações dos processos de desinfecção e esterilização são imprescindíveis para que os mesmos possam tomar as devidas precauções.

Cabe então ressaltar o conceito de Infecção Hospitalar segundo a Portaria Nº 2616/98 do Ministério da Saúde, como sendo aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionado com a internação ou procedimentos hospitalares. Também são consideradas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante esse período (BRASIL, 1998).

A maioria das infecções hospitalares manifesta-se como complicações de pacientes gravemente enfermos, decorrentes de um desequilíbrio entre sua flora microbiana normal e seus mecanismos de defesa. Esse desequilíbrio é provocado por determinadas doenças responsáveis pela hospitalização e procedimentos invasivos ou imunossupressivos a que o doente correto ou incorretamente foi

submetido. Conseqüentemente, algumas infecções hospitalares são evitáveis, outras não (FERNANDES, 2000).

É importante ressaltar que, na aquisição das infecções hospitalares, os microorganismos têm um papel passivo, cabendo ao homem o papel ativo, logo será sobre suas ações o enfoque do controle dessas infecções.

Atualmente, as normas consoantes à biossegurança são motivos de preocupação, tanto por parte da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) quanto pelos serviços de Medicina Ocupacional. A utilização de precauções básicas auxilia os profissionais nas condutas técnicas adequadas à prestação dos serviços, através do uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), de acordo com a Norma Regulamentadora Nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Essas medidas devem gerar melhorias na qualidade da assistência e diminuição de custos e infecções advindos da prática hospitalar tanto para os profissionais como para os clientes e seus familiares (SANTOS *et al*, 2008).

Os equipamentos de proteção individual (EPI's) destinam-se a proteger os profissionais de saúde dos riscos de exposição ou quando houver emanações de produtos químicos e biológicos, dos riscos de cortes com vidrarias, lâminas, ferramentas perfurocortantes contaminadas ou não. Os EPI's podem ainda ser considerados instrumentos de uso pessoal, cuja finalidade é neutralizar a ação de certos acidentes passíveis de causar lesões ao trabalhador e protegê-lo contra prováveis danos à saúde, causados pelas condições de trabalho (SÉCCO *et al*, 2002).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o grande problema da biossegurança não está nas tecnologias disponíveis para eliminar ou minimizar os riscos e, sim, no comportamento e nas práticas cotidianas dos profissionais. Na opinião de especialistas que discutem o tema, "de nada adianta usar luvas de boa qualidade e atender ao telefone ou abrir a porta usando as mesmas luvas, pois outras pessoas tocarão nesses objetos sem proteção alguma". Para eles, é fundamental que os trabalhadores envolvidos em atividades que representem algum tipo de risco inerente à sua saúde e à saúde de outras pessoas, estejam preparados e dispostos a enxergar e apontar os problemas (ANVISA, 2005, p. 989).

Dessa forma, torna-se importante a compreensão da influência do universo cultural na tomada de decisão do ser humano, em que a percepção por parte dos profissionais de saúde acerca da relação existente entre a ocorrência tanto de

acidentes ocupacionais como de infecções cruzadas, com as atitudes e comportamentos adotados durante a prática, é imprescindível para uma melhoria na qualidade da assistência prestada por eles.

Portanto, a importância deste estudo mostra-se a partir da proposta de investigação da biossegurança, enquanto fenômeno social, por acreditar que nesta perspectiva será possível identificar aspectos subjetivos que certamente influenciam nos comportamentos e atitudes dos enfermeiros. Esta busca será apoiada na Teoria das Representações Sociais. Para Moscovici (1978), esta proposta teórica é fruto do diálogo permanente entre indivíduos e grupos, que se adaptam e interagem socialmente.

Segundo Jodelet (2001), representação social é produto de uma atividade de apropriação de uma realidade externa ao pensamento e da elaboração psicológica e social da mesma, constituindo um processo pelo qual se estabelece a relação entre um conteúdo (informações, imagens, opiniões, atitudes) e um objeto a partir de um sujeito (indivíduo, família e comunidade).

Ao refletir sobre as potencialidades e dificuldades dos enfermeiros durante sua prática assistencial, relacionadas ao controle de infecções cruzadas e às normas de biossegurança, surgem questionamentos de como interferir de forma mais reflexiva, crítica e conscientizadora na evolução natural dos comportamentos dos mesmos.

A motivação pelo tema de estudo surgiu ainda como acadêmica de enfermagem, durante o período de estágio no Serviço de Emergência de um hospital público e teve continuação com a minha prática assistencial enquanto enfermeira da Estratégia Saúde da Família.

Na missão assistencial observa-se uma grande demanda e rotatividade de clientes que necessitam de cuidados de enfermagem desde a atenção básica até a de alta complexidade e, nestes espaços de cuidados, percebe-se que pacientes e profissionais estão constantemente expostos a um grande risco de infecções cruzadas e acidentes ocupacionais em decorrência do desuso ou do uso inadequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e ainda pela inobservância às medidas de biossegurança durante a realização de procedimentos de enfermagem.

Percebe-se também nesse ambiente algumas situações adversas que dificultam ou impossibilitam a implementação de medidas de biossegurança eficientes tanto para o controle das infecções hospitalares como para a prevenção

de acidentes ocupacionais como, por exemplo: o comportamento e as opiniões dos profissionais da equipe de saúde na esterilização dos materiais; na realização de procedimentos invasivos; na adoção de precauções em situações de risco que envolvam material biológico (sangue, fezes, secreções etc.). Observa-se que esses profissionais realizam suas atividades de forma fragmentada, sem a sistematização do cuidar na perspectiva do uso de medidas de segurança e prevenção de infecções cruzadas.

Entre essas situações adversas ainda podemos destacar a falta de estrutura dos serviços em relação a recursos materiais e/ou humanos, além da falta de programas de educação permanente com vistas a atualização e motivação dos profissionais na adoção de posturas mais adequadas capazes de assegurar as medidas de biossegurança.

Essa realidade levou-me a questionar sobre o nível de atenção que este problema vem recebendo na área da saúde, especialmente por parte da equipe de enfermagem, visto que muitos profissionais não têm demonstrado preocupação com a questão por desconhecer, ou mesmo por desconsiderar as normas de biossegurança no seu cotidiano de trabalho, conforme observado empiricamente.

Levando-se em consideração a variedade das ações desenvolvidas pelos enfermeiros nas áreas de assistência, administração, ensino e pesquisa, torna-se um desafio o aprendizado consciente e a adoção de comportamentos que obedeçam às medidas de biossegurança.

Segundo Cunha (2005), a maioria dos enfermeiros realiza atividades relacionadas à supervisão de enfermagem, caracterizando-se como uma função administrativa por envolver um contínuo processo de orientação dos demais membros da equipe, no sentido de desenvolvê-los e capacitá-los para o trabalho. Dessa forma, é imprescindível que o enfermeiro, como chefe de equipe, oriente seus colaboradores quanto ao planejamento da assistência aos pacientes fundamentado na utilização das normas de biossegurança, com a finalidade de resguardar a saúde e a vida dos próprios componentes da equipe, dos clientes sob seus cuidados e dos outros profissionais.

Além disso, muitas vezes esses profissionais referem insatisfação com a organização e o funcionamento da instituição de saúde quanto à estrutura física e à falta de recursos humanos e materiais. Também demonstram insatisfação por trabalharem em ambientes insalubres, onde muitas vezes a condição clínica dos pacientes não é favorável, responsabilizando esses fatores pela disseminação das

infecções, sem, no entanto, reconhecer os verdadeiros motivos que impedem a efetiva adoção das práticas de prevenção e precaução. Assim, pode-se considerar que as medidas e normas recomendadas pela Comissão Técnica de Biossegurança (CTNBio) ainda não foram incorporadas nos comportamentos e atitudes dos enfermeiros, conseqüentemente, refletindo de forma negativa na assistência prestada aos pacientes (VALLE *et al.*, 2008).

Os estudos, publicações e discussões relativas ao tema biossegurança retratam pesquisas relacionadas, na maioria das vezes, aos organismos geneticamente modificados, como alimentos transgênicos, sendo escassa a sua produção sobre a importância da biossegurança nos serviços de saúde, e as que existem, referem-se principalmente a índices, taxas de prevalência e ocorrência de acidentes envolvendo profissionais, não existindo muitas investigações a respeito de questões que envolvam a subjetividade dos enfermeiros na assistência à saúde.

Face ao exposto, propõe-se estudar as representações sociais embutidas nas condutas dos enfermeiros relacionadas à biossegurança. Espera-se que a compreensão de tais representações possa estimular um comportamento preventivo na tentativa de diminuir os riscos de contaminação e transmissão de doenças e fornecer subsídios para a elaboração de novas estratégias de enfrentamento dos problemas decorrentes das práticas que ainda não incorporaram as medidas de biossegurança.

É importante enfatizar que a compreensão das práticas dos enfermeiros, desenvolvidas a partir das representações sociais, pode possibilitar novas posturas investigativas. Uma nova visão buscará compreender a complexidade que envolve a biossegurança e não apenas a concepção fornecida por uma legislação ou programa, com normas e procedimentos preconizados para assegurar a manutenção da saúde do profissional em atividades de risco, sem, no entanto, intervir nos aspectos psicossociológicos que levam à inobservância a essas precauções.

Conhecer as representações sociais da biossegurança, portanto, as quais são possuidoras de concepções legitimadas socialmente que orientam e justificam as tomadas de posições dos enfermeiros, permite aos profissionais de saúde o compartilhamento desse contexto histórico e psicossocial, além da possibilidade de apreender, a partir das representações sociais, diferentes conhecimentos sobre a biossegurança.

Dessa forma, realizar este estudo justifica-se pela importância da temática para a Enfermagem, por serem os profissionais dessa área os que permanecem mais tempo com os pacientes, realizando a maioria dos procedimentos, muitos deles, invasivos, ultrapassando as barreiras naturais do organismo. Esses procedimentos, se realizados sem os cuidados, ou sem as medidas de biossegurança necessárias para evitar uma infecção cruzada, podem trazer sérias complicações, resultando no aumento da permanência hospitalar, no custo com a internação e, especialmente, muito sofrimento e insegurança para o paciente.

É importante salientar que este estudo, cujo tema está revestido de preocupação e relevância entre órgãos mundiais de atenção à saúde, principalmente dos trabalhadores, produzirá conhecimentos que servirão de caminho norteador para a enfermagem e demais profissionais da área da saúde, em abordagens relacionadas à criação de uma cultura de biossegurança, em que os riscos à saúde e à vida devam estar relacionados às práticas individuais e/ou coletivas dentro do ambiente de trabalho, além de apontar contribuições na área do ensino, pesquisa e extensão.

A partir dessas inquietações e reflexões sobre comportamentos e posturas inadequadas observadas empiricamente definiu-se como objeto de estudo: as representações sociais da biossegurança elaboradas por enfermeiros.

Para compreender aspectos subjetivos associados à biossegurança e sua importância no dimensionamento dos diferentes comportamentos dos enfermeiros, questiona-se:

1. Quais as representações sociais da biossegurança elaboradas por enfermeiros?
2. Qual a importância das representações sociais na prática de qualidade dos enfermeiros frente à biossegurança?

Para responder a estes questionamentos, este estudo tem os seguintes objetivos:

1. Conhecer as representações sociais da biossegurança elaboradas por enfermeiros;
2. Analisar a importância das representações sociais na prática de qualidade dos enfermeiros frente à biossegurança.

CAPÍTULO II
REFERENCIAL TEÓRICO

Para compreender os pressupostos deste estudo serão apresentados os conhecimentos sobre a biossegurança em seus aspectos históricos, conceituais, legislativos e normativos, com ênfase na discussão sobre os tipos de risco, equipamentos de proteção e dificuldades de adesão às medidas de biossegurança, além de dar suporte à construção e interpretação do objeto de estudo. Este conhecimento, além de contextualizar a biossegurança no âmbito dos serviços de saúde, visualiza a organização da assistência, utilizando essa abordagem, ao mesmo tempo em que a articula com a Teoria das Representações Sociais.

2.1 A Biossegurança no Contexto dos Serviços de Saúde

A preocupação com o desenvolvimento das atividades biológicas que geram risco à saúde é uma característica antiga da humanidade. Após a descoberta das células por Horbert Hooke, em 1665, a ciência tem alcançado grandes avanços na investigação dos mecanismos de geração e transmissão de doenças (MASTROENI, 2006).

A evolução dos conhecimentos científicos e tecnológicos possibilitou, principalmente após a segunda metade do século XX, o desenvolvimento de técnicas de engenharia genética e biologia molecular, levando ao surgimento de um debate de natureza ética e de biossegurança, temas relevantes na área da saúde (HINRICHSEN, 2004).

Na década de 1970, uma série de pesquisas detectou um enorme número de casos de tuberculose, hepatite B e shigelose (doença caracterizada pela presença de diarreia, febre e cólicas estomacais) em profissionais de laboratórios de saúde da Inglaterra e Dinamarca. Desde então, o conceito de biossegurança vem sendo cada vez mais difundido e valorizado. Com a circulação cada vez mais intensa de pessoas e mercadorias no mundo e a possibilidade do uso de vírus e bactérias em atentados terroristas, a preocupação com a biossegurança tem aumentado constantemente, ao passo em que o tema ultrapassa as barreiras de laboratórios e hospitais, com a constatação de que riscos biológicos e químicos estão presentes também em outros ambientes (ANVISA, 2005).

No Brasil, a Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Saúde, de 13 de junho de 1988, a qual aprovou as normas de pesquisa e saúde, poderia ser considerada como a primeira legislação sobre biossegurança. Porém, somente em 1995, com a lei nº 8.974 e o Decreto de Lei nº 1.752, foi que a mesma pôde ser formatada legalmente, através da criação da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) (BRASIL, 1995; BRASIL, 1988).

Em 2002, foi instituída a Comissão de Biossegurança em Saúde, que visa, entre outras atribuições, a acompanhar e a participar da elaboração e reformulação das normas de biossegurança, bem como promover debates públicos sobre o tema (BRASIL, 2002).

Para Souza (2000), entende-se por biossegurança o conjunto de normas e procedimentos considerados seguros e adequados à manutenção da saúde em atividades de risco de aquisição de doenças profissionais. Pode-se considerar, então, que a biossegurança trata da prevenção da saúde do homem.

Segundo Mastroeni (2006), biossegurança ou segurança biológica, refere-se ao uso de conhecimentos, técnicas e equipamentos com a finalidade de preservar a integridade do trabalhador, laboratório e ambiente frente a agentes potencialmente infecciosos.

Com o advento da AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) em 1981 e o primeiro relato de contágio acidental em profissional da saúde, surge uma maior preocupação com a biossegurança. Foram instauradas então, em 1987, as Precauções Universais como recomendação do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), como consequência do desconhecimento sobre as medidas de biossegurança que os profissionais de saúde deveriam tomar para a prevenção da transmissão do HIV e VHB (Vírus Hepatite B). (SOUZA, 2000).

Na área da saúde, pode-se observar um grande número de riscos ocupacionais, considerando-se que o hospital é o principal meio ambiente de trabalho dos profissionais que atuam nessa área. Por isso, a adoção das medidas e normas de biossegurança no trabalho em saúde é condição fundamental para a prevenção de danos aos trabalhadores, qualquer que seja a área de atuação, pois os riscos estão sempre presentes (ANDRADE; SANNA, 2007).

Frente a estes fatores, recomendam-se o uso de precauções com sangue e outros fluidos corpóreos a todos os profissionais de saúde, ao prestar cuidados a todos os pacientes, independente do diagnóstico, considerando que todos os pacientes são potencialmente infectados pelo HIV e VHB (SOUZA, 2000).

Ao analisar as condições de trabalho e os riscos, especificamente para os enfermeiros e sua equipe, Souza (2000) afirma que estes representam a maior parte do contingente da força de trabalho em saúde, assim como apresentam algumas características que justificam e acentuam sua exposição aos riscos ocupacionais, dentre as quais: trabalho em sistema de rodízio, prolongamento de jornadas, altas cargas físicas, baixas remunerações e atividades sujeitas a supervisão de outras pessoas.

Na área da saúde, como em qualquer outra, o acidente no ambiente de trabalho é um fato que pode envolver não apenas os profissionais, como também pacientes, visitantes, instalações e equipamentos. O avanço de técnicas, procedimentos, equipamentos de diagnóstico e a introdução de novos fármacos, acarretam o aumento dos riscos e a possibilidade de erros por parte dos profissionais, durante o exercício de suas funções (BRASIL, 1995).

Segundo Mastroeni (2006), risco pode ser definido como uma condição biológica, química ou física que apresenta potencial para causar dano ao trabalhador, produto ou ambiente. Os agentes biológicos constituem-se o principal e mais antigo risco ocupacional de que se tem notícia, principalmente nos serviços de saúde. A evolução da ciência tem permitido a descoberta de várias doenças infecciosas e seus mecanismos de transmissão.

Felizmente, nos serviços de saúde, as medidas preventivas para o bloqueio da transmissão de infecções entre os pacientes têm sido amplamente pesquisadas. Porém, a cada ano que passa os relatos de transmissão de infecções entre trabalhadores de saúde vem aumentando, causadas por acidentes ocupacionais.

Isso prova que os profissionais pouco valorizam ou fazem uso das medidas de proteção, individuais e coletivas, de eficácia amplamente comprovada. Durante a

realização de suas atividades, os enfermeiros estão sujeitos a vários meios de transmissão de infecções, por contato direto ou indireto com os agentes biológicos, dentre as quais se pode destacar a inalação, a ingestão, a penetração através da pele e por contato com as mucosas, nariz e boca. Por isso a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Segundo Nichide; Benatti (2004), Equipamento de Proteção Individual (EPI) é todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador durante a realização de suas atividades, incluindo luvas, máscaras, aventais, protetores oculares, faciais, respiratórios e de membros superiores e inferiores. Aliado ao uso de EPI's é necessária também a adoção de normas de biossegurança, porém, essas duas características só poderão trazer resultados satisfatórios se houver treinamento adequado para seu desenvolvimento.

No Brasil, estudos sobre a ocorrência de contaminação por HIV, hepatites virais e tuberculose entre os profissionais de saúde são limitados, além de restritos aos profissionais de enfermagem. Com relação ao HIV, o Sistema de Vigilância Epidemiológica identifica como primeiro caso ocorrido em 1994, no município de São Paulo, um acidente ocupacional sofrido por um auxiliar de enfermagem, envolvendo agulha contaminada com sangue (CDC *apud* ANDRADE; SANNA, 2007).

No ambiente hospitalar, a conduta a ser adotada na ocorrência de um acidente ocupacional percutâneo ou com exposição cutânea deve ser: lavagem da lesão com água corrente e sabão, notificação imediata e realização de testes sorológicos (SOUZA, 2000).

Devido ao fato da comunicação do acidente de trabalho ser procedimento facultativo, grande parte dos serviços de saúde, principalmente hospitais, procura estabelecer alguma forma de registro desses acidentes, porém, na prática, há falta de normalização desse procedimento e uma deficiente divulgação junto aos profissionais de saúde quanto à sua importância (CAIXETA; BRANCO, 2005).

Diante disso, percebe-se pouco empenho, principalmente governamental, para discutir as questões relacionadas à biossegurança dos trabalhadores nos serviços de saúde, bem como a necessidade de criação e implementação de novas políticas públicas para garantir a segurança daqueles que cuidam da saúde da população.

Segundo Nichiata *et al.* (2004), o fator de prevenção mais importante é a atitude que cada indivíduo adota, graças a um processo educativo e cultural. Porém, existe uma deficiência na formação do profissional enfermeiro no que tange à sua

sensibilização para medidas em biossegurança na prática, pois é comum o assunto ser abordado de forma sucinta, resultando em conhecimento insuficiente.

Não há dúvida, portanto, de que a falta de uma cultura prevencionista, aliada à falta de educação permanente em biossegurança, tornam-se os principais obstáculos para o enfermeiro agir com precaução, tentando evitar a ocorrência tanto de infecções cruzadas como de acidentes ocupacionais nos serviços de saúde.

Refletindo sobre as normas e leis que tratam da biossegurança, destaca-se como desafio estudar as representações sociais que envolvem as atitudes dos enfermeiros durante a realização de suas atividades no que concerne ao seguimento ou não das orientações preconizadas pela legislação desse programa, o que se acredita ser uma lacuna de pesquisa a ser preenchida, dando resposta àqueles que questionam sobre o porquê dos esforços desenvolvidos não alcançarem uma significativa diminuição tanto das infecções cruzadas quanto dos acidentes de trabalho nos serviços de saúde.

2.2 A Biossegurança como Objeto de Representações Sociais

Segundo Santos *et al.* (2008), representar algo pode significar muitas coisas de várias maneiras, dependendo do contexto ao qual o indivíduo está inserido. Além disso, os grupos e sociedades são constituídos por seres humanos, que por sua vez, possuem desejos, ambições, ideais e que sofrem influência de fatores extrínsecos como o ambiente, o trabalho e a família.

Levando-se em consideração todos os estudos e ações realizadas sobre a biossegurança, entende-se o homem como ser sócio-histórico, em que sua relação com a natureza é constantemente influenciada por fatores sociais de um determinado contexto e período histórico. As várias maneiras pelas quais a biossegurança pode ser representada são possuidoras de concepções legitimadas socialmente e capazes de fornecer subsídios a programas de intervenção em saúde como o de Controle de Infecção Hospitalar e Saúde do Trabalhador, ao passo em que justificam as atitudes, comportamentos e tomadas de posição dos enfermeiros frente a várias situações em diferentes contextos.

Além disso, a relação que se estabelece entre biossegurança e estes profissionais encontra-se permeada de conhecimentos advindos de suas diferentes realidades sociais, que se organizam em verdadeiros emaranhados de significados,

permitindo a apreensão dos acontecimentos do cotidiano, das características do meio ambiente e das informações que envolvem este objeto.

Para Abric (2000), não existe uma realidade objetiva *a priori*, mas, uma realidade em que ocorrem constantes transformações e que, por isso é “reapropriada”, reconstituída pelo sistema cognitivo dos sujeitos que integram um novo objeto em seus sistemas de valores, dependendo de sua história, do seu contexto social e ideológico.

Portanto, não se trata apenas de descrever os aspectos subjetivos da biossegurança, mas de examinar suas relações com fatores de interação social e emocional. Nessa abordagem, existem diferentes concepções a respeito da biossegurança, em cada grupo social e sociedade, e supõe-se que haja troca de novos conceitos e de diferentes formas de saber.

Assim, torna-se importante conhecer o posicionamento dos atores sociais envolvidos, com o intuito de identificar e explorar os fatores que influenciam na implementação da biossegurança nos serviços de saúde, bem como investigar os aspectos psicossociológicos que influenciam as atitudes dos enfermeiros durante a realização de suas atividades.

A partir da década de 1960, a Teoria das Representações Sociais vem sendo aplicada em estudos de diferentes áreas do conhecimento, considerando que sua aplicação, associada a metodologias que lhes são apropriadas, fornece o campo representacional de grupos sociais sobre diferentes objetos de estudo (TURA, 2005).

Nos últimos anos, a teoria e o método das representações sociais têm adquirido força no campo das investigações na área da saúde. No campo da enfermagem, um grande número de pesquisadores tem se interessado por essa abordagem pela possibilidade de estudar a produção simbólica como uma forma de realizar pesquisas mais criativas; pela valorização do saber popular; pela possibilidade de revelar situações do cotidiano da prática não visíveis objetivamente e pelo estudo da sensibilidade e da emoção (TAVARES; TEIXEIRA, 1998).

Moscovici é um teórico que se fundamenta no conceito de representação coletiva desenvolvido por Durkheim (1912) e propõe uma nova concepção teórico-conceitual capaz de atender às questões colocadas pelos problemas da modernidade (CAMARGO, 2005). Ele trata da conceituação e análise de como os indivíduos e grupos são vistos, tanto pelo caráter de comunicação como da expressão e define representações como forma específica do conhecimento que tem

como conseqüência a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.

A Representação Social (RS) é definida como uma forma de conhecimento do senso comum. Ela está diretamente relacionada à maneira como as pessoas entendem e introjetam as informações de acordo com os referenciais que possuem; os indivíduos vão reelaborar o saber científico segundo sua própria conveniência, ou seja, de acordo com os meios e recursos que têm (MOSCOVICI, 2003).

Neste sentido, Farr (2000) explica que Moscovici não desenvolveu essa teoria num “vazio cultural”, tendo se apoiado nos fundadores das ciências sociais, o que permite que seja classificada como uma forma sociológica da Psicologia Social.

Cabe então, ressaltar o conceito de Representação Social, segundo Moscovici:

Um sistema de valores, noções e de práticas tendo uma dupla tendência: antes de tudo, instaurar uma ordem que permite aos indivíduos a possibilidade de se orientar no meio-ambiente social, material e de dominá-lo. Em seguida, de assegurar a comunicação entre membros de uma comunidade, propondo-lhes um código para suas trocas e um código para nomear e classificar de maneira unívoca as partes de seu mundo, de sua história individual ou coletiva (MOSCOVICI, 1978; p. 70).

Essas representações podem ser também compreendidas como uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, tendo uma intenção prática e concorrendo à construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 2001).

Portanto, as Representações Sociais são conjuntos simbólicos/práticos/dinâmicos cujo *status* é o de uma produção e não reprodução ou reação a estímulos exteriores, mas a utilização e seleção de informações a partir de repertório circulante na sociedade. Não são, neste caso, simples “opiniões sobre”, ou “imagens de”, mas verdadeiras teorias coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e à elaboração do real. Assim, representar um objeto, pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, mas em reconstruí-lo, retocá-lo e modificá-lo (MOSCOVICI, 1978).

As Representações Sociais podem ser entendidas, ainda, como produtos de atividades psicossociais autônomas, próprias de uma sociedade e de determinada cultura; são modos de conhecimento e processos simbólicos estudados em relação

com as culturas, nos quais os indivíduos são, direta ou indiretamente, produtos e produtores culturais (Di GIACOMO, 1981).

Na realidade dos serviços de saúde, onde a biossegurança apresenta-se permeada de subjetividade, sendo percebida de diferentes formas pelos profissionais, espera-se que estes possuam representações divergentes, conturbadas e ou ambíguas. Isso porque as diferentes concepções determinam suas práticas assistenciais, justificando e orientando suas atitudes, comportamentos e expectativas, frente às condições de trabalho, às crenças e à cultura desses diferentes sujeitos.

A elaboração e o funcionamento de uma representação podem ser compreendidos através de dois processos que aparecem em fases indissociáveis chamados de objetivação e ancoragem. O surgimento destas fases permite compreender que os processos formadores das representações têm por função atribuir a todo sentido uma figura e a toda figura um sentido (MOSCOVICI, 2003).

A objetivação para Moscovici (2003) é, portanto, um processo que consiste em uma “operação imaginante e estruturante” pela qual se dá uma “forma” ao conhecimento acerca do objeto, tornando concreto um conceito abstrato, reproduzindo-o numa imagem. Ou seja, é traduzir um esquema apenas conceitual em realidade existente e presente no cotidiano.

Esse processo de objetivação se completa, na descrição de Jodelet (2001), constituindo-se de três fases: (a) seleção ou descontextualização das informações, crenças e idéias, pertinentes ao objeto da representação em função de fenômenos culturais e normativos; (b) núcleo figurativo, a partir dos elementos selecionados, organiza em uma esquematização estruturante por um processo psíquico interno pelo qual o indivíduo procura tornar um fato, objeto e/ou conhecimento novo, em algo familiar coerente com o referencial que já traz consigo, ou seja, tornar a visão do objeto coerente com sua visão de mundo; (c) naturalização dos elementos do núcleo figurativo, os elementos do pensamento tornam-se elementos de sua realidade de senso comum. Este é de fato o resultado do processo de objetivação.

O segundo processo se refere à ancoragem, que consiste na interação cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social preexistente. Para Moscovici (2003), assim como a objetivação, a ancoragem se estrutura através de três fases: (a) a atribuição de significado/sentido; (b) a instrumentalização do saber e (c) o enraizamento no sistema de pensamento.

Sendo assim, a ancoragem permite atribuir significação aos objetos/fenômenos estranhos ou desconhecidos que compreendem o sistema particular de categorias dos indivíduos, transformando-os em algo familiar e de utilidade para nossas interações sociais. Consiste na integração da informação sobre o objeto social dentro do sistema de pensamento, a partir de sua constituição. Enquanto fenômeno psicossocial, as representações sociais possuem duas funções: a primeira, de contribuir com os processos de formação de condutas e a segunda, de orientação nas comunicações sociais (MOSCOVICI, 2003).

Pela expansão das pesquisas realizadas sobre a cognição e as práticas sociais, Abric (2000) acrescenta a estas mais duas funções: a “identitária”, que busca manter a especificidade e a imagem positiva do grupo e “justificadora”, a qual permite aos indivíduos manterem ou reforçarem os comportamentos que lhes são próprios, nas relações intergrupais.

Face às duas primeiras funções, elaboradas por Moscovici (1978), as representações sociais poderão influenciar na prática assistencial do enfermeiro envolvido com o fenômeno da biossegurança, considerando que as comunicações e os comportamentos podem orientar o processo de interação social que transformam simbolicamente os objetos/fenômenos representados. Isso porque a biossegurança encontra-se inscrita num contexto ativo, dinâmico, que faz parte da vida dos profissionais de saúde em coletividade como prolongamento de seus comportamentos, tornando-se responsáveis pela qualidade de vida uns dos outros.

Tratar de representações sociais, portanto, implica em considerar que, para se adaptar à sua situação social particular e, mais especificamente, para elaborar, planejar e administrar suas estratégias comportamentais, os enfermeiros utilizem não somente as informações captadas na condição de profissionais da saúde, mas também aquelas já disponíveis no seu sistema particular de categorias as quais são acionadas sempre que necessárias socialmente (BERGER; LUCKMANN, 1991).

Estas informações possibilitarão o conhecimento de suas representações através dos hábitos, costumes e tradições, buscando entendê-las, dando significado à lógica interna de seus discursos, assim como as contradições que possam ocorrer no processo de construção das representações desses sujeitos.

CAPÍTULO III
METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório por possibilitar uma melhor investigação sobre a problemática da pesquisa e para estudar os fenômenos sócio-culturais das representações sociais relacionadas com a biossegurança.

O estudo exploratório é um tipo de pesquisa de campo, no qual se desenvolve uma investigação cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com a finalidade de familiarizar o pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para modificar ou clarificar conceitos (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Dessa forma, para a compreensão da problemática, é fundamental entender como as representações presentes nas falas dos sujeitos ou apreendidas em cenários naturais influenciam nas condutas dos enfermeiros em relação à biossegurança, sobre a qual a veiculação das comunicações encontra-se carregada de sentimentos, crenças, opiniões, imagens e valores, e as representações sociais elaboradas por enfermeiros são difundidas coletivamente, no cotidiano.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido nas áreas críticas do Hospital Getúlio Vargas (HGV), por tratar-se de setores que possuem grande prevalência de infecções cruzadas, devido a realização de muitos procedimentos invasivos e complexos. Esses setores foram: Unidade de Terapia Intensiva I, Unidade de Terapia Intensiva II e a Clínica de Nefrologia.

A escolha do Hospital Getúlio Vargas (HGV), localizado em Teresina - PI deu-se pelo fato deste ser um hospital geral, de grande porte, de ensino, e referência para o Piauí e meio norte do país. O HGV se destaca como maior obra construída do Estado para atendimento médico-hospitalar, desde 1941.

Atualmente, o HGV constitui-se como operacionalizador do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas ações desenvolvidas são embasadas na política que norteia os princípios desse sistema. O referido hospital oferece serviços de atendimento em diversas especialidades: ambulatorial, hospitalar (clínico-cirúrgico) e dispõe de 427

(quatrocentos e vinte e sete) leitos, distribuídos em 04 (quatro) Serviços e 11 (onze) Clínicas Especializadas.

3.3 Sujeitos do estudo

Essa pesquisa teve como sujeitos 18 enfermeiros do quadro efetivo dos setores UTI I (Geral), UTI II (Pronto Socorro) e Nefrologia do HGV, com tempo mínimo de um ano de serviço e atuação na assistência aos pacientes, pois acredita-se que, após este período, os mesmos devem estar familiarizados com as normas e rotinas da instituição hospitalar em estudo (Quadro 1).

Considerando a disponibilidade dos sujeitos em participarem do estudo, foi solicitado que, após aceitação verbal, os mesmos assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A), que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, acordado com os requisitos da Resolução 196/96, que trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos, como por exemplo, a garantia do sigilo e a liberdade de recusa ou retirada do seu consentimento em qualquer fase do estudo (BRASIL, 2003).

3.4. Instrumento de produção dos dados

Para a produção dos dados foi utilizada a técnica de entrevista, por meio de um instrumento do tipo roteiro semi-estruturado, o qual, além de caracterizar os sujeitos através das variáveis fixas, abordou também aspectos como: conhecimento sobre biossegurança, o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), a relação da biossegurança com o controle e prevenção das Infecções Hospitalares, com a prática profissional e com a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

3.5 Tratamento e análise dos dados

Com o intuito de se obter entendimento acerca do objeto deste estudo de acordo com seus pressupostos teóricos e metodológicos, o tratamento e análise dos dados foram realizados através do *software* Alceste 4.8, que recorre à co-ocorrências das palavras nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e resumir informações consideradas mais relevantes, e possui como

referência em sua base metodológica, a abordagem conceitual lógica e dos mundos lexicais (RIBEIRO, 2004).

Este *software*, criado por Reinert, na França, no final dos anos setenta, foi introduzido no Brasil em 1998, sendo cada vez mais difundido nos estudos das representações sociais. Segundo Reinert (1998), este programa pode indicar as representações ou campos de imagens sobre um objeto, ou apenas aspectos de uma representação social, dependendo do conteúdo e da relação estabelecida entre esse objeto e o plano de pesquisa.

O programa apresenta uma organização possível dos dados através de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classes, as relações existentes entre as mesmas, o contexto semântico de cada classe, entre outros. Além disso, o Alceste segmenta o material das respostas das entrevistas dos sujeitos em grandes unidades denominadas de Unidades de Contextos Iniciais (UCI) e em unidades de segmentos denominadas Unidades de Contextos Elementares (UCE).

De posse desse material, é possível explicitar o conteúdo presente no mesmo, denominando e interpretando cada classe a partir de todas as informações fornecidas pelo *software*.

Esse programa toma como base um único arquivo, denominado **corpus**, que é preparado segundo regras e constituído de várias UCIs (Unidades de Contexto Iniciais) que, segundo Camargo (2005), corresponde a um conjunto de entrevistas ou de respostas indeterminadas dos sujeitos participantes de um estudo às questões abertas, cujo documento possua cerca de 1.000 linhas, e aproximadamente 20 páginas de texto, em fonte courier 10, de forma que possa contar o elemento estatístico.

Posteriormente o programa fez a divisão do **corpus** em 166 UCE's (unidades de contexto elementar), com base na ocorrência das palavras em função de suas raízes e procedeu ao cálculo da frequência destas formas reduzidas para finalmente obter um significado das classes produzidas. Para obtenção das classes, foi aplicado o método de classificação hierárquica descendente, onde o teste qui-quadrado (Khi2) dessas formas reduzidas foi igual ou maior a 2,00.

No caso dessa pesquisa, o tratamento e análise dos dados permitiram as deduções sobre a organização das representações sociais dos sujeitos produtores dos discursos, sobre a biossegurança para os enfermeiros e sobre a importância da

mesma para a qualidade da assistência de enfermagem, segundo o Plano de Análise seguinte (Figura 1).

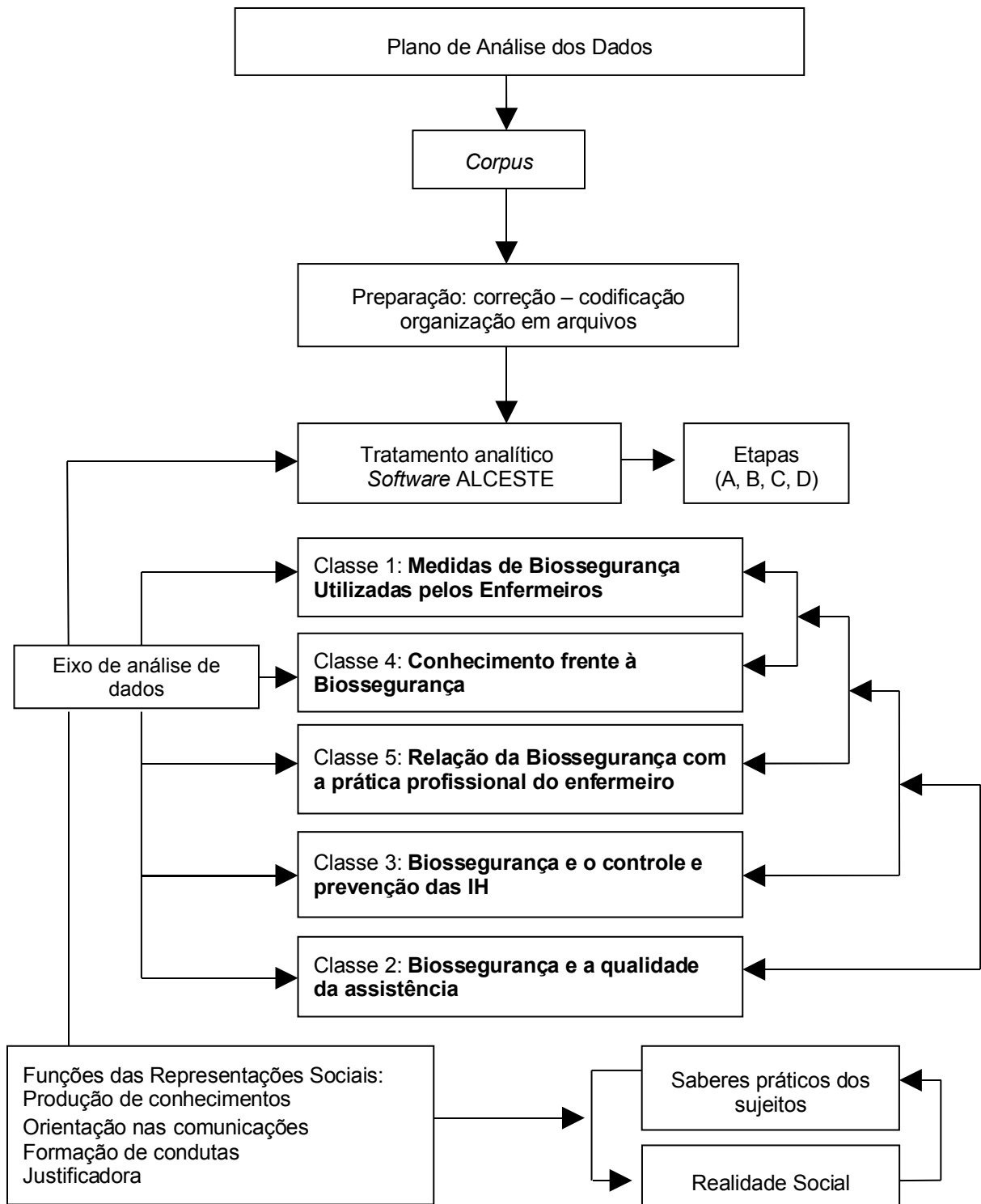


Figura 1: Plano de Análise e Tratamento dos Dados.

Segundo o Plano, a análise qualitativa ocorre após o tratamento dos dados que se inicia com a preparação do **corpus**, através de leituras, correções e codificações das variáveis fixas (Quadro 1)(Reinert, 1998).

SUJEITOS	SEXO	IDADE	TEMPO DE SERVIÇO	SETOR DE TRABALHO
ind_01 a ind_18 (sujeitos entrevistados: 1 a 18)	sex_1 (sexo feminino): 15 sex_2 (sexo masculino): 3	ida_1 (28 a 34 anos):5 ida_2 (35 a 41 anos): 8 ida_3 (42 a 48 anos): 5	temp_1 (1 a 6 anos): 7 temp_2 (7 a 12 anos): 4 temp_3 (13 a 18 anos): 7	trab_1 (UTI I):8 trab_2 (UTI II): 4 trab_3 (Nefrologia): 6

Quadro 1 – Banco de dados para codificação das variáveis fixas

Em seguida, o *corpus* foi processado pelo programa, seguindo as quatro etapas de tratamento analítico do software (A, B, C e D), resumidas no esquema a seguir (Figura 2):

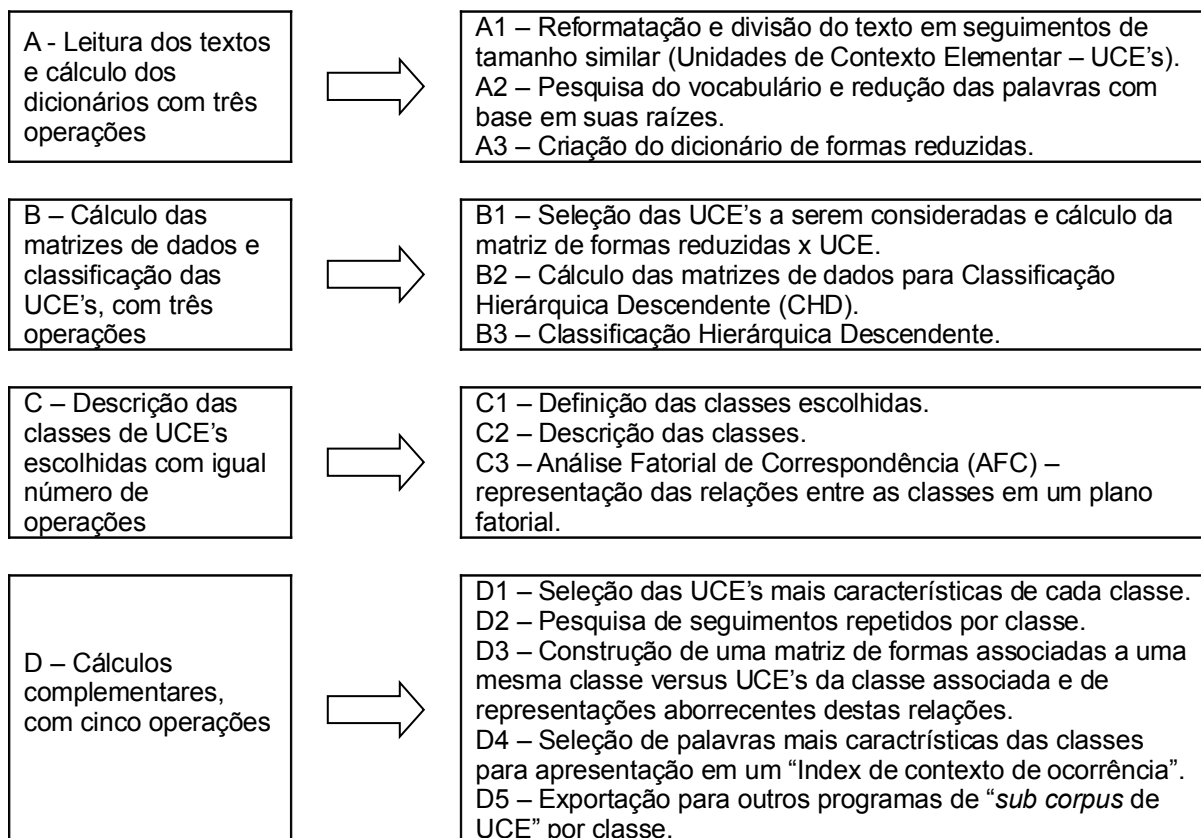


Figura 2 – Esquema de Análise e Tratamento de Dados

Dessa forma, através da análise dos dados numa sequência lógica de operações, surgiram cinco classes ou categorias discursivas correspondentes às representações sociais dos enfermeiros, as quais foram: Medidas de biossegurança utilizadas pelos enfermeiros; Biossegurança e a qualidade da assistência; Relação da biossegurança com a prevenção e o controle das IH; Conhecimento frente à biossegurança; Relação da biossegurança com a prática profissional.

Assim, foi possível organizar os resultados para interpretá-los à luz do referencial teórico deste estudo sobre a prática dos Enfermeiros relacionada com a biossegurança no ambiente social de trabalho.

CAPÍTULO IV
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA BIOSSEGURANÇA POR ENFERMEIROS

Os resultados do estudo foram organizados e analisados à luz da Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici (1978), através da qual se

buscou a apreensão das representações dos sujeitos apresentadas pela relação entre as classes semânticas, denominando os seus respectivos sentidos.

4.1 O campo representacional

Através da Classificação Hierárquica Descendente, as representações sociais da biossegurança foram reveladas em 5 classes semânticas anteriormente referidas.

Essas classes são resultantes da análise do *Corpus*, com base nas falas dos sujeitos. As mesmas foram fornecidas pelo relatório completo (*rapport complét*) e analisadas através de uma leitura em profundidade para posterior nomeação e interpretação com apoio na TRS. A primeira etapa do processo de tratamento de dados (etapa A) correspondeu à leitura e identificação das palavras, de suas formas reduzidas e constituição de um dicionário. No caso do estudo, o programa reconheceu a separação do corpus em 18 Unidades de Contexto Inicial (UCI) ou entrevistas (operação A1). O número de formas distintas ou palavras diferentes foi 975, com número de ocorrência de 6.319.

Quanto à seleção das palavras para análise qualitativa do estudo, ressalta-se que o relatório proveniente do programa apontou um valor de qui-quadrado (χ^2) para seleção, igual ou maior que 2,00. Desta forma, todas as palavras que apresentarem estes valores de χ^2 foram selecionadas.

Com relação à frequência das palavras nas classes, no caso deste estudo, considerou-se aquelas que apresentaram frequência igual ou maior a 6, tendo sido esse valor estabelecido pelo relatório completo do *software* Alceste.

Em seguida, na etapa B, procedeu-se ao cálculo das matrizes de dados e seleção das Unidades de Contexto Elementar (UCE's) para o estudo, que nesse caso foram 112 UCE's manipuláveis, correspondendo a 67,47% do total de 166 UCE's deste estudo, em que se obteve 154 palavras analisáveis, as quais ocorreram 2.737 vezes, com um número médio de palavras analisáveis por UCE's igual a 16,48. As mesmas foram distribuídas nas cinco classes originadas pelo programa: Classe 1, constituída por 11 UCE's, correspondendo a 9,82% do total de UCE's do *corpus*; Classe 2, constituída por 27 UCE's, que correspondem a 24,11% do total de UCE's do *corpus*; Classe 3, com 16 UCE's, correspondendo a 14,29% do *corpus*; Classe 4, representada por 14 UCE's, que correspondem a 12,5% do total de UCE's do *corpus* deste estudo e a Classe 5, com 44 UCE's correspondendo a 39,29%.

Na etapa C, o programa procedeu com a intersecção das classes (Classificação Hierárquica Descendente – CHD) e descrição das mesmas através da etapa C2. Com base na etapa C1 – Classificação Hierárquica Descendente, o *software* apresentou o dendograma das classes do *corpus*, conforme o Gráfico 1:

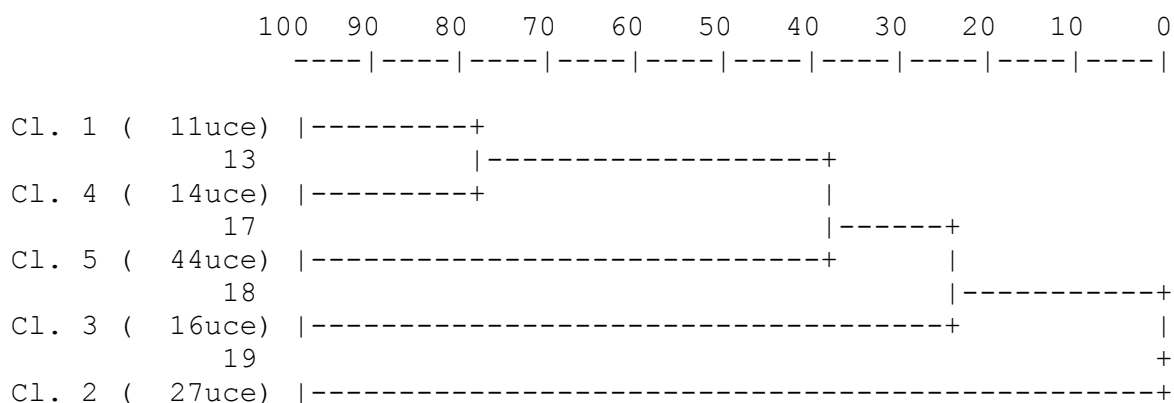


Gráfico 1 – Dendograma de classes estáveis do *corpus*.

Fonte: Relatório Alceste, 2009.

As RS da biossegurança elaboradas por enfermeiros apontam para os seguintes temas: Classe 1- Medidas de Biossegurança utilizadas pelos enfermeiros; Classe 2- Biossegurança e a qualidade da assistência; Classe 3- Relação da Biossegurança com a prevenção e controle das Infecções Hospitalares; Classe 4- O conhecimento da Biossegurança e Classe 5- Relação da Biossegurança com a prática profissional.



Figura 3 – A estrutura temática das Representações da Biossegurança por enfermeiros
Fonte: Relatório Alceste, 2009.

Embora o programa Alceste tenha realizado todas as etapas para o tratamento dos dados, ressalta-se que, além das etapas C1 e C2, as etapas D1 e D2 são as mais importantes para a análise das representações sociais; na operação D1, o programa procedeu com a seleção das unidades de contexto elementar (UCE's) mais características de cada classe, originando um vocabulário específico de cada classe, com suas respectivas formas associadas e, por último, a operação D3, que corresponde à Classificação Hierárquica Descendente, na qual, a partir da construção de uma matriz de “formas associadas”, permite-se chegar às representações “aborrescentes” dessas relações (CAMARGO, 2005).

4.2 As classes e seus significados

A análise dos resultados do estudo possibilitou a apreensão das representações sociais evidentes nos discursos dos enfermeiros sobre a Biossegurança identificadas através do conjunto de conhecimentos, condutas, comportamentos e sentimentos compartilhados entre os sujeitos sobre o tema.

Dessa forma, as 112 UCE's do *corpus* desse estudo originaram cinco classes semânticas que trazem vocabulários específicos selecionados das falas dos sujeitos, sendo estes indicativos de conceitos, manifestações/descrições e explicações dos mesmos sobre a biossegurança. Além disso, essas classes serão descritas levando-se em consideração as variáveis e os sujeitos que contribuíram para a produção das UCE's de cada uma delas e que foram selecionadas de acordo com o valor do seu qui-quadrado (χ^2) (Figura 3).

Assim, os vocábulos e fragmentos das UCE's evidenciaram o conhecimento elaborado e compartilhado socialmente pelos enfermeiros cotidianamente, em que ocorre uma troca de saberes através da comunicação, que se materializa em condutas e comportamentos relacionados à questão da biossegurança.

Desse modo, é possível vislumbrar as representações sociais dos enfermeiros no seu grupo de pertença, no qual estas contribuem de maneira importante na formação de condutas e na orientação das comunicações, podendo, portanto, ser entendidas como uma teoria do “senso comum”, designando uma forma de pensamento social (MOSCOVICI, 1978).

Dessa maneira, o estudo possibilita a compreensão do conteúdo dos discursos dos sujeitos através do conhecimento do contexto discursivo das cinco

classes semânticas apreendidas por meio das falas dos enfermeiros que descrevem e justificam os seus posicionamentos frente à biossegurança.

4.2.1 Classe 1- Medidas de biossegurança utilizadas pelos enfermeiros

A Classe 1, constituída por 11 UCE's, concentra apenas 9,82% das UCE's do *corpus* e é o contexto temático menos significativo do conjunto apurado (Gráfico 1). A mesma apresenta-se diretamente relacionada à classe 4 e indiretamente relacionada às classes 5, 3 e 2. Além disso, suas unidades de contexto elementar foram extraídas, principalmente, do enfermeiro ind_17 (Figura 3). O grupo de vocábulos que a compõe evidencia as medidas de biossegurança mais utilizadas pelos enfermeiros no seu ambiente de trabalho, através de explicações e descrições desses profissionais quanto ao seu posicionamento frente à proteção dos pacientes e de si mesmos.

Com relação aos vocábulos dessa classe, apresentam-se as palavras “técnica+”, “lav+”, “corret+”, “limpeza”, “mãos”, como as que obtiveram maiores valores de Khi2 correspondentes, respectivamente: 34.02, 26.55, 24.90, 23.13, 21.92. Dessa forma, por exemplo, a palavra “técnica+”, ocorre 9 vezes na classe e 20 vezes no *corpus* total, ou seja, 45% de ocorrências no interior dessa classe. Outros termos relevantes obtiveram valores de Khi2 menores, mas foram substancialmente importantes para a análise do estudo, como os termos: “punção”, “epis” e “uso” (Quadro 2, ANEXO).

Dessa forma, os vocábulos apresentados em suas formas reduzidas permitiram a inferência de que os conteúdos sócio-cognitivos presentes nos discursos dos enfermeiros sobre as normas de biossegurança preconizadas para promover uma maior proteção para si mesmos e para aqueles que recebem seus cuidados no ambiente de trabalho, são baseados no conhecimento socialmente compartilhado, construído através de suas histórias, ideologias e culturas presentes no grupo social.

Para Jodelet (2001 p.17), “as representações sociais circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais”. Portanto, são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal.

As representações que os enfermeiros têm da biossegurança apresentam-se na relação existente entre um grupo e sua cultura, baseada na história individual que cada um traz consigo e, dessa maneira, num processo contínuo de construção e reconstrução, orientam suas condutas no ambiente de trabalho.

Os enfermeiros do estudo expressam a importância da biossegurança tanto para sua proteção como a do cliente sob seus cuidados e da equipe sob sua supervisão durante as atividades que realizam no seu cotidiano de trabalho, na medida em que relacionam as medidas de biossegurança mais utilizadas por eles durante a assistência prestada aos pacientes, como podemos verificar nas UCE's seguintes:

[...] proteção para o profissional, toda a equipe sob minha supervisão e para o paciente. A lavagem das mãos, a separação do lixo contaminado e o destino correto do mesmo, o destino correto de todos os resíduos da UTI, o uso dos EPI's [...]

Os enfermeiros fundamentam-se no conhecimento científico e acreditam que medidas simples de biossegurança, como a lavagem das mãos e o uso de EPI's, são fundamentais e imprescindíveis para a realização dos procedimentos, haja vista que essas medidas eliminam a grande maioria dos microorganismos causadores de infecções e ao mesmo tempo protegem o profissional contra os riscos químicos, físicos e biológicos existentes no ambiente hospitalar.

Com relação à lavagem das mãos, Martinez, Campos, Nogueira (2009), afirmam que cerca de 30% dos casos de infecções relacionados à assistência a saúde são considerados preveníveis por medidas simples, sendo a lavagem correta das mãos pelos profissionais a mais efetiva delas. Segundo os autores, as mãos são o principal meio de transmissão de microorganismos aos pacientes, através do contato direto ou através de objetos.

De acordo com manual técnico de lavagem das mãos do Ministério da Saúde, a lavagem das mãos deve ser realizada antes e após a realização de todos os procedimentos, como: o preparo e a administração de medicamentos injetáveis e orais, preparo de materiais e equipamentos, o manuseio de cada paciente, higienização e troca de roupa de pacientes, preparo de nebulização e aspiração, da coleta de espécimes, e dos atos e funções fisiológicas pessoais (BRASIL, 2007).

Estudos recentes apontam o uso do álcool em gel como uma forma de aumentar a adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos e diminuir o

índice de infecção hospitalar, devido a sua ação rápida e eficaz na erradicação de microorganismos, como também o fato de o tempo despendido com a limpeza das mãos ser menor com o uso desse produto (MARTINEZ; CAMPOS; NOGUEIRA, 2009).

Quanto ao uso dos EPI's, como expressa a própria sigla, é um equipamento que se destina a proteger o profissional na realização de atividades que envolvam riscos de contaminação, seja pela manipulação de produtos químicos, biológicos, materiais perfuro-cortantes, bem como a manipulação do próprio paciente. Para Carvalho et al. (2009), tais equipamentos podem ainda ser considerados como um dispositivo individual que garante a integridade física e a saúde do trabalhador, não sendo adequado ao uso coletivo por questões de segurança e higiene.

É importante salientar que nos serviços de saúde, principalmente nas áreas críticas dos hospitais, o alto índice de infecções hospitalares e a ocorrência de acidentes ocupacionais se devem à baixa adesão às medidas de biossegurança ou ao uso incorreto dos EPI's, apesar das pesquisas apontarem os profissionais de enfermagem como os que mais adotam as medidas de biossegurança da maneira correta.

Ainda com relação à problemática da biossegurança, os enfermeiros demonstram preocupação no que diz respeito à utilização das medidas preventivas no controle de infecções cruzadas entre pacientes, bem como ao risco de acidentes ocupacionais com pacientes soropositivos para Hepatite B e C e HIV, na medida em que manifestam explicações sobre suas condutas frente a esse problema, baseados na existência de normas e rotinas a serem cumpridas em cada setor do hospital, como elucidado nas seguintes UCE's:

[...] aqui na nefrologia temos algumas medidas padrões, como o uso dos EPI's, a lavagem do local da punção no paciente, o uso de máscara pelo paciente, a técnica correta de punção do cateter para que não respigue sangue, a separação dos pacientes que são soropositivos para as hepatites, como também o descarte de todo o material utilizado em pacientes HIV positivos [...]

Para os enfermeiros, o significado das medidas de biossegurança revelado nos discursos refere-se também a manifestações explicativas sobre as dificuldades na adesão dos profissionais às condutas de prevenção de infecções cruzadas e acidentes ocupacionais.

Apesar do reconhecimento destes profissionais relativo à importância da aplicação de técnicas corretas durante os procedimentos, os mesmos referem nem sempre seguir as normas de biossegurança de maneira adequada, além de improvisarem, em situações cotidianas adversas, utilizando estratégias para suprir a falta de materiais e equipamentos de biossegurança necessários para a realização do trabalho diário. Conforme manifestações apresentadas nas UCE's seguintes:

[...] o posicionamento dos profissionais frente a paciente de UTI tem que estar voltado para uma maior proteção contra as infecções hospitalares, através do uso da técnica correta dos procedimentos [...]. O que a gente vê muito aqui são profissionais que vem direto da rua e não lavam as mãos nem quando entram aqui, principalmente os médicos [...], infelizmente, às vezes falta material e a gente tem que se virar para improvisar uma forma de realizar o procedimento de maneira estéril [...]

Desse modo, a técnica da lavagem das mãos aparece mais uma vez como medida fundamental para diminuir o índice de microorganismos causadores de infecções, contanto que essa prática seja habitual no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde.

Essa é a medida mais simples e menos dispendiosa para a prevenção da disseminação das infecções hospitalares. Assim, conforme o Manual de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde, publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o termo higienização das mãos engloba a higienização simples (remove os microorganismos que colonizam as camadas superficiais da pele com o uso de água e sabão); a higienização anti-séptica (promove a redução de sujidades e reduz a carga microbiana das mãos, com auxílio de anti-séptico degermante); a fricção anti-séptica (reduz a carga microbiana sem remoção de sujidades com utilização de preparações alcoólicas) e a anti-sepsia cirúrgica das mãos, que elimina a microbiota transitória da pele e reduz a microbiota resistente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional (BRASIL, 2007).

Por isso é tão necessário que os profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, e outros) e todos os que realizam cuidados diretos e indiretos, compreendam que um ato simples como a higienização das mãos é uma importante medida de biossegurança e faz toda a diferença na prevenção da transmissão de infecções, como podemos perceber nas falas dos sujeitos:

[...] a maneira como você vai manipular os instrumentos de trabalho com uma técnica correta, a lavagem das mãos antes e após qualquer procedimento, o preparo das medicações também tem que seguir a técnica correta, então não tem como se trabalhar em saúde sem se preocupar com a biossegurança [...]

Nos relatos foi possível perceber que as medidas de biossegurança utilizadas pelos enfermeiros nem sempre são consideradas efetivas, pois não há uma unanimidade da equipe de saúde na implantação dessas intervenções. Evidencia-se também que, apesar da manifestação da importância em promover estratégias de ações baseadas nas normas de biossegurança, os enfermeiros demonstram sentimentos de impotência devido às dificuldades apresentadas na rotina de trabalho. Também são conscientes da sua parcela de culpa quando a assistência não segue as normas de biossegurança, talvez por estarem naquele setor de trabalho há muito tempo e por isso terem, de alguma forma, se acomodado em realizar os procedimentos de maneira incorreta. Situação que pode ser ilustrada nas seguintes UCE's:

[...] às vezes eu não sei como realizar uma estratégia para que todos os profissionais que estão sob minha supervisão utilizem as medidas de biossegurança, sigam as normas e rotinas desse setor, principalmente os médicos, então eu acho que falta também um pouco de incentivo e cobrança por parte da direção do hospital em promover uma educação continuada, permanente, no sentido de colocar pra esse profissional o que há de mais novo nos estudos pra que eles não caiam na rotina e não se acomodem por estar há tanto tempo aqui e se acostumarem a fazer as coisas sempre do mesmo jeito, e às vezes esse jeito está errado [...]

Com base no conteúdo dessas falas, pode-se perceber que os enfermeiros apesar de conhecerem a importância da biossegurança, sentem-se inseguros em trazer esse conhecimento sistematizado para a prática cotidiana do trabalho e atribuem a culpa da não adoção das medidas de biossegurança, ao fato de estarem acomodados e acostumados à maneira de realizar os procedimentos sempre da mesma forma por falta de empenho da instituição em promover educação permanente referente a temas da área da saúde.

Quanto à compreensão dos enfermeiros com relação à importância da limpeza do ambiente, os vocábulos: “limpeza”, “lav+” e “corret+”, evidenciam a preocupação dos mesmos em orientar os profissionais hierarquicamente subordinados (técnicos e auxiliares de enfermagem), como também da equipe da

limpeza. Os discursos expressam claramente o descontentamento que os enfermeiros têm em relação aos processos de higienização e desinfecção do ambiente e apontam alguns problemas no que diz respeito à conduta dos profissionais da limpeza por na estar baseada nas normas de biossegurança

Observou-se, no conteúdo dessa classe, a carência no envolvimento dos enfermeiros em orientar os funcionários da limpeza sobre os métodos de higiene e desinfecção do ambiente e do mobiliário como medidas de biossegurança. Esses profissionais da limpeza não são subordinados na escala hierárquica às ordens dos enfermeiros, talvez por isso existam barreiras que impossibilitam uma relação harmoniosa entre as duas categorias. Conforme elucidado nas UCE's:

[...] aqui a gente observa muitas vezes esses profissionais fazendo a limpeza de maneira errada, mas não podemos falar nada, aliás, podemos até falar, mas eles não seguem as orientações que a gente dá [...] eles não limpam direito, não fazem a desinfecção das bancadas, das poltronas, das mesinhas de cabeceira com álcool, a limpeza dos aparelhos de ar-condicionado então, nunca é feita no período certo, pegam na maçaneta da porta com as mesmas luvas que estão usando para recolher o lixo, então são muitas medidas que estão sendo adotadas de maneira incorreta e com certeza vão trazer prejuízos para o nosso trabalho [...]

Estudos comprovam que o ambiente hospitalar pode representar uma importante fonte de contaminação por patógenos nosocomiais para os pacientes de alto risco, como por exemplo: ar, água, superfícies (pisos, paredes, leitos, cadeiras, etc.) (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 2003). Um ambiente limpo e seguro são fundamentais para a realização da assistência à saúde, e para isso deve haver uma colaboração de todos os envolvidos no desenvolvimento de um trabalho, com uma gestão compartilhada e co-responsabilidades.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a limpeza hospitalar consiste num processo de remoção de sujidades mediante a aplicação de energia química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo (BRASIL, 2002). Nessa perspectiva, vale ressaltar que essa atividade deveria ser exercida por profissionais com, no mínimo, o nível de escolaridade do ensino fundamental completo, o que não é constatado na realidade dos hospitais, sendo, portanto, prejudicadas a capacidade de manter um relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, postura pessoal e profissional.

As representações sociais elaboradas e compartilhadas pelo grupo de enfermeiros pesquisados neste estudo sobre o tema em questão situam-se na ação

do profissional, cujo uso das medidas de biossegurança deveria estar voltado para a realização dos procedimentos com técnica a fim de se evitarem infecções hospitalares ou acidentes ocupacionais. Da mesma forma, baseados no conhecimento científico, aliado aos saberes experienciais, o grupo reconhece que o sucesso desse processo depende diretamente da adesão de todos os profissionais envolvidos no trabalho de assistência à saúde.

Nesse sentido, o uso efetivo das medidas de biossegurança pelos enfermeiros está associado a um coordenador, que exija que sejam cumpridas as normas técnicas da instituição, fornecendo subsídio para isso, através da realização de cursos de atualização e qualificação, com programas de educação permanente, organização e valorização do trabalho, além da interação multiprofissional, recursos materiais e tecnológicos.

Os resultados obtidos em relação a essa classe mostram a necessidade de os gestores da instituição pesquisada proporcionarem, para os enfermeiros e para todos os profissionais envolvidos no processo de assistência à saúde, a priorização na implantação de programas de educação permanente, no sentido de evidenciar a importância da adoção das medidas de biossegurança, bem como materiais e equipamentos para o bom desenvolvimento de suas atividades.

Dessa forma, as representações sociais construídas nessa classe expressam os valores apreendidos pelos enfermeiros no seu cotidiano, por intermédio de seus comportamentos, através de informações compartilhadas por todos e reforçadas pela tradição do seu grupo de pertença sobre as medidas de biossegurança utilizadas por eles. Para esses profissionais é necessária uma mudança através da construção de estratégias para a adoção dessas medidas, que poderão ser efetivadas por eles e pela coordenação da instituição.

4.2.2 Classe 4 – Conhecimento frente à biossegurança

Nesta classe, o conteúdo das 14 UCE's (que corresponde a 12,5% do *corpus* total), extraído das falas dos enfermeiros, principalmente do enfermeiro ind_08, evidencia o conhecimento que os mesmos têm sobre biossegurança e reforçam a importância do uso dessas medidas para proteção tanto do profissional como do

paciente, além dos aspectos sociais resultantes do processo de interação dos profissionais no ambiente de trabalho em que se relacionam.

As palavras em suas formas reduzidas: “muitíssimo”, “important+”, “contato”, “equipamento” e “proteção”, selecionadas pelos valores de Khi2 mais elevados na classe, correspondendo respectivamente a: 45.74, 15.48, 10.80,10.26; associados à suas formas completas (Quadro 5, ANEXO) e a outras como: “maneira”, “secrecoes”, “seguranca” e “isolamento”, encontram-se no campo representacional desses sujeitos relativos à biossegurança, evidenciando seus conhecimentos.

Estes vocábulos, no conjunto das UCE's a seguir são indicativos de que os enfermeiros consideram a biossegurança importantíssima para a realização de suas atividades profissionais. Dessa forma, relacionam-se à proteção dos pacientes e profissionais contra os agentes causadores de infecções:

[...] muitíssimo importante. A biossegurança para mim significa proteção, ou seja, você se cercar de equipamentos que lhe deixe seguro contra microorganismos, de secreções, de maneira geral alguma coisa que possa levar para você ou para o paciente algum foco infeccioso.

[...] muitíssimo importante. [...] biossegurança pra mim significa prevenção, ou seja, evitar que alguma coisa aconteça. [...] de imediato é o que vem na minha mente, prevenir que alguma coisa que não seja bom nem pra mim nem para o serviço aconteça.

[...] muitíssimo importante. A biossegurança pra mim são todas aquelas medidas que eu tomo dentro do meu ambiente de trabalho para minha própria proteção e para proteção dos pacientes e dos outros profissionais.

Nessa perspectiva, os vocábulos dessa classe proporcionaram a apreensão de conteúdos sócio-cognitivos presentes nos discursos dos enfermeiros, considerando que eles pertencem a um conjunto epistêmico de conhecimentos acerca de um tema e que obedece a uma regra fundamental: a de ser estudado num contexto de uma estrutura social reconhecida por todos.

Dessa forma, as representações sociais dos enfermeiros a respeito desse tema resultam da convivência de conhecimentos tradicionais característicos do seu grupo social, com informações técnico-científicas adquiridas sobre a biossegurança e que a troca entre esse universo especialista e consensual ocorre através dos comunicadores sociais, que manifestam uma diversidade e variedade de idéias coletivas nas sociedades modernas.

As representações sociais elaboradas pelos enfermeiros acerca da biossegurança encontram-se organizadas a partir de manifestações/explicações psicossociais baseadas no conhecimento do “senso comum” em torno do

emaranhado de significados que esse grupo de sujeitos compartilha e vivencia, levando-se em consideração as percepções e posicionamentos dos mesmos frente a esse tema.

Os enfermeiros do estudo expressam mais uma vez a preocupação com a transmissão de IH aos pacientes, principalmente aquelas causadas por bactérias multirresistentes e colocam a biossegurança como fator essencial para a proteção dos mesmos através do seguimento de um protocolo de conduta baseado nas leis e portarias que regem a biossegurança nos serviços de saúde:

[...] para mim é mais uma maneira de proteção e de viabilizar um trabalho mais seguro. É essencial na conduta profissional porque passa a ser uma maneira de você evoluir na aplicação de técnicas desde que você siga um protocolo correto de medidas de biossegurança, então você passa a desenvolver um trabalho com mais segurança.

[...] essa proteção está relacionada também aos pacientes [...] uso de EPI's, que serve para proteção individual, o isolamento de contato de pacientes potencialmente contaminados, como por exemplo, por pseudomonas, ou outras infecções mais resistentes, precisa ter aquela proteção individual do profissional, [...]

Com relação à biossegurança, esta é entendida, segundo Souza (2000), como um conjunto de normas e procedimentos considerados seguros e adequados à manutenção da saúde em atividades que envolvam riscos de aquisição de doenças profissionais. Pode-se considerar, então, que a biossegurança se destina a prevenir a saúde do homem e do meio ambiente.

No Brasil, apesar da biossegurança estar formatada legalmente para tratar da minimização de riscos em relação aos organismos geneticamente modificados, sua abrangência é muito maior, pois envolve suas relações com a promoção da saúde no ambiente de trabalho, no meio ambiente e na comunidade. Essa legalização ocorreu através da criação da Comissão Técnica Nacional de Biotecnologia (CTNBio) com a lei nº 8.974 de 5 de janeiro de 1995, ampliando as dimensões da biossegurança para além da área da saúde e do trabalho, sendo empregada também quando há referência ao meio ambiente e à biotecnologia (BRASIL, 1995).

Essas precauções estão fortemente relacionadas à prática profissional dos enfermeiros no ambiente de trabalho e se referem à realização das atividades laborais dos mesmos, como o manuseio cuidadoso de instrumentos perfurocortantes e prevenção no contato com sangue e outros fluidos corporais dos pacientes no sentido de controlar as infecções hospitalares ou evitar acidentes ocupacionais.

Dessa forma, é possível perceber a substancial contribuição da biossegurança para a realização da assistência de enfermagem e que a mesma deve sempre estar presente no cotidiano desse grupo social de forma a influenciar e orientar as atitudes e condutas desses profissionais relativas ao cuidado.

Além disso, é importante considerar a prevenção como princípio básico da biossegurança na medida em que esta define as condições sobre as quais os agentes infecciosos podem ser manipulados de forma segura e sem oferecer riscos à saúde do profissional. Para isso, se faz necessário o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) aliado à adoção de técnicas corretas na realização de procedimentos e ao cuidado com a segurança do próprio espaço de trabalho.

Os enfermeiros deste estudo, no seu cotidiano, consideram-se mais uma vez responsáveis pela proteção dos pacientes contra infecções hospitalares e novamente apontam como solução a biossegurança, como uma prática institucionalizada que deve ser adotada tanto pelos profissionais que prestam cuidados diretos, como pelos gestores e pessoal administrativo do hospital. Acrescenta-se a isso o fato desses profissionais compreenderem a biossegurança como elemento jurídico, que resguarda o profissional de um eventual problema que possa ocorrer no exercício de suas funções, como bem elucidado nas UCE's a seguir:

[...] contaminação com material biológico e secreções. [...] isolamento de contato para pacientes contaminados, uso de EPI's, descarte correto de materiais perfurocortantes e de resíduos sólidos. Então a biossegurança é isso, são medidas que você adota para se proteger e proteger os pacientes e infecções hospitalares, e essas medidas deveriam ser normatizadas e fiscalizadas pelos administradores do hospital para que todos que prestam assistência e que administram o hospital seguissem essas normas. [...] muitíssimo importante. [...] conjunto de normas e rotinas que vão nortear e garantir a segurança do trabalhador enquanto ele exerce sua profissão. A biossegurança também protege o paciente de infecções e respalda juridicamente o profissional contra qualquer problema que ele possa ter exercendo suas funções [...]

Nessa perspectiva, a elaboração do universo consensual dos enfermeiros pesquisados revela momentos conflitantes e manifestações de dificuldades e de reflexão, visto que esses profissionais, no seu cotidiano de trabalho, são muito cobrados no que diz respeito ao domínio das técnicas, realização de procedimentos complexos e invasivos e a orientação e supervisão de seus subordinados. Além disso, nesse ambiente permeiam elementos como a superficialidade e a imediatividade que podem provocar insegurança nos enfermeiros em traduzir o

conhecimento epistemológico sobre biossegurança numa prática cotidiano do cuidar, uma vez que esses profissionais não se incluem de maneira efetiva no processo de promoção e prevenção das IH e, muitas vezes, esperam que a instituição realize essas ações de intervenção.

Nesse sentido, é fundamental que a instituição, através de seus gestores, proporcione aos profissionais, além de condições para um trabalho seguro, a oportunidade para reflexões, discussões críticas e atualizações para que esses trabalhadores possam se conscientizar da adoção de medidas preventivas corretas (FARIAS; ZEITOUNE, 2005). Para tanto, é imprescindível que a biossegurança seja entendida pelos profissionais que atuam na prevenção e controle das IH e riscos ocupacionais, principalmente os enfermeiros, como instrumento de proteção da vida, em qualquer que seja o ambiente de trabalho.

Diante do conteúdo presente nas UCE's dessa classe, foi possível extrair as representações que os enfermeiros vivenciam em relação à biossegurança e daí identificar o conhecimento desse grupo sobre o tema, além das dificuldades, problemas e conflitos relatados por eles no enfrentamento dessa problemática. Assim, quanto às representações, os enfermeiros vislumbram a efetiva adoção das medidas de biossegurança no sentido de garantir proteção e prevenção para os profissionais e para os pacientes contra qualquer agravo de saúde.

Dessa forma, observa-se com os resultados da classe 4 a elaboração das RS através do conhecimento consensual dos enfermeiros a respeito da biossegurança, baseados em elementos socioculturais que organizam e orientam a relação desses sujeitos com seu grupo de pertença, contribuindo para a constituição de comportamentos e atitudes frente à adoção ou não das medidas de biossegurança.

4.2.3 Classe 5 – Relação da Biossegurança com a Prática Profissional

A classe 5 apresenta-se diretamente relacionada às classes 1 e 4 e indiretamente à classe 3, composta por 44 unidades de contexto elementar emergidas do discurso coletivo dos enfermeiros, sendo a classe de maior contribuição no *corpus*, correspondendo a 39.29% e que evidencia os conteúdos cognitivos e psicossociais positivos e negativos relacionados à biossegurança.

Essa classe reforça o conhecimento da importância da biossegurança na prática profissional dos enfermeiros na medida em que esta permanece intimamente ligada ao cotidiano desses profissionais na realização de suas atividades assistenciais.

A distribuição do vocabulário extraído do discurso dos enfermeiros (Quadro 6, ANEXO), evidencia as palavras reduzidas com maior valor de χ^2 e as formas associadas a elas, destacando as palavras “cuid+”, “pratica+” e “consci+”, correspondendo respectivamente a 17.33, 9.98, 9.80, entre outras de menor valor também relevantes para a análise do conteúdo das falas desses sujeitos. Na distribuição do vocabulário apresentado pelas evocações dos enfermeiros, por exemplo, a palavra “cuid+” ocorre 12 vezes nessa classe e 13 vezes no *corpus* total, ou seja, 93,31% de ocorrência no interior da classe.

Junto ao material analisado evidenciam-se explicações sobre o conhecimento que os enfermeiros têm acerca da relação direta da biossegurança com a prática profissional desenvolvida por esses sujeitos, demonstrando que não há como realizar uma assistência de enfermagem sem a consciência e envolvimento dos profissionais com a biossegurança na realização das atividades cotidianas do cuidar. Como se pode verificar nas UCE's seguintes:

[...] então, é fundamental que tenhamos consciência de que nossa prática só é possível com o uso da biossegurança, pois ela faz parte do nosso trabalho, está presente em todos os momentos do nosso serviço, pois ela evita a contaminação do profissional, [...]

[...] É uma relação muito íntima e direta. Desde a hora que eu entro aqui na UTI eu já tenho que executar. O profissional que trabalha na UTI, se ele não se utilizar das medidas de biossegurança, ele não faz nada correto, nem para o paciente, nem pra ele [...] então, todo profissional tem que estar consciente que o uso das medidas de biossegurança não serve somente para se proteger, como também para evitar infecções hospitalares.

Dessa forma, a garantia do sucesso das intervenções de enfermagem pode ser atribuída à maneira pela qual são atendidas as necessidades básicas do paciente, levando-se em consideração o uso das medidas de biossegurança, sejam elas necessidades físicas, emocionais, sociais ou até mesmo espirituais. Para atender essa demanda de forma responsável é fundamental que o enfermeiro e a equipe de enfermagem estejam envolvidos realmente com o acolhimento e assistência a esse paciente com o intuito de contribuir significativamente na sua recuperação através do controle e prevenção das infecções hospitalares.

Segundo Waldow (2004), a relação que se estabelece entre enfermeiro-paciente pode ser considerada uma relação de tempo, com projeção para o futuro, baseada no passado, o que resulta em um relacionamento harmonioso entre a realidade passada e a ação presente. O desenvolvimento dessa relação proporciona

conhecimento de si mesmo e evolução tanto do profissional como do paciente e, portanto, deve ser a essência do cuidado de enfermagem, com o propósito de ajudar o indivíduo e sua família a enfrentar e compreender a situação que vivenciam.

Ainda, segundo a mesma autora, existem maneiras de cuidar e estas são representadas pela forma como pensamos o cuidar. Muitas vezes, percebe-se que certos profissionais contrariam a forma concebida e desejada por eles do cuidar, seguindo regras e normas estabelecidas pela instituição, não podendo atuar de forma a contribuir com esse paciente a enfrentar o momento difícil no qual se encontra.

Nesse sentido, evidencia-se que o enfermeiro e sua equipe de enfermagem devem constantemente dar ênfase ao cuidado humanizado, uma vez que o paciente é um ser humano e um ser social que necessita desse olhar do enfermeiro, principalmente por se encontrar debilitado, dependente, num ambiente estranho. Dessa forma, torna-se imprescindível a adoção das medidas de biossegurança na prática profissional de enfermagem de forma a proporcionar proteção e prevenção contra qualquer evento adverso que possa vir a ocorrer com seus clientes durante a internação.

O conteúdo das narrativas dos enfermeiros compreende, além da explicitação e interpretação da sua prática profissional, aspectos negativos com relação ao uso da biossegurança no seu cotidiano de trabalho, como por exemplo, o fato desses profissionais muitas vezes negligenciarem essas medidas ou fazerem uso correto das mesmas apenas quando sabem da sorologia positiva dos pacientes para alguma doença infecto-contagiosa, demonstrando, assim, o medo desses profissionais frente ao risco de contaminação, principalmente pelos vírus HIV e Hepatites B e C. Como elucidado nas seguintes UCE's:

[...] E a proteção que eu me refiro é tanto para o paciente como para o profissional, pois se eu não utilizo os EPI's eu também posso me contaminar, eu também posso trazer alguma doença pra mim.

[...] É uma preocupação constante porque eu lido com pessoas de todo tipo, onde eu desconheço as suas sorologias e eu tenho que me proteger com todos eles, independente desse paciente ter uma sorologia positiva ou negativa para alguma doença como HIV e Hepatites B e C.

[...] aí então nós temos todo cuidado de usar estes equipamentos e fazer as técnicas corretas, mas não deveria ser assim, deveríamos fazer isso sempre, com todos os pacientes.

Os enfermeiros refletem sobre o mundo do trabalho e elaboram representações que se situam na ação do profissional, cujas medidas de biossegurança deveriam estar presentes em todos os momentos da sua prática cotidiana, durante a realização dos procedimentos assistenciais, voltadas para a prevenção das infecções hospitalares, dando prioridade também à proteção contra acidentes ocupacionais.

De acordo com Tura (2004), na formação de uma representação sobre um determinado tema, este não deriva de um conhecimento particular, mas da interação e reflexão de uma coletividade, que unifica todas as concepções acerca daquele objeto, através de processos mentais e sociais.

Outro fator importante é o reconhecimento dos enfermeiros quanto à sua responsabilidade em transmitir infecção entre pacientes como também da sua própria negligência quanto ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) para sua proteção contra os riscos existentes no ambiente de trabalho. Como evidenciaram os relatos dos enfermeiros:

[...] porque nós profissionais somos o principal transmissor de infecção de um paciente para outro quando não usamos essas medidas e esses equipamentos de biossegurança [...] também é importante que o profissional sempre considere que todo paciente é um potencial risco de infecção, porque nós só temos o cuidado de usar os EPI's quando sabemos que aquele paciente está infectado com alguma doença contagiosa, [...]
[...] porque nós sabemos que hoje em dia o número de profissionais que se contamina com os vírus das Hepatites B e C e HIV está aumentando, devido ao aumento de acidentes ocupacionais.

[...] então, eu tenho que ter esse cuidado de prevenir tanto o paciente como o profissional [...] aqui mesmo nós tivemos recentemente dois episódios de acidentes ocupacionais com picada de agulha contaminada e os profissionais tiveram que fazer todos os exames para saber se não tinham sido contaminados.

[...] principalmente nós que trabalhamos em UTI temos que fazer uso dessas medidas de biossegurança porque muitas vezes nós temos consciência, sabemos a importância desse tema, mas não fazemos uso correto.

Diante disso, a imagem negativa construída pelos enfermeiros mostra seus medos e anseios referentes aos acidentes ocupacionais, ancorando-os como fonte de desequilíbrio na sua saúde. Desse modo pode-se perceber que esses profissionais demonstram estar cientes dos riscos que os pacientes, outros profissionais e eles mesmos correm de adquirir alguma infecção devido ao uso inadequado das medidas de biossegurança, e que podem gerar prejuízos a toda comunidade hospitalar.

Segundo Mastroeni (2006), risco pode ser definido como uma condição química, física ou biológica que apresenta potencial para causar dano ao trabalhador, produto ao ambiente. No caso dos trabalhadores de saúde, os riscos biológicos são os mais comuns por apresentarem densa população de agentes etiológicos causadores de infecções cruzadas, como fungos, bactérias, vírus, parasitas e outros.

Assim, fica evidente que o desenvolvimento de estratégias, visando a prevenção das infecções hospitalares, tais como a lavagem das mãos e o uso dos EPI's pelos profissionais de saúde, nesse caso, pelos enfermeiros, contribui consideravelmente no controle dos principais organismos responsáveis pela infecção, diminuindo assim, a exposição aos riscos.

Atualmente, a Norma Regulamentadora nº 32, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), dispõe sobre as técnicas que fornecem segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde e tem como objetivo estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de normas e procedimentos de trabalho que visam minimizar e controlar a exposição dos trabalhadores aos riscos inerentes às suas atividades, bem como daqueles que exercem funções de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2005).

Com relação à responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) pela saúde do trabalhador, este executa ações, prescritas pela Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde – LOS (Nº 8.080) do trabalhador, visando a recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos agravos advindos das condições de trabalho.

O desenvolvimento de práticas seguras nos serviços de saúde deve ser de caráter coletivo e não somente individual. Todos os profissionais precisam ser constantemente atualizados quanto às medidas de biossegurança no trabalho, caso contrário, poderá gerar riscos não só a um indivíduo, como também a todos os que atuam naquele ambiente.

A adesão ao uso das medidas de biossegurança, principalmente os EPI's, está relacionada à percepção que os profissionais têm acerca dos riscos a que estão expostos durante a realização de suas atividades, bem como à susceptibilidade a esses riscos. No estudo, evidencia-se que os profissionais, apesar de conhecerem e estarem cientes dos riscos ocupacionais, muitas vezes negligenciam o uso das medidas de proteção à saúde, visto que os mesmos demonstram maior

preocupação e adesão a essas medidas apenas quando são sabedores da soro positividade dos pacientes para infecções e para doenças contagiosas.

A garantia da redução dos riscos ocupacionais e, conseqüentemente, a segurança no trabalho está visivelmente refletida no uso de medidas de prevenção e práticas de cuidado seguras desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Diante disso, é fundamental a aplicação de estratégias educativas, com treinamentos constantes e consistentes, no sentido de sensibilizar esses profissionais quanto ao uso das medidas de biossegurança no exercício de suas funções.

Nesse sentido, é imprescindível que as escolas e universidades, principalmente aquelas responsáveis pela formação de profissionais da área da saúde, destacadamente os de enfermagem, forneçam aos seus estudantes disciplinas relacionadas à biossegurança, que os preparem para a vida profissional, fornecendo segurança suficiente para o desenvolvimento de suas atividades.

O enfermeiro, tanto no seu papel administrativo como assistencial, é responsável por organizar, planejar, controlar e implementar ações no setor onde trabalha através da elaboração de um plano de cuidados fundamentado na metodologia científica. Além disso, o enfermeiro também tem como função garantir a segurança ocupacional e o aperfeiçoamento da equipe sob sua supervisão. Dessa forma, é essencial a adoção das medidas preventivas pelo profissional enfermeiro no sentido de conduzir e tornar acessível a todos o entendimento sobre a necessidade do exercício de práticas seguras em saúde através do uso da biossegurança.

Assim, a explicação dos enfermeiros sobre a aplicação de medidas preventivas e de segurança promoverá a diminuição dos riscos ocupacionais bem como dos índices de infecções hospitalares, influenciando diretamente na sua prática profissional e refletindo numa assistência de melhor qualidade.

4.2.4 Classe 3 – Relação da biossegurança com a prevenção e o controle das Infecções Hospitalares

Esta classe, fortemente associada à segunda e indiretamente associada à classes 4 e 5, com 16 UCE's extraídas do discurso dos enfermeiros, principalmente do enfermeiro ind_01, aprofunda o conhecimento desses profissionais sobre a importância da biossegurança no controle e prevenção das infecções hospitalares, ainda relacionadas ao uso das medidas de proteção, como os EPI's, como estratégia

fundamental para reduzir as taxas de morbimortalidade relacionadas a esse problema.

Os vocábulos mais freqüentes, em suas formas reduzidas, associados às formas completas, presentes nas UCE's da classe, com seus respectivos valores de Khi2, foram: "luva+"(83.50); "avent+"(80.67); "mascara"(73.30); "óculos"(65.72); "pro-pes"(51.41) e "gorro"(45.43), além de outros vocábulos também representativos para a análise e interpretação do conteúdo da classe, com Khi2 de menor valor, como: "preven+"(30.00); "proteção"(8.0); "infecc+"(7.0), estão representados no Quadro 4 (ANEXO).

Nesse sentido, estes vocábulos associados aos elementos de maior destaque extraídos das UCE's abaixo, trazem evidências de que a biossegurança está intimamente relacionada ao controle das infecções hospitalares, principalmente através do uso dos EPI's que garantem proteção contra infecções cruzadas tanto para ao paciente como para o profissional. É o que se pode observar no conjunto das UCE's seguintes:

[...] uso de EPI's, controle das infecções hospitalares, estrutura adequada do ambiente de trabalho, pró-pés, capôte, avental, máscara, luva, óculos, gorro [...] A relação é muito estreita e íntima, porque se você não utilizar essas medidas, como por exemplo, trocar as luvas quando for manipular cada paciente, você está viabilizando uma infecção cruzada.

Segundo as informações extraídas dessa classe, considerando os conteúdos circulantes sobre o tema biossegurança, os enfermeiros do estudo expressam preocupação com a transmissão das infecções hospitalares e manifestam conhecimento de como essas infecções podem ser evitadas se utilizadas as medidas de biossegurança.

Para Aguiar, Leite, Silva (2005), as infecções hospitalares podem ser representadas por um conjunto de patologias diversas que acometem os clientes em regime de internação e que as mesmas resultam basicamente da diminuição das defesas antiinfecciosas do cliente (locais ou sistêmicas), que permite o desenvolvimento excessivo de sua microbiota e a conseqüente invasão dos tecidos estéreis do seu organismo.

As representações sociais que os enfermeiros têm sobre a biossegurança apresentam-se no conhecimento prévio sobre a existência de microorganismos causadores de infecções e que o fato de serem microscópicos e não detectados a

“olho nu” facilita o negligenciamento das medidas de biossegurança por parte dos profissionais para a prevenção e o controle das IH. Assim mostram as UCE's:

[...] máscara, gorro, luva, avental, pró-pés. [...] só se consegue prevenir as infecções hospitalares com o uso efetivo da biossegurança, porque a gente previne as infecções justamente evitando contaminação entre pacientes, evitando a contaminação do material durante os procedimentos de caráter estéril, e às vezes, porque a gente não vê os microorganismos que causam essas infecções a gente negligencia essas medidas.

Com relação à contaminação por microorganismos, Couto, Pedrosa, Nogueira (2003) afirmam que é um fenômeno multicausal decorrente da interação simultânea dos seguintes fatores: existência de um agente infeccioso em número suficiente; uma via de acesso ao hospedeiro; e um hospedeiro em estado de susceptibilidade. Com isso, qualquer microorganismo pode causar doença, desde que haja uma porta de entrada e uma baixa resistência no hospedeiro.

Dentre os fatores que causam susceptibilidade no hospedeiro e os que contribuem para a instalação de uma IH estão: a idade, as doenças crônico-degenerativas, como o diabetes e a hipertensão, a baixa imunidade, como também procedimentos técnicos incorretos, preparo do material inadequado e a não adesão da lavagem básica das mãos pelos profissionais de saúde, estes últimos podendo ser evitados pelo uso das medidas de biossegurança.

No ambiente de trabalho, os enfermeiros procuram normatizar, como rotina, o uso de determinados procedimentos e técnicas baseados nos tipos de IH mais freqüentes em cada setor, demonstrando mais uma vez a preocupação com o uso das medidas de biossegurança, conforme mostram as seguintes UCE's:

[...] luva, máscara, óculos, capacete, avental. [...] Quando você utiliza as medidas de biossegurança você está contribuindo para a diminuição do índice de infecção hospitalar. O que nós temos aqui são infecções de cateter, infecções urinárias, então nós nos preocupamos em utilizar uma técnica correta na punção e manuseio desse cateter para evitar uma infecção, [...]

As infecções hospitalares são classificadas de acordo com a sua localização anatômica. As principais são: infecções urinárias, responsáveis por cerca de 30% das IH de um hospital e que apresentam como causa uma patologia urinária predisponente ou uma cateterização vesical; infecções cirúrgicas, que representam 20% das taxas de IH; infecções broncopulmonares, que correspondem a

aproximadamente 15% do total de infecções hospitalares em uma instituição e as septicemias hospitalares que representam 13% e resultam da disseminação de um foco endógeno-cutâneo, respiratório, genitourinário ou intra-abdominal, ou de um foco exógeno representado pela contaminação de cateteres, equipos ou soluções endovenosas (AGUIAR; LEITE; SILVA, 2005).

Ressalte-se que os microorganismos têm papel passivo na aquisição de uma IH, cabendo aos profissionais o papel ativo na transmissão dessas infecções. Portanto, é imprescindível que os enfermeiros desenvolvam ações efetivas para controlar as patologias de base, proteger e manter a vida dos doentes e a sua própria vida. Para isso é necessário a consciência da importância da biossegurança e a adesão efetiva por parte desses profissionais quanto ao uso dos EPI's.

Quanto à compreensão dos enfermeiros sobre o uso dos EPI's para o controle e prevenção das IH, eles se justificam atribuindo a si mesmos e à equipe de saúde, a responsabilidade pela disseminação das infecções no ambiente de trabalho, influenciando diretamente nos índices de IH, como se pode observar nos fragmentos de UCE's seguintes:

[...] aqui o que a gente mais usa é máscara e luvas, porque muitas vezes faltam os outros equipamentos e a gente tem que dar um jeito. Os equipamentos de proteção individual são instrumentos que utilizamos para proteção dos profissionais durante a realização dos procedimentos, mas também são instrumentos para tentar minimizar o índice de infecções hospitalares nos pacientes e nos funcionários, porque você profissional é o responsável por levar infecção de um paciente para outro.

A utilização correta dos EPI's, juntamente com a adoção de outras medidas básicas de precaução auxilia os profissionais de saúde nas condutas técnicas adequadas à prestação de serviço, gerando melhoria na qualidade da assistência na medida em que diminui o índice de infecções advindas da prática hospitalar tanto para o paciente quanto para os que prestam cuidados a eles.

Segundo Nichide; Benatti, (2004), Equipamento de Proteção Individual é todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador durante a realização de suas atividades. Além disso, a adoção de outras medidas de segurança também são fundamentais para a proteção contra infecções, porém, só poderão trazer resultados satisfatórios se houver treinamento adequado para seu desenvolvimento.

A adesão ao uso dos EPI's está intrinsecamente ligada à percepção que os profissionais têm acerca dos riscos a que estão expostos tanto de adquirirem como de transmitirem infecções aos pacientes durante a realização da assistência. Nessa classe, evidencia-se o conhecimento que os enfermeiros têm sobre os riscos e sobre as conseqüências decorrentes da inobservância do uso das medidas de biossegurança para a prevenção e controle das infecções hospitalares, no entanto, na prática, negligenciam o uso desses equipamentos e dessas medidas de precaução.

No ambiente hospitalar, a satisfação pessoal é um diferencial competitivo por se tratar de algo que invariavelmente traz lucro. Profissionais com satisfação pessoal tornam-se mais competentes, trabalham mais motivados e alcançam resultados positivos (SHINYASHIKI, 2000). Nesse sentido, é imprescindível que as instituições de saúde incentivem a educação, atualização e qualificação de todos os trabalhadores, através de programas de educação permanente, valorização do trabalho, além de promover uma interação interdisciplinar. Um dos aspectos mais importantes na formação desses profissionais está no emprego e uso correto das medidas de biossegurança, como os EPI's, visando a prevenção de infecções e acidentes ocupacionais.

A elaboração das representações sociais pelos enfermeiros do estudo, através do material presente nesta classe, mostra, ao mesmo tempo, a valorização das medidas de biossegurança e a preocupação desses profissionais devido às dificuldades enfrentadas em conduzir as práticas de prevenção e controle das infecções, pela não adoção efetiva e constante de todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente na assistência, das estratégias de precaução normatizadas em cada setor.

Diante da compreensão do conteúdo da classe, torna-se relevante que os gestores da instituição, através principalmente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), proporcionem, para os enfermeiros e para todos os profissionais de saúde, equipamentos e materiais suficientes, assim como o desenvolvimento de programas de educação permanente com reforços educativos regulares sobre a importância na adesão das medidas de biossegurança para a prevenção de infecções hospitalares e acidentes ocupacionais. Essa priorização da educação é fundamental para manter os trabalhadores informados e conscientes de suas respectivas responsabilidades e do seu papel para a solução dessa problemática.

Dessa forma, os enfermeiros evidenciaram no seu cotidiano, através de suas atitudes e informações compartilhadas por todos, e baseados na convivência do grupo social, valores e conhecimentos acerca do uso dos EPI's para prevenção e controle das IH. Para esses profissionais, o sucesso na redução das taxas dessas infecções está mais uma vez na adesão das medidas de biossegurança por todos os trabalhadores que prestam assistência à saúde.

4.2.5 Classe 2 – Biossegurança e a qualidade da assistência

Prosseguindo à análise, a classe 2 está associada diretamente à classe 3 e indiretamente às classes 5, 4 e 1 e apresenta a segunda maior contribuição, com 27 UCE's, correspondendo a um percentual de 24,11% do *corpus* total. Assim, ela se caracteriza como a de maior abrangência, por estar relacionada direta ou indiretamente a todas as outras classes deste estudo, trazendo evidências da presença de elementos sócio-cognitivos ancorados nos aspectos sócio-culturais e psicológicos relacionados à biossegurança, focalizando a importância do uso das medidas de biossegurança para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

Os vocábulos mais freqüentes da classe: “assistência”, “qualidade”, “consequentemente”, “prest+”, “perman+”, com seus correspondentes Khi2 76.17, 62,39, 27.12, 27.12, 23.51, e suas respectivas formas associadas estão apresentadas no Quadro 3 (ANEXO). Na distribuição do vocábulo apresentado pelas evocações dos enfermeiros, por exemplo, a palavra “assistência” aparece 21 vezes na classe e 22 vezes no *corpus* total, ou seja, 95,45% de ocorrência no interior da classe.

A análise do material evidenciou, através de explicações dos enfermeiros, aspectos positivos e negativos dos mesmos sobre a relação direta da biossegurança com a qualidade da assistência prestada aos pacientes da instituição de saúde pesquisada, demonstrando que há um aumento do sofrimento destes se não houver uma preocupação e um envolvimento dos profissionais na realização de suas atividades cotidianas inerentes ao cuidar baseadas na biossegurança.

Os elementos extraídos das falas dos sujeitos trazem evidências de que os profissionais fazem ligação entre o uso das medidas de biossegurança e a diminuição no tempo de permanência dos pacientes na instituição, na medida em que diminuem os riscos de adquirir infecções hospitalares, consequentemente

tornando melhor a recuperação dos mesmos. Como se pode verificar nas UCE's seguintes:

[...] conseqüentemente melhorando a qualidade da assistência e de vida daquele paciente. A biossegurança também garante que o paciente permaneça menos tempo internado, pois quando conseguimos que ele dê entrada aqui e tenha alta sem uma infecção hospitalar, com certeza ele vai passar menos tempo internado.

[...] a quantidade de tempo que esse paciente vai ficar no hospital vai ser reduzido, então, quando você faz uma assistência direcionada à biossegurança, com certeza só vai ter vantagens para aquele paciente no que diz respeito à sua recuperação e aos riscos [...]

[...] na medida em que proporciono uma melhora no estado geral dos pacientes e conseqüentemente uma alta mais rápida para esses pacientes.

[...] A relação da biossegurança com a qualidade da assistência prestada ao paciente é que ela vai estar bem mais priorizada, com menos risco de contaminação e infecção, a recuperação desse paciente com certeza vai ser bem melhor, [...]

Ainda, esses elementos apontam os efeitos comportamentais positivos inerentes às explicações dos enfermeiros de que não é possível proporcionar uma assistência de qualidade ignorando as medidas de biossegurança. Dessa forma, a garantia da qualidade dos serviços de saúde necessita ser assegurada constantemente, pela adesão permanente da equipe multidisciplinar quanto ao uso dessas medidas, seja do setor assistencial, de limpeza ou administrativo da instituição.

Porém, o que se pode constatar atualmente no âmbito dos serviços de saúde é uma ineficiência ou insucesso dessas práticas assistenciais, considerando o alto índice de infecções hospitalares adquiridas pelos pacientes internados nas áreas críticas da instituição de saúde pesquisada, segundo as manifestações e explicações dos enfermeiros.

As doenças infecciosas acometem a humanidade desde o seu surgimento e constituem um importante problema de saúde pública mundial. Da mesma forma as infecções hospitalares, que tem sua origem remontada desde a Idade Média, compreendida entre o século V(476 d. C.) e XV(1457 d. C.), no qual foram criados os primeiros hospitais (OLIVEIRA, 1998).

Os riscos para aquisição das infecções hospitalares (IH) são determinados pela susceptibilidade do paciente. Eles podem ser provenientes de algumas condições clínicas, envolvidas pela hospitalização, ou inerentes a determinados procedimentos técnicos assistenciais. Assim, é possível distinguir duas classes de fatores que predispõem as IH: os intrínsecos, que dependem da própria condição

clínica do paciente e os extrínsecos, que são relacionados a todos os procedimentos técnicos realizados e que diminuem a resistência à infecção (AGUIAR; LEITE; SILVA, 2005).

Estima-se que dentre os pacientes hospitalizados, de 5 a 10% desenvolvem IH. Essas taxas variam de um país para outro, assim como de hospital para hospital. No Piauí, por exemplo, a taxa de prevalência de IH no Hospital Getúlio Vargas, referência na capital Teresina, foi de 31%, o que é preocupante, pois demonstra um alto índice dessas infecções, quando comparado ao resultado nacional que é de 15,5% (MOURA, 2001).

Dessa forma, a IH passa a ser vista como importante indicador da qualidade da assistência hospitalar e os enfermeiros a representar um papel essencial para alcançá-la, na medida em que desempenham funções de contato direto com os pacientes, além de manipular equipamentos, instrumentais e medicações. Assim, o reconhecimento da importância da biossegurança nos serviços de saúde se concretiza nos conteúdos sócio-cognitivos presentes nos discursos dos sujeitos, que evidenciam suas concepções e significados a partir do conhecimento elaborado e compartilhado pelo grupo social. Como se verifica nas seguintes UCE's.

[...] É uma responsabilidade muito grande em receber os pacientes que não podem ter acompanhantes, como é o caso aqui da UTI, então você profissional é que tem que garantir a melhor qualidade na assistência possível, e essa qualidade só existe quando você evita os riscos de infecção, [...]
[...] do paciente e do ambiente, para prestar uma boa assistência nós temos que utilizar a biossegurança, evitando expor os clientes a determinados riscos, para que ele não adquira outra doença enquanto estiver aqui no hospital.

Segundo informações extraídas dessa classe, o significado da biossegurança revelado nos discursos dos enfermeiros refere-se, mais uma vez, a explicações sobre a importância do uso das medidas de biossegurança para elevar o nível de qualidade na assistência, considerando que a adoção dessas medidas garante ao paciente proteção contra infecções hospitalares e, conseqüentemente, diminuição dos custos com a internação, evitando, portanto, sofrimento para ele e para seus familiares. Além disso, os enfermeiros também reconhecem que as normas de biossegurança, se utilizadas cotidianamente conforme preconizado, evitam o risco de acidentes ocupacionais e respaldam juridicamente o profissional contra qualquer

intercorrência que possa vir a ocorrer com o paciente durante sua internação. Conforme manifestações apresentadas nas UCE's seguintes:

[...] então a biossegurança influencia muito na qualidade da assistência porque se o índice de infecção é menor, conseqüentemente esse paciente vai passar menos tempo internado, vai diminuir os custos com o paciente e o sofrimento dele.

[...] a qualidade da assistência se tornaria bem melhor porque o paciente iria ficar menos tempo internado e diminuiria muito os custos com antibióticos.

[...] pode sofrer um acidente aqui. Então a biossegurança utilizada como norma, melhora e muito a qualidade da assistência ao paciente e é também uma maneira de você se garantir contra qualquer intercorrência que possa acontecer a nível burocrático.

A prevenção e o controle das IH com o objetivo de buscar uma melhoria na qualidade assistencial vem sendo cada vez mais discutida e valorizada entre os profissionais de saúde, uma vez que os usuários tornaram-se mais conscientes de seus direitos, exigindo assim um maior comprometimento dos órgãos e trabalhadores responsáveis.

Assim, com a publicação da Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997, as instituições hospitalares são obrigadas a elaborar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) e a constituírem uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sob pena de responderem por atos danosos que possam causar IH em usuários do serviço de saúde, seja ele público, privado ou filantrópico. Esse programa tem o objetivo de minimizar riscos e reduzir o máximo possível a incidência e gravidade dessas infecções e deve envolver gestores e profissionais de saúde para garantir prioridade para essas estratégias.

Cabe ressaltar então a definição de Infecção Hospitalar segundo a Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde, como aquela adquirida após a admissão do paciente. Esta infecção pode manifestar-se durante a hospitalização ou até mesmo após a alta se comprovada a relação com a realização de procedimentos hospitalares. Também são infecções hospitalares aquelas manifestadas a partir das 72 horas de internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período (BRASIL, 1998).

No Brasil, as IH configuram-se ainda como um grave problema de saúde pública, apesar das diversas iniciativas de órgãos governamentais competentes, destacando-se, portanto, como causa relevante de sérios danos de ordem social e

econômica, tanto para pacientes e seus familiares, como para as instituições hospitalares.

Considerando a IH como causa de morbimortalidade, a realização das atividades assistenciais deve ser norteada por ações interdisciplinares no sentido de prevenir e controlar os microorganismos causadores de infecção, favorecendo assim o trabalho conjunto entre a CCIH e os demais trabalhadores da saúde.

Segundo Fernandes (2000), a área da saúde tem sentido uma forte pressão por parte dos seus clientes no que diz respeito a uma cobrança maior pela qualidade dos serviços prestados, sendo, portanto, indispensável, a adoção de medidas eficazes para a solução deste problema. Diante disso, é necessário que haja uma implementação de políticas públicas fiscalizadoras direcionadas à IH para que se possa constatar uma melhoria na qualidade da assistência à saúde, reduzir custos com a internação e o sofrimento desses clientes.

Nesse sentido, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde torna-se um objetivo coletivo, através de um diferencial técnico e social necessário para atender a demanda de uma sociedade cada vez mais exigente. Para tanto é essencial a implementação de uma política de qualidade nas instituições que prestam assistência à saúde (KLUCK et al., 2002).

O alcance da qualidade da assistência de enfermagem, no sentido de atingir a excelência, não diferentemente, é um processo dinâmico e exaustivo de identificação dos fatores que influenciam o processo de trabalho e requer do profissional enfermeiro implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar os níveis de qualidade dos cuidados prestados (FONSECA et al., 2005).

No que se refere ao entendimento que os enfermeiros têm a respeito dessa problemática, mais uma vez manifestam conhecimentos e consciência sobre os prejuízos que uma IH pode provocar, como também preocupações sobre a importância da adoção às medidas de biossegurança durante a realização dos cuidados de enfermagem para prevenir e minimizar os índices dessas infecções.

Para que isso ocorra é necessário que a instituição promova um programa de educação permanente, com estratégias que possibilitem a abordagem de conteúdos relacionados à biossegurança, como elucidado nas seguintes UCE's:

[...] e realizar o procedimento sem a técnica correta, ele está prestando uma assistência de enfermagem sem qualidade, conseqüentemente estará

aumentando o tempo de permanência, pois se você realiza os cuidados de enfermagem da forma correta e com qualidade, levando em consideração a biossegurança, você está proporcionando uma alta mais precoce a esse paciente e sem complicações e infecções.

[...] então, se houvesse um treinamento constante desses profissionais, com cursos de educação permanente e isso fosse cobrado deles diariamente, com certeza iria melhorar a qualidade da assistência, porque eles iriam se atualizar sobre as medidas de biossegurança.

[...] A biossegurança com certeza melhora a qualidade da assistência, porque se você tem essa biossegurança e se você usa essas medidas de proteção da forma correta, com certeza você vai melhorar o cuidado prestado ao paciente, evitando as infecções, [...]

[...] por exemplo, o local da punção no braço dos pacientes é lavado e feito anti-sepsia, para evitar contaminá-lo. Não tem qualidade na assistência sem utilizar a biossegurança, e pra que isso ocorra a gente precisa estar atento à questão da educação permanente em saúde, porque se não houver essa preocupação eles vão continuar fazendo os procedimentos sem a técnica correta, [...]

Dessa forma, de acordo com os dados apresentados, a melhora na qualidade da assistência passa a depender também da atualização e capacitação constante e permanente de toda a equipe multiprofissional envolvida no processo de cuidar. Portanto, todo profissional, seja da área assistencial, administrativa, tecnológica ou mesmo econômica, precisa ser treinado acerca da política, leis e normas de biossegurança.

Nesse sentido, é fundamental que um novo paradigma de educação em saúde seja implementado, no sentido de desenvolver competências técnicas, teóricas e éticas dos profissionais, de modo a garantir equipes que desenvolvam uma assistência com qualidade, com novos conhecimentos, manejo adequado dos recursos materiais e realização dos procedimentos com a técnica correta, elevando assim o nível de eficiência do trabalho.

A educação permanente nos serviços de saúde deve ser uma preocupação constante para as instituições, na medida em que garante mais eficiência, eficácia e efetividade no trabalho desenvolvido. Esse processo também viabiliza uma integração profissional, com possibilidade experiencial de ações educativas, como forma de contribuir para a produção de conhecimentos dos enfermeiros sobre a biossegurança.

O conceito de Educação Permanente em Saúde refere-se a uma educação no trabalho e para o trabalho, nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população e tem como objeto a transformação no processo de trabalho, orientado tanto para a melhoria da qualidade dos serviços, como para equidade e acesso ao cuidado (RIBEIRO; MOTA, 2005).

Para os mesmos autores, a educação continuada é conceituada como um processo organizado, permanente e sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida, tendo em vista a real necessidade dos usuários. Dessa forma, é essencial a abordagem da educação sob a ótica das medidas de biossegurança em instituições de saúde, baseado nas informações compartilhadas e no conhecimento elaborado entre os enfermeiros, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência.

Sendo assim, é imprescindível que esses profissionais mantenham uma busca constante de estratégias que possam nortear ações que garantam um serviço de qualidade, enquanto inseridos no processo de educação em saúde.

Portanto, a conduta dos enfermeiros frente ao uso das medidas de biossegurança, com ênfase na educação em saúde, proporcionará uma assistência de melhor qualidade, na medida em que promoverá proteção contra as infecções tanto para os pacientes como para os profissionais.

CAPÍTULO V
CONSIDERAÇÕES FINAIS

A biossegurança, como objeto social, constitui o foco deste estudo, a partir do qual os enfermeiros puderam explicitar as representações sociais através do instrumento de pesquisa, a entrevista com roteiro semi-estruturado. A análise dos resultados obtidos após o processamento dos dados pelo *software* Alceste 4.8 revelou uma classificação hierárquica descendente de cinco classes semânticas, que, de acordo com o dendograma, apresentaram-se como segue: classe 1- medidas de biossegurança utilizadas pelos enfermeiros, relacionada diretamente à classe 4 - conhecimento frente à biossegurança, as quais apresentam-se relacionadas à classe 5 - relação da biossegurança com a prática profissional, que está relacionada à classe 3 - relação da biossegurança com a prevenção e o controle das IH, e que, por fim, todas apresentaram-se relacionadas à classe 2 - biossegurança e a qualidade da assistência.

Na classe 1, medidas de biossegurança utilizadas pelos enfermeiros, as formas reduzidas encontradas nos discursos foram: “técnica+”, “lav+”, “corret+”, “limpeza”, e “maos”. Nessa classe, os sujeitos da pesquisa expressaram a importância da biossegurança tanto para sua proteção como para a do cliente sob seus cuidados, relacionando as medidas mais utilizadas por eles no cotidiano de trabalho, dentre as quais se destacou a lavagem das mãos, a qual os enfermeiros acreditam ser responsável pela eliminação da maioria dos microorganismos causadores de infecção.

Porém, apesar do reconhecimento desses profissionais em relação à importância do uso das medidas de biossegurança, eles referiram nem sempre o fazer de maneira adequada, muitas vezes improvisam, em situações cotidianas adversas, e utilizam de estratégias para suprir a falta de materiais e equipamentos necessários para a realização do trabalho com segurança.

Nesse sentido, o uso adequado das medidas de biossegurança pelos enfermeiros está associado a um coordenador, que exija o cumprimento das normas técnicas da instituição, fornecendo subsídios para isso, através da realização de

cursos de atualização e qualificação, além da interação multiprofissional e disponibilização de recursos materiais e tecnológicos.

Na classe 4, conhecimento frente à biossegurança, que apresenta-se fortemente relacionada à classe 1, as formas reduzidas “muitissimo”, “important+”, “contato”, “equipamento”, e “protecao”, reafirmam a importância da biossegurança para a realização das atividades do profissional enfermeiro, na medida em que esta viabiliza uma maior proteção para os pacientes contra as IH e resguarda o profissional juridicamente de um eventual problema que possa ocorrer no exercício de suas funções.

Os enfermeiros do estudo demonstraram sentimentos de valorização da biossegurança e, ao mesmo tempo, insegurança em traduzir seus conhecimentos epistemológicos numa prática cotidiana do cuidar, uma vez que esses profissionais não se incluem de maneira efetiva no processo de prevenção e controle das IH e, muitas vezes, esperam que a instituição realize essas ações de intervenção.

No que diz respeito à classe 5, relação da biossegurança com a prática profissional, esta apresenta uma maior contribuição no conteúdo do *corpus* analisado, e as formas associadas foram: “cuid+”, “pratica”, e “consci+”. Esta classe encontra-se relacionada às classes 1 e 4, reforçando o conhecimento da importância da biossegurança na prática profissional dos enfermeiros na medida em que esta permanece intimamente ligada ao cotidiano desses profissionais na realização de suas atividades assistenciais.

Para os enfermeiros do não há como realizar assistência de enfermagem sem a consciência e o envolvimento destes com a biossegurança na sua prática cotidiana de cuidar. Porém, esses profissionais também reconhecem a própria negligência em relação ao uso das medidas de biossegurança ao referirem que somente fazem uso correto dos EPI’s quando sabem da sorologia positiva dos pacientes para vírus como, HIV e Hepatites B e C.

Os enfermeiros refletem sobre o mundo do trabalho e elaboram representações que se situam na ação do profissional, cujas medidas de biossegurança deveriam estar presentes em todos os momentos da sua prática cotidiana, durante a realização dos procedimentos assistenciais voltados para a prevenção das IH, dando prioridade também à proteção contra acidentes ocupacionais.

No que diz respeito à classe 3, relação da biossegurança com a prevenção e o controle das IH, as formas reduzidas foram “luva+”, “avent+”, “preven+”, e

“protecao”. Nessa classe, que está relacionada às demais classes apresentadas anteriormente, os enfermeiros expressaram preocupação com a transmissão das infecções hospitalares (IH) e demonstraram conhecimento de como essas infecções podem ser evitadas se as medidas de biossegurança forem adotadas de maneira efetiva na sua prática cotidiana. Apesar disso, os mesmos manifestaram sentimentos de impotência diante da prevenção e controle das IH no ambiente de trabalho, visto que se sentem inseguros para intervir diante de situações que não dependem de sua vontade.

Tendo em vista que a aquisição e transmissão das IH deve-se a fatores multicausais, e que estas, além de prejudicar a recuperação dos pacientes, comprometem a saúde dos profissionais, é fundamental que os enfermeiros firmem seus conhecimentos acerca das medidas de biossegurança, em especial o uso dos EPI's, e adotem uma postura que favoreça a prevenção e o controle dessas infecções, no sentido de proporcionar o restabelecimento dos pacientes e uma maior segurança no seu ambiente de trabalho.

Finalmente, na classe 2, biossegurança e a qualidade da assistência, que apresenta-se relacionada à todas as classes desse estudo, as formas reduzidas “assistência”, “qualidade”, “consequentemente”, “prest+”, e “perman+” trazem evidências de que os enfermeiros fazem ligação entre o uso das medidas de biossegurança na sua prática cotidiana de cuidar e a qualidade da assistência prestada, na medida em que estas diminuem os riscos de aquisição de infecções hospitalares por parte dos pacientes, consequentemente tornando melhor a recuperação dos mesmos e diminuindo seu tempo de permanência no hospital.

Cabe ressaltar a preocupação dos enfermeiros quanto à importância da educação permanente, com estratégias voltadas para uma maior inserção da biossegurança na sua prática profissional, para a prevenção e o controle das infecções hospitalares e o conseqüente alcance de uma assistência de melhor qualidade.

Nesse sentido, o conhecimento extraído do conteúdo das cinco classes semânticas analisadas neste estudo, ressalta as vivências dos enfermeiros no seu grupo de pertença em relação à biossegurança, o que permitiu a apreensão das representações sociais existentes nas manifestações/descrições/explicações que justificam seus posicionamentos, explorando os efeitos psicossociais expressos coletivamente, nos sentimentos desses profissionais.

No que concerne aos significados apreendidos através das RS que os enfermeiros têm a respeito da biossegurança, pode-se considerar que estes relatam, ao mesmo tempo, modalidades de conteúdo favorável ao reconhecerem a importância do uso das medidas de biossegurança para a prevenção tanto de infecções hospitalares quanto de acidentes ocupacionais; em contrapartida, demonstram neutralidade e adotam parcialmente essas medidas durante a realização de suas atividades, devido às dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho.

Face ao exposto, evidencia-se que o conhecimento elaborado e compartilhado socialmente pelos enfermeiros vincula-se às construções sociais resultantes das suas culturas expressas nas opiniões, atitudes e histórias pessoais desse grupo social, permitindo assim que as RS contribuam na formação e orientação de comportamentos. Essas representações puderam ser apreendidas nas principais medidas de biossegurança utilizadas, conhecimento e valorização da biossegurança na prática profissional, dificuldades no controle das IH, relação de dependência do outro, entre outros elementos constituintes, que fazem parte dos critérios pessoais e técnicos relacionados ao cuidar nesse contexto.

Portanto, tratar das representações sociais da biossegurança no sentido de se obter mudanças de postura dos enfermeiros para a efetiva adoção das medidas de prevenção e segurança, implica em se considerar que estes necessitam elaborar e planejar suas estratégias comportamentais diante da decisão da adesão ou não a essas mudanças. Para que isso ocorra é necessário que as políticas de controle de infecção hospitalar considerem os determinantes das práticas de biossegurança que se encontram atreladas às crenças, valores e normas desse grupo social.

Nesse sentido, é fundamental o incentivo à criação de uma cultura prevencionista por parte dos gestores das instituições de saúde, baseada nas normas de biossegurança, através da implementação de ações educativas, com estratégias que permitam ao profissional enfermeiro a aquisição de uma postura efetiva no uso de procedimentos que garantam o máximo de segurança não só a ele, mas também à equipe que o cerca, ao paciente e ao ambiente de trabalho.

Desse modo, espera-se que este estudo, pautado na Teoria das Representações Sociais, possa contribuir na formulação do conhecimento cotidiano da biossegurança pelos enfermeiros, complementando o seu conceito científico já consagrado, colaborando, assim, para a superação das dificuldades vivenciadas pelos mesmos, e encorajando-os a adotar uma postura crítico-reflexiva face à

adoção das medidas de biossegurança, de modo que se possa alcançar uma melhor qualidade de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 2000.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Biossegurança. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 989-91, 2005.

AGUIAR, B. G.; LEITE, J.L.; SILVA, I. C. M. Infecções Hospitalares: questão de saúde pública e de enfermagem. In: FIGUEIREDO, N. M. A. *et al.* [Orgs.] **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. Ed. Especial. São Paulo: Yendes, 2005.

ANDRADE, A. C.; SANNA, M. C. Ensino de Biossegurança na Graduação em Enfermagem: uma revisão de literatura. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 569-72, set-out, 2007.

BIBLIOMED, C. **Infecção hospitalar atinge 15,5% dos pacientes internados no Brasil**. 2001. Disponível em <http://www.corporativobibliomed.com.br>. Acessado em 25/01/08.

BERGER, P. I.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília (DF): Anvisa, 2007.

_____, Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética e Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2003.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Gerência Geral de Saneantes. Apostila de saneantes para treinamento de gerentes de riscos dos hospitais sentinelas, 2002.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 343, de 19 de fevereiro de 2002. Institui a Comissão de Biossegurança em Saúde. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br>. Acessado em 09/10/2008.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Brasília, DF, 12 de maio de 1998. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616-98.htm>. Acessado em 20/11/07

_____, Lei n. 8.974. Dispõe sobre a criação da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1995. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Acessado em 20/11/07.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 1.752 de 13 de junho de 1988. Aprovação das normas de pesquisa em saúde. Brasília, 13 de junho de 1988. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br>. Acessado em 09/10/2008.

CAETANO, J.A.; SOARES, E.; BRAQUEHAIS, A. R.; ROLIM, K.A.C. Acidentes de Trabalho com Material Biológico no Cotidiano da Enfermagem em Unidade de Alta Complexidade. **Revista Eletrônica Semestral de Enfermagem**. Nº 9, Novembro de 2006.

CAIXETA, R. B. ; BRANCO, A. B. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito federal, Brasil, 2003/2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 737-46, mai-jun. 2005.

CAMARGO, B. V. Estratégias de pesquisa pluri-metodológicas. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Org.) **Perspectivas teóricas – metodológicas em representações sociais**. João Pessoa (PB): Universitária, 2005. P. 19-24.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informativo de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Org.) **Perspectivas teóricas – metodológicas em representações sociais**. João Pessoa (PB): Universitária, 2005. P. 511-540.

CARVALHO, C. M. R. S. [et al]. Aspectos de biossegurança relacionados ao uso do jaleco pelos profissionais de saúde: uma revisão da literatura. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis (SC), 2009: 18(2); 355-360.

Centers for Disease Control and Prevention. **Recommendations for prevention of HIV transmission in health care settings**. Disponível em <http://www.cdc.gov.br>. Acessado em 10/10/2008.

CORREA, C F.; DONATO, M. Biossegurança em uma Unidade de Terapia Intensiva: A percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enf Esc. Ana Nery** 2007; 11(2) 197-204.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. **Infecção Hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença**: epidemiologia, controle e tratamento. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

CUNHA, de C. K. Supervisão em Enfermagem. In: KURCGANT, P. *et al.* (Org.) **Administração em enfermagem**. São Paulo: Universitária, 6 ed. 2005. P. 117 – 132.

DI GIACOMO, J. P. Aspects methodologiques de l'analyse des représentations sociales. **Cahiers de Psychologic Cognitiva**, v. 1, n.4, 1981, p. 397-422.

FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2000.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos do trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. *Rev. Enfermagem. UERS*, 2005: 13. 167-74.

FERNANDES, A. T. [et al]. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FONSECA, et. al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *Mundo Saúde*, 2005, 29(2), p. 161- 8.

GARCIA, L P.; RAMOS B. G. Z. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. **Cad. Saúde Pública** 2004; 20(3): 744-52.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDIM, J. R. **Conferência de Asilomar**, 1997. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/asilomar.htm>. Acessado em 20/11/07.

HINRICHSEN, S. L. Lei de Biossegurança Nacional – Alguns aspectos importantes. In: **Biossegurança e Controle de Infecções – risco sanitário hospitalar**. Rio de Janeiro: MDSI; 2004.

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed UERJ; 2001.

KLUCK, et. al. **A gestão da qualidade assistencial do hospital de clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores**. RSA, 2002.

MARTINEZ, M. R.; CAMPOS, L. A. A. F.; NOGUEIRA, P. C. R. Adesão à técnica de lavagem das mãos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Paul. Pediátrica**. São Paulo (SP), 2009: 27(2); p. 179-185.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MASTROENI, M, F. Introdução à Biossegurança. In: **Biossegurança aplicada a laboratório e serviços de saúde**. São Paulo: Atheneu; 2006.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOURA, M. E. B. **A infecção hospitalar no Piauí**: a crítica e os aspectos críticos no processo de cuidar, cuidado em enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem). Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

NICHIATA, L. Y. I.; GIR, E.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 38, n. 1, p.61-70, 2004.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma UTI. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 406-14, 2004.

OLIVEIRA, A. C. **Infecções Hospitalares**: abordagem, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

REINERT, M. **ALCESTE. Analyse de Donnes Textuelles**. Paris:Société IMAGE, 1998.

RIBEIRO, A. S. M. **Análise Quantitativa de Dados Textuais-Manual**. Laboratório de Psicologia do Desenvolvimento Social. Instituto de Psicologia –UNB. Brasília, 2004.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. **Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. 2005. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br> . Acessado em 15 agosto 2009.

SANTOS, A. M. R. et al. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 61, n. 4, p. 441-47, jul-ago, 2008.

SÊCCO, I. A. O.; GUTIERREZ, P. R.; MATSUO, T. Acidentes de Trabalho em Ambiente Hospitalar e Riscos Ocupacionais para os Profissionais de Enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina.V.23, p. 19-24, Jan/Dez, 2002.

SHINYASHIKI, R. O sucesso é ser feliz. **Medicis – Revista de cultura, ciência e saúde**. São Paulo, n. 3; p. 14-15, 2000.

SOUZA, M. Controle de riscos nos serviços de saúde. **Acta Paul. Enfer.** São Paulo, v. 13, n. especial, p. 197-202, 2000.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. **Biossegurança**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1996.

TURA, L. F. R. AIDS e representações sociais. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. **Aids e representações sociais** :à busca de sentidos. Natal: Editora UFRN, 2004.

TURA, L. F. R. Representações coletivas e representações sociais: notas introdutórias. In: TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. [Orgs.]. **Saúde e representações sociais**. João Pessoa (PB): Universitária, 2005. P. 15-27.

VALLE, A. R. M. C; *et. al.* Representações Sociais da Biossegurança elaboradas por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Rev. Enf. Esc. Ana Nery**, 2008 ; 12(2): 304-9.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis(RJ): Vozes, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Título do estudo: **A Biossegurança no olhar de enfermeiros**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Estamos desenvolvendo uma investigação sobre as Representações Sociais da Biossegurança elaboradas por enfermeiros, e gostaríamos de contar com a sua participação respondendo a este roteiro de Entrevista. Dessa forma, suas respostas de forma espontânea e individual são muito importantes. Asseguramos que todas as respostas serão anônimas e confidenciais, destinando-se para fins de investigação científica.

Os estudos na área da saúde, pela perspectiva da Teoria das Representações Sociais (TRS), possibilitam a aquisição de um conhecimento construído e compartilhado socialmente, vinculado às construções sociais de um saber do senso comum e influenciado por comportamentos, crenças e atitudes dos grupos sociais.

1. Identificação

Código _____

Data: ___ / ___ / _____

Horário: Início _____ Término _____

Sexo:

Idade:

Tempo de serviço na Instituição:

Setor de trabalho:

2. Fale o que você conhece sobre Biossegurança?
3. Quais as medidas de Biossegurança que você conhece?
4. Quais os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que você mais usa no trabalho?
5. Fale sobre a relação da Biossegurança com a Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares.
6. Fale de sua prática profissional relativa à Biossegurança.
7. Fale sobre a relação da Biossegurança com qualidade da assistência prestada aos pacientes.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A INSTITUIÇÃO

Teresina, 11/ 12/ 2008

Ilmo Sr.
Prof. Dr. Noé Cerqueira Fortes
Diretor Geral do Hospital Getúlio Vargas

Caro Diretor,

Estou enviando o projeto de pesquisa intitulado “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA BIOSSEGURANÇA ELABORADAS PRO ENFERMEIROS”, para a apreciação por este comitê.

Confirmo que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da resolução 196/96 do CNS e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000 e 340/2004).

Confirmo também:

- 1- que esta pesquisa ainda não foi iniciada,
- 2- que não há participação estrangeira nesta pesquisa,
- 3- que comunicarei ao CEP-HGV os eventuais eventos adversos ocorridos com o voluntário,
- 4- que apresentarei relatório final desta pesquisa ao CEP-HGV,

Atenciosamente,

Pesquisador responsável

Assinatura: 

Nome: Maria Eliete Batista Moura

CPF: 13905414368

Instituição: UFPI

Área: Enfermagem

Departamento: Enfermagem

APÊNDICE C

Declarações de compromisso dos(s) Pesquisador(es)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Hospital Getúlio Vargas

Eu (nós), Maria Eliete Batista Moura, pesquisador(es) responsável(is) pela pesquisa intitulada
“**Representações Sociais da Biossegurança elaboradas por enfermeiros**”, declaro (amos) que:

- Assumo (imos) o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000 e 340/2004).
- Assumo (imos) o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Maria Eliete Batista Moura e Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle da área de Enfermagem da UFPI; que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- o CEP-HGV será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- o CEP-HGV será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, 11 de dezembro de 2008

Maria Eliete Batista Moura



Pesquisador responsável (assinatura, nome e CPF)

Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle



Demais pesquisadores (assinatura, nome e CPF)

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo solicitado para autorizar uma pesquisa. Você precisa decidir se quer autorizar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que tiver. Este estudo está sendo conduzido por Maria Eliete Batista Moura e Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle. Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar este estudo, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (86) 3215-5564.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: A Biossegurança no olhar de Enfermeiros.

Pesquisadores Responsáveis: Maria Eliete Batista Moura e Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle.

Telefones para contato: (86) 9982-1611 / (86) 9921-0502.

- ◆ O presente estudo se configura como um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, a ser realizado no Hospital Getúlio Vargas em Teresina – PI. A coleta dos dados realizar-se-á nos meses de fevereiro a abril de 2009, após a aprovação deste pelo comitê de ética e autorização da instituição. Objetiva-se nesta pesquisa, apreender as representações sociais da biossegurança elaboradas por enfermeiros e analisar como essas representações influenciam na prática e na qualidade da assistência prestada. O instrumento de coleta de dados será um roteiro de entrevista semi-estruturado. Para a análise dos dados será utilizado o software Alceste 4.8.
- ◆ Ressalta-se que a presente pesquisa não trará riscos, prejuízos, desconforto, lesões, formas de indenização, nem ressarcimento de despesas.

- ◆ Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os investigadores podem ser encontrados pelos seguintes telefones(s) (86)99821611/(86) 9921-0502. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, no mesmo endereço Rua Marcos Parente, 1204. Bairro Fátima, Teresina-PI, Pró-Reitoria de Extensão e Pós-Graduação, CEP: 64.048-070, pelo telefone (086)3215-5564.

- ◆ O período de participação será de junho a fevereiro a abril de 2009, o participante terá o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.

- ◆ Nome e Assinatura dos pesquisadores

Maria Eliete Batista Moura

Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle

CONSENTIMENTO

Eu, _____ RG: _____

CPF: _____, abaixo assinado, concordo em autorizar a coleta de dados neste centro de saúde. Tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“A Biossegurança no olhar de**

enfermeiros”. Discuti com Maria Eliete Batista Moura e Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso à pesquisa. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos nessa Instituição ou Serviço.

Teresina, ____ de _____ de 2009.

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do diretor em autorizar a coleta de dados.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____



Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Observações Complementares:

ANEXO B

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Representações sociais da biossegurança elaboradas por enfermeiros
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0232.0.045.000-08
Pesquisador Responsável: Maria Eliete Batista Moura


Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro-2010 Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 9/2/2009

Teresina, 10 de fevereiro de 2009.


 Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR



SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaramos que, após a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa deste hospital, estaremos de acordo quanto à realização da pesquisa científica da aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí: ANDRÉIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE – matrícula: 08S70152, intitulada REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA BIOSSEGURANÇA ELABORADAS POR ENFERMEIROS, SOB A ORIENTAÇÃO DA Profª Drª Maria Eliete Batista Moura, que deverá ser realizada nas UTI's geral e do Pronto Socorro, Unidade de Tratamento de Queimados(UTQ) e na Clínica de Nefrologia do Hospital Getúlio Vargas.

Tresina, 11 de dezembro de 2008

Diretor Técnico Assistencial do Hospital Getúlio Vargas

ANEXO D

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PROTOCOLO DE PESQUISA

02
8073-08
[Handwritten signature]

Processo nº: 8073 - 08

A análise será realizada pela CEP e seu resultado será emitido em até 60 dias.

Título do projeto: "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA BIOSSEGURANÇA ELABORADAS POR ENFERMEIROS"

Nome dos pesquisadores: ANDRÉIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE

Endereço (Rua, nº): RUA MURILO BRAGA, 505, VERMELHA, TERESINA-PI

CEP: 64019-350

CPF: 004521963-02

Identidade: 2004495-PI

E-mail: andreia.valle@bol.com.br

Telefones: (86) 9921-0502

Disciplina: MESTRADO EM ENFERMAGEM - UFPI

Instituição a que pertence: UFPI

Nome do Orientador(a): MARIA ELIETE BATISTA MOURA

Termo de Compromisso:

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: 11/12/08

Assinatura: *Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle*

03

BC73-08

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Registro na CEP:	Conclusão:		
	Aprovado (X) Data: 30/01/09	Com pendência () Data: ___/___/___ Retirado () Data: ___/___/___	Não Aprovado () Data: ___/___/___

Relatório(s) do pesquisador responsável previsto(s) para:

Data: ___/___/___

O projeto de pesquisa apresentado representa
estes dados das experiências elaboradas por exper-
tistas, e quanto ao de acordo com os termos do
Término de Licença em Pesquisa

Ano Vinte e Nove de Janeiro
Mestre
CRESS 1.501/2008

Quia

[Signature]
Dr. Argemiro Cavalcante Cardoso
NEUROCIRURGIÃO
CRM-1790
CPF: 227.800.683-57

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP

Nº Expediente: Data: Processo:	Observações:
--------------------------------------	--------------

Quadro 2 – Distribuição do vocabulário específico das medidas de biossegurança utilizadas pelos enfermeiros, apreendido mediante os seus discursos.

*OPC	*FCT	%	Khi2	VOCABULÁRIO	FORMAS ASSOCIADAS
14	2	66.67	11.25	cateter+	Cateter
25	9	36.00	24.90	corret+	correta, corretas, correto
47	7	35.00	17.43	epis	epi's
74	7	46.67	26.55	lav+	Lavagem
77	4	66.67	23.13	limpeza	Limpeza
84	6	46.15	21.92	maos	Mãos
93	2	50.00	7.56	nefrologia	Nefrologia
110	2	66.67	11.25	prepar+	preparação, preparo
114	4	18.18	2.16	procedimento+	Procedimento
121	4	57.14	18.88	puncao	Punção
136	2	66.67	11.25	separ+	Separação
139	9	45.00	34.02	técnica+	técnica, técnicas
148	8	27.59	13.94	uso	Uso

Fonte: Relatório Alceste, 2009.

Legenda:

*OPC: número de ocorrência de palavras na classe.

*FCT: frequência das palavras no *corpus* total.

%: percentual de palavras da classe.

Khi2: resultado do quiquadrado das palavras na classe

Quadro 3 – Distribuição do vocabulário específico sobre a relação da biossegurança com a qualidade da assistência, apreendido mediante os discursos dos enfermeiros.

OPC	FCT	%	Khi2	VOCABULÁRIO	FORMAS ASSOCIADAS
8	22	95.45	76.17	Assistência	Assistência
10	5	80.00	8.94	aument+	aumenta, aumentando, aumentado

19	8	100.00	27.12	consequentemente	Consequentemente
39	4	75.00	5.87	diminuir+	diminuir, diminuiria
64	4	75.00	5.87	Hospital	Hospital
68	9	55.56	5.29	Índice	Índice
71	4	75.00	5.87	internado+	Internado
90	6	100.00	19.96	melhor+	melhora, melhorando, melhorar
102	7	100.00	23.51	perman+	permaneça, permanência
111	8	100.00	27.12	prest+	prestada, prestado, prestando, prestar
117	3	100.00	9.70	proporcion+	proporcionando, proporcionar, proporciono
122	19	94.74	62.39	Qualidade	Qualidade
128	12	50.00	4.93	risco+	risco, riscos
140	9	88.89	22.45	Tempo	Tempo

Fonte: Relatório Alceste, 2009.

Legenda:

*OPC: número de ocorrência de palavras na classe.

*FCT: frequência das palavras no *corpus* total.

%: percentual de palavras da classe.

Khi2: resultado do quiquadrado das palavras na classe

Quadro 4 – Distribuição do vocabulário específico da relação da biossegurança com o controle e prevenção das infecções hospitalares, apreendido mediante os discursos dos enfermeiros.

OPC	FCT	%	Khi2	VOCABULÁRIO	FORMAS ASSOCIADAS
11	14	92.86	80.67	avent+	aventais, avental
13	4	75.00	12.49	Capote	capote
32	3	66.67	6.91	Descarte	descarte
50	6	50.00	6.60	especific+	específica, específico
58	3	100.00	18.50	funcionario+	funcionário, funcionário
62	11	81.82	45.43	Gorro	gorro
65	24	45.83	24.83	hospitalar+	hospitalar, hospitalares
70	50	24.00	6.96	infecç+	infecção, infecções
82	3	66.67	6.91	manipul+	manipulação, manipular
86	7	42.86	4.98	materi+	materiais, material
96	12	91.67	65.72	Óculos	óculos
112	12	66.67	30.12	preven+	prevenção, prevenir
114	22	31.82	6.87	procedimento+	procedimento, procedimentos

120	10	90.00	51.41	pro_pes	pró-pés
-----	----	-------	-------	---------	---------

Fonte: relatório Alceste, 2009.

Legenda:

*OPC: número de ocorrência de palavras na classe.

*FCT: frequência das palavras no *corpus* total.

%; percentual de palavras da classe.

Khi2: resultado do quiquadrado das palavras na classe

Quadro 5 – Distribuição do vocabulário específico do conhecimento frente à Biossegurança, apreendido mediante os discursos dos enfermeiros.

OPC	FCT	%	Khi2	VOCABULÁRIO	FORMAS ASSOCIADAS
4	9	33.33	3.88	Ambiente	Ambiente
23	7	57.14	13.61	Contato	Contato
48	5	60.00	10.80	equipamento+	equipamento, equipamentos
67	21	38.10	15.48	important+	Importante
73	3	66.67	8.27	Isolamento	Isolamento
81	5	60.00	10.80	maneira+	Maneira
92	10	80.00	45.74	Muitíssimo	Muitíssimo
101	3	66.67	8.27	perfuro_cortante+	Perfurocortantes
118	21	33.33	10.26	Proteção	Proteção
133	5	60.00	10.80	Secreções	Secreções
134	3	66.67	8.27	Segurança	Segurança

Fonte: Relatório Alceste, 2009.

Legenda:

*OPC: número de ocorrência de palavras na classe.

*FCT: frequência das palavras no *corpus* total.

%; percentual de palavras da classe.

Khi2: resultado do quiquadrado das palavras na classe

Quadro 6 – Distribuição do vocabulário específico da relação da Biossegurança com a prática profissional dos enfermeiros, apreendido mediante os discursos dos mesmos.

OPC	FCT	%	Khi2	VOCABULÁRIO	FORMAS ASSOCIADAS
17	6	100.00	9.80	Consci+	Consciência, consciente
28	13	92.31	17.33	Cuid+	Cuida, cuidado, cuidar
66	5	80.00	3.64	importancia	Importância
88	43	51.16	4.13	Medida+	Medida, medidas
107	16	75.00	9.98	Pratica+	Prática, práticas
113	8	75.00	4.61	Principal+	Principal, principalmente
116	42	52.38	4.83	Profission+	Profissional

Fonte: Relatório Alceste, 2009.

Legenda:

*OPC: número de ocorrência de palavras na classe.

*FCT: frequência das palavras no *corpus* total.

%: percentual de palavras da classe.

Khi2: resultado do quiquadrado das palavras na classe

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)