

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

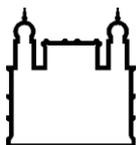
INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde

**PERCEÇÃO DE RISCO DE INFECÇÕES HOSPITALARES:
PRODUÇÃO E AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS
EDUCACIONAIS PARA O TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE DE DIFERENTES CATEGORIAS DE UMA
INSTITUIÇÃO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL.**

SONIA MARIA FERRAZ MEDEIROS NEVES

**Rio de Janeiro
2008**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ
Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

SONIA MARIA FERRAZ MEDEIROS NEVES

**Percepção de risco de infecções hospitalares:
produção e avaliação de estratégias educacionais para o
treinamento de profissionais de saúde de diferentes categorias de uma
instituição do Rio de Janeiro, Brasil.**

Tese apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz como
parte dos requisitos para obtenção do título Doutor
em Ensino em Biociências e Saúde

Orientador (es): Prof. Dr^a. Brani Rozemberg
Prof. Dr^a. Claudia Teresa Vieira de Souza

RIO DE JANEIRO
2008

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

N518

Neves, Sonia Maria Ferraz Medeiros

Produção e avaliação de estratégias educacionais para o treinamento de profissionais de saúde de diferentes categorias/ Sonia Maria Ferraz Medeiros Neves. – Rio de Janeiro, 2008.

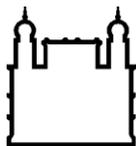
xv, 194 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Instituto Oswaldo Cruz, Ensino em Biociências e Saúde, 2008.

Bibliografia: f. 176-193

1. Infecção hospitalar. 2. Lavagem de mãos. 3. Estratégias educativas. I. Título.

CDD 362.11



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

AUTOR: SONIA MARIA FERRAZ MEDEIROS NEVES

**PERCEPÇÃO DE RISCO DE INFECÇÕES HOSPITALARES:
PRODUÇÃO E AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS
EDUCACIONAIS PARA O TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS
DE SAÚDE DE DIFERENTES CATEGORIAS DE UMA
INSTITUIÇÃO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL.**

Orientador (es): Prof. Dr^a. Brani Rozemberg

Prof. Dr^a. Claudia Teresa Vieira de Souza

Aprovada em: ____/____/____

EXAMINADORES:

Prof. Dr. Nome - Presidente Simone Souza Monteiro

Prof. Dr. Nome - Keyla Belízia Feldman Marzochi

Prof. Dr. Nome - Silvana Granado Nogueira Gama

Rio de Janeiro, 29 de julho de 2008

DEDICATÓRIA

Deus,
que é fonte de poder e coragem, que está sempre em nossos caminhos; pondo as suas
idéias infinitas a nossa disposição.

Ao meu esposo Marcelo e meus filhos Marcelo e Roberto,
que sempre me apoiaram e estiveram ao meu lado, me incentivando e acreditando, me
enchendo de coragem para prosseguir a minha caminhada. O meu esposo, profissional
dedicado que muito me ensinou a enfrentar os desafios da vida e acreditar que quando
queremos, somos sempre capazes. Seu exemplo foi o meu espelho. E os meus filhos,
saibam que todo esforço realizado, é para vocês a razão do nosso viver.
Muito obrigada, pela existência de vocês.

EPIGRAFE

**Ensinar é saber que devo respeito à autonomia,
à dignidade e à identidade do educando.**

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais,

que conseguiram oferecer-me a maior herança que se pode deixar para um filho: a educação, e dentro desta, sempre incentivaram minha trajetória.

À amiga, professora e orientadora Claudia Teresa,

por toda dedicação e amizade, por ter disparado todo o incentivo necessário, mostrando-me o caminho do doutorado e contribuindo de forma cuidadosa e valiosa, em várias etapas durante a elaboração desta tese. Obrigada por sempre ter estado ao meu lado, nos momentos difíceis.

Prof. Dr. Júlio Vianna Barbosa,

pela confiança que depositou neste trabalho e sua presidência nesta banca de defesa.

Profª Drª. Brani Rozemberg,

pela excelente orientação.

Prof. Dr. Marcos Antônio Ferreira Costa,

pela disponibilidade e valiosas contribuições como revisor desta tese.

Profª. Drª. Isabela Cabral Félix de Sousa, Mauricio R. M. P. Luz e Simone Souza Monteiro,

pela disponibilidade e valiosas sugestões na qualificação.

Aos professores do Mestrado, em especial às professoras: Drª Simone Souza Monteiro e Drª Tania Cremonini de Araújo-Jorge,

pela amizade e excelente didática apresentada em sala de aula.

À Drª. Marizete Pereira da Silva,

para mim, a referência de enfermeira, de quem sempre recebi incentivo e apoio.

À Drª. Keyla Belízia Feldam Marzochi,

pelo seu apoio e incentivo em permitir conhecer uma nova linha de trabalho.

À Drª. Valdiléa Veloso,

pelo seu apoio e por me incentivar na tomada de decisão, sem a qual esta defesa não estaria acontecendo neste momento.

À equipe da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar,

pelo carinho com que sempre estiveram ao meu lado, compartilhando todos os momentos e que souberam compreender as minhas ausências e minhas mudanças frequentes de horário. Este agradecimento se estende à **Drª Marisa Zenaide**, que sempre me incentivou e compartilhou cientificamente em várias produções.

Aos secretários Sônia Martins, Lara, Vera Lúcia, Gláucio, Adriana e Márcia Casseiro,

pela paciência e disponibilidade. Este agradecimento se estende, com um carinho especial, à **Secretária Mônica Rodrigues**, da CCIH do IPEC por toda dedicação e amizade em todos os momentos difíceis do trabalho.

À Drª. Lea Camillo Coura e Drª. Regina Lana Braga Costa,

pelo auxílio e incentivo em determinados momentos da elaboração desta tese.

Aos amigos Marco Aurélio, Márcia Franco e Valéria Trajano,
pela dedicação e amizade, estando sempre ao meu lado com palavras amigas e de conforto, procurando dar sugestões que contribuíssem de forma direta ou indireta para esta tese.

Profª Geórgia,
pela disponibilidade e valiosas revisão ortográfica.

Enfim,
a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho.

ÍNDICE

Sumário

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I : ETAPAS DO ESTUDO	3
1.1 JUSTIFICATIVA	3
1.2 PROBLEMA	6
1.3 OBJETIVOS.....	7
CAPÍTULO II: REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 Conhecendo melhor a Infecção Hospitalar.....	7
2.2 Medidas de Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares:	8
2.3 Riscos presentes no ambiente hospitalar:	13
2.4 Desafios ao ensino em Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares:	19
2.5 Educação.....	21
CAPÍTULO III : METODOLOGIA.....	27
3.3 População do estudo	29
3.4 Instrumentos de coleta de dados:.....	30
3.5 Aspectos éticos:	30
3.6 Etapas da Pesquisa:.....	31
3.6 Análise de Dados:.....	33
CAPÍTULO IV: ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 Considerações iniciais sobre a coleta de dados:	35
4.2 Descrição do perfil dos respondentes do questionário de cada categoria.....	35
4.3 Avaliação dos profissionais sobre os treinamentos da CCIH.....	45
4.4 Justificativa da relevância e satisfação com os treinamentos, segundo os profissionais treinados.	47
4.5 Avaliação da ajuda das informações obtidas, durante os treinamentos, na prática diária de trabalho, segundo opinião dos profissionais.	49
4.6 Opinião dos profissionais treinados sobre o esclarecimento da teoria por meio das dinâmicas.....	52
4.7 Análise das entrevistas realizadas com os profissionais treinados.....	54
4.8 Fatores Impeditivos à aplicação cotidiana dos conhecimentos em prevenção e controle das infecções hospitalares apontados nas entrevistas.....	73
CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

ANEXO I.....	125
ANEXO II	167
ANEXO III.....	168
ANEXO IV	169
ANEXO V	172
ANEXO VII.....	173
ANEXO VIII	180
ANEXO IX.....	182
ANEXO X	183
ANEXO XI.....	186
ANEXO XII.....	187
ANEXO XIII	189
ANEXO XIV	190
ANEXO XV	191
ANEXO XVI.....	192

LISTA DE TABELAS

- Tabela 4.1** – Abordagens anteriores sobre a temática, referidas pelos psicólogos do IPEC que realizaram o treinamento da CCIH. **36**
- Tabela 4.2** – Abordagens anteriores sobre a temática, referidos pelos administrativos do IPEC que realizaram o treinamento da CCIH. **38**
- Tabela 4.3** – Abordagens anteriores sobre a temática, referidos pelos residentes médicos do IPEC que realizaram o treinamento da CCIH. **39**
- Tabela 4.4** – Abordagens anteriores sobre a temática, referidos pelos enfermeiros do IPEC que realizaram o treinamento da CCI **40**
- Tabela 4.5** – Abordagens anteriores sobre a temática, referidos pelos técnicos de enfermagem do IPEC que realizaram o treinamento da CC **41**
- Tabela 4.6** – Abordagens anteriores sobre a temática, referidos pelos profissionais de limpeza do IPEC que realizaram o treinamento da CCIH. **42**
- Tabela 4.7**– Opinião das diversas categorias profissionais do IPEC em relação ao treinamento. **45**
- Tabela 4.8** - Distribuição dos riscos percebidos pelas categorias profissionais do IPEC que participaram do estudo, conforme entrevista realizada. **55**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADM - Administrativos

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APECIH - Associação Paulista de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar

AS - Assistentes Sociais

CAISM - Centro de Atenção à Saúde da Mulher

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CCP - Center for Communication Programs

CCU - Câncer Cérvico-Uterino

CECLIN - Centro de Clínicas

CIBIO - Comissão Interna de Biossegurança

CINT - Centro de Internação

CME - Central de Material e Esterilização

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS-MS - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CTI - Centro de Tratamento Intensivo

DDI - Departamento de Doenças Infecciosas

DP - Desvio Padrão

ENF - Enfermeiros

EPC - Equipamento de Proteção Coletiva

EPI - Equipamento de Proteção Individual

EUA - Estados Unidos da América

FAPERJ - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro.

FENEIS - Federação Nacional de Educação e Integração a Surdos

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FIOTEC - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

HEPA - High Efficiency Particulate Air

HGB - Hospital Geral de Bonsucesso

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

HPM - Hospital da Polícia Militar

IH - Infecção Hospitalar

IMIP - Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

IPEC - Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas

LIMP - Profissionais da Limpeza

MARSA - Multiresistente Staphylococcus aureus

NIOSH - National Institute of Occupational Safety and Health

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PIBIC - Programa de Iniciação Científica

PSI - Psicólogos

PVP-I - Polivinilpirrolidona-iodo

RM - Residentes Médicos

SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SED - Serviço de Estatística e Documentação

SEINFO - Serviço de Informática

SGT - Serviço de Gestão do Trabalho

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TE - Técnico de Enfermagem

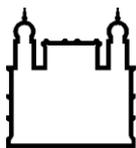
TOC - Transtorno Obsessivo-Compulsivo

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

WHO - World Health Organization



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

RESUMO

O presente estudo buscou captar a origem de uma importante lacuna entre o conhecimento teórico dos profissionais de saúde sobre os riscos de infecções existentes no ambiente hospitalar e a aplicação prática das atividades de prevenção e controle das infecções hospitalares (IHs). Nossos objetivos foram: contribuir para o desenvolvimento de forma participativa, de processos de ensino-aprendizagem a serem utilizados nos treinamentos de controle de IH; identificar os principais conceitos e conhecimentos teóricos sobre prevenção e controle das IHs e os motivos aos quais os profissionais atribuem a dificuldade de sua inserção na prática de trabalho; analisar os fatores percebidos pelos trabalhadores como impeditivos para a aplicação do conhecimento; produzir de forma participativa, estratégias educativas sobre as questões de percepção de risco e as práticas de prevenção e controle das IHs. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, que partiu da análise inicial de 181 questionários respondidos pelos profissionais de saúde (PS) de diferentes categorias do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz - Rio de Janeiro que participaram dos treinamentos da Comissão de Controle de IH. Posteriormente, foram selecionados, aleatoriamente, 30 PS para a realização de entrevistas individuais. Utilizamos como práticas educacionais, durante os treinamentos, duas dinâmicas: da tinta guache e incubação de microrganismos das mãos em placas de Petri. Os resultados mostraram que a percepção de risco está intimamente ligada às atividades diárias e ao local de lotação do profissional. Para nossos profissionais, a questão chave residia na mudança de hábitos e comportamentos, apontada com frequência entre os fatores impeditivos. Destacamos a atuação do profissional, enquanto multiplicador das práticas de prevenção e controle das IHs, interessados em atuar na mudança do grupo em que atuam e da comunidade em que vivem. A valorização da imagem para a aprendizagem foi apontada por todas as categorias nos questionários e entrevistas, como responsável pela relação entre teoria e prática. A visualização da presença de microrganismos na mão e/ou da técnica de lavagem das mãos foi citada como contribuição para uma aprendizagem significativa. Classificamos em quatro os fatores percebidos pelos trabalhadores como impeditivos para a aplicação do conhecimento na prática diária de trabalho; foram eles: organização do trabalho; relações de trabalho; condições de trabalho e fatores cognitivos/ comportamentais. Acreditamos que, como educadores e preocupados com o ensino, visamos a integralidade do sujeito, entendendo a educação como um precursor da qualidade de vida. Nessa perspectiva, defendemos que as pessoas não mudam o comportamento apenas por receberem informações, e que a prevenção das IHs só pode ocorrer se houver mudanças culturais e sociais que apoiem a transformação de práticas, hábitos, atitudes e crenças, e essas mudanças não podem ser impostas ou entendidas fora do contexto. Isso nos dá a clareza de que mesmo os melhores programas educativos não vão resolver sozinhos todas estas questões, fatores como aqueles ligados à organização do trabalho, a contribuição dos gestores das Instituições de Saúde são questões centrais a serem consideradas.

Palavras-chave: infecção hospitalar; lavagem das mãos; estratégias educativas.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

ABSTRACT

The present study intends to capture the origin of an important void involving the health professionals' theoretical knowledge about the existing risks of infections in the hospital environment and the practical application of nosocomial infections (NIs) prevention and control methods. Our objectives were: to contribute, in a participative manner, to the development of teaching-learning techniques to be used in the trainings of nosocomial infection control; to identify the main concepts and theoretical knowledge about nosocomial infection prevention and control and the reasons why health professionals believe it is difficult to introduce them in their work practice; to analyze the factors perceived by workers as impeditive to the application of knowledge; to produce, in a participative manner, educational strategies about the risk perception issues and the practice of nosocomial infection prevention and control. It is a quanti-qualitative research, that started with the initial analysis of 181 questionnaires answered by health professionals in different areas of the Clinical Research Institute Evandro Chagas / Fiocruz – Rio de Janeiro who participated in the trainings of the Nosocomial Infection Control Commission. Later, 30 healthy professionals were selected randomly to take part in individual interviews. Two approaches were used as educational practices during the trainings: one with gouache paint and one with incubation of hands' microorganisms on Petri dishes. The results showed that risk perception is closely linked to daily activities and the professionals' workplace location. For our professionals, the main concern was the change of habits and behavior, frequently mentioned among the impeditive aspects. The professional performance as multiplier of nosocomial infection prevention and control practice, interested in participating in the changes of the group where they work and in the community where they live is highlighted. The value of the image for the learning process was pointed by all the groups in the questionnaires and interviews as the responsible for the relationship between theory and practice. Visualizing the presence of microorganisms on the hand and/or the hand washing technique was referred to as a contributive for a meaningful learning. The aspects identified as impeditive for application of the knowledge in the daily practice by the professionals were classified in four: work organization; work relations; work conditions and cognitive/behavioral aspects. As mentors worried with the learning process we aim at the integrality of the person, understanding education as a precursor of quality of life. In this perspective, we defend that people do not change their behavior only by receiving information, and that nosocomial infection prevention can only occur if cultural and social changes that support the transformation of practices, habits, attitudes and beliefs are made, and these changes cannot be imposed or understood out of their context. It is clear that even the best educational programs will not resolve all these issues alone; aspects like those related to work organization, contribution from the managers of health institutions are core points to be considered.

Keywords: nosocomial infections; hand washing; educational strategies.

INTRODUÇÃO

A motivação para a realização desta pesquisa resulta da experiência profissional da autora, por 19 anos, em assistência a doenças infecciosas no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), da vivência e participação, desde 2002, como membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e colaboradora da Comissão Interna de Biossegurança (CIBIO) do referido Instituto, atuando continuamente na prevenção e controle das infecções hospitalares.

Por meio da atuação dos membros da CCIH em treinamentos em serviço, percebemos a existência de uma lacuna entre o conhecimento adquirido pelos profissionais nestes treinamentos (teoria) e a aplicação destas atividades na sua prática diária de trabalho. A vivência dessa situação nos trazia dúvidas em relação à percepção de risco que estes profissionais apresentavam enquanto eram treinados. Em sala de aula, possuíam capacidade de discussão, porém, no momento da realização de suas práticas, os conhecimentos não eram aplicados. Essa situação gerou uma inquietação crescente durante bastante tempo, o que nos levou à realização de alguns trabalhos (Neves, 2000; Neves; Gomes, 2003; Jesus, 2003) que revelaram fatores impeditivos de ordem cultural, econômica, afetiva e relacionadas à organização do trabalho, que incompatibilizaram a aplicação das técnicas de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Pretendemos aprofundar, com o presente estudo, o conhecimento destes fatores para diferentes grupos de trabalho atuantes no IPEC e desenvolver propostas participativas de promoção em saúde, melhoria da qualidade da assistência, entre outras medidas associadas aos treinamentos realizados, importantes para despertar o trabalhador quanto à necessidade de aplicação da teoria apreendida nos treinamentos durante o seu trabalho.

Esse projeto se insere na linha de pesquisa “Comunicação e Saúde no Trabalho”, coordenado pela Dra. Brani Rozemberg, que nas últimas décadas enfoca as relações entre o saber científico e o senso comum na construção de conhecimentos e sua aplicabilidade para diferentes grupos populacionais. Em um desses estudos que descreve a relação entre teoria e prática na saúde de merendeiras e serventes, Souza et. al. (2003b) nos alertam para uma tendência, nas atividades educativas, de se considerar o trabalhador como sujeito passivo, receptor de mensagens, buscando enquadrá-lo e oferecendo-lhe soluções prontas. Fica explícita também a crença de que seria necessário “sensibilizá-lo”, como se ele fosse incapaz de perceber e de lidar, ao seu modo, com seu problema e sofrimento no trabalho. Neste sentido, segundo os pressupostos adotados nessa investigação, não caberia simplesmente “dizer ao outro o que deve fazer” em relação à infecção hospitalar. O que se pretende é a construção de conhecimentos sobre as relações entre saúde e trabalho, a partir das experiências individuais interagindo com o coletivo, com ênfase em estratégias criativas adotadas pelos trabalhadores para preservar sua integridade física e psíquica frente aos riscos aos quais estão expostos no cumprimento de suas atividades prescritas de trabalho.

Partimos do pressuposto de que os profissionais de saúde são os maiores interessados em sua própria saúde e bem-estar no trabalho e que, portanto, suas percepções e as interpretações sobre risco devam ser consideradas em estudos desta natureza e na construção de propostas que objetivem a melhoria das condições e da organização do trabalho; visando, também, a qualidade da assistência (Neves, 2000; Silveira, 2003). Pressupomos também, que tais propostas poderiam ser mais adequadas às realidades dos trabalhadores, por valorizarem seu conhecimento prático e, conseqüentemente, ampliarem as chances de aproveitamento pelo maior e mais fácil engajamento deles.

O presente estudo pretende valorizar as estratégias coletivas como os debates advindos dos treinamentos em controle de infecção hospitalar. Para Briceño-León (1996), a ação educativa possui o duplo propósito de fazer ênfase ao indivíduo e à sua responsabilidade individual e ao mesmo tempo de dar ênfase à relação entre a cooperação coletiva e o benefício dela decorrente.

Nos treinamentos realizados em Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar, trabalhamos detalhadamente com aspectos definidos por Dejours (1992), em relação às condições de trabalho e à organização do trabalho, que se diferenciam da seguinte forma: *condições de trabalho* dizem respeito: ao ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc.); ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc.); o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos); as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho que estariam relacionadas com a carga física e mental do trabalho. Já a *organização do trabalho* diz respeito: à divisão, ao conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), ao sistema hierárquico, às modalidades de comando, às relações de poder, às questões de responsabilidade, etc. que estariam relacionados com a carga psíquica do trabalho.

Um outro aspecto a ser considerado é que os conhecimentos teóricos, como é o caso dos conhecimentos atualizados sobre infecção hospitalar, devem ser trabalhados por meio de metodologias de ensino/aprendizagem, adequadas a cada grupo profissional.

Para identificarmos que conjunto de relações está envolvido entre as diferentes percepções de risco e como favorecer para que estes trabalhadores consigam se apropriar deste conhecimento na sua prática diária de trabalho, reduzindo a lacuna entre o conhecimento adquirido nos treinamentos (teoria) e a realização das atividades de prevenção e controle das infecções.

Para Lacerda (2000), atualmente, as infecções ocupacionais também são infecções hospitalares. Com isso, uma “teia” entrelaçando o controle e a prevenção das infecções hospitalares, biossegurança e a saúde do trabalhador vem se formando. As medidas de biossegurança contribuem na prevenção e controle das infecções ocupacionais. Entretanto, enquanto no campo da biossegurança os profissionais vem ampliando sua atuação para favorecer a sensibilização como forma eficaz de orientar os trabalhadores, o campo da prevenção e controle das infecções hospitalares, de um modo geral, ainda trabalha no modelo institucional normativo da educação, tendendo ainda a se limitar a estabelecer e “ordenar” que se cumpram as precauções recomendadas.

Modelos de programas de infecção hospitalar (guidelines) de países desenvolvidos são trazidos, na maioria das vezes, sem uma adaptação ao contexto local e sem considerar as características sócio econômicas e culturais dos nossos trabalhadores, objetivando apenas o cumprimento imediato dos protocolos.

A partir daí, refletimos sobre as afirmações de Demo (2001), de que continuamos profundamente instrucionistas em nossa prática da educação, e o quanto ainda acreditamos que o fator central da aprendizagem seja a frequência às aulas, no nosso caso específico, frequência aos treinamentos da CCIH. É pouco expressiva a preocupação com a reconstrução do conhecimento e com a aprendizagem de teor político, permanecendo a ênfase na absorção reprodutiva e na prática da lei do ensino, e não da aprendizagem.

Pretendemos contribuir para uma reformulação do pensamento apresentado pelas CCIHs, desenvolvendo junto aos trabalhadores um processo de aprendizagem, para ser utilizado nos treinamentos, que seja capaz de dar conta de aspectos culturais, afetivos e relacionais, bem como de considerar as condições reais de vida e trabalho dos grupos, de modo a reduzir a lacuna existente entre o conhecimento adquirido nos treinamentos (teoria) e a realização das atividades na prática diária de trabalho. Partiremos para uma

construção de propostas participativas, estimulando os profissionais a buscarem soluções para sanarem a problemática dos riscos por eles mesmos identificadas, reduzindo a ênfase na imagem formal do instrucionista e estimulando o processo de aprendizagem por meio da construção partilhada do conhecimento e não da absorção reprodutiva.

CAPÍTULO I: ETAPAS DO ESTUDO

1.1 JUSTIFICATIVA

Em 1998, como parte do cumprimento da exigência do Curso de Especialização em Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares, na Universidade Gama Filho, iniciamos um estudo básico sobre acidentes de trabalho com material contaminado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), no IPEC, realizando algumas entrevistas. Neste estudo, foram entrevistados 27 funcionários acidentados com material biológico contaminado pelo HIV, no período de janeiro de 1993 a agosto de 1998.

Algumas variáveis foram analisadas, tendo sido obtidos os seguintes resultados: 82% dos entrevistados se acidentaram com material perfurocortante, 56% dos acidentes ocorreram no setor de internação. Dos 78% dos técnicos de enfermagem acidentados, 62% se acidentaram de uma vez. Tiveram como maior preocupação, no momento do acidente, a contaminação pelo HIV e, conseqüentemente, a possibilidade de soroconversão. Dos 81% dos entrevistados, 43% não fizeram uso de quimioprofilaxia para o HIV; dos 57% que fizeram uso de quimioprofilaxia, 25% abandonaram o tratamento após uma semana e 75% completaram a quimioprofilaxia, mesmo apresentando efeitos colaterais diversos.

No Curso de Mestrado (período de 1999 a 2000) na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), na área de Enfermagem, no campo da Saúde do Trabalhador, realizamos a seguinte investigação: Estudo dos Acidentes de Trabalho com Material Biológico Contaminado entre Profissionais de Saúde do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas / Fundação Oswaldo Cruz (Neves, 2000).

Nela foram entrevistados 42 trabalhadores acidentados com material biológico contaminado, no período de janeiro de 1990 a setembro de 2000. Dentre as outras variáveis estudadas, destacamos que 90% dos entrevistados relataram ter conhecimento sobre as normas de biossegurança, enquanto apenas 10% responderam não ter conhecimento. Estes dados são importantes indicadores da atuação das Comissões de Biossegurança e Controle de Infecção Hospitalar em relação à disseminação das informações, imprescindíveis sobre riscos potenciais aos acidentados.

Verificamos também, que 90% dos entrevistados eram vacinados contra o vírus da hepatite B, sendo 10% não vacinados, um dado bastante preocupante, pois estes possuíam o conhecimento de que a hepatite B tem um potencial de contaminação bastante elevado. Este dado reforça a existência da lacuna entre o conhecimento adquirido nestes treinamentos (teoria) e a realização de práticas profiláticas pertinentes à sua própria saúde.

A temática apresentando estudos de acidentes com material biológico continua sendo bastante explorada entre os profissionais da área de enfermagem. Em Murofuse, Marziale, Gemelli, (2005); Manetti et al (2006); Chiodi, Marziale, Robazzi, (2007); Sailer; Marziale, (2007) encontramos pesquisas descritivas, retrospectivas realizadas com o objetivo de investigar os acidentes de trabalho com material biológico, que envolveram trabalhadores por um determinado período em um hospital específico.

Este tema merece maior atenção para que medidas preventivas possam ser implementadas, considerando-se as peculiaridades das atividades executadas nas

diferentes categorias profissionais. Assim como a prática das ações de educação continuada, visando a prevenção e o controle de infecções no ambiente de trabalho.

Em 2003, duas produções científicas foram apresentadas: a primeira relata os resultados da avaliação sistemática das questões que emergem do atendimento a uma patologia desconhecida mundialmente, intitulado Repercussões do Atendimento a Pacientes Suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS): Impacto do Estudo da Percepção de Risco, (Neves e Gomes, 2003).

Nela, evidenciamos que, mesmo com os vários treinamentos realizados para as diversas categorias profissionais, muitas dúvidas ainda existiam no momento do atendimento e o pânico se instaurou. A elevada reação ao risco apresentada pelos profissionais de saúde que nos levou a concluir em favor da importância de treinamentos consecutivos abordando não somente as normas de biossegurança, mas também questões relacionadas à subjetividade na percepção ao risco por parte dos profissionais de saúde, que se fazem necessários para adequação dos procedimentos por meio de rotinas elaboradas pelas CCIHs.

Vieira (1996), comenta que, com o surgimento da AIDS na década de 1980, a vulnerabilidade dos profissionais veio simbolizar um momento oportuno de questionamentos acerca da prática de trabalho. As percepções dos trabalhadores despertaram para um conjunto de tópicos que os remeteram à necessidade de mudanças e resgate de alguns aspectos teóricos intrínsecos, anteriormente não valorizados.

Lacerda (2000), em seu estudo, aborda os desafios colocados pela emergência e reemergência das doenças infecciosas, e propostas para o seu enfrentamento. Comenta o comportamento dos profissionais frente ao impacto da percepção do risco de contaminação.

O segundo estudo básico dizia respeito à Adesão dos Profissionais de Saúde às Práticas de Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares, no IPEC, no qual foram entrevistados quarenta e oito profissionais no período de setembro a outubro de 2003 por meio da técnica de entrevista semi estruturada (Jesus, 2003). Além disso, foram realizadas observações de campo, que demonstraram um distanciamento da teoria adquirida nos treinamentos e conseqüentemente sua não inserção na prática diária de trabalho.

Isso nos levou a refletir sobre os motivos que levavam esses profissionais, inicialmente dedicados à sua profissão e ao comparecimento aos treinamentos, a apresentarem essa tendência a não colocarem em prática os conhecimentos, e nos determinantes econômicos culturais e sociais a ela relacionados.

Alguns trabalhos realizados com profissionais de saúde mostraram variação das taxas de adesão às práticas de tratamento ou prevenção variadas também era negligenciada entre a categoria. Leite e Vasconcellos (2003), em um estudo de adesão à terapêutica medicamentosa entre profissionais de saúde mostraram que por mais que os indivíduos tenham consciência sobre seu tratamento ele não está preocupado em desobedecer ou não aderir ao receituário médico, mas sim em lidar com sua condição de vida da forma que lhe convenha e que lhe permita maior autocontrole e liberdade.

Uma pesquisa realizada com profissionais de saúde de diversas categorias mostrou que estes compreendem as necessidades e têm conhecimentos da importância da adesão ao exercício físico. Mesmo com toda esta conscientização, o estudo apresentou níveis insuficientes de atividade física entre a clientela do estudo (Ferreira; Najjar, 2008)

Em 2004, foi produzido por uma enfermeira bolsista do convênio FAPERJ/FIOCRUZ atuante na CCIH, com a supervisão da autora desta tese, um Folder sobre Lavagem das Mãos, destinado a pacientes e familiares (Mendonça, *et al*, 2006). Anteriormente, no ano de 2003, já havia sido produzido, pela mesma dupla, outro folder contendo orientações para pacientes e familiares sobre MARS (Multiresistente *Staphylococcus aureus*) (Neves, *et al*, 2006b).

Estes folderes foram apresentados aos clientes externos do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, por ocasião da realização Grupo de Estudo em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Estes clientes opinaram, por meio de um questionário individual, sobre suas impressões a respeito daquele impresso. Paralelamente a esta avaliação, um grupo de profissionais do serviço de Psicologia e Psiquiatria também forneceu suas impressões de como os impressos poderiam produzir impacto na população alvo.

Os resultados desta avaliação foram apresentados em dois trabalhos (Neves *et al*, 2006b; Mendonça, *et al*, 2006). Estes trabalhos encontram-se escritos com maior detalhamento em um artigo intitulado Comunicação em Saúde, sobre prevenção de microrganismos multirresistentes e lavagem das mãos: avaliação do ponto de vista de profissionais de saúde e clientes externos de dois impressos construídos pelos profissionais da CCIH do IPEC/FIOCRUZ, em fase de submissão ao Corpo Editorial de uma Revista Científica.

Vasconcellos-Silva, Uribe Rivera, Rozemberg (2003) realizaram revisão da literatura sobre publicações que descrevem experiências com material impresso distribuído ao público leigo em instituições hospitalares. Neste material foi percebido o "pacote informativo perfeito", como aquele que explicita eficientemente seus conteúdos técnicos para fins de convencimento unilateral, atualizado segundo escalas de legibilidade, adornado por projeto gráfico e enfatizando prioridades definidas pelos profissionais. A ausência de pesquisas de recepção e a necessidade da ação comunicativa, para desconstrução de tais sistemas de pensamento, fechados no ambiente hospitalar foi observado pelos autores.

Alam, Cezar-Vaz, Almeida (2008), em um estudo de análise, no processo de trabalho em saúde, das características do conhecimento adquirido e produzido pelos trabalhadores, acerca da prevenção e controle de acidentes com materiais perfurocortantes e fluidos biológicos, no ambiente hospitalar.

Ao cruzar os dados de dois ambientes institucionais e das categorias profissionais com variáveis que caracterizaram o processo de trabalho, os autores verificaram que no Ambiente Institucional "B" houve um trabalho educativo mais atuante, com base em materiais informativos de prevenção e controle do que no Ambiente Institucional "A" foi realizado, conseqüentemente, uma maior adesão de seus trabalhadores sobre a necessidade de trabalharem com mais segurança, foi observada.

Em 2005, mais duas realizações foram concretizadas, o trabalho apresentado em um Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, e a participação do I Grupo de Estudo em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias, coordenado pela Dr^a Claudia Teresa Vieira de Souza, permitiu-nos testar as estratégias educativas desta tese, pensado inicialmente para ser aplicado apenas com profissionais de saúde, com clientes do Projeto de Quimioprofilaxia para Tuberculose.

Estas estratégias foram aceitas e apoiadas pelos participantes e geraram o trabalho intitulado "Treinamento de lavagem das mãos para clientes externos do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas; uma estratégia preventiva por meio de práticas educacionais, visando a prevenção de transmissão de microrganismos multiresistentes na comunidade, (Neves, *et al*, 2006a).

Ainda no ano de 2006, por ocasião da orientação de duas alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Gama Filho, também estagiárias da CCIH do IPEC, testamos nossas estratégias em um grupo de alunos na faixa etária de 5 a 7 anos de uma creche escola. Os resultados desta testagem fazem parte da monografia de final de curso das alunas, intitulada Higienização das mãos: estratégia educativa visando a introdução de hábitos (Pupo *et al*, 2006).

Um estudo sobre a importância de práticas preventivas e educativas em saúde bucal realizado por Pauleto, Pereira, Cyrino (2004), com diferentes populações utilizando

a mesma metodologia por meio de atividades educativas, mostrou que embora a odontologia se mostre muito desenvolvida em tecnologia, não responde em níveis significativos às demandas dos problemas de saúde bucal da população. Nesse contexto, a educação em saúde bucal tem sido cada vez mais requisitada, considerando o baixo custo e as possibilidades de impacto odontológico no âmbito público e coletivo. A necessidade de se repensar as práticas educativas foi sentida em todos os contextos onde a metodologia foi aplicada.

Esta pesquisa de Menezes, Brasil, (1998) foi realizada com dois grupos diferentes: criança e adolescente em situação de rua, na área do Plano Piloto - Distrito Federal. O estudo foi realizado nos moldes da pesquisa-ação, com observações participantes nas quais o pesquisador interagiu com os grupos por meio de atividades lúdicas e educativas - jogos e desenhos. Os resultados mostraram que os desenhos das crianças e adolescentes apontaram aspectos idênticos regressivos e as observações etnográficas demonstraram que o espaço da rua funciona como fonte de referência paradoxal. Lidando com os paradoxos, ambos os sexos em situação de rua constroem redes de alianças e sustentação subjetiva e organizam sua identidade.

Durante o ano de 2007 produzimos um artigo intitulado: Educação em Saúde para clientes externos do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas: uma estratégia em prevenção de transmissão de microrganismos multiresistentes na comunidade, em fase de submissão ao Corpo Editorial de uma Revista Científica.

Com os resultados produzidos por este estudo, pretendemos também, sanar nossas inquietações no que tange às frustrações de apresentarmos um aumento do número de treinamentos anuais das equipes do IPEC, com mais profissionais treinados em temas de prevenção de controle de infecção hospitalar. Além disso, criamos um manual da CCIH, contendo 42 rotinas. Manual este distribuído a todos os setores do IPEC e veiculado na internet, no site do Instituto.

1.2 PROBLEMA

Esse projeto parte do reconhecimento de uma importante lacuna entre o conhecimento teórico dos profissionais sobre riscos existentes no ambiente hospitalar e aplicação prática das atividades de prevenção e controle disponíveis na atualidade. As questões que norteiam a proposta de estudo são:

Existe clareza da parte dos profissionais de saúde sobre a lacuna existente entre os seus conhecimentos teóricos adquiridos nos treinamentos e a realização de atividades práticas de prevenção e controle das infecções hospitalares, diariamente, durante a realização do seu trabalho?

Que motivos levam à existência desta lacuna entre conhecimentos teóricos sobre infecção hospitalar, nas diferentes categorias profissionais e sua aplicação na prática diária de trabalho?

Nossa hipótese inicial era a de que o profissional, durante a sua prática diária de trabalho, se encontra muito envolvido com o compromisso na realização de suas tarefas, e por este motivo não consegue perceber a existência do risco ali presente ou “apaga” todos os seus conhecimentos teóricos relacionados a esta percepção. No decorrer do presente estudo, novas hipóteses foram levantadas a partir da identificação de fatores culturais, econômicos, afetivos e relacionados à organização do trabalho, bem como ao tipo e à natureza dos riscos a que estão expostos no trabalho hospitalar. Com base nestes resultados, a tese se propôs a construir uma proposta educativa direcionada a profissionais de saúde.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL:

Contribuir para o desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem a serem utilizados nos treinamentos de controle de infecção hospitalar, visando a redução da lacuna existente entre o conhecimento teórico dos treinamentos e a prática diária do trabalho hospitalar.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.** Identificar os principais conceitos e conhecimentos teóricos sobre prevenção e controle das infecções hospitalares apresentados por diferentes categorias profissionais do IPEC, e os motivos aos quais atribuem a dificuldade de sua inserção na prática diária de trabalho.
- 2.** Analisar os fatores sociais, afetivos, econômicos e culturais percebidos pelos trabalhadores como impeditivos para a aplicação do conhecimento adquirido.
- 3.** Produzir de forma participativa, ao longo dos treinamentos regulares, estratégias educativas sobre as questões de percepção de risco e as práticas de prevenção e controle das infecções hospitalares.
- 4.** Fornecer subsídios para o desenvolvimento de um processo de ensino/aprendizagem que dinamize a aplicação dos conhecimentos neste ou em outros contextos hospitalares.

CAPÍTULO II: REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conhecendo melhor a Infecção Hospitalar

A infecção hospitalar (IH) é tão antiga quanto os primeiros estabelecimentos, que surgiram há séculos, com o objetivo de albergar doentes. Hoje, se define uma infecção hospitalar como aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (Martins, 2001).

As infecções hospitalares são divididas por sítios de inserção que são: urinário, cirúrgico, respiratório e da corrente sanguínea. Para Fernandes (2000), não podemos atribuir um ou dois sintomas específicos para as IH, pois a sintomatologia está relacionada a evidências diagnósticas e deve valorizar as informações provenientes de:

- evidências clínicas de infecção detectadas por meio da observação direta do paciente ou de informações obtidas no prontuário ou em relatórios médicos ou de enfermagem;
- evidência laboratorial por meio de resultado de culturas, testes de detecção de antígenos ou anticorpos e métodos de visualização microscópica;
- evidências de estudo com métodos de imagem;

- evidência clínica obtida da observação direta durante a cirurgia, endoscopia ou outros estudos diagnósticos.

Turrini e Santo (2002) informam que no Brasil, os dados sobre infecção hospitalar são pouco divulgados. Além disso, esses dados não são consolidados por muitos hospitais, o que dificulta o conhecimento da dimensão do problema no país. Como os pacientes que falecem após 48 horas de internação frequentemente apresentam infecção hospitalar associada, as causas de morte mencionadas no atestado médico da declaração de óbito se constituem em importante fonte de dados para o dimensionamento do problema.

As infecções hospitalares (IH) vêm aumentando na razão direta do desenvolvimento das técnicas invasivas (sondagens, cateterização, etc). Sendo assim, os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre as práticas que controlam infecções devem ser atualizados frequentemente através dos treinamentos realizados pelas Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH). No Brasil, o Ministério da Saúde, considerando que as IH podem causar significativos danos à clientela dos serviços de saúde, expediu instruções para o controle e prevenção das IH por meio da publicação da Portaria 196 (24/06/83): “Todos os hospitais do País, independente da natureza da entidade mantenedora deve possuir Comissões de Controle de Infecção Hospitalar”. A última portaria do Ministério da Saúde publicada até o momento, a Portaria 2616 (12/05/98), revogou as portarias anteriores e reafirmando a importância da CCIH, determinou que todo hospital deve ter uma CCIH, composta por membros consultores e executores (Brasil, 1998).

Um importante estudo realizado pelos “Centers for Disease Control and Prevention” (CDC), em Atlanta nos Estados Unidos (EUA), evidenciou uma redução de até 32% das IH nos hospitais com programas efetivos de controle de infecção nos EUA. Dessa forma, o controle das IH é considerado um dos parâmetros de avaliação da qualidade da assistência hospitalar (Fernandes 2000).

O treinamento em serviço é citado Martins (2001), como uma das funções mais importantes de uma CCIH, promovendo cursos de capacitação para os profissionais de diversos níveis e setores do hospital. Alguns hospitais do país, como Instituto de Infectologia Emílio Ribas/São Paulo e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), são credenciados pelo Ministério da Saúde como Centros de Treinamento em Controle de Infecção Hospitalar, sendo responsáveis pelo treinamento de profissionais de outros hospitais de diversos estados.

O conhecimento de que 30 a 50% das infecções hospitalares são preveníveis e que a maioria é causada por falhas técnicas na assistência ao paciente, por exemplo, o fato de que 85% delas poderiam ser evitadas com a higienização adequada das mãos, reforça a necessidade de treinamentos eficazes proferidos pelas CCIHs (Fernandes, 2000).

Estudos como os de Lacerda (2000), Neves (2000) e Martins (2001) sobre o tema das infecções hospitalares, não consideram que as chamadas “falhas técnicas do trabalho do profissional” estejam relacionadas com as condições de trabalho e organização de trabalho. Desta forma, não se torna importante apenas o treinamento dos profissionais, mas também pesquisas com a finalidade de investigar os fatores desencadeadores destas “falhas”.

2.2 Medidas de Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares:

Martins (2001) relata que lavagem das mãos seja a medida mais importante para reduzir os riscos de transmissão de um microrganismo de uma pessoa para outra ou de um local para outro. Deve estar incluída antes e após contato com o paciente, com

equipamentos ou artigos contaminados por ele e por meio de contatos com sangue, fluídos, secreções ou excreções. O uso de luvas não substitui a necessidade da lavagem das mãos; devendo estas ser lavadas sempre após a remoção das luvas. Luvas de látex, usadas em procedimentos, devem ser descartadas após o uso, porém, as luvas de borracha usadas pelos profissionais de limpeza devem receber processo de desinfecção após seu uso. No contato com diferentes pacientes, as luvas devem sempre ser trocadas e, após removê-las, as mãos devem ser lavadas. Enquanto permanecer enluvado, durante e após realização de algum procedimento com material biológico, o profissional não deverá abrir portas, atender telefones ou manipular qualquer outro objeto, de modo a evitar a disseminação, como observado com frequência na prática, o que constitui uma inversão da relação meio-fim das medidas de precaução (Lacerda, 2000).

As medidas de prevenção e controle para a manipulação de material biológico são usadas para diminuir o risco de transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar e deverão ser selecionadas de acordo com os procedimentos a serem realizados e com as condições de diagnóstico que o paciente apresente no momento.

A importância na seleção dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) também deve ser levada em conta na hora de obedecer às Precauções por Transmissão, obedecendo à Política de Precauções para Isolamento em Hospitais dos CDCs; por exemplo, nos casos de tuberculose multirresistente, a máscara cirúrgica comum não é suficiente.

Deve-se então, optar pela máscara especial, N95 (N de categoria e 95% a eficiência), com filtro "High Efficiency Particulate Air", frequentemente designada pela sigla "HEPA", por se tratar de um filtro feito de papel de fibra de vidro com 60 μ de espessura, capaz de bloquear micro partículas. Estas máscaras são capazes de filtrar partículas menores que 1,0 μ em percentual igual ou maior que 95 %. Estas máscaras ou respiradores devem conter o certificado de aprovação do Nacional Instituto para Segurança Profissional de Saúde NIOSH (CDC, 2000).

O uso de capote, gorro, luvas, máscara, óculos ou protetor de face deverá ser feito só ou em combinação, promovendo barreira de proteção, sempre que houver possibilidade de contato ou de respingos de sangue ou secreções durante a realização de um procedimento.

Os capotes, sejam eles de pano ou descartáveis, devem possuir manga longa, e serem confeccionados de tecido ou material impermeável; são utilizados para prevenir a contaminação das roupas e da pele, quando há risco de exposição a material orgânico. Também são utilizados na manipulação de pacientes com precauções por transmissão de contato; neste caso, retirados com técnica adequada após a saída do quarto (Brasil, 1998).

Óculos e protetores de face são utilizados durante procedimentos que possam gerar respingos contendo material biológico, em pele ou mucosa da face. Nos casos dos óculos, estes devem possuir anteparos na borda superior, lateral e inferior. Os protetores de face devem cobrir da testa ao queixo, como a proteção usada pelos soldadores. Estes equipamentos devem ser confeccionados com material que facilite a sua desinfecção, como os plásticos resistentes (Brasil, 1998).

Além dos EPIs já descritos, existem ainda as botas de borracha que são padronizadas também para uso do pessoal de limpeza, para que estes fiquem protegidos durante o procedimento de coleta e descarte do lixo, que em uma unidade hospitalar, é rico em material biológico, podendo acarretar acidentes perfurocortantes entre outros riscos.

O diagnóstico precoce, associado às medidas que incluem a utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), além do cumprimento das práticas de isolamento dos pacientes com diagnóstico sugestivo e em tratamento para as infecções em casos de diagnóstico esclarecido de doenças infecciosas, considerados como reservatório ou fonte de transmissão da infecção, e a imunização de profissionais de saúde

suscetíveis, consistem nas principais formas de prevenção das infecções hospitalares/ocupacionais dentro do ambiente hospitalar.

2.2.1 Lavagem ou higienização das mãos:

A principal via de transmissão de microrganismos em nível hospitalar são as mãos. As mãos funcionam como condutores para a transferência de boa parte dos microrganismos patogênicos, que circulam entre pacientes, profissionais de saúde, superfícies e objetos contaminados (Fernandes, 2000). A lavagem de mãos é o procedimento mais simples, e talvez o mais eficaz que um profissional de saúde pode realizar para reduzir a disseminação de infecção. Além de ser a medida individual mais simples e também a menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde (Brasil, 2007)

Para que esta medida seja eficaz, ela deve ser realizada de forma cuidadosa e rotineira. Este motivo nos inspirou a trabalhar com o enfoque da criação de dinâmicas para demonstração de como lavar as mãos dentro da técnica específica e a visualização da presença dos microrganismos nas mãos.

O desafio das CCIHs nas instituições de saúde é estimular uma maior adesão ao procedimento, pois estudos como os de: Makao, (1988); Carvalho, Lopes, Pellitteri, (1988); Lopes, Moromizato, Veiga, (1999); Corrêa, Ranali, Pignatari (2001); Perry, 2001; Heczko; Kleszcz 2001; Mason, Winslow, Jacobson 2001; Dawson, Forrest, Greenaway (2005); Neves Z, *et al* (2006) e Rodrigues (2006) demonstraram a pouca adesão por parte de profissionais de diversas categorias em instituições de saúde diferenciadas.

Observamos que a característica do comportamento dos profissionais em não aderir ao procedimento, ocorre desde muito tempo atrás, conforme mostra Santos, (1997), através da história do médico austríaco, Ignaz Semmelweis, que em 1847, num hospital em Viena, estudou casos de febres em puérperas que davam à luz em dois tipos de enfermarias, uma atendida por residentes de medicina e outra por parteiras, verificando que o índice de mortalidade pela infecção era maior na enfermaria atendida pelos residentes. Após um período de observação, concluiu que tal fato se explicava porque os residentes saíam da sala de necropsia e faziam os partos sem lavarem suas mãos entre um procedimento e outro. Instituiu então, a obrigatoriedade da lavagem das mãos entre um procedimento e outro, conseguindo reduzir a mortalidade nesta enfermaria.

De acordo com o guideline de Higienização das mãos, publicado em 2002, pelo CDC, o termo higienização das mãos substitui o termo lavagem das mãos pela aplicação de álcool a 70% e glicerina a 2% que juntos recebem o nome de álcool glicerinado. Convém enfatizar que este procedimento só é indicado em determinadas situações e as mãos devem estar bem limpas (CDC, 2002). Porém, Oliveira, (2005) e Rodrigues (2006) citam que alguns trabalhos ou até mesmo autores utilizam os dois termos, independente de como seja realizado o processo.

O Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde da Associação Paulista de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar (APECIH) em Brasil (2003), define higiene das mãos como sendo o termo genérico aplicável à lavagem simples das mãos, lavagem anti-séptica, fricção de produto anti-séptico ou anti-sepsia cirúrgica de mãos; enquanto que lavagem de mãos seria a lavagem comum com sabão comum, não antimicrobiano e água.

Recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou o Manual Nacional de Higienização das mãos em Serviços de Saúde – 2007, onde coloca que o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos”, devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a

higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos (Brasil, 2007).

No entanto, é importante ressaltar que o objetivo principal do processo de lavagem ou higienização das mãos é reduzir a transmissão de microrganismos pelas mãos, prevenindo as infecções (CDC, 2002). Oliveira, (2005) resalta que este procedimento visa à remoção da maioria dos microrganismos da flora transitória e alguns da flora residente, de células descamativas, de pelos, de suor, de sujidade e de oleosidade.

Para melhor compreensão vamos falar um pouco sobre flora bacteriana cutânea da pele, conforme a APECIH citado em Brasil (2003), a pele humana é colonizada por bactérias, expressa em número de colônias por centímetro quadrado UFC/cm²

Diferentes das diversas áreas do corpo que têm contagem bacteriana diferente, por exemplo, 1×10^6 UFC/cm² no couro cabeludo, 5×10^5 UFC/cm² na axila, 4×10^4 UFC/cm² no abdômem, e 1×10^4 UFC/cm² no antebraço. Contagens bacterianas normais nas mãos do pessoal médico variam de 3.9×10^4 a 4.6×10^6 . Em 1938 bactérias recuperadas das mãos foram divididas em duas categorias: transitórias e residentes. A flora transitória coloniza as camadas superficiais da pele, são mais susceptíveis à remoção pela lavagem rotineira. São frequentemente adquiridas pelos profissionais de saúde, durante contato direto com pacientes ou contato com superfícies ambientais contaminadas em grande proximidade com o paciente.

A flora transitória é a que contém os microrganismos mais frequentes associados a infecções ligadas à assistência à saúde. A flora residente se liga às camadas mais profundas da pele, é mais resistente à remoção. Além do mais, a flora residente, por exemplo, *Staphylococcus coagulase negativo e difteróides*, associa-se menos a infecção. As mãos dos profissionais podem tornar-se persistentemente colonizadas com a flora patogênica, por exemplo, *Staphylococcus aureus*, bacilos gram negativos ou leveduras. Entende-se por colonização a presença de microrganismos em determinadas regiões de pele ou mucosa (mucosa nasal, virilha e axilas) não produzindo danos a este, sem o aparecimento de sintomas clinicamente reconhecíveis, não causando infecção. Pesquisadores documentaram que, embora o número de agentes da flora transitória e residente varie consideravelmente de pessoa para pessoa, ele é relativamente constante para cada pessoa em particular.

O “Guideline” do Centro de Controle de Doenças (Center for Disease Control and Prevention - CDC) recomenda que na presença de sujidade visível ou contaminação com material protéico, sangue ou qualquer fluido corporal, devemos lavar as mãos com sabão associado ou não à substância germicida. A utilização complementar de soluções com produtos germicidas reduz ainda mais o número de microrganismos da flora residente e transitória das mãos (CDC, 2002). As substâncias mais encontradas e mais utilizadas em instituições de saúde para a lavagem/higienização das mãos são: sabão comum, álcool gel e clorexidina ou povidine, segundo Oliveira, (2005).

O primeiro deve ser usado em presença visível de sujidade nas mãos, ou antes e depois do contato com pacientes, seus equipamentos e seu mobiliário; o segundo, em situações de emergência, entre diferentes procedimentos realizados no mesmo paciente ou antes e depois de prestar cuidados a pacientes em precaução de contato por Multiresistente *Staphylococcus aureus* (MARSA) ou gram negativos multiresistentes e, finalmente, o terceiro, antes e depois de prestar cuidados a pacientes em precaução de contato por MRSA ou gram negativos multiresistentes, antes da realização de procedimentos invasivos ou ainda em casos de surto, quando o agente causador não for atingido por nenhum outro. Brasil (2003).

Os anti-sépticos associam detergentes com anti-sépticos e se destinam à higienização anti-séptica das mãos e degermação da pele. A higienização anti-séptica das mãos é indicada nos casos de precaução de contato recomendados para pacientes portadores de microrganismos multiresistentes e em casos de surtos. Já a degermação da

pele no pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda equipe cirúrgica) e antes da realização de procedimentos invasivos. Exemplos: inserção de cateter intravascular central, punções, drenagens de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias e outros (Brasil, 2007).

Mathias, (2002); Hernandez, *et al* (2004) em estudos que mostram a comparação da eficácia do álcool gel com os tradicionais agentes degermantes preconizados para a lavagem das mãos na remoção de amostras clínicas de diversos microrganismos. Os resultados apresentaram uma redução de 93,83% (sabão líquido) a 100% (polivinilpirrolidona iodado - PVP-I 10%) a flora transitória. Em 4 dos 6 microrganismos, testes analisados, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Candida albicans*, o PVP-I 10%, o álcool gel, o álcool etílico 70% e a clorexidina 4% mostraram uma taxa de remoção significativamente superior a do sabão líquido ($P < 0,05$). Os resultados confirmam a eficácia do álcool gel na higienização das mãos e sugerem que o PVP-I 10%, o álcool gel, o álcool etílico 70% e a clorexidina 4% podem ser os agentes mais eficazes do que o sabão líquido não medicamentoso, na remoção de *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* e *Candida albicans* das mãos altamente contaminadas.

Todos os autores Feather; Stone; Wessier; Boursicot; Pratt (2000); Lin *et al* (2005); Perry, (2001); Mason; Winslow; Jacobson (2001); Dawson, Forrest, Greenaway (2005); Rodrigues (2006); Scheidt; Carvalho (2006); Neves, *et al* (2006a) são unânimes ao falar sobre a associação da eficácia da lavagem de mãos com a duração e a técnica usada de forma adequada.

A Associação Paulista de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar e o Centro de Controle de Doenças alerta que antes de iniciar a técnica da lavagem de mãos, devemos retirar anéis, pulseiras e relógios, pois sob tais objetos podem acumular-se bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos. A partir daí, proceder à técnica que consiste em Brasil (2003) e (CDC, 2002):

- ✓ abrir a torneira com a mão dominante sem encostar na pia, para não contaminar a roupa, quando da ausência de dispensador de pedal;
- ✓ molhar as mãos;
- ✓ aplicar em torno de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos;
- ✓ ensaboar as mãos, proporcionando espuma, friccionar as mãos por aproximadamente 15 segundos, em todas as faces (palma e dorso das mãos), espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidade dos dedos. A fricção facilita a extração dos microrganismos;
- ✓ com as mãos em nível baixo, enxaguá-las em água corrente, sem encostá-las na pia, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão;
- ✓ enxugar as mãos com papel toalha, em caso de torneira com acionamento manual, fechá-la com o mesmo papel toalha;
- ✓ desprezar o papel toalha na lixeira.

O uso adequado do procedimento de lavagem/higienização das mãos deve ser estimulado entre os profissionais de saúde, por ser um procedimento eficaz, barato se comparado ao gasto de tratar um paciente que adquire uma infecção hospitalar. Pelo exposto, por ser a mais importante das práticas de prevenção e controle de infecção, verificamos a necessidade de serem desenvolvidos continuamente programas educativos, com o objetivo de treinar, avaliando criteriosamente os resultados.

Neste sentido, deve ser relevante para o profissional conhecer a real necessidade, assim como envolvê-lo com idéias, sentimentos que mostrem a real importância daquele procedimento isolado a ser feito, com vista a transformar-se numa prática diária do seu trabalho e um procedimento que deve ser adotado por todos. Estratégias diferentes introduzidas por este estudo pretendem aumentar o acesso da equipe à informação sobre

a importância das mãos no processo de transmissão de doenças. Nós acreditamos que as estratégias executadas em uma base contínua são uma das maneiras de promover mudanças. Assim, nós esperamos que o controle da infecção influencie não só nas mãos, mas também na consciência dos profissionais.

2.3 Riscos presentes no ambiente hospitalar:

Todas as atividades desenvolvidas dentro do ambiente hospitalar expõem os trabalhadores a diversos riscos ocupacionais; considerando a classificação do Ministério do Trabalho conforme Portaria nº 3214, de 8/6/78, os tipos de riscos encontrados nas Instituições de Saúde apresentam-se assim classificados: Riscos Acidentais, Riscos Ergonômicos, Riscos Físicos, Riscos Químicos e Riscos Biológicos (Neves, 2000).

Riscos acidentais são fatores que colocam o trabalhador em situação de perigo que possa afetar sua integridade, bem estar físico e moral. Entre os riscos acidentais no ambiente hospitalar, destacamos alguns como os incêndios e explosões, muitas vezes provocados pela presença de gases inflamáveis, utilizados principalmente em laboratórios. Na classificação brasileira, como citados por Teixeira; Valle (1996) e Oda; Ávila (1998), incêndios fazem parte deste grupo de riscos. Já Otero (1993), autor espanhol, inclui os incêndios nos riscos físicos, sem fazer referência ao risco acidental referindo bastante outros como os riscos psíquicos e sociais; Mauro (1990) classifica os riscos ocupacionais de acordo com o tipo de agente envolvido, ou seja, riscos ambientais (agentes físicos, químicos, biológicos e mecânicos) e ergonômicos (máquina, local de trabalho, organização do trabalho e desgaste humano).

Os riscos ergonômicos são quaisquer fatores que possam interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando a saúde, sendo observados, com frequência, no pessoal de enfermagem, provocando traumatismos e lesões pela manipulação de pacientes acamados durante a execução de suas técnicas de trabalho; muito comum em profissionais que trabalham em ortopedia e centros de tratamento intensivo, pelas condições de dependência destes doentes (Otero, 1993).

Classificados como fatores de riscos físicos, segundo consenso de todos os autores nacionais e internacionais, temos: o calor, o frio, o ruído, as radiações ionizantes às quais estão expostos os trabalhadores (Teixeira; Valle, 1996). Dentre estas, as exposições às radiações ionizantes, mais conhecidas dos riscos físicos pelos profissionais de saúde, podem produzir, algumas radiodermites, assim como alguns tipos de câncer (Bolick, 2002).

Incluídas, ainda para a autora, no risco químico estão todas as substâncias que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, névoas, fumos, neblinas, gases ou vapores, ou que pela natureza da atividade da exposição, possam ter contato ou ser absorvidas pelo organismo através da pele ou por ingestão. Os riscos químicos nos hospitais, grandes usuários de substâncias químicas diversas, ocupam lugar de destaque neste tipo de exposição. Nos profissionais de ortopedia, por exemplo, é freqüente observarmos a "síndrome da mão seca", que ocorre pela manipulação freqüente do gesso; já as resinas usadas em odontologia podem provocar processo alérgico em próteses e dentistas. Porém, de todas as substâncias manipuladas no ambiente hospitalar, os quimioterápicos são os de efeito mais nocivo, podendo causar má formação genética, mutações e cânceres.

Num estudo sobre riscos psíquicos em profissionais de saúde Otero (1993) mostra que manifestações como o alcoolismo, o uso de drogas e depressões psíquicas são episódios freqüentes entre os médicos. O autor comenta que isso se deve a situações de excesso de trabalho, visando um aumento da renda para que mantenham seu "Status Social e Profissional". Esta sobrecarga de trabalho os leva ao "estresse" e à ansiedade,

que associados ao acesso mais fácil às drogas, têm tornado esse um problema como geral da classe em populações européias. O autor também referencia estatísticas que revelam uma maior insatisfação matrimonial e sexual, causando uma maior frequência de divórcio entre estes profissionais.

Considerando as atuais características sócio econômicas do Brasil, todas as categorias profissionais vêm tentando manter sua estabilidade social e financeira; o que torna o risco psíquico muito comum, ameaçando todos os profissionais de saúde.

Um salário decente, que chega na hora certa é crucial. O tipo de pagamento dos trabalhadores, por exemplo, sejam salários ou remuneração por serviços prestados, tem efeitos tais sobre a produtividade e a qualidade dos cuidados, que requerem um monitoramento cuidadoso. Além de refletir efetivamente na saúde de nosso profissional que vive buscando estratégias para melhorar o seu desempenho no trabalho, os ajustes de compensações, incentivos ao trabalho e condições de trabalho mais seguras (OPAS, 2006).

O risco biológico está relacionado à exposição ocupacional, aos agentes biológicos como, as bactérias, parasitas, fungos, vírus, protozoários e insetos entre outros. Teoricamente, qualquer tipo de microrganismo pode constituir-se em agente de risco ocupacional aos trabalhadores da área de saúde (Bolick, 2002).

Segundo Teixeira; Valle (1996) e Oda; Ávila (1998), os agentes de risco biológico podem ser distribuídos em quatro classes, de 1 a 4, por ordem crescente de risco, classificados segundo os seguintes critérios: patogenicidade para o homem; virulência; modos de transmissão; disponibilidade de medidas profiláticas eficazes; disponibilidade de tratamento eficaz e endemicidade.

Ainda conforme os autores acima citados, as classes de risco biológico estão agrupadas de acordo com a probabilidade que o agente de risco biológico tem de provocar doença individual ou no coletivo, e de medidas de prevenção e tratamento existentes para o determinado agente, ou seja:

Risco I - Pouco risco individual ou coletivo

São microrganismos que têm pouca probabilidade de provocar doença humana ou de importância veterinária.

Exemplo : *Bacillus subtilis* e *Escherichia coli*.

Risco II - Moderado risco individual e risco coletivo limitado

Estes microrganismos, após exposição, podem provocar infecção, porém existem medidas de prevenção, tendo risco de propagação limitada.

Exemplo: *Citomegalovírus*, *Vírus da Influenza*, *Vírus do Sarampo*, *Vírus das Hepatites A, B, C, D, E e G*, *Paracoccidioides brasiliensis*, *Bordetella pertusis*, *Clostridium tetani*, *Trypanosoma cruzi*, *Plasmodium vivax* etc.

Risco III - Elevado risco individual e risco coletivo baixo

Os microrganismos produzem infecção humana grave, podendo ser transmitida de uma pessoa infectada para outra; entretanto, existem medidas de prevenção e tratamento.

Exemplo: *Hantavírus*, *HIV*, *HTLV I e II*, *Histoplasma capsulatum*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Yersinia pestis* etc.

Risco IV - Elevado risco individual e coletivo

São microrganismos que representam grande ameaça para pessoas e animais, pela fácil propagação de uma pessoa infectada para outra, direta ou indiretamente, não existindo profilaxia nem tratamento.

Exemplo: *Vírus Ebola* e *Vírus Lassa*

Esta classificação somente poderá ser seguida nos casos de fonte conhecida.

Os profissionais da área de saúde estão expostos a todos os tipos de riscos ocupacionais. Entretanto, alguns estudos Otero (1993), Teixeira; Valle (1996), Oda; Ávila (1998), Lacerda (2000) e Neves (2000) dão especial ênfase aos riscos biológicos

pela própria característica profissional de maior exposição aos doentes e microrganismos causadores de doenças no homem.

Dentre os riscos biológicos, os trabalhadores em ambiente hospitalar estão expostos às infecções como: Hepatite B e C, a infecção pelo vírus da influenza, o Vírus da Imunodeficiência Humana/Human Immunodeficiency Virus (HIV), Vírus da Célula Linfotrófica-T Humana/Human T-Cell Lymphotropic Virus (HTLV TIPO I e TIPO II), malária, sarampo, varicela, tuberculose, além de outras infecções. Enfim, enquanto algumas doenças infecciosas são erradicadas, outras surgem sem que saibamos o risco real para a transmissão de uma infecção ocupacional Teixeira; Valle (1996) e Lacerda (2000).

Embora existam classificações diferentes de diversos autores para os riscos, eles são reais e significam perigo, inconveniência, dano ou fatalidade. Para Bulhões (1998), estes riscos podem estar ocultos, imperceptíveis ao trabalhador por falta de conhecimento ou informação. Além disso, devem ser consideradas estratégias adotadas pelos trabalhadores para lidar com riscos.

Os riscos existem para trabalhadores de todas as profissões e atividades. O risco de se adquirir uma infecção, por exemplo, existe em vários ambientes, porém, em nível hospitalar é maior pelo contínuo contato com os doentes, por exposições repetidas aos microrganismos e pela multiresistência associada ao uso indiscriminado de antimicrobianos. Sendo assim, todos os trabalhadores, mesmo aqueles que não atuam diretamente na assistência aos pacientes, estão expostos a esses riscos em diferentes escalas.

O nível de conhecimento dos trabalhadores sobre os riscos iminentes na rotina de trabalho é bastante diferenciado no ambiente hospitalar. A diversidade de categorias profissionais que atuam em funções variadas, interfere nas condições de visibilidade de seu saber (Martins, 2001). Outros fatores influenciadores no reconhecimento do risco podem estar relacionados às condições gerais de trabalho e às relações intra ou inter equipes.

2.3.1 Percepção de risco

Wiedermann (1993) explicita que a percepção de risco é baseada principalmente em imagens e crenças. Em uma menor extensão, a percepção de risco tem raízes na experiência anterior, como por exemplo, acidentes que um motorista já teve, o conhecimento de desastres anteriores e a relação com informações ou facilidade sobre a probabilidade de um avião cair. Deve-se levar em conta que a percepção de risco é baseada em diferentes "backgrounds" de conhecimento, a percepção de risco é definida como sendo a habilidade de interpretar uma situação de potencial dano à saúde ou à vida da pessoa ou de terceiros, baseada em experiências anteriores e sua extrapolação para um momento futuro. Esta habilidade varia de uma vaga opinião a uma firme convicção.

A percepção para os seres humanos, é a capacidade de associar as informações sensoriais à memória e à cognição, de modo a formar conceitos sobre o mundo e sobre nós mesmos e orientar o nosso comportamento. Isso significa que uma situação de risco vivida anteriormente pelo sujeito irá despertar a memória, gerando um comportamento protetor. Essa estranha e apurada capacidade, que chamamos de percepção, é capaz de despertar dentre inúmeros estímulos provenientes do ambiente, aqueles que são mais relevantes, ou seja, significantes para o indivíduo (Wiedermann, 1993).

Encontramos vários trabalhos que se baseiam na percepção de risco pautado em experiências anteriores, levando em conta os saberes, valores e crenças dos indivíduos, porém, quase todos estes trabalhos têm como cenário as comunidades rurais e em grande

parte se referem ao risco com o uso de agrotóxicos. Em comum, estes estudos descrevem os mediadores entre a percepção do risco e o comportamento, como sendo as características individuais e socioculturais e as características das práticas.

Muito se fala e questiona sobre as questões relacionadas ao risco na área de saúde, mas não encontramos estudos que se dedicassem à temática relacionando a percepção de risco com o cumprimento das normas de prevenção e controle, a fim de minimizar riscos futuros decorrentes da falta da técnica na prática diária de trabalho.

Almeida (2002) coloca o conceito de risco mais amplamente utilizado como aquele que se aproxima a um perigo mais ou menos definido ou a probabilidade de perigo, geralmente, com ameaça física para o homem e/ou para o ambiente. Sua aceção mais fortemente aceita na literatura que trata dos problemas delimitados pelos campos da saúde, trabalho e ambiente é a composição de pelo menos dois dos três seguintes componentes: a) potencial de perdas e danos; b) a incerteza da perda/dano; e/ou c) a relevância da perda/dano.

Há, entretanto, um elemento comum a estes componentes: a distinção entre realidade e possibilidade. Segundo Fonseca *et al* (2007), não há risco real, ou seja, o risco não existe enquanto realidade independente de nossas mentes e culturas. Ele só é possível de ser observado e mensurado dentro de um contexto. Em trabalhos realizados nas últimas décadas, Douglas (1992) e Slovic (1992) reconhecem o risco e as respostas ao risco como construtos sociais. Wolpert (1996); diz que as teorias das probabilidades de risco são criações mentais e sociais definidas em termos de *graus de crença*. Slovic (2000) adota esta perspectiva e estabelece uma distinção entre a probabilidade de risco e a percepção do risco, partindo do ponto de vista de que risco "real" e risco percebido são duas dimensões diferentes. Esse autor reconhece que a equação risco/resposta ao risco é mediada por valores, tornando claro que outros fatores, além de uma avaliação técnica do risco, são nitidamente importantes para a compreensão de como as pessoas percebem e respondem aos riscos.

Finuccane *et al.* (2000) é um dos autores que, como dito anteriormente, divide os mediadores entre a percepção do risco e o comportamento em três aspectos da realidade, que são as características individuais e socioculturais e das práticas. Outros autores como Wolpert (1996) e Lion, Meertens, Bot (2002), acrescentam que a discrepância entre a percepção do risco e o comportamento do indivíduo ou da coletividade pode estar também relacionada ao sentimento de controle sobre a realidade percebida. Com relação a este aspecto, Finuccane *et al.* (2000), afirmam que novos riscos tendem a ser percebidos como mais perigosos que riscos familiares.

Os fatores psicossociais e comportamentais relacionados ao controle da infecção hospitalar, estão de quase sempre associados à percepção do risco de transmissão das infecções hospitalares entre profissionais da área de saúde, quando estes recebem algum tipo de informação que possa levá-los a reflexões sobre a existência do risco real. Os profissionais de CCIH são destinados, de forma direta ou indireta, a intervir com ações educativas ligadas à prática de prevenção e controle, com a finalidade de conhecer os fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de infecção. Este conhecimento é de extrema importância para identificar-se o perigo de cruzamentos, detecção precoce de surtos e outros episódios dentro do ambiente hospitalar, por meio de reflexões voltadas para a prática diária de trabalho.

A exposição ao risco implica sempre um componente de atos volitivos, isto é, condutas que envolvem a vontade. As limitações antes descritas se magnificam quando se trata de abordar o comportamento no plano explicativo causal, sem reparar no sentido dos atos e no contexto em que estes se dão. Alguns autores postulam que a percepção e valorização individual de um risco faz-se mediante à avaliação subjetiva dele em relação à totalidade dos perigos do cotidiano (Hayes, 1992; Kendall, 1993). A avaliação do risco deve levar em conta aspectos contextuais do cotidiano; a própria percepção é influenciada

pela posição social e pela cultura do grupo social de referência dos indivíduos, não podendo deixar de registrar o convívio permanente com as vivências fora do ambiente de trabalho.

Esta ainda fortemente relacionada à atuação do profissional em instituições de saúde, ou em outros contextos de saúde cuja gênese influi na desigualdade estrutural. Dependendo de como as instituições são administradas ou das diferentes tecnologias disponíveis ou ainda do tipo de assistência prestada e demandas diferenciadas, as condições de risco podem ser ampliadas ou reduzidas.

Peres (2002) relata a influência dos universos social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco. Nessa perspectiva, os comportamentos são associados às representações, as quais se formam na interação entre pessoas, diferindo de uma simples perspectiva cognitiva. O autor afirma ainda que estas representações são mediadas por um complexo cultural que influencia a maneira pela qual os indivíduos percebem o risco, podendo levá-los a ações específicas, entre as quais a de ignorar sua probabilidade de ocorrência.

Em nossa própria experiência, verificamos que o conhecimento dos trabalhadores de hospital sobre a transmissão das infecções hospitalares parece ser elevado, uma vez que quando questionados sobre conhecimentos e ou conceitos os indivíduos (durante treinamentos ou por ocasião de eventos) são capazes de discursar sobre eles. Porém, diversos observadores Carvalho, (1996); Andrade, *et al*, (1997); Neumann, (2000); Santos, *et al*, (2002), se surpreendem ao constatar que estes mesmos indivíduos não têm comportamentos voltados para a redução do risco de contrair ou transmitir a infecção, dentro do ambiente hospitalar, por não empregar as precauções adequadas.

Inúmeros estudos anteriores Feather, *et al*, (2000); Girou e Oppein, (2001); Nogueras, *et al*, (2001); Corrêa, Ranali, Pignatari, (2001); Jesus, (2003); Hernandez, *et al*, (2004); Neves Z, *et al*, (2006); Rodrigues, (2006) demonstraram a ausência de um elo direto entre conhecimento e comportamento.

Portanto, são necessários novos estudos, baseados na experiência concreta das pessoas que realizem o acompanhamento entre o conhecer e o “colocar em prática”. Para poder entender as diversas condutas, temos que investigar como a informação é interpretada e como o conhecimento é integrado a prática, favorecendo as chances de que as pessoas percebam o risco para si ou para o próximo. Devemos especificar, também, a maneira pela qual as pessoas fazem a distinção entre aspectos de percepção de risco e de vulnerabilidade; seus sentimentos de controle pessoal, construídos com base em experiências sociais; e as características das situações e, contextos de sua dinâmica da ação.

Brevidelli e Cianciarullo (2001) apresentam o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), que segundo as autoras, é amplamente utilizado em estudos na área, e explica a adoção de comportamentos preventivos ao estabelecer relações entre o comportamento individual e algumas crenças individuais.

De acordo com esse modelo, a adoção de um comportamento preventivo depende: do indivíduo se considerar suscetível a um problema de saúde, isto é, acreditar que esse problema pode afetá-lo particularmente (*Percepção de Suscetibilidade*); de o indivíduo associar o problema de saúde à gravidade de suas conseqüências, isto é, perceber que esse problema pode ter conseqüências sérias (*Percepção de Severidade*); e do indivíduo acreditar que esse problema de saúde pode ser prevenido por uma ação (*Percepção de Benefícios*), apesar dessa ação envolver aspectos negativos, tais como impedimentos, obstáculos, desconforto, gastos financeiros, entre outros (*Percepção de Barreiras*). Isto significa que os benefícios da ação são avaliados em função das barreiras para realizá-la. Além disto, a presença de *estímulos para ação* é importante para desencadear as percepções de suscetibilidade e severidade e motivar o indivíduo a agir.

Já o modelo proposto pela biossegurança para lidar com o risco, segundo Teixeira e Valle (2000); Bolick (2002), leva em conta diversos fatores na elucidação da grande diversidade de medidas relatadas, procurando desenvolver um sentimento de sensibilização. Esse modelo dinâmico é projetado para captar o impacto dos elementos perceptivos e cognitivos sobre a ação e vice-versa, levando em conta a mudança de comportamento, a partir do momento em que o indivíduo se sente vulnerável e busca, por conta disso, controlar suas ações estando assim, sensibilizado.

Por exemplo, Peres, Rozemberg, Lucca (2005); Fonseca *et al* (2007) demonstram que a utilização de medidas e equipamentos de proteção não é uma consequência direta do conhecimento dos riscos associados ao manejo do agrotóxico, mas depende da maneira como, individual e coletivamente, os trabalhadores percebem o risco no uso destes produtos tóxicos. Igualmente, em controle de infecção, o uso de equipamentos ou de medidas preventivas não é uma consequência direta do conhecimento, entretanto, em todos os casos, conhecer e ter acesso aos EPIs é um fator central, pois, para que haja a escolha destas intervenções, são necessários conhecimentos prévios dada a diversidade de EPIs, Equipamento de Proteção Coletiva (EPCs) e medidas de prevenção que existem para serem utilizadas nas práticas de prevenção.

Os mesmos autores apresentam ainda, outros estudos que sugerem que o risco só adquire significado em oposição a outros elementos, que intervêm na sua construção e a partir da sua relação com o contexto cultural. O mais importante, então, não seria o risco em si, mas sim as percepções da situação de risco, as quais envolvem interpretações, avaliações e julgamentos em dois níveis, o subjetivo e o intersubjetivo. Sendo assim, a abordagem da percepção do risco no uso de agrotóxicos como pertencente a uma dimensão cultural simbólica. A percepção do risco, as idéias sobre prevenção e as ações empreendidas são considerados fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados.

Transferindo estas reflexões para o nosso contexto, podemos verificar que enquanto os profissionais que trabalham com agrotóxicos pertencem mais ou menos ao mesmo contexto cultural, no controle de infecção os contextos culturais de origem dos indivíduos que atuam nas instituições de saúde de maneira bem próxima, são bastante diferenciados. O que torna mais complexo e diversificado o estudo das construções culturais e interpretações envolvidas na percepção dos riscos.

Porém, Peres, Rozemberg, Lucca (2005) reconhecem que a experiência, informação e "*background*" cultural formam uma tríade indissociável de determinantes da percepção de riscos, embora estes não esgotem os fatores relacionados com a construção da percepção de riscos em populações e/ou grupos populacionais específicos. Outros fatores, como o grau de escolaridade e a especificidade de tarefas realizadas, também contribuem para a base de sustentação da percepção de riscos das pessoas. No ambiente hospitalar, dadas as características de extrema especialização nas tarefas, esse último fator adquire grande relevância.

Sjöberg e Drottz-Sjöberg (1991) *apud* Peres, Rozemberg, Lucca (2005) relatando um estudo sobre a percepção de riscos de trabalhadores de usinas nucleares européias e norte-americanas, analisaram a relação entre o conhecimento (formal e prático este último entendido como aquele advindo do desenvolvimento cotidiano das tarefas realizadas por um trabalhador) e a percepção de riscos ambientais e ocupacionais. Os resultados desvelaram uma situação em que os trabalhadores que realizavam tarefas mais específicas, mas que tinham menor grau de escolaridade, tinham uma percepção de riscos menos acurada que aqueles que desempenhavam tarefas que requisitavam menor conhecimento prático, mas que, entretanto, possuíam maior grau de escolaridade.

Alguns estudos relatam uma influência da escolaridade na percepção de risco. No estudo de Neumann (2000), sobre o consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares, entre funcionários públicos estaduais do município de São

Paulo, relata um predomínio do sexo feminino com nível de escolaridade superior. Andrade *et al* (1997), em seu trabalho, apresenta dados sobre o uso de álcool e outras drogas entre os alunos de nove escolas de medicina do Estado de São Paulo, bem como os fatores de risco associados do uso na vida dessas substâncias, demonstrou uma total falta de percepção quanto ao risco do consumo dessas substâncias.

Carvalho (1996) cita como resultado de seu estudo sobre comportamento preventivo em saúde em relação ao câncer cérvico-uterino (CCU), que dentre as variáveis gerais estudadas, chama a atenção para o fato de que o elevado nível de escolaridade não causou impacto sobre a percepção destas mulheres em relação ao CCU e medidas de prevenção.

Santos *et al* (2002) ao estudarem a percepção de risco relativa à sexualidade e à saúde reprodutiva de mulheres HIV-positivas, e a possibilidade de fazerem opções conscientes quanto à gravidez, em um grupo em que 62,2% tinham até o primeiro grau de escolaridade, e apenas 12,2% chegaram a cursar uma faculdade. A percepção de risco quanto à adesão ao medicamento e ao sexo seguro são difíceis, requerendo aconselhamento e apoio. Os autores verificaram a necessidade de ambientes de apoio que ofereçam condições de conhecer, discutir e realizar opções conscientes no que concerne às decisões reprodutivas e sua sexualidade.

Pechansky (2001) estudou um grupo de usuários de drogas e verificou que elementos relativos à informação, à escolaridade, ao gênero e à idade direcionam e interferem nas atitudes associadas ao uso de drogas e à percepção do risco envolvido, gerando um efeito em cascata que culmina no aumento da contaminação nesses indivíduos.

As políticas de prevenção da saúde têm partido do pressuposto de que existe uma relação direta entre o conhecimento e a prática, se orientando através do foco na transmissão de informações, na responsabilidade individual e no enfoque epidemiológico do risco. Ao revelar um universo particular de *maneiras de pensar e agir* dos profissionais de saúde no enfoque dos perigos relacionados ao manejo do material biológico carregado de microrganismos, pretendemos subsidiar a disseminação de programas educativos que reconheçam a natureza simbólica das práticas dos sujeitos sociais.

2.4 Desafios ao ensino em Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares:

Driver *et al* (1999) nos apresenta a afirmativa de que os aprendizes possuem representações cotidianas sobre os fenômenos que a ciência explica. Essas representações são construídas, comunicadas e validadas dentro da cultura do dia a dia. Elas se desenvolvem à medida que o indivíduo convive dentro de uma cultura.

Aplicando estas afirmativas à nossa realidade, os treinamentos que realizamos devem não só alcançar a passagem da informação para níveis culturais bastante diferenciados, que perpassam de serventes aos doutores, mas também integrar e fazer interagir os diversos saberes culturais e representações dos temas abordados com a intenção da construção de novos significados.

Estudar a percepção de risco e conhecimentos teóricos sobre risco apresentados pelos profissionais de saúde e sua inserção na prática diária de trabalho tornou-se importante para nós, visto que, a nossa experiência e percepção revelam um distanciamento significativo entre o conhecimento do profissional, que é capaz de discursar sobre ele durante os treinamentos, e sua aplicabilidade na execução de suas tarefas diárias no trabalho.

Algumas situações extremas são capazes de evidenciar este distanciamento, como ocorrido recentemente por ocasião do atendimento de uma patologia desconhecida, quando o pânico da equipe foi instaurado em relação à Síndrome Respiratória Aguda

Grave (SARS) “Pneumonia Asiática” (Neves e Gomes, 2003). Por outro lado, em relação aos microrganismos já conhecidos, a atitude mais comum manifestada pelos profissionais é aparentemente ignorar por completo a presença do risco, não se prevenindo de maneira eficaz para o trabalho, como se não possuíssem este conhecimento.

Em nossa experiência, verificamos que, por ocasião do surgimento do HIV, por exemplo, a contaminação estava intrinsecamente vinculada à possibilidade da morte. Na época, os profissionais usavam uma quantidade enorme de EPIs para se prevenirem. Após incorporarem alguma familiaridade com a existência deste microrganismo às suas práticas diárias de trabalho, diminuiu o temor e os comportamentos preventivos. Rozemberg (2006) verificou, para esquistossomose, a mesma tendência.

A familiaridade com determinado problema tende a reduzir a percepção de risco, como mostram alguns trabalhos. Carvalho, 1996; Andrade, *et al*, 1997; Lopes, Moromizato, Veiga, 1999; Neumann, 2000; Barros e Nahas, 2001; Santos, *et al*, 2002; Torres, Hortale, Schall, 2003; Neves e Gomes, 2003; Jesus, 2003; Almeida, Silva, Cunha, 2007; Fonseca *et al*, 2007; Tomasi, Sant'anna, Oppelt, 2007; Ferreira e Najjar, 2008. Estes estudos mostram tipos de comportamentos de riscos variados em populações de níveis culturais, sociais e econômicos diferenciados.

Montimer (1995) relatou que as dificuldades no processo de ensino, estão relacionadas à falta de evidências empíricas definitivas para as hipóteses. Um exemplo descrito pelo autor é o estudo de materiais constituídos de partículas que se movimentam.

A dificuldade da identificação por parte de seus alunos, se deve ao fato de que não é possível visualizar o espaço vazio existente entre elas, concluindo então, que a invisibilidade é um fator que dificulta o processo de ensino aprendizagem.

Em relação ao risco biológico, que constitui muitas vezes aquele que oferece menores evidências para o profissional, refere-se ao fato de não conseguirmos visualizar a olho “nu” os microrganismos circulando por superfícies e artigos, enquanto o risco físico, por exemplo, pode ser sentido através das manifestações de calor e frio ou “ouvido” através dos ruídos produzidos pelo trabalho. Do mesmo modo, o risco químico pode ser percebido através do olfato ou da visualização de forma de pós, névoas, neblinas e gases. Ainda existe, porém, entre os profissionais de radiologia, a falta da percepção de evidências quanto à presença de radiações ionizantes e não ionizantes, pois estas não podem ser vistas, sentidas ou inaladas.

Para Dejours (1992), essa aparente atitude de “desprezo” ao risco não pode ser entendida sempre, como se o trabalhador “desconhecesse” por completo os riscos inerentes à determinada atividade. Muito pelo contrário, por vezes ao pleno conhecimento do perigo, o trabalhador “acrescenta” ao risco inerente ao processo de trabalho a sua própria noção de risco, como forma de minimizar ou simplesmente negar o primeiro, numa estratégia que o autor classifica como ideologia defensiva. A principal função desta ideologia defensiva seria propiciar ao trabalhador a sobrevivência em um ambiente/processo de trabalho injurioso, por meio da constituição de um valor simbólico, onde o trabalhador domina o perigo e não o contrário. Além disso, segundo o autor, “a consciência aguda do risco do trabalho, mesmo sem envolvimento emocional, obrigaria o trabalhador a tomar tantas precauções individuais que ele se tornaria ineficaz do ponto de vista da produtividade”.

O processo e as condições de trabalho são, portanto para Dejours (1992), determinantes da percepção de riscos dos trabalhadores e, em última instância, principais responsáveis pela construção do desprazer relacionado ao trabalho. São, ainda, os fatores primariamente apontados como “perigosos” pelos trabalhadores. Em uma indústria, por exemplo, fica muito evidente a relação entre as condições de trabalho e o risco ali presente. O risco, nestes casos, é sempre relacionado ao corpo do indivíduo (quedas, choques, queimaduras, fraturas etc.). No caso do trabalhador rural, não há uma clara associação, por parte do trabalhador, entre as condições de trabalho e a percepção de

riscos. O processo de pulverização, por exemplo, não causa desconfortos excessivos ao trabalhador, não o obriga a esforços físicos acentuados, não apresenta "perigos visíveis". Mas o perigo está lá, no bico do pulverizador carregado pelo trabalhador, na mangueira puxada por sua esposa, na nuvem de agrotóxico formada, que é respirada por ambos.

Na grande maioria das vezes, os trabalhadores reconhecem uma determinada atividade como perigosa, embora desconheçam os limites deste risco em função da "invisibilidade" do problema. Para Dejours (1992, p.41), "o medo relativo ao risco pode ficar sensivelmente amplificado pelo desconhecimento dos limites deste risco, ou pela ignorância dos métodos de prevenção eficazes. Além de ser um coeficiente de multiplicação do medo, a ignorância aumenta também o custo mental ou psíquico do trabalho".

Até iniciarmos o desenvolvimento desta tese, nossa impressão era a de que a educação teria o poder de unir facilmente teoria à prática. Quando nos deparamos com a bibliografia do ensino de biociências, conseguimos vislumbrar o quão árduo será o caminho que nos espera nesta direção, porém, mais do que nunca, nos encontramos estimulados e instigados a percorrê-lo em busca contribuir para a redução das IH por meio do trabalho educativo.

2.5 Educação

2.5.1 Fundamentos da educação em saúde

Candeias, (1997) situa a Educação em Saúde, como uma área nova de conhecimentos, que se tem enriquecido graças às contribuições nas Ciências Sociais, da Antropologia, da Psicologia e das Ciências Biológicas, contando hoje com um acervo considerável, capaz de contribuir para o aprimoramento da Saúde Pública. Faz-se necessária sua integração, ao planejamento, execução e avaliação, dos programas de saúde, para assegurar que considerem devidamente as características sócio-econômico-culturais dos grupos que se pretende beneficiar com as ações.

Para Gentili, (1996), existem vários pontos de contato entre as ciências da educação e outras áreas das ciências humanas, entre as quais a psicologia. O conhecimento das aptidões da criança, por exemplo, e de suas atitudes perante os fenômenos que fazem parte de seu universo, de sua percepção desse universo, e da maneira como se dão suas relações interpessoais e de tudo o que se refere à formação de sua personalidade e aprendizagem, são questões que interessam, ao mesmo tempo, à psicologia e à pedagogia.

Ainda para Gentili, (1996), boa parte dos estudos propostos pela antropologia e pela sociologia também está encaminhada para esclarecer a maneira como atuam os diversos sistemas de aprendizagem e de aculturação que constituem o alicerce educacional das sociedades. Algumas questões importantes tratadas pelos sociólogos, por exemplo, dizem respeito à influência das mudanças educacionais na estrutura social, à relação entre educação e desenvolvimento econômico, à forma como os diversos sistemas educacionais podem sustentar ou, ao contrário, derrubar os sistemas de poder, às disfunções sociais criadas por novos métodos de ensino, às resistências à mudança educacional por parte dos poderes sociais tradicionais e a muitos outros temas de interesse direto da área de educação.

Para Costa e Lopez (1996), a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção de saúde. Ela possibilitaria a transmissão do conhecimento científico produzido no campo da saúde às pessoas e à compreensão destes conhecimentos promovendo novos hábitos e condutas de saúde.

Porém, é preciso evitar uma visão muito linear, pois já vimos que a mera difusão ou transmissão de saberes não se reverte automaticamente em comportamentos saudáveis.

Já segundo Candeias, (1997), entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas.

A palavra “delineada” distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. O termo “facilitar”, por sua vez, significa predispor, possibilitar e reforçar a referência a “voluntariedade” significa “sem coerção” e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. A ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (Candeias, 1997).

Para o autor, na prática, a educação em saúde constitui-se apenas em uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões. Por constituir apenas uma parte de um conjunto de atividades, é óbvio tratar-se de uma atividade-meio. A participação dos grupos nos processos de educação em saúde pode apresentar diversos níveis dependentes das técnicas e dos objetivos intrínsecos. Assim, em um nível mais superficial ocorre apenas uma participação simbólica, quando a população é apenas incluída no processo, sem ação ativa, nem mesmo receptiva.

Rozenberg (2006), lembra que entre os níveis de participação o foco da discussão pode ser ampliado à medida que não somente devemos considerar a participação comunitária, mas sim a participação social, desta forma, evitando a exclusiva responsabilização das vítimas do problema, quando da busca de soluções. É importante aproximar ou integrar diferentes referenciais interpretativos sobre o mesmo problema, na busca de soluções, através da organização de grupos multidisciplinares e locais na produção do conhecimento.

Segundo Cleary (1988), todos os profissionais de saúde devem estar envolvidos no processo de Educação em Saúde. Através dele, as pessoas aprendem ou formalmente (experiências de aprendizagem planejadas) ou informalmente (experiências de aprendizagem não planejadas). Na medida em que o grupo ou o usuário do processo espera que o pessoal da saúde pública o auxilie, no que diz respeito a assuntos e a problemas da saúde, a resposta do profissional "educa" o usuário, quer o profissional tenha ou não tenha a intenção de fazê-lo.

Portanto, cabe a todos os profissionais da saúde pública entender suas funções educativas e seu papel na Educação em Saúde. É também importante que o papel do especialista em educação esteja claro. O especialista, tanto quanto os outros especialistas, possuem um profundo conhecimento na sua área técnica como, por exemplo, o processo de ensino-aprendizagem, podendo trabalhar como um consultor para ampliar o potencial educativo de outros ou trabalhando diretamente com equipes, com comunidades ou com grupos.

A autora complementa enfocando a necessidade de o especialista em Educação em Saúde ter conhecimentos e competências específicos acerca de um conjunto de teorias de aprendizagem e de mudança social que proporcionam um esquema de referência para planejar, implementar e avaliar programas educativos. Trabalhar com pessoas para ampliar seu potencial quanto à aprendizagem e à tomada de decisões informadas a

respeito de assuntos relacionados à saúde/doença é o objetivo do especialista em Educação em Saúde.

Nosso estudo encontra-se inserido no contexto da educação em saúde e desta forma, pretende ser capaz favorecer os profissionais de saúde ampliando seus horizontes com conhecimentos sobre transmissão e precauções de infecções no ambiente hospitalar e estimulando-os a partir de então a tomar decisões na sua prática diária de trabalho e até mesmo em sua vida pessoal, que possam estar relacionadas à temática abordada em nossos treinamentos.

Porém, segundo Cleary (1988), Valla (2000), Rozemberg (2006), precisamos lembrar sempre que profissionais e população não vivem experiências da mesma maneira. Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, por vezes muito distintas daquelas vivida pelo profissional. Na maioria dos casos, oferecemos o nosso saber, por pensarmos que o saber da população é “insuficiente”, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente.

Rozemberg, Silva, Vasconcellos-Silva (2002), lembram, em seu estudo sobre a construção de impressos hospitalares, que as descrições feitas pelos entrevistados que se debruçaram sobre a tarefa de produzir impressos, retomam no desejo de transmitir conhecimentos seguindo a lógica do modelo linear de comunicação. Esta mesma lógica que acompanha a noção do indivíduo como "recipiente vazio". Superar esse mito relacionado ao poder da transferência de informação, inclui considerar um saber prévio existente, que não pode ser dissociado no momento da aprendizagem.

Atualmente, podemos perceber, dentro da área de educação em saúde, a presença tanto de práticas biologicistas, baseadas no discurso tradicional e hegemônico, como práticas dialógicas emergentes de uma comunicação dialógica. Entretanto, as práticas educativas hegemônicas na área de educação em saúde, são ainda as biologicistas de cunho normativo e transmissional (Briceño-Leon, 1996; Rozemberg, Silva, Vasconcellos-Silva, 2002; Alves, 2005; Rozemberg, 2007; Ceccim, 2005)

Briceño-Leon, (1996) Valla (2000), Rozemberg, Silva, Vasconcellos-Silva, 2002; Alves, 2005; Rozemberg, 2007 informam também que as práticas emergentes que configuram o modelo dialógico requerem o conhecimento dos sujeitos para os quais as práticas são direcionadas, considerando suas crenças, hábitos, condições de trabalho, valores e condições de vida, além do seu envolvimento nas ações para que possam ser sustentáveis e efetivas.

Nesse modelo dialógico, é essencial que os saberes dos indivíduos sejam considerados, muito embora sejam diferentes dos saberes técnicos científicos. A problemática gera o diálogo entre os atores envolvidos e permite a construção e difusão de novos conhecimentos, de novos sentidos e significados individuais e coletivos, promovendo a superação dos problemas. Esse modelo tem como meta o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, a partir da compreensão da situação de saúde, visando a formação de indivíduos críticos capazes de decidirem sobre a melhor estratégia para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde (Briceño-Leon, 1996 ; Alves, 2005; Ceccim, 2005)

Como profissionais do controle de infecção hospitalar atuamos treinando os que “precisam ser treinados”, os que “ têm a necessidade de se apropriar de conceitos com os quais trabalhamos”, principalmente aqueles pertinentes aos riscos aos quais estão expostos. Com essa atividade dos treinamentos, nos damos conta das diferenças das realidades de cada grupo profissional. Ao treinarmos tantas categorias profissionais diferentes, concordamos com Valla (2000), que, de acordo com a formação de cada um, a história de vida e as vivências de cada dia, faz-se necessário ler não “tudo que o outro fala”, mas sim naquilo que mais lhes chama a atenção, aquilo que mais lhes interessa.

Além de termos tido a experiência de treinar categorias profissionais diversas, tivemos também a oportunidade de apresentar nossa metodologia de trabalho educativo

voltado ao controle das IH, em grupos diferenciados como: pacientes, alunos de graduação, alunos de pós-graduação e crianças entre 5 e 7 anos de uma creche escola (Pupo *et al*, 2006). Uma vez encontradas desigualdades entre as realidades de diferentes categorias profissionais, de grupos etários e de níveis de escolaridade dessemelhantes, mais se acentuou nossa percepção destas diferenças.

No grupo de pacientes, notamos uma tendência muito grande para a participação no cuidado de sua saúde, mostrado em Neves, *et al* (2007), nos alunos de pós-graduação verificamos a necessidade e a vontade de transcender para o contexto do cliente e de romper com os atuais padrões da prática em saúde. Entre os alunos de graduação, encontramos o discurso do receio sobre a prática profissional futura e a ausência nos currículos, de informações essenciais a sua formação profissional, como os conhecimentos e conceitos apresentados em nossos encontros. Quanto às crianças, apresentaram um envolvimento muito satisfatório, com uma aprendizagem mais rápida do que pudéssemos imaginar, correlacionando conhecimentos anteriores com os apresentados a elas naquele momento em Pupo, *et al* (2006).

Observamos que, embora as respostas fossem diferentes com relação à aprendizagem dos diversos grupos, a educação em saúde favoreceu lhes, individualmente ou em grupo, a desenvolver seu desejo de saúde, a conscientizar-se de seus problemas de saúde pessoais, particulares, profissionais e sociais, a absorver o conhecimento necessário, e, por meio do aconselhamento e encorajamento necessários, a aprender a forma de aplicar este conhecimento.

O objetivo da Educação em Saúde, definido pela Organização Mundial da Saúde, de forma sucinta, pode ser traduzido em ajudar as pessoas e grupos a conseguirem saúde por meio de sua própria ação e esforços. Isso reforça a idéia de que, a resposta do profissional, de algum modo, "educa" o usuário. Conforme Valla (2000), precisamos estimular a participação dos grupos aos quais nos dirigimos e alertá-los de que a sua atuação determina a sua saúde, e acerca da importância de grupos investirem na sua própria organização, em um processo que possa abranger a participação de todos no contexto de sua vida cotidiana e não apenas focalizar a educação em saúde naqueles "sob risco de adoecer", por estarem mais expostos do que os demais.

Candeias e Marcondes (1979) em seu estudo sobre teorias e atitudes afirmam ser quase um lugar comum que a saúde física e mental seja um dos valores mais significativos do ser humano. Apesar disto, os indivíduos continuam a adotar práticas que, muito freqüentemente, acabam por afetar sua saúde a curto, médio ou longo prazo. Às vezes, isto ocorre por ignorância; outras vezes, adotam-se determinadas práticas, apesar de se ter consciência do potencial negativo de seus efeitos para a saúde.

Sabemos que temos um árduo caminho pela frente e esperamos que o conjunto de teorias de aprendizagem e de mudança social que proporcionam um esquema de referência para planejar, implementar e avaliar programas educativos, nos sirvam de ferramentas para auxiliar a atingirmos nossos objetivos, no que diz respeito à educação em saúde.

2.5.2 Educação e o Controle de Infecção

A interpretação de educação em saúde no âmbito do controle de infecção, não trouxe outros conceitos, será entendida como o processo de estimular pessoas a adaptarem o seu comportamento, no sentido de melhorarem as suas condições de saúde. O primeiro passo para planejar uma intervenção educacional é diagnosticar ou avaliar o comportamento dos indivíduos ou grupos humanos envolvidos e suas conseqüências para a saúde (Goltrick; Turner, 1995).

O diagnóstico educacional e comportamental, segundo Green (1980), envolve todos os componentes relacionados ao ambiente social, microbiológico, biológico e físico. Esta abordagem holística é crucial para um planejamento adequado de ações educacionais em saúde, que sejam minimamente efetivas.

Com base, ainda, em Green (1990), explica-se:

1) Diagnóstico comportamental: é composto por etapas que sempre devem ser seguidas. É necessário que se faça uma diferenciação entre causas não comportamentais (estrutura genética, idade, sexo, doença de base, local de trabalho e de moradia, entre outros) e comportamentais do problema. Deve-se então escalar (conforme as características epidemiológicas e sua frequência de ocorrência) por ordem de importância resolubilidade, listar os diferentes comportamentos relacionados ao problema e estabelecer de forma clara os objetivos e metas da intervenção comportamental.

A possibilidade de mudança de um determinado comportamento depende do seu estágio de desenvolvimento e do tempo que o mesmo se encontra estabelecido. Um comportamento apresenta pouca possibilidade de mudança quando já está estabelecido por longo período ou profundamente incorporado culturalmente.

2) Diagnóstico educacional: devem-se levar em consideração aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais que afetam o comportamento. São eles: fatores predisponentes (conhecimento, habilidades, nível de maturidade, status psicológico e a atitude, as opiniões e as crenças que promovem um ambiente psicológico que afeta a motivação da vontade de mudar), fatores facilitadores (fatores externos e fora de controle do indivíduo, e que podem igualmente afetar a motivação para a adoção de um comportamento mais saudável). Chamamos a atenção para este fator facilitador, que poderia ser exemplificado pelo fator ambiental, ou seja, se há disponibilidade de água, sabão e papel toalha, fatores básicos para que se adquira o hábito de lavar as mãos. Em ambientes onde esses recursos encontram-se disponíveis, é mais provável que as pessoas desenvolvam esse tipo de atividade do que naqueles onde tais materiais não estão presentes. E há, ainda, outros fatores estimuladores, que são externos ao indivíduo, e caracterizam-se como estímulo à mudança de comportamento, tanto de caráter punitivo quanto incentivador.

Para Martins (2001), após os diagnósticos, o desenho e a operacionalização de um programa educacional vista às mudanças de comportamento deve ser necessariamente traçado e deve envolver as seguintes etapas:

- 1) Estabelecimento de um ambiente educacional adequado: ambiente que proporcione confiança mútua e respeito; ambiente psicológico: agradável, cordial e caloroso; ambiente físico confortável e esteticamente agradável.
- 2) Planejamento conjunto de atividades: conforme suas metas e público alvo.
- 3) Diagnóstico das necessidades educacionais: quanto mais complexas forem as causas de um determinado problema, maiores serão as necessidades de utilização de diferentes estratégias educativas.
- 4) Identificação dos objetivos educativos: prevenção primária (eliminar os fatores acumulativos de desenvolvimento da doença no hospedeiro; são atividades de promoção e proteção à saúde), prevenção secundária (refere-se a ações que visam o diagnóstico e tratamento precoce das doenças e limitações por invalidez) ou prevenção terciária (refere-se a atividades focadas na reabilitação).
- 5) Desenho de diferentes experiências e estratégias educacionais (Anexos I e II): o planejamento de programas educacionais deve levar em consideração a possibilidade de se utilizar a melhor combinação possível de técnicas de abordagem educacional. Recomenda-se, no

mínimo, 3 estratégias para qualquer programa de educação em saúde, tendo em mente que as pessoas aprendem de maneiras diferentes e usando-se técnicas variadas, pode-se aumentar o interesse pelo assunto. E, quanto mais longe for o programa, maior a necessidade de mais estratégias.

- 6) Implementação e monitoração do processo educacional.
- 7) Avaliação dos resultados e revisão das novas necessidades educacionais: analisar o grau de cumprimento dos objetivos e metas estabelecidas no início do processo de treinamento. As avaliações de resultados de programas educacionais requerem mais tempo e recursos do que as avaliações em curto prazo. Mas os resultados das avaliações, assim como o impacto epidemiológico resultante de um novo padrão de comportamento incorporado, deverão sempre ser retomados e discutidos com os profissionais capacitados.

Gostaríamos de salientar que o modelo acima descrito é utilizado por alguns autores nacionais e internacionais (Fernandes, 2000; Martins, 2001; Oliveira, 2005, Goltrick e Turner, 1995; Linnemann, *et al*, 2001) visando trabalhar o diagnóstico, o desenho e a operacionalização de um programa educacional com vistas a mudança de comportamento, e por esse motivo, estão citadas neste capítulo por serem a linha adotada e discutida entre os profissionais de controle de infecção.

Tal modelo foi reforçado recentemente no ano de 2007, por ocasião do Simpósio Internacional de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, onde se encontravam presentes líderes e representantes de várias CCIHs de diversos estados do Brasil, além de alguns representantes internacionais.

Estamos apresentando o que nos é oferecido pela literatura, do campo específico de controle de IHS, porém, em nosso estudo, ampliaremos essa abordagem normativa, com outras teorias e conceitos baseados na construção coletiva de propostas educativas norteadas, por exemplo, nos princípios Freirianos, segundo os quais educar é construir, é libertar o ser humano das cadeias do determinismo neoliberal, reconhecendo que a história do indivíduo proporciona os alicerces da sua aprendizagem. É um "ensinar a pensar certo" como quem "fala com a força do testemunho". É um "ato comunicante, co-participado", de modo algum produto de uma mente "burocratizada" (Freire, 1996).

No entanto, toda a curiosidade de saber exige uma reflexão crítica e prática, de modo que o próprio discurso teórico terá de ser aliado à sua aplicação prática. Para Freire (1996), na "prática educativa progressista" ensinar é algo de profundo e dinâmico, onde a questão de identidade cultural que atinge a dimensão individual e bem como questões do universo social dos educandos, é essencial.

Portanto, torna-se imprescindível "solidariedade social e política para se evitar um ensino elitista e autoritário como quem tem o exclusivo "saber articulado". E de novo, Freire, (1996) salienta, constantemente, que educar não é a mera transferência de conhecimentos, mas sim conscientização e testemunho de vida, senão não terá eficácia. Para o autor, "o educador que 'castra' a curiosidade do educando em nome da eficácia da memorização mecânica do ensino dos conteúdos, tolhe a liberdade do educando, e a sua capacidade de aventurar-se. A autonomia, a dignidade e a identidade do educando tem de ser respeitadas, caso contrário, o ensino tornar-se-á "inautêntico, palavreado vazio e inoperante".

Outro conceito pertinente aos nossos objetivos é o da aprendizagem significativa Moreira, (1999). Esta ocorre quando a matéria de ensino é percebida pelo educando como relevante para os seus próprios objetivos, isto é, a pessoa aprende significativamente apenas aquilo que ela percebe como envolvido na manutenção e engrandecimento do seu próprio eu (tendência a auto realização). Esta aprendizagem visa mais do que uma acumulação dos conteúdos, pois provoca modificações, quer seja no comportamento do

indivíduo, na orientação de suas ações futuras, nas atitudes e na sua personalidade. É uma aprendizagem penetrante, que não se limita a um aumento de conhecimentos. O conceito trazido por Moreira, (1999) se refere muito mais à significação pessoal dos conteúdos para cada pessoa. Por outro lado, essa contribuição pouco focaliza as questões sociais e coletivas, mas torna-se complementar às demais contribuições que a literatura do campo da educação nos tem oferecido.

Posteriormente, nossas concepções poderão ser melhor explicadas por meio das discussões dos dados desta pesquisa, no capítulo de resultados.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo:

Optamos por desenvolver um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem de análise quanti-qualitativa, baseado na investigação da percepção das IHS apresentada pelos profissionais de saúde e sobre a lacuna existente entre o conhecimento adquirido nos treinamentos (teoria) e a realização das atividades práticas de prevenção e controle executadas diariamente, no trabalho.

Segundo Polit e Hungler (1995, p.16), a abordagem quanti-qualitativa é capaz de envolver a coleta de materiais narrativos mais subjetivos associadas à coleta de informações numéricas que virão a subsidiar em algum momento os dados subjetivos, estando ambos os métodos imbricados, cada um permitindo mapear aspectos diferentes e complementares da realidade.

Minayo (1998, p.43), fazendo uma síntese sobre a questão qualitativa, informa que este método abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais, que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados.

Minayo (1993, p. 30) defende que a discussão do quantitativo versus qualitativo tem sua origem nas diferentes formas de perceber a realidade social. Ela nos avisa que a principal influência do positivismo nas ciências sociais foi a utilização dos termos de tipo matemático para a compreensão da realidade e a linguagem de variações para especificar atributos e qualidade de objeto de investigação. A questão do quantitativo traz a reboque o tema da objetividade. Isto é os dados relativos à realidade social seriam produzidos por instrumentos padronizados, visando a eliminar fontes de propensões de todos os tipos e a apresentar uma linguagem das variáveis forneceria a possibilidade de expressar generalizações com precisão e objetividade.

Greca (2002) salienta que as pesquisas na área de ensino de ciências, pelas problemáticas que lhe são próprias e pelos referenciais utilizados, deveriam fazer mais uso da integração entre as abordagens quantitativa e qualitativa, defendendo não a simples utilização de números "convincentes" na pesquisa narrativa (limitando-se a uma contagem de frequências) nem da "coloração" narrativa de quadros estatísticos (utilizando frases soltas dos sujeitos da pesquisa como ilustração), mas sim um delineamento metodológico integrando técnicas oriundas das duas metodologias a fim de obter dados sólidos (característicos da metodologia quantitativa) e profundos e reais (característicos da metodologia qualitativa).

Para o autor, nas últimas duas décadas, alguns pesquisadores das diferentes áreas sociais estão defendendo a necessidade de buscar uma articulação e complementação entre os dois paradigmas, a fim de superar as limitações dos métodos quantitativos e qualitativos. Supõe-se que a aplicação de vários instrumentos, embora cada um deles com

diferentes imperfeições, pode conduzir a que os respectivos vieses das duas abordagens sejam compensados e se possa obter uma medida mais válida e fidedigna do fenômeno estudado.

Ainda frente à problemática da quantitativa e da qualitativa, Minayo (1993, p.36) afirma que a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes, e que quantidade e qualidade são inseparáveis e independentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativa/qualitativo, macro/micro, interioridade e exterioridade com que se debatem as diversas correntes sociológicas.

3.2 Local do estudo:

O campo escolhido para este estudo foi o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC). Este instituto, denominação atual do antigo Hospital Evandro Chagas (já foi também chamado de Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas), é uma Unidade da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) de referência nacional em pesquisa de doenças infecciosas, portanto, não limitando seu atendimento pela divisão de áreas programáticas no Estado do Rio de Janeiro, como ocorre de um modo geral na rede hospitalar, mas pelo contrário, pela especificidade de sua contribuição ao estudo de patologias infecto parasitárias, atendendo a pacientes de todos os estados do Brasil e também de fora do país.

3.2.1 Breve Histórico do IPEC:

Criado no início do século XX pelo cientista médico brasileiro Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz, que desde então deu início às pesquisas com as descobertas de novas doenças, dentre elas a malária, a Doença de Chagas, as hepatites, o HIV e mais recentemente o HTLV I, entre outras, o instituto concentra-se em doenças de interesse para projetos de pesquisa, sendo esta a sua atividade principal. Assim como Centro de Referência em Doenças Infecciosas, vê-se diante de uma série de exigências no cumprimento de sua missão de estudar as doenças infecciosas através de programas de atendimento integrados a projetos de pesquisa e ensino, interprofissionais voltados para a recuperação, promoção e prevenção da saúde e prevenção de agravos. Dentro da área de prevenção e controle das infecções hospitalares se encontra incluído entre os inúmeros requisitos contidos em sua missão: o treinamento massivo e eficaz de seus profissionais, contribuindo para a saúde do trabalhador e para a qualidade da assistência.

O IPEC está organizado de acordo com a seguinte estrutura: Atendimento Ambulatorial, Centro Hospitalar e Hospital-Dia. O Centro Hospitalar tem por cenário 30 leitos; destes, 26 localizados em enfermarias de um, dois e três leitos cada e quatro leitos no Centro de Tratamento Intensivo (CTI).

O Ambulatório é composto de: sala de enfermagem, sala para recepção, consultórios médicos e salas de procedimentos. Sua capacidade aproximada de atendimento diário é de 252 pacientes/dia. O Hospital-Dia é composto de: salão de atendimento, sala de procedimentos, sala/posto de enfermagem e consultórios médicos; sua capacidade aproximada de atendimento diário é de 30 pacientes/dia.

O IPEC está dividido em coordenações, serviços e setores que prestam assistência direta ou indireta a pacientes do Ambulatório, Centro de Internação e Hospital-Dia. Os servidores da área de saúde atuantes na assistência direta ou indireta estão divididos em diversos tipos de vínculos de trabalho: concursados e tercerizados através das Fundações: Benção do Senhor (FBS) e Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) além da Federação Nacional de Educação e Integração a Surdos (FENEIS),

Instituto de Professores Públicos e Particulares (IPPP) e Rufolo Engenharia e Serviços onde estão lotados os auxiliares de serviços gerais (serventes).

Entre os bolsistas temos: bolsas de pesquisa do FIOTEC, do Programa de Iniciação Científica (PIBIC), de agências financiadoras (CNPq e FAPERJ) do convênio PROGESTÃO, entre outros. Além disso, trabalham ali, sem vínculo empregatício formal, outros trabalhadores que recebem pagamentos de contratos (pagamento verba própria do IPEC) e residentes médicos.

3.3 População do estudo

O IPEC conta com aproximadamente 920 profissionais em seu quadro de pessoal, divididos em 12 categoriais. Para cumprimento da legislação, nosso trabalho na CCIH prevê pelo menos 1 treinamento para contemplar cada uma das categorias profissionais que atuam no IPEC. Para este estudo foram considerados os treinamentos no período de fevereiro de 2005 a março de 2007.

O universo amostral da pesquisa foi constituído pelas seguintes categorias profissionais: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e de laboratório, auxiliares de serviços gerais, e assistentes administrativos. Tais grupos recebem treinamentos específicos, periodicamente direcionados à prevenção e controle das infecções hospitalares, independente de seu tipo de vínculo e remuneração no Instituto. A instituição não conta com os serviços de auxiliar de enfermagem e de laboratório.

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a outubro de 2007, o local escolhido para a realização das entrevistas foi o próprio local de trabalho de cada entrevistado. O recrutamento foi feito por meio de contato prévio com o sujeito a ser entrevistado para a marcação de data e hora da entrevista.

Realizamos entrevista com dois (2) ou mais representantes das diversas categorias profissionais lotados nas diferentes coordenações, departamentos, serviços e setores do IPEC que participaram anteriormente dos treinamentos realizados.

O critério para inclusão dependeu da disponibilidade e aceitação das pessoas; procurando-se selecionar profissionais de saúde de todas as categorias acima, expostos ao risco no ambiente de trabalho, que atenderam aos treinamentos em prevenção e controle das infecções hospitalares como uma das rotinas do serviço.

Os treinamentos são partes integrantes da rotina da CCIH. Cabe lembrar que o número de profissionais treinados, atualmente é relevante para o Processo de Acreditação Hospitalar ao qual o IPEC vem sendo submetido desde 2004 e também para as Inspeções Anuais da Agência de Vigilância Sanitária. O recrutamento para atender aos treinamentos regulares foi realizado por meio de solicitação feita pela chefia de serviço ou pela equipe da CCIH ou ainda por convocações por e-mail ou cartaz, realizadas pela CCIH com data, horário e local previamente agendados (Anexo III).

Cabe ressaltar que alguns serviços como a Farmácia, apesar de já terem sido feitas várias convocações, não se mostraram disponíveis para marcação de nenhum tipo de treinamento, até o momento. Realizamos um treinamento, no mês de agosto de 2007, com os grupos do serviço de nutrição e com os apoios administrativos, que também nunca haviam sido treinados anteriormente. Por motivos de finalização da presente tese, uma vez que o critério adotado de espaço de tempo foi de 6 a 12 meses entre os treinamentos e a realização da entrevista, tais grupos não foram incluídos em nossa amostra de estudos.

Os laboratórios do IPEC, compostos por biólogos e técnicos, foram treinados nos anos de 2005 e 2006 dentro de outra temática (Esterilização e desinfecção de artigos, higienização do ambiente e técnicas e condutas em acidentes de laboratórios), por

solicitação do coordenador em exercício, na época. Por isso, estes grupos não foram contemplados como parte integrante desse estudo.

3.4 Instrumentos de coleta de dados:

Para a primeira etapa da pesquisa, foi construído um questionário para avaliação do treinamento, contendo perguntas abertas e fechadas (Anexo IV).

Na segunda etapa, utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturada para sondagem de conteúdo (Anexo V).

Segundo Gil (1995), questionários, quando distribuídos e recolhidos posteriormente, correm o risco de não serem respondidos. Enquanto que as entrevistas, como técnica de investigação, garantem o retorno dos questionamentos e a participação efetiva dos respondentes, mesmo se tendo em vista o uso de instrumentos muito extensos.

Para Triviños (1987, p.92), entende-se por entrevista semi-estruturada aquela que parte de alguns questionamentos básicos, baseados em hipóteses e teorias que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que são recebidas as respostas do informante. Desta forma, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador, participa na elaboração e no conteúdo da pesquisa.

Ainda segundo Triviños (1987, p.94), a entrevista semi-estruturada é um tipo de entrevista que, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante tenha a liberdade e espontaneidade necessárias para o enriquecimento da investigação.

Minayo (1993) coloca que o roteiro de entrevista difere do sentido tradicional do questionário. Enquanto este último pressupõe hipóteses e questões bastante fechadas, cujo ponto de partida são as referências do pesquisador, o roteiro tem outras características. Visando a apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, o roteiro contém poucas questões. Instrumento para orientar uma conversa com finalidade que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e aprofundamento da comunicação. Dele constam apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto, em relação à realidade empírica.

Foram realizadas alterações nos instrumentos, após estes passarem por validação aparente e de conteúdo, realizada por três pesquisadores e profissionais atuantes na temática do estudo.

3.5 Aspectos éticos:

Atendendo à Resolução nº 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre o protocolo da pesquisa e da garantia do anonimato, para divulgação dos dados em publicações e em imagens. Nenhum dos participantes escolhidos apresentava incapacidades ou vulnerabilidades que os impedissem ou exigissem representação de acordo com a legislação vigente. Com o término deste estudo, o retorno dos resultados ficará disponível aos sujeitos e à comunidade. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo VI) e Autorização de Fotografia (Anexo VII) no momento dos treinamentos, ainda em sala de aula, uma vez que cada treinamento foi fotografado para posterior montagem de uma galeria de fotos.

Para viabilizar a realização do trabalho de campo, este projeto foi apresentado no Colegiado Técnico-Científico e submetido ao Comitê de Ética, ambos formados por

pesquisadores do IPEC e da FIOCRUZ, caracterizando assim, o credenciamento desta pesquisa como um dos projetos em andamento, nesta unidade.

No dia 15 de dezembro de 2006, após análise da viabilidade e dos aspectos éticos do estudo e de acordo com a Resolução 196/96 do CNS-MS, foi então aprovado sob o número de protocolo CAAE – 0033.0.009.000-06 (AnexoVIII). Somente a partir deste momento, tiveram início as entrevistas.

3.6 Etapas da Pesquisa:

1º) Realização dos treinamentos de diferentes categorias profissionais. Os locais de realização dos treinamentos variaram de acordo com a disponibilidade de salas ou auditórios, sendo a proximidade de um lavatório essencial para a realização das dinâmicas. Estes treinamentos duraram em média três horas e foram compostos de 3 momentos: o primeiro momento incluiu a exposição oral composta dos seguintes conteúdos: riscos no ambiente hospitalar, formas de transmissão de doenças, precauções para prevenção da transmissão de doenças e higienização das mãos. Cada um dos treinamentos seguiu o mesmo roteiro de temas, conforme os tópicos mostrados nos slides do (Anexo IX), independente da categoria profissional; porém, as abordagens foram adequadas ao nível de escolaridade dos grupos.

O segundo momento incluiu as práticas educacionais em que foram realizadas duas dinâmicas: da tinta guache e da incubação de microrganismos das mãos, em placas. O terceiro momento constou de uma breve avaliação oral do treinamento e do preenchimento do questionário.

Estas dinâmicas consistem em:

A) Dinâmica da tinta guache:

Solicitamos, dentre os profissionais, um voluntário que será vendado. Pedimos que após ter sido colocada à venda, este molhe suas mãos com água. A seguir, informamos que iremos colocar sabão em suas mãos e gostaríamos que este procedesse à técnica da lavagem das mãos como é de seu conhecimento. Ao sinalizar a finalização do processo, retiramos a venda do profissional e apontamos para este e para os demais expectadores os pontos das mãos que não foram atingidos pela tinta guache, explicando que naqueles locais onde não foram alcançados pela água e “sabão”, os microrganismos não foram removidos.

B) Dinâmica da incubação das mãos em Placas de Petri

Solicitamos, dentre os profissionais, um voluntário para que este esfregue suas mãos, antes de lavá-las, em uma placa contendo meio de cultura próprio. Após este esfregaço, solicitamos que lavasse as mãos com água e sabão comum, e novamente faremos outro esfregaço da mão, numa nova placa. Para finalizar, este voluntário, pela segunda vez, irá lavar as mãos. Desta vez, com água e clorexidina (substância química com atividade residual, que possui grande poder antimicrobiano) e após esta higienização irá realizar o terceiro esfregaço da sua mão em uma nova placa. É importante lembrar que o meio de cultura das 3 placas é o mesmo e que estas placas são identificadas com o nome do voluntário e o número da etapa realizada 1ª, 2ª e 3ª. Estas placas são incubadas por 24 horas e após a retirada das mesmas da estufa, em um treinamento ou reunião seguinte, mostramos ao profissional voluntário os microrganismos presentes em suas mãos.

Na filosofia utilizada nos treinamentos da CCIH deve dar ao profissional de saúde oportunidade à crítica, ao diálogo e à participação ativa das pessoas envolvidas. Isso objetiva a troca de experiência, o questionamento, a individualidade e a humanização, que conduzem à reflexão e à ação-transformação da realidade.

Na educação em saúde, tanto os profissionais da assistência direta quanto os da assistência indireta, devem estar envolvidos, oferecendo suas contribuições. Portanto,

cabe a todos os profissionais da saúde pública e do atendimento médico entender suas funções educativas e seu papel na Educação em Saúde. Trabalhar com pessoas para ampliar seu potencial quanto à aprendizagem e a tomada de decisões informadas a respeito de assuntos relacionados à saúde/doença é o objetivo do especialista em Educação em Saúde. Embora sendo as ações de educação em saúde extremamente válidas e necessárias, o profissional de saúde, como educador que é, necessita reciclar seu conhecimento e aprimorar suas técnicas continuamente, fazendo uso de estratégias educativas que facilitem a construção do conhecimento.

2º Entrevistas individuais semi-estruturadas para sondar:

- os conceitos e conhecimentos sobre os riscos a que estão expostos os profissionais de saúde e sua inserção nas práticas adotadas de prevenção e controle das infecções;
- os fatores sociais, econômicos, culturais e afetivos percebidos pelos trabalhadores, como responsáveis pela lacuna existente entre o conhecimento adquirido nos treinamentos e a prática.
- a contribuição que o conteúdo teórico e a realização das dinâmicas podem ter dado a sua prática diária de trabalho.

As entrevistas foram realizadas com um espaço de tempo de 6 a 12 meses, após a realização dos treinamentos, com a finalidade de resgatar conceitos e conhecimentos teóricos ministrados, além de buscar identificar se houve aplicação da teoria na prática do seu dia a dia de trabalho. Foi utilizado um gravador para registro das falas dos depoentes, na íntegra. Estas foram transcritas obedecendo à fidelidade dos depoimentos. Eventuais erros gramaticais foram registrados em respeito à fidedignidade das informações transcritas. Após a transcrição, trabalhamos nas categorizações sucessivas das informações que permitiram esgotar, na medida do possível, os temas analisados. Foi utilizada bibliografia para suporte teórico analítico.

Todos os entrevistados foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e participaram voluntariamente. Não obtivemos recusa. No entanto, em relação às dificuldades encontradas, podemos citar em decorrência da realização do concurso público da Fiocruz, ocorrido no final do ano de 2006, com a finalidade de preencher algumas vagas ocupadas nas diversas unidades por profissionais terceirizados.

Alguns dos profissionais treinados durante a etapa de realização dos treinamentos, se a por não terem sido aprovados no concurso, já não estavam mais no IPEC, quando demos início à realização das entrevistas, em janeiro de 2007. No entanto, conseguimos fazer contato com alguns deles e solicitar que nos concedessem uma entrevista. Outros, porém, comprometeram-se a retornar o contato e não o fizeram. Ao serem procurados novamente, informaram estar ocupados e desculparam-se por não poderem participar.

Cabe ressaltar que tanto os treinamentos dentro da temática de higienização das mãos, quanto as entrevistas individuais, foram conduzidas pela autora.

3º) Observação e registro de rotinas: durante a realização do trabalho diário de vigilância epidemiológica executado pela autora, como parte de suas atividades da rotina como enfermeira da CCIH, foram sendo feitos registros livres em diário de campo, relativos ao tema desta tese.

4º) Novas estratégias educativas: este momento inclui a produção, de forma participativa, ao longo dos treinamentos regulares, de novas estratégias educativas sobre as questões de percepção de risco e as práticas de prevenção e controle das infecções hospitalares. Utilizando os saberes e conhecimentos dos participantes, buscamos construir coletivamente novos recursos para serem utilizados nos treinamentos e que viessem a auxiliar na realização das atividades diárias de trabalho.

Primeiro enumeramos as questões que, na opinião deles, deveriam ser trabalhadas. Após esta etapa, apresentamos alguns dos recursos pedagógicos que poderiam ser utilizados. Após estimularmos os profissionais a buscarem as alternativas, partimos para

a construção participativa e foi desenvolvida a “técnica da purpurina colorida” nas mãos, para simular a visualização dos diversos microrganismos existentes.

Foi criado também, pela outra Enfermeira da CCIH, um jogo de cartas de erros e acertos sobre as doenças e o tipo de precaução, para ser jogado em grupo, na sala, que não será objeto de discussão nesta tese.

Conforme TORRES *et. al.* (2003), a abordagem da dinâmica de grupo possibilita aos participantes trocar e construir conhecimentos, elaborando conceitos, redefinindo ou anulando normas, demarcando outros espaços, construindo outras possibilidades de ser e de fazer o processo educativo. Para FREIRE (1977), o processo educativo é um diálogo entre saberes. Ambos se comprometem a ouvir e transformar.

Ainda para FREIRE (1996), no processo educativo destaca-se a importância da comunicação, na medida em que não há transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados.

BRICEÑO-LEÓN (1996) afirma que as ações de treinamento, prevenção e controle são formuladas dando muito pouca ênfase as pessoas. Um aspecto muito importante a ser considerado na educação envolvendo as ações sanitárias é que a educação tenha o objetivo de aproximar as pessoas, a participar ativamente em ações para controle das enfermidades no caso do nosso estudo aquelas de origem hospitalar.

3.6 Análise de Dados:

Para crítica, apuração, apresentação e auxílio na análise dos dados quantitativos, foram criados bancos de dados específicos para realização desta pesquisa, utilizando o software estatístico SPSS 7.5 for Windows 95 package for PCs (NORUSIS, 1997). Para cada grupo profissional “treinado” foi criado um banco de dados com informações referentes às respostas dadas nos questionários preenchidos no terceiro momento do treinamento.

Para a apresentação da análise das quatro primeiras perguntas do questionário (Anexo IV) foram construídos consolidados e apresentados nos Anexos X, XI, XII, XIII, XIV e XV.

Optamos pela apresentação, em formato de tabelas, dos dados das abordagens anteriores, sobre a temática e da opinião das diversas categorias em relação ao treinamento da CCIH, além da distribuição dos riscos percebidos nas entrevistas realizadas.

Justificamos a escolha baseados nas afirmativas de Marconi e Lakatos (2002, p. 192), de que “diferencia-se tabela de quadro pelos seguintes fatores: geralmente, a tabela é composta de dados da própria autoria e o quadro é transcrição de dados obtidos por outra (s) pessoa (s) ou a tabela é sempre composta por números, ao passo que o quadro pode conter apenas palavras. ”

Para a análise dos dados qualitativos coletados nas entrevistas, trabalhamos nas categorizações das informações, esgotando, na medida do possível, os temas em foco. As categorias analíticas encontradas foram:

- Ênfase na mudança de hábito e comportamento
- Importância do profissional como exemplo
- Estímulo ao comportamento obsessivo
- Aplicação da teoria na prática de trabalho
- Profissionais como multiplicadores
- Vigilância da aprendizagem
- Valorização da imagem para fixação da aprendizagem
- Aspectos lúdicos do treinamento da CCIH

- Percepção mútua das categorias profissionais em relação às infecções hospitalares:
 - Escolaridade
 - Preconceito
 - Compartilhamento das responsabilidades

Baseado nos resultados encontrados, foi consultada bibliografia pertinente para analisar e discutir os dados, tanto da parte quantitativa como da qualitativa.

CAPÍTULO IV: ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Considerações iniciais sobre a coleta de dados:

Foram realizados 13 treinamentos de 6 categorias profissionais diferentes, alcançando um total de 181 profissionais treinados, no período de fevereiro de 2005 a abril de 2007. Foram analisados os questionários respondidos pelos profissionais das diversas categorias durante os treinamentos. No primeiro momento os dados quantitativos e depois, os qualitativos, uma vez que o instrumento possuía perguntas abertas e fechadas.

Passaremos a seguir, para uma breve análise quantitativa dos 181 questionários distribuídos durante os treinamentos. Estes dados foram consolidados a partir de análise das variáveis contidas nos consolidados dos Anexos X, XI, XII, XIII, XIV e XV, conforme dito anteriormente.

Gostaríamos de justificar que optamos por padronizar em semanas o tempo de atuação no IPEC dos profissionais que participaram desta pesquisa. Esta escolha se deve ao fato de que estes treinamentos se iniciaram recentemente e contemplaram profissionais com tempo de atuação variando entre 1 semana a 20 anos.

Posteriormente, apresentaremos a análise qualitativa de 30 entrevistas com representantes de cada categoria profissional que passaram pelo treinamento.

4.2 Descrição do perfil dos respondentes do questionário de cada categoria.

4.2.1 Categoria de psicólogos:

Foram realizados três treinamentos em anos consecutivos (2005, 2006, 2007) com esta categoria profissional, nos quais se pode observar que o grupo estudado apresentava algumas diferenças na composição amostral.

No ano de 2005, observa-se que todos os 14 participantes eram do sexo feminino e atuavam no Ambulatório, Centro Hospitalar e Hospital-Dia. A média de idade deste grupo foi de 30 anos (DP=9,1) e mediana de 26 anos. Quanto ao tempo de atuação no IPEC, observamos que a média foi de 10 semanas (DP= 7,6) e mediana de 8 semanas.

Em 2006, foram treinados 27 psicólogos, sendo 96,3% (n=26) do sexo feminino. Todos atuavam no Ambulatório, Centro Hospitalar e Hospital-Dia e observamos que a média de idade deste grupo foi de 32 anos (DP=9,0) e mediana de 29 anos. Quanto ao tempo de atuação no IPEC, utilizamos como medida de tendência central a mediana com intervalo inter-quartil (25%-75%), para melhor descrever esta variável. Logo obtivemos uma mediana de 2 semanas (2 semanas – 12 semanas) de atuação no IPEC. Esta informação reflete que apenas 3 psicólogos foram contratados há mais de 3 anos.

O último treinamento realizado foi no ano de 2007, contemplando 13 psicólogos, sendo 92,3% (n=12) do sexo feminino e todos atuavam no Ambulatório, Centro Hospitalar e Hospital-Dia e média de idade foi de 34,8 anos (DP=8,7) e mediana de 34 anos. Em relação ao tempo de atuação, verificamos que a média foi de 4 semanas (DP=6,6) e a mediana de 2 semanas.

Cabe ressaltar que cada profissional treinado participou de um só treinamento. A idade mostrou-se crescente, pelo fato de que a chefia do serviço de psicologia priorizou na seleção de candidatas do Curso de Capacitação em Psicologia em Saúde profissionais com mais experiência e conseqüentemente, isto refletiu no aumento da idade desta

categoria. Todos foram selecionados para atuar nos três setores de assistência no IPEC (Ambulatório, Centro Hospitalar e Hospital-Dia).

Em relação ao tempo de atuação no IPEC, podemos mencionar de acordo com informações da chefia da psicologia, que o primeiro grupo treinado (2005), ou seja, os 14 profissionais desta categoria já atuavam no campo há pelo menos 8 semanas quando foram treinados. Nos grupos subsequentes (2006 e 2007) o treinamento foi realizado no início da atuação destes profissionais na assistência e foi estabelecida a obrigatoriedade da participação no treinamento oferecido pela CCIH, não só de alunos do curso, como também de psicólogos concursados e contratados pela unidade.

Agora, apresentaremos as respostas dos 54 psicólogos treinados, referentes às suas experiências anteriores com abordagens e aulas sobre a temática do treinamento.

Obtivemos 26% (n=14) de respostas afirmativas, que estão apresentadas no quadro abaixo.

Tabela 4. 1 – Abordagens anteriores sobre a temática, referidas pelos psicólogos do IPEC que realizaram o treinamento da CCIH.

VARIÁVEIS	N (%)
TIPO DE AULA OU EXPOSIÇÃO PRÉVIA SOBRE ESTE ASSUNTO (n=54)	
Sim	40 (74,1)
Não	14 (25,9)
NÚMERO DE ABORDAGENS (n=14)	
1 vez	10 (71,4)
2 vezes	02 (14,2)
3 vezes	02 (14,2)
4 + vezes	-
ASSUNTOS MAIS ABORDADOS (n=14)	
- Transmissão e prevenção de doenças e higienização das mãos	04 (28,4)
- Equipamento de Proteção Individual	03 (21,3)
- Controle de Infecção	02 (14,2)
- Lavagem das mãos	02 (14,2)
- Contaminação e infecção	01 (7,1)
- Biossegurança hospitalar	01 (7,1)
- Prevenção de contato	01 (7,1)
- Prevenção e utilização de material	01 (7,1)
- Resistência dos microrganismos	01 (7,1)
PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM ESTA ABORDAGEM (n=14)	
- Enfermeiros	06 (42,6)
- Profissionais/CCIH	02 (14,2)
- Enfermeira/Médica	02 (14,2)
- Médicos	02 (14,2)
- Psicólogos/Médicos Profissionais/CCIH	01 (7,1)
- Psicólogo	01 (7,1)

Destacamos nesta tabela, algumas informações relevantes como a frequência de vezes que o assunto lhes foi apresentado, ou seja, 71,4% (n=10) relataram ter tido apenas uma aula e/ou exposição anterior sobre o tema. Dentre os assuntos que mais foram mencionados nas experiências anteriores com a temática, destacou-se a transmissão e prevenção de doenças e higienização das mãos.

Quanto aos profissionais que realizaram a abordagem do tema com os entrevistados, os enfermeiros foram o grupo mais mencionado com 42,6%.

4.2.2 Categoria de assistentes sociais:

Para esta categoria foi realizado um treinamento, no ano de 2006, quando foram contemplados 7 assistentes sociais, todas do sexo feminino, com média de idade de 38 anos (DP=13,2) e mediana de 40 anos. Observamos que quanto ao local de atuação, quatro atuavam concomitantemente no Ambulatório, Centro Hospitalar e Hospital-Dia, enquanto que os outros três atuavam em setor único (Ambulatório, Centro Hospitalar e Hospital-Dia). Em relação ao tempo de atuação, verificamos que a média foi de 336 semanas (DP=78) e mediana de 78 semanas, isto corresponde a 6 anos e cinco meses e 1 ano e cinco meses, respectivamente.

Dentro desta categoria não foi referido nenhum tipo de abordagem anterior sobre esta temática.

4.2.3 Categoria de administrativos:

Nesta categoria, optamos por agrupar os 37 profissionais do IPEC que atuavam administrativamente em locais assistenciais (Ambulatório, Centro Hospitalar e Hospital-Dia, Coleta, Farmácia) e locais exclusivamente administrativos (SED, Secretaria Geral, Direção, SGT, DDI, Anatomia Patológica, CCIH, SEINFO, Laboratório de Epidemiologia)

Dois profissionais do Hospital da Polícia Militar de Macaé (HPM Macaé) estavam visitando o IPEC na época em que o treinamento foi divulgado, por meio do cartaz-convite (Anexo III). Estas profissionais atuavam na assistência e por este motivo solicitaram que fossem liberadas para participar, uma vez que no hospital em que atuavam não existia a prática, por parte da CCIH, de treinar profissionais administrativos.

Nós da CCIH do IPEC, acreditamos que os riscos presentes no ambiente de trabalho são inerentes a todos que ali freqüentam; logo, todos devem não somente conhecê-los, mas também aprender sobre as diversas formas de transmissão das doenças e as devidas precauções para evitá-las.

Foram treinados 39 profissionais administrativos no ano de 2006, sendo 79,5% (n=31) do sexo feminino. Atuavam na assistência 43,6% (n=17) e os demais 56,4% (n=22) exclusivamente em locais administrativos. Verificamos que a média de idade deste grupo foi de 34 anos (DP=11,0) e mediana de 31 anos. Quanto ao tempo de atuação, utilizamos como medida de tendência central a mediana com intervalo inter-quartil (25%-75%), para melhor descrever esta variável. Logo obtivemos uma mediana de 156 semanas (52 semanas – 262 semanas), ou seja, 3 anos de atuação.

Tabela 4.2 – Abordagens anteriores sobre a temática, referidos pelos administrativos do IPEC, que realizaram o treinamento da CCIH.

VARIÁVEIS	N (%)
TIPO DE AULA OU EXPOSIÇÃO PRÉVIA SOBRE ESTE ASSUNTO (n=39)	
Sim	18 (46,2)
Não	21 (53,8)
NÚMERO DE VEZES (n=18)	
1 vez	10 (55,5)
2 vezes	04 (22,2)
3 vezes	03 (16,6)
4 + vezes	01 (5,5)
ASSUNTOS MAIS ABORDADOS (n=18)	
- Higienização corporal, dos alimentos e precaução com alimentos ingeridos	01 (5,5)
- Lavagem das mãos e Equipamento de Proteção Individual	01 (5,5)
- Precaução de infecção e contaminação na área hospitalar	01 (5,5)
- Lavagem das mãos, microrganismos e cuidado nos hospitais	01 (5,5)
- Tipos de contaminação por bactérias e prevenção	01 (5,5)
- Biossegurança e tuberculose	02 (11,0)
- Biossegurança	05 (27,7)
- Higiene	01 (5,5)
- Assuntos necessários para atuar em Laboratório	01 (5,5)
- Primeiros socorros etc	01 (5,5)
- Prevenção e risco de infecção hospitalar etc	02 (11,0)
- Contaminação do ambiente	02 (11,0)
PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM ESTA ABORDAGEM (n=18)	
- Enfermeiros	06 (33,2)
- Profissionais/Biossegurança	05 (27,7)
- Médicos	03 (16,6)
- Biólogos	02 (11,0)
- Farmacêuticos	01 (5,5)
- Profissionais da CCIH	01 (5,5)

Destacamos nesta tabela, algumas informações relevantes como a frequência de vezes que o assunto foi abordado, ou seja, 55,5% (n=10) relataram ter tido apenas uma aula e/ou exposição anterior sobre o tema. Dentre os assuntos mais mencionados, destacaram-se a biossegurança e a tuberculose.

Quanto aos profissionais que realizaram a abordagens, os enfermeiros e os profissionais de biossegurança foram os mais mencionados.

4.2.4 Categoria de residentes médicos:

Foram realizados dois treinamentos em anos alternados (2005 e 2007), onde se pode observar que se tratava de um grupo pequeno e homogêneo. No ano de 2005, foram treinados dois residentes: um do sexo feminino, com 28 anos e um do sexo masculino, de 27 anos; ambos atuavam no Ambulatório e Centro Hospitalar há um ano e quatro meses.

O segundo grupo treinado no ano de 2007, foi composto por 3 residentes. Dois do sexo masculino com idades de 27 e 29 anos, que atuavam no Centro Hospitalar – CTI há um mês e meio e Centro Hospitalar há 15 dias, respectivamente. A outra residente era do sexo feminino, com 24 anos, atuava no Centro Hospitalar e CTI há dois meses.

Observamos que apenas os dois residentes do sexo masculino que realizaram o treinamento em 2007, relataram ter tido abordagens anteriores sobre o assunto, sendo que este foi o único grupo em que os profissionais médicos foram os responsáveis pelo treinamento, na época.

Tabela 4.3 – Abordagens anteriores sobre a temática, referidos pelos residentes médicos do IPEC que realizaram o treinamento da CCIH.

VARIÁVEIS	N (%)
TIPO DE AULA OU EXPOSIÇÃO PRÉVIA SOBRE ESTE ASSUNTO (N=5)	
Sim	02 (40,0)
Não	03 (60,0)
NÚMERO DE VEZES (N=02)	
1 vez	-
2 vezes	01 (50,0)
3 vezes	-
4 + vezes	01 (50,0)
ASSUNTOS MAIS ABORDADOS (n=02)	
- Vários	01 (50,0)
- Tipos de contaminação e prevenção, resistência microbiana	01 (50,0)
PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM ESTA ABORDAGEM (n=02)	
- Médicos	02 (100,0)

4.2.5 Enfermeiros

No ano de 2007, observa-se que todos os 13 entrevistados eram do sexo feminino, com média de idade de 29,4 anos (DP=5,0) e mediana de 29 anos. Quanto ao local de atuação, observamos que nove (69,2%) das entrevistadas atuavam no Centro Hospitalar, seguido de duas no CTI, uma no Hospital-Dia e a outra na Central de Material e Esterilização. Quanto ao tempo de atuação no IPEC, observamos que a média foi de 97,2 semanas (DP=90,2) e mediana de 56 semanas, ou seja, um ano e quatro meses.

Oito das entrevistadas relataram ter tido algum tipo de abordagem sobre a temática com profissionais enfermeiros, sendo que 50% tiveram quatro ou mais abordagens anteriores, sendo que os assuntos mais abordados foram: lavagem das mãos e precauções.

Tabela 4.4 – Abordagens anteriores sobre a temática, referidos pelos enfermeiros do IPEC que realizaram o treinamento da CCIH.

VARIÁVEIS	N (%)
TIPO DE AULA OU EXPOSIÇÃO PRÉVIA SOBRE ESTE ASSUNTO (N=13)	
Sim	08 (61,5)
Não	05 (38,5)
NÚMERO DE VEZES (N=08)	
1 vez	01 (12,5)
2 vezes	02 (25,0)
3 vezes	01 (12,5)
4 + vezes	04 (50,0)
ASSUNTOS MAIS ABORDADOS (n=08)	
- Lavagem das mãos e precauções	02 (25,0)
- Lavagem das mãos	01 (12,5)
- Transmissão de MRSA, <i>clostridium</i> e formas de isolamento	01 (12,5)
- Biossegurança, higienização das mãos e microbiologia	01 (12,5)
- Higienização das mãos e precauções	01 (12,5)
- Higienização das mãos, formas de transmissão/precauções de doenças	01 (12,5)
- Vários	01 (12,5)
PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM ESTA ABORDAGEM (n=08)	
- Enfermeiros	04 (50,0)
- Profissionais/CCIH	01 (12,5)
- Enfermeiros/Biólogos/Médicos	01 (12,5)
- Médico/ Enfermeiro/Farmacêutico	01 (12,5)
- Médicos e Enfermeiros	01 (12,5)

4.2.6 Técnicos de Enfermagem

Foram realizados dois treinamentos em anos alternados (2005 e 2007), totalizando 24 profissionais treinados. Nesta análise agrupamos os resultados referentes a estes dois anos, devido ao fato de que somente seis técnicos foram treinados no ano de 2005.

Pode-se observar que 92% desta amostra eram do sexo feminino. Quanto à média de idade do grupo sob estudo, constatamos que estava em torno de 37 anos (DP=10) com mediana de 35,5 anos.

Quanto ao local de atuação, observamos predomínio (75%) de profissionais do Centro Hospitalar em treinamento, seguindo de quatro do CTI, um do Ambulatório e outro do Hospital-Dia.

Já quanto ao tempo de atuação, observamos a média de 462 semanas (DP=430,8) e mediana de 338 semanas, os seja, seis anos e cinco meses.

Dezenove (79,0%) entrevistados já haviam tido algum tipo de treinamento, sendo que doze com profissionais enfermeiros. Dos dezenove profissionais, mais da metade informou que havia realizado pelo menos um treinamento anterior.

Quanto aos assuntos abordados, o que mais se destacou foi a temática “lavagem das mãos”, mencionada por onze entrevistados.

Tabela 4.5 – Abordagens anteriores sobre a temática, referidos pelos técnicos de enfermagem do IPEC que realizaram o treinamento da CCIH.

VARIÁVEIS	N (%)
TIPO DE AULA OU EXPOSIÇÃO PRÉVIA SOBRE ESTE ASSUNTO (N=24)	
Sim	19 (79,0)
Não	05 (21,0)
NÚMERO DE VEZES (N=19)	
1 vez	10 (52,6)
2 vezes	03 (15,7)
3 vezes	01 (5,2)
4 + vezes	05 (26,3)
ASSUNTOS MAIS ABORDADOS (n=19)	
- Lavagem das mãos e precauções	02 (10,4)
- Lavagem das mãos	02 (10,4)
- Primeiros socorros	02 (10,4)
- Lavagem das mãos, desinfecção e EPIs	02 (10,4)
- Biossegurança, higienização das mãos, infecção hospitalar/medidas de precauções	02 (10,4)
- Lavagem das mãos e EPIs	01 (5,2)
- Higienização das mãos, formas de transmissão/precauções de doenças	02 (10,4)
- Ações diante de uma emergência	01 (5,2)
- Contaminação cruzada e infecção hospitalar	01 (5,2)
- Infecção hospitalar	03 (15,7)
- Infecção hospitalar e doenças infecciosas	01 (5,2)
PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM ESTA ABORDAGEM (n=19)	
- Enfermeiros	10 (52,6)
- Profissionais/CCIH	06 (31,6)
- Médicos/ Enfermeiros	02 (10,4)
- Médico	01 (5,2)

4.2.7 Profissionais da limpeza

Foram realizados dois treinamentos em anos consecutivos (2006 e 2007), totalizando 39 profissionais treinados. Nesta análise, também agrupamos os resultados referentes a estes dois anos, devido ao fato de que somente sete profissionais da limpeza foram treinados no ano de 2006.

Pode-se observar que 92,3% desta amostra eram do sexo feminino. Quanto à média de idade do grupo sob estudo, constatamos que estava em torno de 42,6 anos (DP=12,7) com mediana de 43 anos.

Quanto ao local de atuação, observamos dezesseis (41,0%) de profissionais do Centro Hospitalar em treinamento, seguindo de oito (20,5%) nos laboratórios e seis (15,4%) no Ambulatório. Os demais estavam distribuídos entre os diversos setores e serviços do IPEC (vice-direção, farmácia, radiologia, CTI, coordenação de ensino, coordenação de pesquisa, hospital-dia e epidemiologia).

Já quanto ao tempo de atuação, observamos a média de 343,3 semanas (DP=253,7) e mediana de 364 semanas, ou seja, sete anos.

Trinta (77,0%) entrevistados já haviam tido algum tipo de treinamento, sendo que vinte e sete (90%) com profissionais enfermeiros. Dos trinta profissionais, a metade informou que havia realizado pelo menos quatro ou mais treinamentos anteriores.

Quanto aos assuntos abordados, o que mais se destacou foi a temática “lavagem das mãos”, mencionada por doze (40%) entrevistados.

Tabela 4.6 – Abordagens anteriores sobre a temática, referidos pelos profissionais de limpeza do IPEC que realizaram o treinamento da CCIH.

VARIÁVEIS	N (%)
TIPO DE AULA OU EXPOSIÇÃO PRÉVIA SOBRE ESTE ASSUNTO (N=39)	
Sim	30 (76,9)
Não	09 (23,1)
NÚMERO DE VEZES (N=30)	
1 vez	07 (23,4)
2 vezes	03 (10,0)
3 vezes	05 (16,6)
4 + vezes	15 (50,0)
ASSUNTOS MAIS ABORDADOS (n=30)	
- EPIs	03 (10,0)
- Lavagem das mãos e desinfecção	01 (3,3)
- Limpeza hospitalar	02 (6,6)
- Desinfecção e EPIs	03 (10,0)
- Higienização das mãos, formas de transmissão/precauções de doenças	02 (6,6)
- Lavagem das mãos e EPIs	06 (20,0)
- Proteção pessoal	01 (3,3)
- Desinfecção	02 (6,6)
- Assuntos sobre o meu bem estar e limpeza hospitalar	01 (3,3)
- Infecção hospitalar	04 (13,2)
- Infecção hospitalar	03 (10,0)
- Lavagem das mãos, desinfecção e EPIs	01 (3,3)
- Biossegurança	01 (3,3)
- Bactérias	
PROFISSIONAIS QUE REALIZARAM ESTA ABORDAGEM (n=30)	26 (86,6)
- Enfermeiros	02 (6,6)
- Profissionais/CCIH	01 (3,3)
- Médicos e Enfermeiros	01 (3,3)
- Médico	

Dentro do grupo dos profissionais da limpeza, encontramos um indivíduo sem escolaridade. É importante ressaltar que esta pessoa já trabalha no IPEC há muito tempo e faz questão de estar presente em todos os treinamentos realizados para o seu grupo.

Trabalhadores de saúde são pessoas cujo trabalho é proteger e promover o aumento da saúde em suas comunidades. Juntos, esses trabalhadores de saúde, em toda a sua diversidade, formam a força de trabalho global em saúde. É difícil obter uma contagem exata desses trabalhadores, mas eles somam entre 14% e 37% de todos os prestadores de serviços de saúde em países cujos dados censitários estão disponíveis. (WHO, 2006).

Não existem informações suficientes sobre a distribuição, de acordo com o gênero, de trabalhadores administrativos, de gestão e apoio em saúde para que sejam incluídas. Os homens continuam a dominar a profissão médica, enquanto outros prestadores de serviços de saúde ainda são predominantemente do sexo feminino (WHO, 2006).

Nas Américas, enquanto as enfermeiras ocupam 90% do grupo, as médicas se encontram em menor número, com apenas 30% (WHO, 2006). A Organização Pan-Americana da Saúde mostra uma tendência de “feminização” bem estabelecida na medicina, que até então é um campo dominado pelos homens (OPAS, 2006).

As mulheres estiveram presentes no mercado de trabalho desde o início da industrialização no país. Todavia, essa participação caracterizou-se por períodos de fluxo e refluxo condicionados pelas necessidades do capital. Até muito recentemente o trabalho das mulheres teve, em relação ao dos homens, um caráter complementar na sustentação da família, fazendo com que sua inserção fosse intermitente, em atividades de baixa qualificação e com conseqüente baixa remuneração (Aquino, Menezes, Marinho, 1995).

Chillida e Cocco (2004) mencionam que em contra partida nas atividades sociais, caracterizadas em sua maior parte por ocupações da saúde e da educação, a participação feminina de 73% era incontestavelmente hegemônica.

A atividade feminina tem sido marcada por um refluxo durante o período de maior cuidado e educação dos filhos. Entre as que permanecem empregadas, um alto percentual trabalha em "tempo parcial". Isso porque a incorporação crescente de novas atividades fora do lar não as têm necessariamente desobrigado das antigas funções. Sem equipamentos sociais que as liberem ou aliviem das tarefas domésticas e dos cuidados com os filhos, grande número de mulheres é levado a optar por jornadas parciais e até mesmo por interrupções freqüentes na vida profissional. Contudo, amplos contingentes de mulheres são pressionados a trabalhar em horário integral, por razões financeiras, nem por isso ficando isentas da dupla jornada de trabalho, a qual tem se generalizado nas ocupações da área da saúde. Estas por sua vez permitem a mulher exercer o seu trabalho em horários noturnos que facilitam a possibilidade de conciliação com o cuidado da casa e dos filhos (Aquino, Menezes, Marinho 1995).

Ainda para estes mesmos autores o trabalho em saúde, exercido majoritariamente pelo pessoal de enfermagem, tem forte conteúdo relacional, no cuidado de outras pessoas, em situações de dor e de sofrimento, envolvendo especificidades que se ajustam perfeitamente bem às qualidades de destreza, paciência, interesse em ser útil e dedicação, características "tipicamente femininas" em nossa e em outras sociedades.

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006) as informações são limitadas sobre a idade dos trabalhadores de saúde em diferentes cenários, não podem ser observados padrões gerais, embora algumas informações estejam disponíveis para países específicos. Por exemplo, foi notado um aumento na média de idade da força de trabalho de enfermagem ao longo do tempo em vários países como o Reino Unido e os Estados Unidos, o Brasil também se encontra nesta situação.

Não foi possível documentar as tendências da composição de profissional de saúde ao longo do tempo, ou suas características num número suficiente de países que pudesse permitir uma análise global. Muitas vezes não há sistemas para registrar e atualizar números de trabalhadores de saúde, o que apresenta um grande obstáculo para o aprimoramento de políticas para o desenvolvimento de recursos humanos baseadas em evidências (WHO, 2006).

Em nosso estudo em relação às abordagens anteriores sobre a temática, destacamos que o grupo de assistentes sociais não havia tido nenhuma. Apesar dos cursos de Serviço Social e Psicologia estarem classificados como cursos da área de ciências humanas, o curso de psicologia tem maior abordagem de temas relacionados à saúde.

Carvalho (2001) ao tecer considerações sobre o preparo do aluno ao sair do curso de graduação para ingressar no curso de pós-graduação, cita que a ênfase dada às disciplinas na área da saúde se expressa no número de créditos exigidos. Na contingência resultante de exposição do aluno a diversas práticas dentro de instituições de saúde, há o estímulo de que estas disciplinas tenham um papel fundamental na atualização e aperfeiçoamento da formação geral do aluno, preparando-o, por meio de conteúdo, para o exercício com o doente.

Quanto aos profissionais administrativos, por estarmos trabalhando dentro de um hospital de pesquisa, as exigências na hora da contratação são maiores do que em outros lugares onde se deseja contratar apenas um profissional que possua conhecimentos de informática ou qualquer outro que se considere básico para um administrativo desempenhar a sua função. Quase todos os nossos profissionais têm uma formação anterior em nível técnico ou superior, o que explica suas experiências relatadas na Tabela 4.2 (pg. 58).

Outra característica marcante da amostra estudada é a de que o grupo de psicologia é o maior, tendo realizado treinamentos nos três anos consecutivos (2005, 2006 e 2007). Isto pode ser justificado pela realização do Curso de Capacitação em Psicologia em Saúde, em nível de Pós Graduação. Este curso tem a duração de 12 meses e é organizado e coordenado pela chefia do serviço. Outro fator importante para o aumento do número de psicólogos treinados é a filosofia da chefia, que não permite a atuação do aluno na prática, sem anteriormente ter passado pelo treinamento da CCIH.

O tempo recente dos psicólogos na Instituição, como pode ser observado no Consolidado do Anexo X, se deve ao fato desses alunos se submeterem ao treinamento logo que chegam à instituição, portanto, com pouco tempo ainda no IPEC. Mesmo assim, em termos de experiência anterior com a temática de prevenção de doenças infecciosas, como mostra a Tabela 4.1 (pg. 55), existe uma familiaridade maior com o assunto se comparado ao grupo do serviço social, que não possui nenhuma experiência com abordagens anteriores sobre a temática.

No grupo de residentes, observamos que as abordagens anteriores foram realizadas pelos profissionais médicos, como mostra a Tabela 4.3 (pg. 60), enquanto que nas demais categorias profissionais, a aprendizagem destes assuntos se deu por meio de profissionais variados, com maior ênfase nos enfermeiros enquanto multiplicadores do tema de prevenção das doenças infecciosas.

Uma situação referida no diário de campo revela que nem sempre as formas utilizadas para a apresentação deste assunto, anteriormente, incluíram dinâmicas. No momento da realização de uma das dinâmicas, um dos residentes que estava executando uma das etapas do processo, diz achar a forma de abordagem das enfermeiras da CCIH muito engraçada e nunca pensou em aprender assim. E finaliza dizendo: *Eh! Enfermeira é muito criativa.*

Atualmente observamos a importância de formar um profissional com um perfil mais adequado às necessidades de um multiplicador; entre elas, aquela de estar presente, educando, informando e conscientizando outros indivíduos. A formação tradicional do profissional de saúde segue um modelo biomédico, que reduz o ser humano a um organismo biológico. Dentre as deficiências observadas, tem-se enfatizado a formação ética e humanística insatisfatória. Dessa forma, um dos desafios atuais da formação de profissionais é recuperar essa dimensão humana, questão inserida no processo educacional (Gazzinelli, Gazzinelli, Reis, 2005).

Dentre os profissionais da limpeza, observamos uma valorização maior dos treinamentos. Isto se deve, talvez, ao fato de que as ofertas de um diálogo e as chances de questionamentos do seu trabalho diário sejam escassas e a presente oportunidade é para essa categoria uma realidade pouco vivida.

Observamos que para estes profissionais, a aprendizagem é vista como uma coisa muito séria, e que, portanto, deve ser “copiada” e “reproduzida”. Fizemos tal constatação por ocasião da marcação da segunda entrevista com uma profissional da limpeza:

Entrevistador: Preciso marcar a entrevista com você.

Ela então responde: “*Mas eu não assisti a entrevista da colega.*”

Entrevistador: Mas, a graça é essa, não copiar. Não é para ser igual.

Resposta: “*Ah! E isso é um jogo?*”

No diálogo acima, quando a entrevistada questiona se “*isso é um jogo*”, ela deixa explícito que o lúdico não deve ser considerado quando se trata da “seriedade” da aprendizagem. Ela se cobra, se exige devolver o conhecimento passado o mais correto possível, da maneira como foi elaborado pelo educador. Observamos isso não somente com o grupo da limpeza, mas também, quando por ocasião do início da entrevista com uma psicóloga, a mesma colocou: “*Aí meu Deus, devia ter estudado antes, para conseguir responder tudo certinho*”.

Na perspectiva de trabalho que adotamos nos treinamentos da CCIH, não há interesse nas respostas certas e prontas. Ao contrário da perspectiva das entrevistadas, concordamos com Gadotti (1999) que ensinar não é transmitir dogmaticamente conhecimentos, mas dirigir e incentivar, com habilidade e método, a atividade espontânea e criadora do educando. Nessas condições, o ensino compreende todas as operações e processos que favorecem e estimulam o curso vivo e dinâmico da aprendizagem estimulando a motivação pelo aprendizado.

4.3 Avaliação dos profissionais sobre os treinamentos da CCIH.

Tabela 4.7 - Opinião das diversas categorias profissionais do IPEC em relação ao treinamento.

Respondentes	Relevância dos assuntos abordados nas aulas.		Satisfação com as dinâmicas realizadas		Opinião sobre o auxílio das dinâmicas no esclarecimento da teoria	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Opiniões						
Psicólogos	54	0	54	0	54	0
Assistentes Sociais	07	0	07	0	07	0
Administrativos	39	0	39	0	39	0
Residentes Médicos	05	0	05	0	05	0
Enfermeiros	13	0	13	0	13	0
Técnicos de Enfermagem	23	01	23	01	23	01
Profissionais da Limpeza	39	0	39	0	39	0
Total	180	01	180	01	180	01

Entre as colocações feitas pelos profissionais das diversas categorias sobre o treinamento oferecido, encontramos somente no grupo de técnicos de enfermagem um dos sujeitos que não atribuiu relevância à temática, além de não ter gostado das dinâmicas e achar que estas não o ajudaram a esclarecer a teoria. A justificativa foi de que: “*Já conheço todos os temas abordados*” e “*Já sabia.*”

Nossos resultados apontam massiva valorização do treinamento. Segundo Cyrino e Toralles-Pereira (2004) e a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006), atualmente, há um reconhecimento internacional dessa necessidade de educação de profissionais de

saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas de formação social. As instituições têm sido estimuladas a transformarem-se em direção a um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade, a qualidade da assistência, a eficiência e a relevância do trabalho em saúde. O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.

O mundo atual exige, cada vez mais, profissionais capacitados e com habilidades em diferentes áreas de competência. A competência comunicativa compreende o conhecimento, habilidade, atitude e capacidade do indivíduo de organizar e transmitir informações com eficácia refletindo no relacionamento com o interlocutor.

Para por em prática o diálogo, o educador não pode colocar-se na posição ingênua de detentor de todo o saber; deve, antes, colocar-se na posição humilde de quem sabe que não sabe tudo, reconhecendo que o “analfabeto” não é um homem “perdido”, fora da realidade, mas alguém que tem toda a experiência de vida e por isso também é portador de um saber. (Gadotti, 1999, p.2)

Se as relações humanas, embora complexas, são peças fundamentais na realização de mudanças em nível profissional e comportamental, como podemos ignorar a importância de tal interação entre educador e educando?

Atribuímos essa extrema valorização dos treinamentos encontrada em nosso estudo, também ao fato de se tratar de uma Unidade Assistencial diferenciada, situada no Campus da Fiocruz, voltado para o ensino e a pesquisa. Se a presente pesquisa fosse realizada em um hospital geral da rede pública, é possível que a valorização do treinamento não fosse a mesma. Porém, não temos dados para inferir sobre o assunto. Muito embora no ano de 2006, a convite da Presidente da CCIH do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), realizamos esse treinamento, com todas as etapas, sob a forma de palestra, no auditório do referido hospital. A divulgação por todos os setores e serviços da instituição foi grande, por estarmos na Semana de Comemoração do Controle de Infecção, resultando em uma excelente receptividade. O auditório se encontrava repleto de profissionais de diversas categorias, sentados no chão ou ainda de pé, uma vez que os assentos estavam esgotados.

Otero (1993) informa que atualmente, impera um total descaso pelo ato de educar e aprender dentro das Instituições de saúde. Um dos principais fatores que rege a desmotivação pelo aprender por parte dos profissionais são as situações dos diversos vínculos de trabalho, visando um aumento da renda para que se mantenha o "Status Social e Profissional". Esta sobrecarga de trabalho leva os profissionais ao "estresse" e à ansiedade.

O autor também referencia uma maior insatisfação profissional entre os profissionais pela presença do cansaço físico e mental. É impossível desvincular a realidade profissional da realidade de mundo vivenciada, uma vez que as várias jornadas seguidas de trabalho levam à vivência do indivíduo aos limites do risco psíquico. Já em um hospital da Fiocruz existe todo um estímulo para o crescimento dos profissionais nas questões de ensino e pesquisa, o que certamente contribui para a ampla receptividade aos treinamentos.

A valorização da titulação nas Instituições de ensino e pesquisa estimula a participação de eventos como cursos e treinamentos, que além de serem gratuitos, fornecem certificados que serão úteis aos servidores do IPEC para ascensão funcional. O depoimento abaixo mostra um pouco desta afirmativa.

“Consigo trazer, tentando usar as técnicas que eu aprendi no treinamento, principalmente da lavagem de mãos, para aqui para dentro do hospital. Isso é muito bom, principalmente para quem já saiu do curso de técnico há muito tempo e não tem tempo nem dinheiro para ficar fazendo cursos por aí.” (TE)

Struchiner; Roschke; Ricciardi (2002) consideram fundamental que sejamos capazes de vencer os atuais desafios da educação permanente em saúde, compartilhando e tornando acessível o conhecimento científico produzido na solução de problemas do setor saúde e preparando os profissionais para continuarem aprendendo ao longo de suas vidas. Esses desafios tornam-se ainda mais complexos quando pensamos na grande massa de profissionais que trabalham em diferentes países da América Latina, com formação diferenciada, e que enfrentam problemas de saúde desencadeados pelas diferenças sociais, a maioria das vezes em condições precárias de infra-estrutura.

Conforme o Relatório Mundial da Saúde de 2006 da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2006), um dos objetivos centrais do desenvolvimento da força de trabalho é produzir um número suficiente de trabalhadores com qualificações técnicas e cujo histórico, linguagem e atributos sociais os tornem acessíveis e capazes de alcançar diversos tipos de clientes e populações. Para fazer isso, é necessário um planejamento ativo e um gerenciamento da linha de produção da força de trabalho de saúde, com foco na construção de instituições de treinamento fortes, no fortalecimento da regulamentação profissional e na revitalização das capacidades de recrutamento. A idéia do aprendizado durante toda a vida deve ser difundida no local de trabalho. Isso pode incluir o treinamento de curto prazo, o encorajamento à inovação e o incentivo ao trabalho em equipe. Os profissionais devem ser encorajados a compartilhar e agir com a construção de novas idéias que devem surgir após a participação nos treinamentos.

RICE e CANDEAIS (1989), concordam com esta afirmativa quando relatam que tanto na área da educação quanto na de saúde, o enfoque é predominantemente curativo em detrimento do preventivo, a ausência do diálogo entre os educadores e os educandos, a falta de abordagens multidisciplinares, o ceticismo dos profissionais em travar um diálogo participativo e a falta de qualificação desses profissionais são entraves à comunicação no âmbito da educação em saúde. Os autores finalizam recomendando que os profissionais sejam treinados, pois a insuficiência de treinamentos e recursos acaba por gerar professores apáticos, incapazes de propiciar uma sensibilização, motivação, ou um verdadeiro enlace comunicacional.

Não podemos avaliar o quanto podem ter ocorrido viesses, uma vez que a autora foi a pessoa responsável em oferecer os treinamentos em prevenção e controle de infecções e a realizadora das entrevistas.

4.4 Justificativa da relevância e satisfação com os treinamentos, segundo os profissionais treinados.

Os depoimentos a seguir correspondem às justificativas apresentadas nos questionários. Utilizaremos a partir de agora, a título de reconhecimento dos depoimentos, siglas de identificação para cada categoria. São elas: Psicólogos (PSI), Assistentes sociais (AA), Residentes Médicos (RM), Enfermeiros (ENF), Técnicos de Enfermagem (TE), Administrativos (ADM) e Profissionais da Limpeza (LIMP).

Os depoimentos abaixo correspondem às respostas dadas pelos profissionais em relação ao porquê da relevância ou irrelevância dos assuntos abordados no treinamento. As respostas foram classificadas de acordo com as seguintes categorias.

Construção dos conhecimentos a partir de evidências práticas:

“Com a prática, a gente revisa a teoria.” (T.E)

“Quando a teoria é sempre associada à prática, evidencia melhor o assunto abordado.”. (TE)

“Prática associada à teoria fica mais fácil de ser entendida.”. (TE)

“Porque nos mostrou na prática o que foi falado na aula”. (A S)

“Aprendi mais porque vi na prática” (LIMP)

“Porque aprendemos na prática como evitar que nos contamine, e além disso, levar a contaminação para um outro lugar. ” (LIMP)

“Teoria tem sempre que vir junto com a prática porque uma explica a outra. ” (PSI)

Clareza e objetividade na transmissão das informações:

“ O modo lúdico ajuda melhor a fixar os assuntos do que apenas a aula expositiva. ” (ENF)

“Porque teve a intenção de sensibilizar os enfermeiros nas formas corretas de prevenção de doenças dentro da unidade de saúde. ” (ENF)

“Porque foram bem explicadas e dissertativas. ” (ADM)

“Foi muito clara a aula, deu para entender tudo, e isso nos ajudará na prática de trabalho. ” (ADM)

“Tudo estava bem visualizado e foi bem explicado e com isso, todos participaram. ” (ADM)

“Porque as informações foram claras, objetivas e precisas com relação aos objetivos a serem alcançados com a aula. ” (PSI)

“Pois mostrou com clareza as formas de transmissão de doenças assim como a prevenção. ” (PSI)

Reconhecimento dos riscos em categorias profissionais:

“Nós administrativos também trabalhamos em locais de contaminação, e necessariamente precisamos de orientação de como proceder, porém, parece que as pessoas só lembram do profissional de saúde. ” (ADM)

“Às vezes achamos que não estamos tão expostas as doenças por causa do trabalho que realizamos. Aulas como essa nos mostram que sempre devemos ter cuidado em as nossas atividades diárias. ” (ADM)

“É bom estarmos sabendo dos problemas de saúde, muitas vezes trabalhamos em hospital e não sabemos de nada. ” (ADM)

Contribuições para prática diária:

“Auxiliam no dia a dia, sendo assim, importante para atuar na profissão. ” (TE)

“É bom sempre lembrar para que possamos refletir sobre as nossas práticas. ” (TE)

“Relevantes para o cotidiano dos profissionais de saúde e também para o hospital”. (RM)

“Porque fazem repensar a prática e atualizar os conhecimentos” (ENF)

“ Nos fez refletir sobre o cotidiano do trabalho e nossas limitações. ” (ENF)

“Porque eu aprendi que a simples lavagem das mãos pode prevenir várias infecções. ” (ADM)

“Me ajudou a tirar dúvidas e aprender coisas que nunca vi em outros hospitais que já trabalhei. ” (LIMP)

“Até mesmo para orientar aquele que por acaso estiver de alguma maneira, trabalhando próximo de nós incorretamente para formar um bom grupo de trabalho. ” (LIMP)

“Para diminuir as chances de acidentes ocupacionais e de contaminação. ” (RM)

A maioria dos depoimentos sobre o porquê de os profissionais considerarem relevantes os assuntos abordados na aula, as respostas estavam associadas com a avaliação da qualidade das estratégias de ensino adotadas. A maior ênfase, no entanto, girou em torno dos depoimentos que associavam a prática à teoria, percebemos então, a valorização sobre essa integração. STRUCHINER; ROSCHKE; RICCIARDI (2002) mencionam que uma das condições essenciais para a reforma do setor saúde é a formação e educação permanente da força de trabalho, que deve estar preparada para enfrentar

mudanças constantes e para acompanhar produtivamente o acelerado avanço científico e tecnológico da sociedade contemporânea. Nesse sentido, o processo educativo, em todos os seus níveis, através da integração do ensino, investigação e prática, torna-se um elemento estratégico.

É fundamental ressaltar a importância do espaço social da aprendizagem, ou seja, a interação, o diálogo educacional e o intercâmbio de idéias e experiências vividas na prática diária de trabalho entre os educadores e os profissionais de saúde ali presentes para os treinamentos, como elemento essencial do processo de construção do conhecimento. O processo de educação destes profissionais deve ter como eixo fundamental o estímulo ao pensamento crítico e produtivo e a atividade consciente e intencional na resolução de problemas da prática real do seu trabalho, seja qual for a sua atuação.

O estímulo ao pensamento crítico e participativo desenvolvido pelos participantes ao longo dos treinamentos, pode ser bem evidenciado em um episódio através dos registros feitos no diário de campo:

Fui chamada por uma profissional da equipe de limpeza que me fez a seguinte colocação: “Eu estava limpando o corredor aqui da internação quando a doutora “fulana” veio falar comigo e queria me abraçar porque não me via há muito tempo, só que ela estava saindo do quarto de um paciente de MARSA e queria me abraçar sem lavar a mão” “. Ai eu falei para ela brincando mais falei: Ah doutora eu também to morrendo de saudades da senhora, mas por favor lava a mão primeiro. ”

Cyrino e Toralles-Pereira (2004) discutindo o processo educacional no mundo contemporâneo, resgatam a necessidade de romper com a postura de transmissão de informações, na qual os alunos assumem o papel de indivíduos passivos, preocupados apenas em recuperar tais informações quando solicitados. Apropriando-se de conceitos desenvolvidos por Paulo Freire, ressalta a necessidade de conceber a educação como prática de liberdade, em oposição a uma educação como prática de dominação.

Ao propor a educação de adultos como prática de liberdade, Paulo Freire defende que a educação não pode ser uma prática de depósito de conteúdos apoiada numa concepção de homens como seres vazios, mas de problematização dos homens em suas relações com o mundo (Freire, 1977).

O aprendizado é um processo complexo; não acontece de forma linear, por acréscimo, de modo a somar alguns novos elementos ao que sabíamos antes. Estrutura-se mediante redes de conexão que cada sujeito faz, "reelaborando associações singulares que se ampliam e ganham novos sentidos à medida que é capaz de desenvolver novas relações, envolver-se na resolução de problemas que esclarecem novas questões abrindo-se para aprendizagens mais complexas" (Moreira, 1999).

4.5 Avaliação da ajuda das informações obtidas, durante os treinamentos, na prática diária de trabalho, segundo opinião dos profissionais.

Respondendo aos questionamentos sobre a aplicação das informações obtidas na aula, os profissionais das diversas categorias se expressaram:

Mudanças de conduta:

“ Irão auxiliar sobre o comportamento na atuação com o paciente e como profissional. ” (TE)

“ Mudar condutas educacionais, pois muitos profissionais desconhecem os inimigos invisíveis no ambiente hospitalar. Também reduzindo os riscos para o nosso dia a dia. ” (AS)

“Mudar algumas coisas ter mais precaução no trabalho para não me contaminar, tendo mais cuidado. ” (LIMP)

“ A me precaver e ter cuidado para não passar para os pacientes com a imunidade baixa qualquer tipo de infecção hospitalar. ” (LIMP)

“Adquirir hábitos corretos. ” (ADM)

“Na rotina de trabalho, visando prevenir doenças e infecções, através de hábitos corretos” (ADM)

“Corrigir nossos maus costumes. ” (ADM)

“Na mudança de determinados hábitos que considerava como sem importância”. (PSI)

“ Mudar meu comportamento tendo mais cuidado daqui por diante com a contaminação. ” (PSI)

“As informações fornecidas são muito importantes para repensarmos a mudança de comportamento não só para atender um paciente mais também em casa e nos ambientes públicos, que são muitas vezes, locais altamente propícios a se adquirir alguma infecção. ” (PSI)

*“ Todo o conteúdo abordado na aula me ajudará a me preparar e manter um comportamento mais cuidadoso, principalmente na questão **da higienização das mãos** e a interação com os pacientes e profissionais. ” (PSI)*

*“Vou **lavar** com mais frequência a minha mão prevenindo a contaminação. ” (ADM)*

*“Irei corrigir certas atitudes que tenho, vi que algumas coisas que adquirimos como gripe ou uma simples espinha pode estar ligada a falta **de lavagem das mãos**. ” (ADM)*

*“Costumava ajudar no trajeto dos pacientes, conduzindo-os do carro até o Ceclin, Hospital dia, etc ou vice e versa, sem o hábito de **lavar as mãos**, agora vou mudar meus hábitos. ” (ADM)*

Conscientização das ações cotidianas:

“No trabalho no dia a dia trazendo reflexão sobre o trabalho desenvolvido. ” (TE)

“Quando for para a prática diária do meu trabalho. ” (TE)

“Porque às vezes nos fazemos às coisas sem perceber, meio pelo costume, isso não quer dizer que não sabemos. Mas acostumamos a fazer daquela maneira e isso passa despercebido”. (TE)

“Porque fizeram repensar a prática e isso irá ajudar a guardar as informações. ” (ENF)

“ A refletir e a agir na prática do meu cotidiano. ” (ENF)

“Me ajudaram a tirar algumas dúvidas, e a esclarecer e lembrar muitas coisas, que muitas das vezes nós achamos desnecessárias, mais que depois de assistir esta aula, nos vemos que são de extrema importância”. (LIMP)

“Ajudar nós profissionais de limpeza a ficarmos mais atentos sobre tudo o que acontece no nosso dia a dia de trabalho aqui no IPEC. ” (LIMP)

‘ A partir de agora minha visão é outra quando for ao Shopping, Hospitais e etc ’. (ADM)

“Porque aprendi coisas que não sabia e poderei usá-las de hoje em diante”. (ADM)

*“Para nos conscientizar sobre a nossa **responsabilidade** também no controle de infecção”. (ADM)*

Redução do risco:

“ Diminuindo a chance de disseminação de microrganismos e para minha própria segurança. ” (RM)

Melhora das relações de trabalho:

“ Na prática do dia a dia porque atualizamos os conhecimentos, esclarecemos dúvidas e trocamos idéias. ” (ENF)

“ Aproximar a realidade cotidiana para um melhor entendimento, assim aumentando a sensibilização dos profissionais de saúde e também ajudando a interagir com os enfermeiros da CCIH. ” (ENF)

“Vou procurar daqui por diante mudar meus hábitos de vida para melhorar a minha saúde e de todos os que estão a minha volta. ” (ADM)

“ Para nos conscientizar não só da nossa proteção, mas dos companheiros e dos pacientes. ” (LIMP)

Mais da metade das respostas dadas pelos profissionais das diversas categorias sobre a ajuda dada pelas informações obtidas na aula, conforme representadas em negrito, estão diretamente ligadas à mudança de hábito, comportamento ou atitudes individuais.

Segundo Rossato *et al* (2006) ao longo dos anos, têm-se identificado dois sistemas principais de memória o sistema das memórias declarativas, que está sob o controle do hipocampo e estruturas relacionadas do lobo temporal e o sistema das memórias procedimentais ou memórias para hábitos, que está sob controle do corpo estriado e suas conexões. Estas memórias são fortalecidas quando ocorre a realização ou supressão de movimentos e, se bem aprendidas poderia interpretar-se que essas memórias se converteram em um hábito. Sabe-se que os processos envolvidos na formação de memórias mudam na medida em que a associação original torna-se fortalecida através do treinamento. Esta afirmativa vem ao encontro da conduta de trabalho da CCIH, uma vez que não realizamos somente um treinamento e ficamos aguardando que as questões de trabalho se resolvam em resposta àquele único treinamento. Atualmente, trabalhamos realizando pelo menos um treinamento anual em relação à temática pertinente ao nosso estudo. Para alguns grupos, como é o caso dos profissionais da limpeza, o treinamento é feito semestralmente, devido ao grande rodízio de pessoas realizado pela empresa terceirizada, Ruffolo, no IPEC.

Paralelo a afirmativa da necessidade de treinamento para o fortalecimento da memória Gazzinelli, Gazzinelli, Reis (2005) nos mostra que o modelo hegemônico na prática profissional verticalmente, preconiza a adoção de novos comportamentos, como o parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação de massa. Cabe às pessoas, informadas sobre os riscos de adoecimento, a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. As informações fornecidas aos nossos profissionais durante os treinamentos não preconizam efusivamente a troca ou mudança de comportamento. Limitamos-nos a fornecer as informações de como as doenças são transmitidas e apresentamos as precauções existentes, para que o profissional escolha a melhor conduta a ser tomada.

Segundo Briceño-Leon, (1996); Alves, (2005); Ceccim, (2005) a prevenção das doenças está diretamente relacionada com mudanças de atitudes e de comportamentos individuais, tendo como práticas educativas a transmissão de informações verticalizadas, desconsiderando o conhecimento dos indivíduos, ditando mudanças de comportamento a serem adotadas para a resolução dos problemas. Estas práticas têm um caráter meramente informativo e paternalista, desconsiderando os determinantes psicológicos, sociais e culturais, como o papel das crenças, valores e representações sobre o processo saúde doença.

Costuma-se desconsiderar que no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente. As soluções provenientes do exterior, muitas vezes são incorporadas pelos "sujeitos" que passam a defender outros interesses que não os seus. Há um tempo atrás, os treinamentos ministrados pelas CCIHs pautavam-se no uso dos guide-lines americanos ou europeus, que no estilo bem normativo traçava as rotinas para os diversos procedimentos dentro da área de prevenção e controle de infecção.

Esta prática, anteriormente usada, reforçava o "modelo exógeno" do adoecimento, segundo Laplantine apud Gazzinelli, Gazzinelli, Reis (2005) onde há sempre um agente externo causador da doença que deve ser combatido como um "inimigo". É o cigarro que causa o câncer, as doenças coronarianas, o açúcar, a diabetes, o sal, a hipertensão arterial, as gorduras, o colesterol e o infarto, o sedentarismo, a obesidade. Para o autor, esses fatores não são colocados em relação a outros causadores da doença, mas como "agentes diretamente responsáveis", e que encontram nos médicos e nos outros profissionais de saúde aliados preciosos que lhes fornecem argumentos e legitimam tal postura. Combatendo o "inimigo", cura-se.

Na prática educativa, dentro dos treinamentos de prevenção e controle das infecções, deixamos claro que não são os microrganismos presentes no meio ambiente os inimigos que, combatidos, acabaram com as infecções hospitalares, mas quando neutralizamos um "inimigo" outro irá aparecer e poderá provocar conseqüências piores para o indivíduo ou meio ambiente. Por este motivo, se faz necessário ampliar a bagagem de conhecimentos dos profissionais, para que possam ter autonomia nas suas decisões sobre prevenção e adotar precauções compatíveis para os microrganismos já conhecidos e não focar o pensamento somente no "extermínio" do microrganismo presente em um novo surto. Tendo a base das informações sobre a transmissão, os cuidados adotados para precaução ficarão mais fáceis de serem pensados.

Rice e Candeias (1989) colocam que a essência paternalista do modelo de educação em saúde, que vem sendo usado há muito tempo, se deve ao pouco questionamento da população, em parte devido à baixa escolaridade. Conhecendo melhor as próprias condições de saúde (incluindo as causas e conseqüências dos seus atos), o indivíduo poderia atuar como agente do próprio desenvolvimento não somente como receptor passivo da ajuda, pois a mera prescrição de comportamento ou atitudes torna os indivíduos mais dependentes, levando a perda da própria autonomia. Para superação desse modelo paternalista e informativo em nossos treinamentos precisamos adotar um modelo bidirecional em lugar do unidirecional, transpondo o direito puro e simples à informação e atingindo questões relacionadas não somente a mostrar o tipo de doença e dizer que tipo de precaução deve ser empregada, mas sim apresentar a forma de transmissão das doenças para que o indivíduo entenda porque se faz necessário tomar aquele tipo de precaução.

Quando a relação linear entre saber instituído e comportamento acontece, via de regra, a educação se torna normativa. E o princípio que está por trás da norma de comportamento é que alguém, além do sujeito, conhece melhor o que é apropriado para ele e para todos indistintamente. Não é nossa pretensão ditar normas de comportamentos ou ainda nos utilizarmos dos espaços dos treinamentos com a pretensão de instituir tais mudanças. Nossa intenção é oferecer conceitos e conteúdos para nossos profissionais e através deste oferecimento, partir para a construção de um novo saber. Aquele que tenham, não só a visão do profissional que presta assistência direta ou que fornece suporte para tal, mas também integrando a base de experiência e conhecimentos leigos sobre prevenção e controle de infecção como uma forma de melhor assistir tanto aos clientes internos (profissionais que atuam no IPEC) e clientes externos (pacientes familiares, acompanhantes ou amigos de pacientes).

4.6 Opinião dos profissionais treinados sobre o esclarecimento da teoria por meio das dinâmicas.

Quando indagamos aos profissionais porque eles acreditavam que as dinâmicas iriam ajudá-los a esclarecer a teoria (uma vez que quase todos os representantes de todas

as categorias informaram que isso ocorreu), observamos que todos os depoimentos mostraram:

Valorização da imagem

“Apenas ler num livro como se faz e porque se faz não é a mesma coisa que ver aquilo que a gente está fazendo”. (TE)

“As dinâmicas nos permitiram ver a associação da prática com a teoria”. (TE)

“Porque conseguimos visualizar na prática, o que foi falado na teoria”. (AA)

“Com as dinâmicas pode-se visualizar a teoria”. (RM)

“A visualização é sempre esclarecedora”. (RM)

“Nada melhor do que poder ver aquilo sobre o que está se falando”. (ENF)

“Porque através da visualização podemos corrigir possíveis falhas da técnica”.

(ENF)

“Porque com a visualização da lavagem das mãos fica mais fácil identificar falhas para utilizar a técnica corretamente”. (ADM)

“Tudo foi bem visualizado e bem explicado e com isso todos puderam participar”. (ADM)

“Algumas pessoas são como São Tomé só acreditam vendo”. (ADM)

“Visualizando fica melhor a lembrança sobre o assunto”. (ADM)

“Geralmente nos ouvimos mais não acreditamos, já vendo o que acontece passamos a acreditar melhor naquilo que foi falado”. (ADM)

“Deu pra ver que se não lavar bem a mão sempre vai ficar algum microrganismo perdido”. (LIMP)

“Porque quando a gente não vê pensamos que estamos lavando a mão corretamente e não estamos”. (LIMP)

“Nós profissionais da limpeza não temos a oportunidade de ver a coisa assim de perto e com estas dinâmicas deu pra vê o que nos espera quando não fazemos as coisas direito”. (LIMP)

“Porque a gente pode ver a lavagem das mãos na prática.” (LIMP)

“Olhando, vendo bem aquilo na prática, sempre é melhor de entender as mensagens”. (LIMP)

“Visualização é tudo.” (PSI)

“Porque podemos visualizar se realmente a lavagem das mãos foi eficaz e se atingiu seu objetivo”. (PSI)

“Podemos visualizar na prática o que nos foi exposto em aula teórica e por imagens de vídeo”. (PSI)

“Pois tivemos a oportunidade de visualizar na prática tudo que foi passado para nós como informações”. (PSI)

“Quando vemos acontecer na prática, as coisas se tornam mais reais.” (PSI)

“Fez visualizar o que estava sendo explicado” (PSI)

“Como foi dito na aula é difícil se conscientizar sobre uma coisa que é invisível e a dinâmica deixa isso muito claro pela visualização”. (PSI)

“É mais fácil entender a teoria quando podemos visualizar.” (PSI)

“Acredito ser mais fácil ensinar com a visualização desta maneira.” (PSI)

Em todas as categorias profissionais observamos indistintamente, uma valorização da imagem e da visualização/ evidências visíveis sobre a existência dos microrganismos. Para Vargas e Siqueira (1999) a imagem tem se mostrado como uma linguagem poderosa no campo da comunicação, cujo desafio consiste em conhecer seu potencial nos processos e nas práticas de caráter educativo. Sua importância analítica encontra-se, portanto, nas relações essenciais que mantém com o objeto de investigação em termos de sua vinculação com o domínio do simbólico, o que confere à imagem uma posição de mediadora entre espectador e realidade.

Estudos como de Nogueiras, *et al.* (2001) e Neves, *et al.* (2006a) reconhecem que a importância das mãos na transmissão de infecções hospitalares é aceita mundialmente. Contudo, mencionam ser difícil incluir a lavagem das mãos como um procedimento de rotina, por meio da mudança de comportamento dos profissionais de saúde.

Os autores atribuem ao fato de os microrganismos serem invisíveis, e por este motivo, não haver nenhum elemento adequado para levar a cabo esta prática. Apesar do conhecimento da importância deste ato pelos profissionais de saúde, na prática eles não o executam, porque não conseguem visualizar a presença do microrganismo naquele local. Os autores concluem ainda que é de suma importância implementar programas educacionais, nos quais estratégias educativas estejam presentes, para prover os profissionais de saúde com facilidades de visualização para o adequado cumprimento desta prática.

Observamos que, durante a realização das dinâmicas, tivemos a oportunidade de desenvolver a atividade de educação em saúde de maneira lúdica, utilizando recursos não usuais nos treinamentos em CCIHs, estimulando a participação efetiva dos clientes externos. Estas dinâmicas foram utilizadas por nós em contextos voltados para diferentes grupos (profissionais de saúde, alunos de graduação, pós-graduação e crianças entre 5 e 7 anos).

Bizzo, (2002) mostra que dentre as diretrizes propostas para a educação científica nas escolas, encontramos: compreender como as teorias científicas são geradas, desenvolver compreensão das idéias científicas chaves, vivenciar processos práticos, aprender algumas coisas sozinho, compreender a natureza não definitiva do conhecimento científico, etc. A idéia de vivenciar os processos na prática é uma de nossas pretensões. A criação das dinâmicas, propiciou a visualização de teorias científicas que estão contidas dentro desta temática, como é o caso da existência dos microrganismos causadores das doenças.

A verbalização sobre os benefícios de aquisição de conhecimento e a descontração após a participação na atividade educativa foram evidenciadas em todos os grupos submetidos à estratégia. Em discussão com os membros da CCIH, percebemos que antes da utilização das dinâmicas, a atividade dos treinamentos sobre esta temática era monótona, desestimulante, repetitiva, tornando-a desinteressante também para o educador. Enquanto que para o educando isso pode ser percebido graças ao aumento da frequência aos treinamentos. Atualmente, nós da CCIH, sentimo-nos empenhados e motivados para desenvolver essa prática, utilizando uma estratégia que permite a participação dos grupos na criação de novos conhecimentos.

4.7 Análise das entrevistas realizadas com os profissionais treinados.

4.7.1 Percepção de risco no trabalho

Passamos agora, à análise das entrevistas em profundidade, com 30 entrevistados: 05 psicólogos, 02 assistentes sociais, 05 administrativos, 05 profissionais da limpeza, 02 residentes médicos, 05 enfermeiros e 05 técnicos de enfermagem. O roteiro (Anexo IX) serviu de base para as entrevistas, verificando os conhecimentos sobre infecção hospitalar, a sua aplicação e a contribuição dos treinamentos para as práticas de trabalho. As respostas se complementam e se repetem nas diferentes questões, razão pela qual optamos pela análise dos principais temas surgidos.

Obtivemos o nascimento de muitas unidades de análise na hora da categorização das entrevistas. Por este motivo, nos baseamos em uma interpretação empírica para a criação das categorias apresentadas a seguir.

Dentre estas categorias, a identificação dos principais conceitos e conhecimentos teóricos sobre risco norteava um de nossos objetivos específicos. Por este motivo, resolvemos levantar o tipo de risco apontado pelos entrevistados. Nossa análise para a construção da Tabela 4.8 (pg. 84) não se limitou ao levantamento do que foi perguntado na primeira questão de nosso roteiro de entrevista que era: quais os principais conceitos e conhecimentos teóricos que você tem sobre risco?

Ao analisarmos as respostas procuramos, em todas as questões do roteiro, algum tipo de percepção sobre risco por parte dos profissionais, gerando um quantitativo maior de respostas do que o número de entrevistados. A estratégia adotada foi a de não contabilizarmos mais de uma vez o mesmo risco para o mesmo profissional, ainda que apontados repetitivamente. A seguir, apresentaremos a Tabela 4.8 que relaciona o risco percebido à categoria profissional entrevistada.

Tabela 4.8 - Distribuição dos riscos percebidos pelas categorias profissionais do IPEC que participaram do estudo, conforme entrevista realizada.

RISCO PERCEBIDO	Ass. Social	Psicólogo	Administrativos	Residentes Médicos	Enfermeiros	Téc. de Enfermagem	Limpeza
Acidentes		1		1	1	3	1
Contato com objeto		1	4				1
Contato com pacientes			1		2		2
Procedimentos com o paciente				1	2	1	
Exposição a radiações		1				1	1
Contaminação não definida		2	1				2
Inalação de aerossóis de substâncias					3	2	
Contato com substâncias químicas					1	1	
Manuseio de substâncias tóxicas					1		
Material biológico	1	1		1	1	2	1
Perfuro cortante				1	2	1	2
Psicológico emocionais					2	1	
Risco entre pacientes			1				3
Risco ergonômico			1		1	1	
Risco físico					1	1	
Risco químico					2	1	

Risco biológico		1			3	3	1
Transmissão através do profissional	2	4	2				1
Violência no entorno	1	1	1			1	
TOTAL	04	12	11	04	22	19	15

Observamos na Tabela apresentada, que a percepção dos riscos foi menor em algumas categorias em relação a outras, uma vez que o número de profissionais entrevistados variou entre as categorias. No grupo das assistentes sociais e dos residentes médicos, só tivemos 02 entrevistados, enquanto nos demais tivemos cinco.

Quanto às variações de idade dos grupos que sofreram o treinamento, destacamos que o serviço de limpeza possui profissionais mais velhos, com uma média de idade entre 42, 6 anos, seguido do grupo de assistentes sociais, com 38 anos e técnicos de enfermagem com 37 anos.

Segundo Katapodi *et al* (2004) poucos estudos avaliam a relação entre idade e percepção de risco. Entre 12 estudos que avaliam percepção de risco sobre o câncer de mama, por exemplo, sete deles concluem que mulheres jovens têm a percepção mais elevada do que as mais velhas.

Ferreira (2003) em seu estudo sobre percepção de risco sobre o HIV/AIDS identificou que as mulheres mais jovens se mostraram mais bem-informadas e com uma maior percepção do risco, que os homens, inclusive entre os jovens de 16 a 24 anos e entre diferentes classes sócio- econômicas.

Verificamos que a visão dos riscos entre as diferentes categorias, na maioria das vezes, coincide com as atividades diárias do profissional. O local de lotação também sugere um forte fator para a percepção do risco existente ali.

No caso da limpeza, a profissional que citou a exposição a radiações estava lotada no setor de raios X. O contato com objetos foi apontado quatro vezes pelos profissionais administrativos. Este reconhecimento se faz evidente na medida em que sabemos o quanto é freqüente a manipulação de objetos (folhas de papéis, canetas, teclado de computador, etc) nas atividades desta categoria.

A enfermeira que mencionou a inalação de aerossóis de substâncias e o manuseio de substâncias tóxicas era a supervisora da central de material e esterilização (CME), um setor onde os profissionais têm contato diário com substâncias extremamente tóxicas. O caso do glutaraldeído é um exemplo, pois segundo Brasil (2003), além de provocar irritação dos olhos, nariz e garganta foi identificado como um indutor de asma, e alguns estudos citados no Manual sobre Esterilização de artigos em unidades de saúde da APECIH demonstram um aumento do número total de leucócitos em lavados nasais de profissionais expostos ao agente.

Silva, Giuntini, Meneguim (1997) resolveram identificar a percepção dos funcionários de uma Central de Material de um hospital de grande porte de Ribeirão Preto, detectando que embora os profissionais reconhecessem e apontassem os riscos, eles adotavam comportamento de segurança de maneira alienada; encontram-se desmotivados; havia uma falta de interação e autoridade para fiscalização das medidas de controle preventivo. O fator que as autoras consideraram mais importante foi a existência de falhas no processo de educação continuada.

Procedimentos com pacientes foi a categoria de risco reconhecida somente por aqueles que o executam, ou seja, pelos residentes médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Já o risco entre pacientes foi identificado apenas por um profissional administrativo e por outro da limpeza.

Um estudo realizado por Corrêa e Donato (2007) sobre a percepção da equipe de enfermagem em relação à biossegurança, em uma unidade de terapia intensiva mostrou que os profissionais não atentaram, em nenhum momento, para o risco da transmissão da infecção cruzada entre pacientes com o próprio paciente funcionando como o veículo de transmissão. No estudo, a autora verificou que apenas um profissional correlacionou o risco do cruzamento das infecções e este profissional também não possuía nível superior.

A transmissão através do profissional foi verificada por todas as categorias, com exceção dos que realizam atividades diretas ligadas ao cuidado como os residentes médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Este fato é bastante preocupante por se tratar de categorias que estão mais próximas ao doente, por serem profissionais de cabeceira que prestam uma assistência totalmente direta ao paciente. A falta ou a negligência às precauções padrão durante o atendimento, pode ser um fator de risco para a transmissão cruzada de infecção através do profissional. Ou ainda existe a hipótese de que o profissional possa estar se sentindo isento de ser uma fonte de transmissão de microrganismos por se achar completamente imune a qualquer tipo de contaminação.

Por outro lado, apenas dois de nossos profissionais reconheceram o risco entre pacientes e estes também não pertenciam a categorias de nível superior e não eram prestadores da assistência direta e sim trabalhavam na assistência indireta ao paciente.

Neste momento, nos questionamos quanto à importância da escolaridade como um fator central na percepção sobre contaminação. A ausência de uma formação mais específica na área da saúde não impediu estes profissionais de perceberem o risco existente entre as práticas de socialização exercidas entre pacientes, familiares e visitantes. Estas atitudes podem estar expressas pelo compartilhamento de alimentos, objetos de uso pessoal, de uso comum ou até mesmo pelo contato direto das mãos em um abraço ou um simples aperto de mão. Com isso, evidenciamos que o grau de escolaridade não serviu de entrave para a percepção da transmissão de contato pelos profissionais com uma menor formação.

Mendivil (2004) estudando as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital público do município de Campos dos Goytacazes, teve a oportunidade de verificar que, dadas as condições desfavoráveis, a ocorrência dos danos à saúde mostrou-se tão evidente que os profissionais tinham consciência delas. A autora correlacionou o seu achado com a atuação de treinamentos realizados pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

Acreditamos que esta percepção de risco apresentada pelos profissionais em nosso estudo, esteja de certa forma favorecida pela participação em nossos treinamentos, onde procuramos fortalecer a relação entre as condições de trabalho e os agravos à saúde, utilizando a educação para despertar a consciência preventiva dos trabalhadores. Para tanto, nós, profissionais da CCIH, temos o papel de educadores em saúde e utilizamos os princípios educacionais de Paulo Freire, mostrados em Freire (1996), por meio da Conscientização e da Problematização, visando conhecer anteriormente a percepção dos trabalhadores em relação aos problemas vividos em seu local de trabalho e utilizando como conteúdo elementos do próprio contexto ocupacional. Procuramos dar oportunidade à crítica, ao diálogo e à participação ativa dos profissionais envolvidos. Isso objetiva a troca de experiência, o questionamento, a individualização e a humanização, que conduzem à reflexão e ação-transformação da realidade.

4.7.2 Ênfase na mudança de hábito e comportamento

Tal como ocorrido durante a análise de nossos questionários, as respostas dos entrevistados de um modo geral, com frequência foram ligadas à **mudança de hábitos ou comportamento**:

[Entrevistada falando da aprendizagem]. “*Um exemplo disso é para falar inglês se a gente tentar traduzir primeiro tudo na cabeça para poder falar, no final não vamos conseguir falar nada. Deu para entender? Tipo a gente faz, mas não associa o que é teoria que esta sendo levado para prática é automático. É uma questão de hábito.*” (ENF)

“*É o treinamento, ele houve, mas agora é como poder estar constantemente **relembrando** se certificando pra ter uma garantia do resultado? Porque muitas vezes a gente faz o treinamento e no dia a dia a gente **acaba esquecendo** é como se tivesse que criar o hábito né,*” (PSI)

“*Os profissionais precisam ter o hábito e como trocar de hábito, por exemplo, às vezes ele fez o treinamento e **o treinamento tá ali na cabeça**, mas na prática isso não acontece então hoje nós temos aí a proibição do jaleco na cantina, mas até há alguns anos atrás não tinha isso né*” (PSI)

“*Como que eles se inserem? [na prática diária]. Acho que é uma coisa que tem a ver com comportamento assim uma mudança de comportamento que você deve ter para que você se proteja e proteja os pacientes, assim tipo, você vai acompanhando, mas, como toda mudança de comportamento ela é uma coisa que deve ser trabalhada. Inclusive tem vários fatores principalmente o fornecimento de informações.....*” (PSI)

Nota-se que nos depoimentos, a questão recai sobre o fornecimento de informação como um fator central, levando a crer que isto irá propiciar a mudança de comportamento. Costa e Lopez (1996) reforçam esta hipótese ao definirem que conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde. Trata-se de um recurso usado como um meio do qual o atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Alves (2005) informa que este reflexo se deve a um modelo tradicional, historicamente hegemônico, focalizando a doença e a intervenção curativa e fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, que preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais. As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde.

“*Eu acho que, Sonia, é um processo educativo mesmo uma coisa que muitas das vezes é lento porque você vai estar lidando com hábitos dos profissionais que muitas vezes acabam se **descuidando** na sua prática do dia a dia em lavar as mãos ou em outros cuidados.*” (AS)

“*Eu sinto isso através de algumas observações feitas por nós aqui mesmo, pelo tempo de trabalho que a gente tem na Instituição a gente começa a ter certos hábitos e costumes que é importante estar reforçando né então eu tenho muito cuidado agora, vou atendo lavo as mãos me vigio para não colocar a mão na boca e **reforço** isso para as pessoas novas que chegam entendeu.*” (AS)

“*Todos estes conhecimentos ficaram bastante **guardados na minha memória** e me fizeram mudar meu comportamento em relação a certas coisas dentro de um hospital*” (AA)

Nota-se nas respostas a recorrência dos termos “lembrar”, “não esquecer”, “reforçar”, “cuidar” e ainda a referência constante de que a mudança de padrões de comportamento e hábitos é um processo lento, não automático que requer investimento

trabalho. Mudar radicalmente hábitos, seria uma posição ambiciosa dos profissionais que atuam em controle de infecção. Esperamos por resultados melhores, mesmo que não ocorram a curto prazo.

Um estudo realizado por Lefreve (1980), sobre mudanças de comportamento duráveis, mostrou que os hábitos anteriores não devem sofrer um processo brusco de extinção, devem ser eliminados e substituídos por outros sim, porém para isso devemos estar cientes da lentidão do processo. Não devemos tentar fazer prevalecer aquilo adotado e ditado por nós, pois caso isso ocorra, dificilmente conduzirão ao objetivo final almejado, ou seja, à mudança efetiva, profunda e duradoura desses comportamentos.

Corroborando com Lefreve na questão da necessidade de prazos longos para mudanças de comportamento, Rossato *et al* (2006), descreve mudança comportamental voltada para a saúde, através do Modelo Transteorético de Mudança de Comportamento. De acordo com esse modelo, as alterações no comportamento relacionado à saúde ocorrem por meio de cinco estágios distintos: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção. No estágio pré-contemplativo, a mudança comportamental ainda não foi considerada pelo indivíduo, ou seja, não foram realizadas alterações no comportamento e não há intenção de adotá-las num futuro próximo. No estágio de contemplação, o indivíduo começa a considerar a mudança comportamental. Na decisão, o indivíduo já decidiu alterar seu comportamento no próximo mês, apesar de nenhuma mudança ter sido cumprida até o momento. O estágio de ação está relacionado ao indivíduo que alterou seu comportamento recentemente, nos últimos seis meses. No estágio de manutenção, o indivíduo já mudou seu comportamento e o manteve por mais de seis meses.

Analisando outra vertente, segundo Rozemberg (2006), a comunicação é o processo com o qual repartimos experiências para que elas se tornem um patrimônio comum e que modifiquem a disposição mental das partes associadas. Isso quer dizer que a comunicação é um ato social. A menção freqüente de nossos sujeitos em relação à **mudança de hábitos ou comportamento** está associada à “modificação da disposição mental”, o que ocorre nos processos de interação durante os treinamentos da CCIH, onde se busca o diálogo, a interação social as trocas de experiências e de conhecimentos comuns de cada grupo. Um depoimento fornecido após o último treinamento da equipe de profissionais da limpeza, expressa um pouco esta condição.

No final do treinamento, uma das funcionárias da limpeza nos procura e diz: *“Gosto muito dessas reuniões porque vocês deixam a gente falar das coisas que estão acontecendo no lugar que a gente trabalha e vocês têm sempre uma sugestão boa para os problemas da gente. A gente sai daqui doido para chegar lá no nosso trabalho para experimentar a idéia que vocês deram. Tem gente que faz essas reuniões fala o tempo todo e não deixam a gente abrir a boca. Além de tudo a pessoa não fala nada que se aproveite ou a gente não entende nada dá até sono. ”*

Ainda segundo Rozemberg (2006), se “comunicar é compartilhar, dialogar, tornar comum uma experiência ou conhecimento, não teremos dificuldade em entender a importância da comunicação, nas profissões em saúde, pois na maioria delas a interação em sociedade tem enorme importância, em que experiências são compartilhadas tornando-se comuns a todos, em que o diálogo é imprescindível, e sempre objetivando uma vida com mais qualidade”.

Durante a realização dos treinamentos para os profissionais de limpeza, primeiro apresentamos alguns conceitos e conhecimentos científicos; em seguida, estimulamos que identifiquem situações problemáticas das suas práticas diárias de trabalho que estejam contidas nestes contextos para, com base neste trabalho, construirmos documentos para as chefias mostrando as não conformidades encontradas na prática diária de trabalho.

Para finalizar, construímos com o grupo as possíveis sugestões para a resolução do problema, sempre solicitando a participação dos membros do grupo. Os problemas

passíveis de serem resolvidos no próprio local de trabalho, estimulam o profissional a traçar estratégias que possam levar a uma solução.

4.7.3 Importância do profissional como exemplo

Observa-se nos depoimentos a seguir, a menção do profissional como exemplo e modelo de bons hábitos, não somente para os colegas como para os pacientes.

“Através da conscientização de todo profissional de saúde de colocar em prática os bons hábitos. Um profissional de saúde tem que ser o modelo se ele quiser que os outros façam. Por exemplo, o médico não pode exigir de outro profissional nem de seus pacientes que faça alguma coisa que ele mesmo não faz. Não adianta dizer faça assim porque se ele não servir de modelo o outro não fará.” (ADM)

“Então assim, não sei se é porque também eu venho de uma história de ser professora, dar aula então eu acho que é uma questão de hábito e tentar estar fazendo essa reflexão diariamente tentando aplicar diariamente no ambiente de trabalho aquilo que a gente aprende em curso de atualização em treinamentos em troca com colegas.” (ENF)

Para Cleary (1988), a Educação em Saúde é um processo no qual todo o pessoal da saúde pública e do atendimento médico estão envolvidos. As pessoas aprendem ou formalmente (experiências de aprendizagem planejadas) ou informalmente (experiências de aprendizagem não planejadas). Na medida em que o paciente, o cliente, o usuário e a comunidade esperam que o pessoal da saúde pública e o pessoal do atendimento os auxiliem.

Ainda conforme a autora, o papel do profissional esperado pela comunidade é o de “modelo” no que diz respeito a assuntos e a problemas da saúde. Quer o profissional tenha ou não tenha a intenção de fazê-lo, ele “educa” o usuário. Portanto, cabe a todos os profissionais da saúde pública e do atendimento médico entender suas funções educativas e seu papel na Educação em Saúde, mantendo práticas e atitudes que possam ser vistas para ampliar seu potencial educativo.

O depoimento a seguir intensifica a cobrança a si mesmo ou a seus colegas. Começa a se tornar evidente a ênfase na esfera individual, desconsiderando os contextos de vida e trabalho, tal como a referida “correria”.

“Mas, eu acredito que as coisas mudam depois que você aprende. Então por mais que você tenha correria você tem que ter consciência de fazer a coisa correta até para prevenir tanto você quanto os seus próprios colegas no seu ambiente de casa seus próprios familiares e os doentes em não haver a infecção cruzada passando a infecção de um para o outro.” (TE)

Independente das pressões que sofre o profissional e a de se “cobrar” a resolver na esfera do comportamento individual, a precaução com as infecções hospitalares.

4.7.4 Estímulo ao comportamento obsessivo

Outra questão levantada durante um treinamento realizado, ainda este ano com o grupo da psicologia, foi a dos limites entre Prevenção e Paranóia e até que ponto a questão da lavagem das mãos não estimulava a adoção de comportamento repetitivo, e observado nos quadros de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Nossa questão era uma auto-crítica de como saber se durante os treinamentos não estávamos alimentando isso. Estariam os profissionais sendo neurotizados após os treinamentos, desejando adotar um comportamento obsessivo de encontrar a contaminação em todos os lugares?

“.....eu tenho um **medo danado** de levar esses bicho daqui para minha casa, ah ... Num monte de coisas que eu faço eu lembro de você falando.” (LIMP)

“Eu acho que a prática ajudou a gente a assimilar melhor dentro do cotidiano nosso, quer dizer vou para enfermaria antes de atender o paciente lavar a mão, saio do quarto **lavo a mão de novo**,” (PSI)

“Engraçado que depois que a gente faz o treinamento à gente fica **meio paranóico** assim eu acho, por exemplo, a gente pensa assim ai meu Deus eu entrei ali e não lavei a mão essa coisa da lavagem das mãos principalmente,” (PSI)

“Olha dentro do meu trabalho se insere em tudo porque eu trabalho em um hospital de doenças infecciosas **então tudo que vocês disseram lá tem haver comigo**, por exemplo, o lance do elevador, não ficar se encostando nas paredes,..... Quando eu vou na enfermaria ou no ambulatório assim, eu não me encosto mais na parede do elevador, não encosto mais no leito quando eu entro no quarto do paciente pra resolver alguma coisa com ele, ah quando eu pego o prontuário eu lembro da MARSa [MRSA], **lembro da MARSa sempre**.”(ADM)

“Quando me vejo **estou sempre lavando a mão** pensando no que você falou dela ser carona para os microrganismos.”(AS)

“ ... o elevador, andar de elevador pra mim é um risco, porque ali dentro passam várias pessoas que **pode ter de tudo** então você ficar tocando nas paredes do elevador, eu simplesmente não toco depois que eu fiz o treinamento e aprendi várias coisas sobre risco, ... ” (ADM)

“Agora eu to tentando fazer tudo corretamente to fazendo tudo direitinho procuro ta lembrando dos treinamentos, mesmo quando eu acho que não preciso aí eu lembro e digo: **vou lavar de novo**, lavo to sempre lavando eu faço tudo para evitar a contaminação ... ” (LIMP)

“ ... o toque é muito importante tocar nas coisas que eu não sei quem tocou daí a importância **de estar sempre lavando a mão**, até em uma caneta a gente pode estar pegando alguma coisa entendeu, na maçaneta da porta acho que tudo isso ”(ADM)

“Ai meu Deus que mão podre que eu tenho ainda mais trabalhando em um hospital de doenças infeccto contagiosas e aí sabe o que acontece? A gente **quer lavar a mão toda hora**. ” (TE)

“Outro dia eu fui ao Mac Donald e quando ia botar a batatinha na boca lembrei: não lavei a mão! **Aí eu saí correndo para lavar a mão antes de comer**. Foi isso peguei o hábito. Aumentou o cuidado a consciência ficou maior. Meus filhos perguntam: mãe isso não é exagero? E eu respondo não é zelo. ” (ADM)

Em um depoimento de campo de uma médica esta diz: “Isso tudo deixa mesmo a gente doido. Outro dia eu fui a um hospital visitar um amigo e fiquei até com vergonha de mim da minha postura. Eu estava **dura meio robotizada não querendo encostar nas coisas**. Aí uma pessoa da família dele falou assim para mim: você não quer sentar um pouco? **Eu fiquei com medo** até porque o sofá era de pano. Já viu esse sofá de pano em um hospital? ...”

Em outra passagem do nosso diário de campo, uma psicóloga, durante um treinamento, comenta: “Tive que fazer um exame de endoscopia e lembrei de você dizendo que aquele aparelho que faz o exame só esta esterilizado no primeiro exame que entre um paciente e outro é só feita uma limpeza. Comento que não é somente uma limpeza e sim um processo de desinfecção de alto nível, que também é eficaz. A profissional então continua: Aí sabe o que eu fiz disse para a menina olha eu prefiro marcar um dia que tenha o primeiro horário porque o aparelho esta esterilizado ela riu. Sabe menina mesmo assim quando eu estava fazendo o exame fiquei imaginando aquele troço cheio de bicho entrando dentro de mim. ”

Gonzalez (1999) define o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) como aquele caracterizado pela presença de obsessões e compulsões. Obsessões são idéias,

pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos e persistentes que são vivenciados como intrusivos e provocam ansiedade. Não são apenas preocupações excessivas em relação a problemas cotidianos. A pessoa tenta ignorá-los, suprimi-los ou neutralizá-los adotando um outro pensamento ou ação. Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que visam reduzir a ansiedade e afastar as obsessões. Esses rituais freqüentemente são percebidos como algo sem sentido e o indivíduo reconhece que seu comportamento é irracional.

Geralmente a pessoa realiza uma compulsão para reduzir o sofrimento causado por uma obsessão. As obsessões mais comuns são: preocupação com sujeira ou secreções corporais, medo de que algo terrível possa acontecer a si mesmo ou a alguém querido, preocupação com simetria e escrupulosidade. As principais compulsões são: lavagem de mãos, verificação de portas, ordenação e arrumação, contagem e colecionismo. Para se fazer um diagnóstico de TOC é necessário que o nível da sintomatologia interfira no funcionamento social, interpessoal, ocupacional ou acadêmico do indivíduo e que os sintomas ocupem mais de uma hora por dia. A posição desta autora, para fins de nosso estudo é suficiente, pois não é nosso objetivo aprofundar em tratamento de TOC.

Um dos psicólogos presentes no treinamento questionou os limites da normalidade, a partir do momento em que, para cumprir precauções e prevenir-se da transmissão de infecções, temos que adotar ações de preocupações excessivas com a contaminação, que podem assumir o papel de obsessão.

Conforme o depoimento da ADM citado anteriormente: *“lembro da MARSa sempre”* e anotações feitas no diário de campo onde profissionais, independente da categoria ou do local de atuação, dizem *“ver o MARSa”* por todos os locais que passam. Em um desses depoimentos, a enfermeira afirma: *“sei que o elevador tá limpo, mas sempre penso assim: E se alguém com MARSa passou a mão mal lavada? Aí não tem conversa, saio do elevador e vou logo lavar a mão”*.

Outro exemplo é o de enfermeira que por ocasião de um atendimento médico, ficou em observação por algumas horas na sala de emergência de um hospital da rede privada, situado em um bairro de classe média alta e relata: *“Fiquei deitada naquela cama e parecia que **via MARSa por todos os lados da cama** e eu achando que eles a qualquer hora iam subir em cima de mim. Não quis aceitar nada do hospital nem um cobertor para me cobrir apesar do frio que fazia com o ar ligado.*”

Tais relatos revelam o quanto precisamos ser criteriosos quando transmitimos informações sobre prevenção, surtos e até mesmo o aparecimento de novos microrganismos que surgem provocando infecções, antes desconhecidas pela comunidade científica ou somente por leigos.

Para tanto utilizamos critérios que perpassam desde a forma de convocação (Anexo III) utilizada para os treinamentos com cada grupo, como também a linguagem e a maneira como os conteúdos são apresentados. Utilizamos exemplos práticos do cotidiano de cada um, ao exemplificar o caso da suspensão do antibiótico antes do tempo ou o uso da medicação X ou Y em uma criança com amigdalite ou otite de repetição, para explicar a multiresistência dos microrganismos. Acreditamos que estas diferenças acabem por favorecer a elaboração de conhecimentos da teoria para a prática, uma vez que geram uma maior interrelação sobre as situações vividas no ambiente de trabalho e as informações fornecidas nos treinamentos.

4.7.5 Aplicação da teoria na prática de trabalho

Quando questionados os entrevistados sobre como cada grupo utiliza os conceitos e conhecimentos apresentados, a categoria de resposta mais freqüente foi: **a elaboração de conhecimentos da teoria para a prática.**

Observamos também situações em nosso dia a dia que remetem às questões relacionadas à teoria e prática. Certa ocasião, quando me encontrava no Centro de Clínicas (CECLIN), que é o setor de atendimentos ambulatoriais do IPEC, uma enfermeira recém-formada me disse; *“Estava conversando com fulano e fulana (são os administrativos) e eles estavam falando do treinamento de ontem da CCIH sobre a lavagem das mãos eles acharam muito legal a lavagem das mãos com guache, discutiram comigo até a técnica correta de lavagem. Eu na faculdade tive essa aula de uma maneira tão formal que se você me perguntar sobre a técnica correta não saberia dizer todos os passos ficou tudo muito na teoria.”*

Rozenberg (2007) menciona que um abismo entre teoria e prática resulta em parte de uma tendência, generalizadas nas sociedades contemporâneas, de supervalorização dos conhecimentos construídos no sistema socialmente reconhecido de instituições acadêmicas; e em parte da dificuldade em se compreender e problematizar de maneira crítica e aberta a sua relação com os valores e decisões tomadas em contextos sócio culturais distintos.

“Porque o que eu aprendi lá eu posso colocar em prática tá na minha cabeça então não tem fator que possa impedir.” (ADM)

*“Tanto o conhecimento para o uso porque não basta só ter o material se a pessoa não tem **o conhecimento de como utilizar como colocar** e em que situações eles precisam realmente ser utilizados, isso não vai ajudar a prevenir a contaminação.”* (ENF)

“... e esses treinamentos trazem para gente muita coisa que a gente tem como conhecimento assim passageiro e outros conhecimentos guardados que a gente lembra durante os treinamentos para que eles possam ser aprimorados e serem postos em prática.” (ENF)

“É difícil não é fácil, mas acho que a gente consegue assim de uma maneira quase que geral levar a maioria das coisas que a gente aprendeu no treinamento para prática diária do nosso serviço.” (ENF)

“... passei até a fazer melhor porque você fica com aquela aula na cabeça e eu muitas vezes mexendo no paciente ia lá depois e lavava logo a mão. Depois que eu tive aquela aula eu to até lavando melhor as mãos eu acho que é por causa do conhecimento né? Significa que o conhecimento foi bem eficaz.” (TE)

“Por exemplo, se eu sei usar o EPI correto na hora certa e de maneira certa isso é um conceito ou não é? Tem outros também eu aprendi que preparando a medicação existem os aerossóis que você acaba engolindo ou cheirando então deveria haver um rodízio do pessoal que prepara a medicação, não é? Se eu ficar direto no preparo de medicação eu vou reclamar com a minha supervisora, ...” (TE)

“Tendo as bases dos conceitos e dos conhecimentos nos podemos aplicá-los na prática. Um exemplo é se eu sei de que forma que a doença é transmitida e só pensar um pouco que saberei qual EPI usar.” (AA)

Ao lermos estes depoimentos, concluímos que o comportamento individual não pode dar conta de solucionar sozinho o problema. É necessário levar em conta outros processos envolvidos para que a prática possa ser levada para a teoria, não causando no trabalhador a sensação de culpabilização pelo conhecimento, mas não executado durante as suas atividades diárias de trabalho devido a fatores impeditivos ao processo.

4.7.6 Profissionais como multiplicadores

A seguir, reunimos os relatos que apontaram as preocupações de profissionais se sentirem como multiplicadores por meio da **motivação em querer passar adiante o conhecimento**. Foram:

“Também tento mostrar a minha equipe no outro hospital a necessidade e importância de cada um dentro da unidade estar seguindo as regras de prevenção e controle de infecção, até mesmo para diminuir o nosso trabalho e melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem. ” (ENF)

“Achei muito legal o seu treinamento as dinâmicas que são coisas que ficaram muito na minha cabeça, principalmente pra quem se oferece como voluntário para realizar, como foi o meu caso. Vou falar lá no meu hospital pra de repente convidar você para dar uma palestra e fazer umas dinâmicas, o pessoal lá precisa muito. ” (ENF)

“Outra coisa de chegar em casa aquela coisa que você falou de o filho lavar a mão antes de ir falar com o filho a mudança para o sabonete líquido, por exemplo, alguns hábitos que dentro da minha casa eu mudei. ” (PSI)

“Você não tem noção eu às vezes falava puxa o meu marido tá ficando maluco “tá psico” com limpeza (...), abrir a torneira e depois pra fechar usava o papel, (...), mas aí depois eu comecei a perceber ele e que tá certo aí eu pensei ele não “tá psico” não, ele e que tá certo entendeu eu achei isso que aconteceu muito legal usei em casa na minha relação com meu marido o que eu aprendi aqui. ” (AS)

*”..... eu levei para a prática de casa a questão do sabonete líquido que é melhor então foram algumas coisas que eu **consegui assimilar** tanto na prática profissional como dentro de casa também me ajudou muito”. (AS)*

Rozemberg (2007) coloca que a ciência tanto pode ser regulatória quanto emancipatória. As iniciativas que valorizam a capacidade analítica, os conhecimentos, e a destreza intelectual do cidadão comum, apontam caminhos emancipatórios; pois nenhuma justiça social global será possível sem uma justiça cognitiva global. Conforme mencionado durante a avaliação dos questionários, durante os treinamentos procuramos dar estímulos para pensar e não normas e rotinas prontas. O uso do sabonete líquido fora do contexto hospitalar, não só sinaliza uma questão de mudança em seus hábitos, mas também a expansão do conhecimento adquirido para extra muro institucional, apontando para caminhos emancipatórios.

Outro exemplo de expansão do conhecimento foi relatado no diário de campo, quando uma profissional da limpeza disse ter levado o pai, portador de tuberculose, para sua casa, onde mora com o marido e mais dois filhos, pois, não havia ninguém para cuidá-lo, além dela. Ela relatou ter usado o que aprendeu nos treinamentos e disse *“eu montei um quartinho para ele ficar sozinho fiz assim: Coloquei um ventilador grande de pé atrás da cama e virei a cama para a janela. Meu marido é marceneiro e fez uma tela para janela então eu deixo a janela aberta. Além disso só entro no quarto com a minha máscara bico de pato que eu levo para casa no saquinho de papel. Levei uma máscara para quando ele precisa sair do quarto e na hora do banho coloco o ventilador virado para o basculhante. Gostaria de saber se existe algum outro cuidado específico com outras coisas. ”*Ela havia aproveitado todos os conhecimentos e nossa resposta foi somente parabenizá-la.

Segundo Rozemberg (2007), mais do que gerar esquemas educativos e investigativos vagos e gerais como reação automática ao abismo entre teoria e prática, é necessário integrar o saber teórico dos meios acadêmicos ao saber do senso comum das comunidades, em soluções criativas, no nível prático-concreto, aos graves problemas sócio-sanitários da atualidade.

Completando esta idéia, Briceño-León (1996) afirma que quando trabalhamos os saberes em forma de idéias, de práticas ou de “hábitos” que já estão inseridos na população, implicamos em uma ação crítica, e ao mesmo tempo respeitosa e solidária. A participação comunitária não deve significar uma dissolução da responsabilidade individual ao contrário uma boa política de estímulo à participação deve fomentar o interesse e o compromisso de cada indivíduo

Bourdieu (1980) recomenda trabalharmos os saberes que estão inseridos na população sob a forma de idéias, de práticas ou de “hábitos” e que, implicará numa ação crítica, ao mesmo tempo respeitosa e solidária.

Para Laperrière (2007), os laços de confiança estabelecidos nas experiências comunitárias e profissionais mostram a importância dos atores do processo como um multiplicador por ter vivenciado em alguma etapa aqueles mesmos problemas vividos pelos grupos naquele momento e pertencer à mesma comunidade distinta.

Isso gera uma sensação de credibilidade, levando à aceitação da opinião daqueles profissionais, por considerar que aquele indivíduo vivenciou aquela mesma problemática e ali está para auxiliar aquela comunidade nas suas dúvidas e questionamentos

4.7.7 Vigilância da aprendizagem

Se, por um lado, as idéias de aprendizagem foram sempre expressas pelos entrevistados, por outro, raras vezes se enuncia a expectativa de se realizar uma “vigilância” deste aprendizado. As relações entre **vigilância e aprendizagem** estão, talvez, ligadas a uma formação acadêmica mais rígida, como é o caso da enfermagem. A colocação se apresenta na fala a seguir:

“Sabe uma coisa que seria legal a instalação de câmeras escondidas igual um “Big Brother” para provar quem lava e quem não lava a mão, você falou no treinamento sobre um estudo desse tipo lembra? ” (ENF)

“E por isso que eu falei essa coisa de ficar paranóico é ruim por um lado, mas, boa pelo outro porque as pessoas ficam em alerta observando seu comportamento porque você é está ligado naquilo e isso vira uma prática.....”. (PSI)

Em relação à rigidez do ensino de enfermagem, BARBOZA e ZOLER (2003), reconhece que o modelo de ensino que muito dos alunos ainda vem vivenciado ao longo de seu processo educacional em alguns cursos de graduação em enfermagem se baseia no uso racional da pedagogia hegemônica. Pedagogia esta que se caracteriza, principalmente por atribuir à educação uma orientação rígida, autoritária, desvinculada das determinações sociais. Entretanto, a autora identifica que, estão surgindo iniciativas bem-sucedidas de alguns professores, que, individualmente ou em grupos por disciplinas, vêm promovendo uma mudança na situação do ensino da Escola de Enfermagem, através da utilização de metodologias mais ativas.

Observando a constatação da autora, podemos supor que a realização de estudos ligados à vigilância da prática da lavagem das mãos, conforme sugerido por nossa entrevistada, é compreensível. Em nossos levantamentos, encontramos estudos realizados por médicos e enfermeiros, Scheidt e Carvalho (2006) sobre lavagem de mãos com característica observacional, porém sendo de caráter voluntário com 50 profissionais, utilizando ações lúdico-educativas.

Carvalho, Lopes, Pellitteri, (1998), realizaram na mesma instituição, oito anos antes, um estudo sobre lavagem das mãos na UTI do Berçário, cujo objetivo era anotar, em uma planilha previamente elaborada, se o contato do profissional (médico staff, médico residente, enfermeira ou auxiliar de enfermagem) e o recém-nascido dava-se com as mãos lavadas. Um observador incógnito observou por 15 períodos de 90 minutos quem lavava ou não as mãos naquela unidade.

Makao (1988), em sua dissertação de mestrado, realizou um estudo em um Hospital-Escola, na Unidade de Moléstias Infecto-Contagiosas sobre medidas preventivas utilizadas no atendimento a pacientes com diagnóstico de meningite bacteriana. A técnica utilizada para coleta de dados foi de observação não participativa; todos os indivíduos que entravam em contato com os pacientes internados na clínica, em determinado período, tinham suas condutas observadas e anotadas. Os resultados

mostraram que as medidas preventivas, indicadas no atendimento aos pacientes, não foram utilizadas de acordo com as recomendações dos Manuais de Isolamento. Quanto à lavagem das mãos, constatou-se que em 64,35 % das observações realizadas, ela não ocorreu.

Lopes, Moromizato, Veiga (1999) trazem um estudo durante 1993 e 1994 onde foi realizada reciclagem em Precauções-Padrão para os profissionais de enfermagem do Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CAISM), no Estado de São Paulo. Em 1995 foi avaliada, por observação direta nos setores, a adesão a estas medidas, o uso adequado, a acessibilidade e disponibilidade de luvas e caixas para descarte de materiais perfuro cortantes. Registraram-se 232 observações a procedimentos. Em 71 % destes houve adoção das medidas, não ocorrendo o mesmo em outros 29 %. Evidenciou-se a necessidade de enfatizar a lavagem de mãos e o não-reencape de agulhas.

Corrêa, Ranali, Pignatari (2001) em uma pesquisa de campo, realizada na enfermagem e no pronto-socorro de pediatria de um hospital de ensino em Campinas, tiveram como objetivo avaliar, por meio de observação, o procedimento da lavagem das mãos dos profissionais de saúde, no plano assistencial às crianças portadoras de diarreia aguda bacteriana, segundo as normas adotadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

No estudo de Neves Z, *et al* (2006), as autoras tiveram como objetivo avaliar o impacto do uso de diferentes estratégias de incentivo à higienização das mãos de profissionais de saúde de uma UTI neonatal, em Goiânia – GO. Realizou-se um estudo de intervenção não controlada, denominado antes-depois. Observando os profissionais, utilizando-se um check list para o registro das oportunidades de higienização das mãos, por seis meses, os dados foram coletados.

Utilizaram-se três estratégias de incentivo, construídas com a participação das equipes da instituição. Foram observadas 1358 oportunidades de higienização das mãos. As estratégias de incentivo promoveram pequeno impacto no aumento da adesão à higienização das mãos nos períodos durante e após a sua implementação, sendo que esse aumento ocorreu, predominantemente, no momento posterior à realização dos procedimentos. Na adesão global, os percentuais foram semelhantes antes (62,2%) e após (61,6%) a execução de procedimentos. O estudo sinaliza maior preocupação dos profissionais com o risco individual.

Em nosso estudo optamos por não usarmos métodos de Vigilância para a verificação do cumprimento de ações de prevenção e controle das IHS, por considerarmos um processo de observação contínua, mediante a coleta sistemática de informação. Consolidando e avaliando os informes observados, com a finalidade de estabelecermos pré julgamentos de uma determinada situação, não levando em conta a relevância de outros fatores impeditivos.

Optamos pelo trabalho com ações lúdico-educativas, por acreditarmos serem mais atraentes e motivadoras para o profissional, propiciando sua maior adesão às práticas de prevenção e controle de infecções hospitalares, além de disseminar as informações a todos os que desejem conhecê-la.

4.7.8 Valorização da imagem para fixação da aprendizagem

Assim como vimos nas respostas dos questionários, tivemos, também nas entrevistas, **a valorização da imagem para fixação da aprendizagem**, presente em 32 falas.

“(...) deu pra gente ver nas purpurinas que a mão continua cheia de bactéria mesmo, se não lavar direito. E assim da pra ver melhor.” (LIMP)

“Você passa a acreditar mais quando você participa da dinâmica vê a dinâmica, fica mais sensibilizado fica mais aguçado e fica mais cauteloso em relação a pratica errada, porque você viu. Acho que essas dinâmicas são imprescindíveis, são excelentes. ” (ENF)

“ ... a gente sabe que a mão ta contaminada, mas, como a gente não vê acaba não acreditando, mas a partir do momento que a gente vê aquelas placas nojentas cheias de bactérias aí a gente pensa: Ai meu Deus que mão podre que eu tenho ainda mais trabalhando em um hospital de doenças infeccto contagiosas ... ” (TE)

“Eu vi naquelas placas como tem bactéria que a gente enquanto não vê nem imagina que tem. A gente até sabe, mas, acaba esquecendo porque não vê. ” (PSI)

“ (...) uma coisa é você estar na teoria outra coisa e você ver aquela placa cheia de gosminha verde e aí você opa! Esse negócio multiplica loucamente. Eu acho que sim eu acho como eu disse uma coisa e você ter uma noção outra coisa e você saber e ver. ” (PSI)

“ ... naquela placa a gente nunca poderia imaginar a quantidade de bactérias que a gente tem aqui nas mãos imagina a minha agora. Aquilo foi muito importante serviu para visualizar e na verdade o que fica muito registrado, o que ficou muito registrado muito gravado (...). ” (AS)

“Muito, é como falei antes para você, tudo que se vê fica mais fácil de lembrar. A gente não tem noção até a hora que vê aquilo aí toma um choque, mas, esse choque é bom ajuda a despertar a dar mais consciência ... ” (AS)

“ Mas, achei legal o uso das cores vivas do guache para mostrar a mão lavada, dá para visualizar bem. ” (RM)

Quando realizamos nossos treinamentos e fornecemos as informações por meio das imagens, seja durante as dinâmicas ou no momento de exposição de conceitos e conteúdos, acreditamos que a percepção visual realiza-se depois, por um processo de tratamento da informação, que aquela imagem produziu.

Esperamos estar formando indivíduos capazes de carregar em sua memória uma coleção de imagens. Miranda (2001) apresenta a expressão "Educação do Olho", como usada quando queremos nos afastar da preocupação pedagógica (o que não significa afastarmo-nos de uma reflexão da educação). Queremos pensar a produção de imagens e sons em movimento, como parte de um programa de educação visual, que vem, segundo o autor, produzindo as imagens da nossa memória e as formas na nossa imaginação do real.

Utilizando os princípios descritos pelo autor, pretendemos colocar essas imagens como "sensações mentais", de impressões que levem nossos profissionais a correlacionarem a presença do risco naquela situação, ao lembrarem da imagem do microrganismo, que no seu contexto normal de trabalho é invisível e, portanto, difícil de ser considerado como uma realidade, na prática diária de trabalho.

Acreditamos estar contribuindo como parte de um projeto de educação visual mais amplo, no qual as imagens possam fazer parte de um programa de educação visual, dentro do controle de infecção. Donis (1991) informa que a maioria da comunicação vem visualmente. Atualmente, nossa cultura vem sendo chamada de "civilização da imagem". Esta idéia continua a crescer, porque vivemos num tempo em que grande parte da informação que recebemos vem pelo imagético: "É senso comum na crítica contemporânea que as imagens têm poder no mundo"

Baseado nesta afirmativa, o autor levanta a seguinte questão: devemos nos preocupar como profissionais da educação em como a tecnologia, esteja ela materializada em vídeos, filmes ou computadores, pode estar contribuindo para a educação? Talvez seja muito mais importante para a educação perceber como estas tecnologias, na forma como estão constituídas, nos educam, do que ficar pensando em como educar através delas. Não se trata de negar o seu uso na educação formal e informal, mas sim de lembrar sempre

que as tecnologias de produção, reprodução de imagens, sons e palavras, em movimento ou não, constroem, à sua maneira, o real.

Esta afirmativa nos remete ao uso da imagem nas estratégias educativas criadas por nós, à medida em que acreditamos ser a imagem passiva, apreendida de forma reflexa, na consciência individual ou coletiva de um objeto, de um feixe de idéias que lhe é exterior.

4.7.9 Aspectos lúdicos do treinamento da CCIH

Destacamos ainda que em 3 respostas tenha sido referido o aspecto **lúdico**, onde podemos notar que a brincadeira se torna um reforço à aprendizagem:

“Aquilo foi tipo uma brincadeira, mas que ajudou muito a gente porque no final das contas a brincadeira tornou-se uma realidade porque a gente viu como se faz.” (LIMP)

“(...) Eu acho que a dinâmica e a própria troca de conhecimento reaviva algumas coisas que a gente não sabe e atualiza alguns conceitos que a gente tem armazenado. E a técnica é muito engraçada” (ENF)

Silva (2006) afirma que a produção de imagens e todo o processo psicológico que envolve a imaginação e a criação não estão dissociados das condições de vida do homem, das suas necessidades e desejos. Por isso, toda atividade criadora parte da experiência, ou melhor, da forma como o sujeito percebe internamente e externamente o mundo. Dentre as atividades guiadas pela imaginação, as ações lúdicas revelam-se como objeto de interesse para o desenvolvimento. Ao brincar, os indivíduos envolvem-se em processos criativos, na medida em que recriam aspectos do mundo, das vivências que têm socialmente, agindo além de suas competências habituais, além de seu comportamento diário.

Verificamos que as alternativas lúdicas são utilizadas em diversos contextos, visando sanar as dificuldades em se aprender, da forma tradicional. A criatividade e a inovação para informar sobre diversos assuntos se apropriam de recursos que sejam capazes de dar conta e minimizar as dificuldades de aprendizagem.

Kopke (2001), ao lecionar com alunos de Engenharia Civil e Elétrica, Matemática, Arquitetura e Artes, percebeu grande dificuldade deles no aprendizado de desenho em geral, em especial da Geometria Descritiva. Por este motivo, a autora propôs ministrar essa disciplina, adotando uma metodologia diferente da convencional, fazendo uso de atividades lúdicas, buscando despertar, no aluno, o gosto pela disciplina e a descoberta de possibilidades; o desenvolvimento de uma habilidade pouco ou nada adquirida durante a vida escolar: a visão espacial. Como conclusão de seu estudo, a autora verificou que, quanto mais lúdica for a aprendizagem, mais rapidamente é assimilada.

Em outro estudo, Fonseca, Scochi, Mello (2002) realizaram atividades educacionais em grupo, com puérperas em uma maternidade filantrópica de Ribeirão Preto-SP. Coordenado pela enfermeira, o uso de jogo de tabuleiro, sobre aleitamento materno e cuidados básicos com o recém-nascido, em alojamento conjunto, objetiva verificar a aquisição de conhecimento nas atividades de educação em saúde.

A autora pode concluir que o jogo constituiu estratégia adequada para facilitar troca de experiências entre puérperas e o desenvolvimento da educação em saúde por meio de atividades lúdico-pedagógicas.

Já o estudo de Pedrosa *et al* (2007), descrevem as atividades lúdicas desenvolvidas na enfermaria de oncologia pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP), no Recife, com pacientes portadores de neoplasias malignas. O uso desta metodologia, além de trabalhar com questões como as alterações, ocorridas

repentinamente na vida da criança, ensinava tanto a pacientes quanto a acompanhantes, a prevenir as contaminações comuns no ambiente hospitalar.

Os resultados obtidos sugerem que, mesmo em outro contexto, mais uma vez o lúdico atingiu o objetivo, na medida em que tornou o ambiente hospitalar mais agradável à criança e permitiu, de forma favorável, a continuidade do desenvolvimento humano, através do prazer de ler e de brincar.

Trabalhando questões relacionadas à prevenção, Toscani, *et al* (2007) desenvolveram um jogo de tabuleiro para ensinar hábitos de saúde que promovem a prevenção de parasitoses intestinais. O jogo foi testado em 98 escolares entre sete e treze anos, aplicando pré e pós-teste. Os resultados do pós-teste foram significativamente superiores aos do pré-teste. Os dados indicam que as crianças que realizaram o jogo apresentaram um acréscimo significativo no conhecimento que possuíam sobre hábitos de saúde preventivos de parasitoses intestinais.

Na área da prevenção e controle das infecções hospitalares, há poucos trabalhos que utilizam o lúdico. Como vimos anteriormente, a maioria dos estudos se restringe à observação e vigilância.

Encontramos, na área de prevenção e controle de infecção com enfoque para lavagem das mãos, estudos nacionais como os de Makao (1988); Carvalho, Lopes, Pellitteri, (1998); Lopes, Moromizato, Veiga (1999); Corrêa, Ranali, Pignatari (2001); Neves Z, *et al* (2006); Scheidt; Carvalho (2006).

Entre os internacionais temos: Feather, *et al* (2000); Lin *et al* (2005); Perry, (2001); Mason; Winslow; Jacobson (2001); Dawson, Forrest, Greenaway (2005). Estes trabalhos, muito embora se coloquem como relacionados à educação em saúde, utilizam um caráter mais observacional, voltados para a área de vigilância, como mostrado anteriormente.

Sendo assim, apesar das freqüentes tentativas “educativas” e oferta de produtos e EPIs para realização dos procedimentos preventivos. Propostas como as de vigilância (com ou sem o uso de check-lists) utilizadas na educação continuada para conscientizar e sensibilizar os profissionais de saúde para a lavagem das mãos no controle de infecção hospitalar, não vem surtindo efeito no Brasil e no mundo, segundo revelam os levantamentos bibliográficos.

Pelo exposto, nós profissionais da CCIH do IPEC, buscamos intervenções educativas que possam estimular ações e que contribuam para a prevenção de diversos tipos de infecção. O uso de estratégias auxilia como ferramenta lúdica que fazem do educando um agente ativo no processo. Entretanto, é preciso ter clareza que mesmo os melhores programas educativos não podem dar conta de fatores maiores da ordem da organização do trabalho e da sociedade em que estamos inseridos.

4.7.10 Percepção mútua das categorias profissionais em relação às infecções hospitalares

Nos trechos abaixo, observamos que, embora exista a valorização dos treinamentos a aprendizagem, evidencia-se que os entrevistados com maior nível de **escolaridade valorizam-na menos que os sem escolaridade.**

“(...) tem algumas coisas que a gente já estudou há muito tempo e acaba esquecendo e algumas curiosidades que você acaba aprendendo. Mas, achei legal o uso das cores vivas do guache para mostrar a mão lavada, dá para visualizar bem..” (RM)

“Como você vai fazer o indivíduo acreditar que o bacilo está no ar se ninguém consegue ver? Eu, por exemplo, sei que ele está lá porque eu estudei isso, mas de repente um outro profissional com uma formação mais básica vai saber?”(RM)

Observamos que o indivíduo com maior escolaridade não valoriza tanto o acesso à informação quanto o de menor escolaridade. Bizzo (2002), menciona as facilidades dos indivíduos mais escolarizados em obter conhecimentos, citando o exemplo da internet, que tende a se tornar um dos principais veículos de informação científica nos países desenvolvidos e nas classes mais privilegiadas do terceiro mundo.

Rangel (1993), em seu estudo, associa à condição de valorização do acesso à informação a fatores tais como: acesso ao mercado de trabalho, existência de valores em relação ao trabalho, ao saber, ao dinheiro e de meios de barganha, tais como formação escolar, diplomas, capital cultural etc, adquiridos nas linhas familiares e pela atuação da família de origem.

Por outro lado, nos trabalhadores menos escolarizados, a identidade impõe um modo de vida próprio, uma condição de trabalho particular. O reconhecimento de que o risco está marcadamente presente em suas vidas laborativas, por estarem exercendo uma função menos valorizada, onde é evidenciada sua maior vulnerabilidade. Isso os leva a valorizar muito as chances de aprendizagem oferecidas.

“Acho que não tenho mais nada pra falar não. Mas oh eu gosto das aulas de treinamento são muito legais cada vez a gente aprende mais coisa nova. Quando vai ter esse ano?” (LIMP)

Para exemplificar as representações dos riscos dos trabalhadores menos escolarizados, selecionamos dois depoimentos contidos em diário de campo que deixam explícitas estas idéias.

Durante um dos treinamentos da limpeza, enquanto falava da exposição ao risco, uma das pessoas que assistia ao treinamento começou a falar sobre a limpeza do banheiro utilizado pelos clientes externos e disse: *“...Sabe né quando a gente limpa aquele banheiro é um perigo porque ele é usado por todo mundo que a gente sabe que é doente e pelos que a gente não sabe, então você tem que concordar que a gente esta muito mais exposto que o médico que quando atende um doente já sabe o que ele tem. É por isso que eu digo para os colegas tem que vir sempre na aula e prestar atenção pra saber como é que faz a coisa certa”*

Outro depoimento de uma funcionária da limpeza que trabalhava na coordenação de laboratórios e por ocasião de um acidente que ocorreu no final de semana, disse: *“Você teve aqui no final de semana e explicou tudo direitinho a gente como é que a gente ia ter que limpar o laboratório, e você conhece a gente sabe que a gente presta bastante atenção nas suas aulas, aí a doutora fulana começou a dizer que a gente tinha que limpar assim e assado deixamos ela falando sozinha e fizemos o que você mandou. Sabe porque? Porque na hora H ali quem ia tá se expondo ao risco éramos nós. Ela não limpa ela é a doutora só entra quando tá tudo limpo.*

Quando questionado sobre a necessidade de treinamentos, devido à existência do risco em um hospital de doenças infecciosas, um médico respondeu: *“Eu acho que desde quando a gente sai de dentro de casa, já estamos correndo risco. O medo é quem faz o risco, o maior risco é o medo... E também não temos tempo de parar de atender para ir a treinamento, isso fica para o pessoal que trabalha menos que fica sentado aí batendo papo”*. Isto foi dito, apontando para os profissionais da enfermagem e da limpeza que estavam na varanda do CECLIN, sentados, conversando por ocasião de uma diminuição do movimento de trabalho.

Nossa pretensão não é tentar fazer este ou aquele grupo valorizar mais ou menos o acesso à informação a partir dos treinamentos. Tentamos sim, produzir através dos nossos encontros, algo que não é material, não tem uma forma concreta e interfere de alguma maneira na vivência do trabalho realizado no hospital. Esse bem não material tem significados diferentes para diferentes grupos, em diferentes etapas de seu trabalho e até mesmo de suas vidas, em diferentes culturas e momentos da história da vida.

Valla (2000) menciona que de acordo com a formação de cada um, história de vida e vivência de cada dia, faz-se uma leitura do outro, não necessariamente de tudo que o outro fala, mas daquilo que mais chama a atenção, daquilo que mais interessa. É nesse momento que devemos nos atentar para que o foco central da temática dos treinamentos não seja desviado e interpretado com a prática vivenciada em sala, naquilo que mais chamou sua atenção à questão da visualização da presença do microrganismo, como um fantasma presente em todos os momentos da vida de nossos profissionais, pois isto estaria colocando todo o trabalho a perder.

Bizzo (2002) coloca que um dos grandes desafios da ciência é ser amplamente difundida, sem perder a precisão; porém o rigor científico não precisa ser hermético na difusão da ciência, pois o jargão científico torna praticamente impossível ao leigo decodificar um texto científico. É interessante lembrar que o que interessa ao público leigo não são os textos científicos, mas as idéias que ele contém. A linguagem não deve ser uma barreira à divulgação das informações.

Nossos sujeitos não são indivíduos completamente leigos, porém, possuem formações bastante diversificadas, o que gera um interesse e um entendimento sobre a informação de forma diferenciada. Por este motivo, embora façamos uso do mesmo material didático e das mesmas dinâmicas para todos os grupos, a forma com que estes são abordados ocorre de maneira diferente.

Observamos nas respostas dos profissionais com maior nível de escolaridade, uma nítida postura de superioridade em relação aos demais. Uma expectativa de que os sem escolaridade tenham condutas e hábitos de higiene precários.

“Porque tem profissionais também a gente sabe que tem uma formação muito falha né coisas tipo condutas no cotidiano que não podem ser feitas e que a gente sabe que tá sendo feita, assim cuidado com agulha, esterilização, por exemplo, o que acontece muito, isso a gente não tem então vai lá e dá um jeitinho. [se referindo a material de trabalho]” (PSI)

“(...) eu acho muito importante o trabalho que você faz principalmente com essas pessoas (pessoal da limpeza da empresa terceirizada). Porque elas já têm hábitos e costumes que está impregnado, enraizado, por não terem o conhecimento de não terem determinadas facilidades que outras pessoas têm (...) Tem que lavar as mãos quando entra e sai do banheiro então se elas tiverem esse hábito elas vão sentir falta também na hora que usar o banheiro e não vão mais esquecer de colocar o sabão.” (AA)

“Outra coisa o papel higiênico não é colocado dentro do local adequado então se aquele rolo cair no chão com certeza ele é colocado para ser usado novamente, quer dizer você fica exposta então na hora que as pessoas [pessoal sem escolaridade] tiverem minimamente estas noções porque não pode o rolo cair no chão contaminado e ser reaproveitado, por exemplo, a importância de ter o local apropriado para o papel. Se a Instituição não tá comprando esse tipo de rolo que encaixa naquele suporte então tem que ver uma outra maneira de tá detectando isso então treinar estas pessoas sem muito conhecimento é importante. Para que elas passem a perceber as coisas.” (AA)

Chega-se até mesmo a responsabilizar os sem escolaridade pela existência dos problemas, evidenciando-se um forte **preconceito**.

“E o trabalho com essas pessoas é muito importante, porque você só vai conseguir atingir toda essa questão [questões do controle de infecção] quando conseguir trabalhar especificamente com estas pessoas.” (AA)

Preconceito está no dicionário como sendo “o juízo antecipado sem fundamento; ou ainda, qualquer opinião ou sentimento, favorável ou desfavorável, concebido sem exame crítico, conhecimento ou razão.” Já discriminar está descrito como “fazer diferença, distinguir, discernir ou ainda separar” (Barbosa; Pereira 1996). A discriminação e o preconceito acabam por levar um profissional a ser visto em um grau de inferioridade, como se não fosse capaz de associar conhecimentos ou muitas vezes é

visto como não sendo possuidor de conhecimentos. Os depoimentos acima mostram claramente esta postura.

A fala do residente médico, apontando a “falta de conhecimento”, dá uma nítida idéia da sensação de superioridade impregnada em sua formação. Também a assistente social reforça essa idéia, quando coloca a importância de treinar as “*peçoas sem muito conhecimento*” desejando despertar-lhes o **senso crítico**, a fim de detectarem situações que ocorrem a sua volta. Em outro depoimento, a assistente social chega a questionar os hábitos de higiene das profissionais da limpeza, enquanto que o depoimento da psicóloga não faz menção direta a nenhum grupo específico. Apontados como aqueles que não possuem conhecimento, os trabalhadores da limpeza são discriminados e prejudicados diretamente em suas relações profissionais e sociais, devido ao preconceito da sociedade em que convivem. Por pertencerem a uma classe econômica desfavorecida, não tiveram acesso às instituições escolares mais privilegiadas ou até mesmo acesso à própria escolaridade.

A distribuição desigual do conhecimento científico gera sérios problemas não só para a comunidade científica, mas para o próprio indivíduo que deseja apropriar-se dele. Ela acelera a disparidade entre eles, criando dificuldades sociais e econômicas no plano de atuação de cada um. Percebemos nitidamente que os indivíduos com menor escolaridade são culpabilizados pelas deficiências de alguns fatores de ordem de organização ou condições de trabalho.

Segundo Bizzo (2002), o “preconceito” parte das próprias comunidades científicas, responsáveis pelo treinamento dos novos cientistas, são as únicas aceitas pelos seus membros como árbitros de sua prática. Em seu interior o tipo de comunicação utilizado é relativamente suficiente, mas fora dela é escassa, dado o alto grau de especialização e de diferenciação de sua linguagem, dificultando a comunicação das idéias científicas. A idéia central disso se resume em “dar a conhecer para que não se possa pensar; adquirir e reproduzir para não criar; consumir, em lugar de realizar o trabalho da reflexão”. Isto denuncia um modo de comunicação restritivo que marginaliza aqueles que são julgados como incapazes de alcançar o conhecimento.

A idéia de dois mundos científicos é uma forma de exclusão ao espírito científico. A mudança desse cenário e a extensão dos benefícios da ciência a todos exigirão o empenho dos cientistas e das instituições.

No diário de campo, coletamos o seguinte depoimento de uma profissional da limpeza: *Eu sei que quando acontece essa coisa de surto disso, surto daquilo, todo mundo fala logo: é o pessoal da limpeza que não lava a mão direito, usa o mesmo pano pra limpar tudo quanto é lugar, precisa treinar essa gente! Eu sei que as pessoas falam essas coisas porque a gente não estudou em faculdade, mas garanto uma coisa pra você a gente presta mais atenção nas aulas que eles [formados] eu garanto. Vemos que estes profissionais ora se supervalorizam, ora se subestimam; e que há uma reprodução do discurso socialmente construído no qual não portar um diploma é ter uma limitação.*

Valla (2000) coloca que o conhecimento científico ganhou uma posição de destaque passando a ser divulgado como verdade, dogma. Passou a se opor e, até mesmo, a desprezar o senso comum; ou seja, passou a negar e tratar como “erro” o modo como as classes populares, teoricamente não detentoras deste conhecimento “oficial”, entendem e explicam o mundo. Nesta ruptura, o conhecimento científico não resgatou o conhecimento popular e estabeleceu o “divórcio” entre produtor e produto, em nome da suposta universalidade do outro, do mais “avançado”.

O autor ainda sugere uma reflexão sobre a necessidade de entendermos que todas as pessoas são capazes de produzir conhecimentos e que elas fazem isso cotidianamente através de suas histórias de vida e do contexto social em que vivem. A partir daí então, não devemos confrontar somente as exclusões econômicas, representadas pelo não acesso

a bens de consumo e serviços, mas, principalmente, a exclusão de suas idéias e de seus saberes.

Segundo Souza *et al* (2003b), esse processo de interação entre os dois saberes possui um valor ético, que é o respeito ao conhecimento obtido por cada pessoa no seu trabalho e na vida. Seja ele portador ou não de diploma.

Por outro lado, a noção da importância do papel de cada um no controle de infecção hospitalar foi expressa no depoimento abaixo, que abordou a questão do **compartilhamento das responsabilidades**:

“(...) é importante todos contribuindo para minimizar a infecção hospitalar né, colocando que todos são co-responsáveis, né pelas coisas, quer dizer os profissionais pensam: a CCIH é a responsável pelo controle de infecção hospitalar como eu to fora do CCIH eu não tenho esta responsabilidade, porque eu não me vejo dentro só que quem faz parte da prevenção da infecção hospitalar. É toda comunidade dentro do hospital, então que acaba que não é só trabalhar efetivamente as técnicas as causas os efeitos, mas a questão da responsabilidade, ou melhor, da co-responsabilidade de cada um sobre os atos né, que é a questão da cidadania.” (PSI)

“Não somos só nós que somos os responsáveis o médico o enfermeiro todos tem que ter responsabilidade na prevenção das infecções hospitalares (...).” (TE)

Compreende-se participação como um processo compartilhado, no qual ocorre o envolvimento emocional das pessoas, em situações de grupo, que as encorajam a contribuir para os objetivos do grupo e a assumir a responsabilidade de alcançá-los. Dessa maneira, as decisões devem ser do grupo, mediante consenso e o máximo envolvimento e comprometimento das pessoas (Neves, 2000).

Em um estudo realizado por Lima e Kurcgan (2006) referente ao processo de implementação do sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem, foi ressaltada a importância da participação do grupo para o sucesso e a concretização de uma nova proposta de trabalho. Foi observado um sentimento de valorização e respeito por parte dos indivíduos por poderem opinar e decidir a respeito. Ao longo do processo, concomitantemente à gradativa capacitação teórico-prática e ao aumento da participação, as colaboradoras tornaram-se agentes de mudança, evidenciando a transformação positiva de seus sentimentos, superando o desconforto inicial e uma percepção desfavorável em relação à implementação de uma nova metodologia de trabalho.

A apropriação do processo pelas enfermeiras, propiciou-lhes, além do compartilhamento das decisões, a responsabilidade pelos resultados. Enfatiza-se que a cultura participativa surge e se desenvolve nas organizações somente quando os dirigentes consideram que o ser humano é confiável e gosta de assumir responsabilidades.

4.8 Fatores Impeditivos à aplicação cotidiana dos conhecimentos em prevenção e controle das infecções hospitalares apontados nas entrevistas.

Dando continuidade à análise das entrevistas, categorizamos os fatores impeditivos apresentados por nossos entrevistados em quatro grupos: **da organização do trabalho, das relações de trabalho, das condições de trabalho e cognitivo e comportamental**.

Tivemos 18 entrevistados que relataram sim para a existência de fatores impeditivos e, destes, apenas uma psicóloga não citou nenhum. Informaram não existir fatores impeditivos à aplicação dos conhecimentos na realização do seu trabalho 11 profissionais. Apenas 3 deles realmente não citaram nenhum fator, enquanto os demais, apesar de responderem não ver impedimentos, citaram algum tipo de fator impeditivo ao longo de suas reflexões: 3 eram psicólogos, 3 administrativos e 1 assistente social.

A seguir, dissertaremos separadamente sobre cada um dos fatores impeditivos:

4.8.1 Fatores impeditivos à aplicação da teoria à prática, referidos no nível da organização do trabalho:

Em nosso estudo, 63 depoimentos identificaram questões relativas à organização do trabalho como fator impeditivo. Entre estes, 41 falaram das questões relacionadas às limitações de tempo, enquanto 21 de problemas como a falta de pessoal e apenas 1 relatava a desorganização do trabalho.

As falas a seguir identificam as questões de tempo e de falta de pessoal:

“A questão do tempo depende muito da área de atuação naquele momento a enfermagem é realmente um pouco sobrecarregada em certas situações do ponto de vista que a gente tem de trabalho o planejamento que a gente vê hoje em dia, se a gente for pensar nesse tipo de planejamento a gente não consegue tempo para poder executar as técnicas do jeito que elas deveriam ser executadas. ” (ENF)

“Então tudo isso acontece e o tempo vai passando e uma coisa que é simples que poderia ser resolvida mais rapidamente acaba toda essa burocracia esse tramite acaba emperrando. ” (ENF)

“(...) quanto ao tempo de repente tentando convencer as chefias de serviço que é necessário um número maior de pessoas para realizar uma assistência com qualidade. ” (ENF)

“Porque na nossa prática diária do trabalho a gente não tem tempo suficiente para ler um artigo ou estar discutindo um assunto. ” (ENF)

“O que você tem que fazer e aí a dificuldade é a correria, mas é só a correria porque muitas vezes essa correria, mesmo no inconsciente faz você atropelar seus conhecimentos e o fator da prevenção. ” (TE)

“Então eu acho que precisaria de mais de uma pessoa trabalhando aqui para limpar todos os lugares como aprendemos que é o certo. No caso da tomografia e o ultrassom aumentou os médicos. E o número de exames então? Por isso não está tendo espaço de tempo para a limpeza como deveria ser feita estão usando duas salas para exames ao mesmo tempo uma pessoa só não pode limpar as duas ao mesmo tempo entre os pacientes, no intervalo dos exames. ” (LIMP)

“Às vezes o tempo, às vezes dá até vontade de pular alguma coisa que tem pra fazer porque é muita coisa, às vezes a gente até fala depois eu coloco a toca ou a máscara porque eu tenho que lavar primeiro isso aqui depois eu boto o EPI, tudo por causa da correria e do tempo de trabalho. ” (LIMP)

“(...) o médico, por exemplo, tem um monte de doente para ver, aí ele atende de um para o outro sem lavar as mãos, porque precisa ganhar dinheiro e o tempo é curto. Já o pessoal da enfermagem, saí correndo de um hospital para o outro porque precisa ganhar dinheiro e o tempo é curto também então nem dá tempo de tomar banho e ele vai com aquela mesma roupa que trabalhou aqui para outro hospital. ” (ADM)

“O tempo é outro fator eu nem falo só por aqui eu falo também de outros lugares porque eu trabalho em outros lugares e realmente, é o que eu te disse a nossa vida é corrida, e isso dificulta muito, então aquele corre, corre, por mais que você não queira você tem que correr porque tem que chegar nos lugares para ir para outro trabalho, então esse pouco tempo dificulta. ” (ADM)

“Essa coisa do tipo do sabão é uma coisa que vocês falaram mais eu já não me lembro, mas, é claro que o certo era eu ir lá e falar: olha que sabão e tal, mas é claro que na correria do dia a dia a gente não vai no cotidiano a gente não vai talvez isso fosse o mais correto mais a gente não faz. ” (PSI)

“E você estar divulgando isso sempre porque às vezes a pessoa está tão atarefada que não percebe que não lavou a mão e tal, não é que ela não queira fazer, e sim porque é muita coisa e não dá tempo. ” (PSI)

“Dos fatores que atrapalham na minha prática aqui no Evandro Chagas a falta de pessoal não é tão agravante, mas, a desorganização do pessoal. (...). Eu acho que um grande fator impeditivo é a desorganização, (...). A desorganização do trabalho de enfermagem onde eu estou inserido é muito grande eu vejo isso. Isso atrapalha não só a organização das medidas de precaução entre outras coisas, mas principalmente atrapalha a qualidade da assistência de uma forma direta o paciente fica meio que fragmentado, a assistência não é integral e isso atrapalha muito e acaba acarretando um grande prejuízo. ” (TE)

Por organização de trabalho compreende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões pertinentes a responsabilidades – enfim, a diferenciação entre os trabalhadores, fruto de uma construção social, contribuindo para que ocorra uma afetação no nível de seu funcionamento psíquico e a mobilização de investimentos afetivos, tais como o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança, a parceria, etc. Trata-se de uma relação conflituosa, em que são travados infindáveis embates entre as artimanhas de uma (organização do trabalho) e a vontade e os desejos do outro (trabalhador) – uma luta pela a saúde de ambos (saúde financeira do capital e saúde física e mental do trabalhador) (Dejours, 1990).

Segundo o Center for Communication Programs (CCP, 2006), muitos problemas ao nível da prestação de serviços de saúde podem ser mais bem entendidos e resolvidos, examinando a organização como um todo. Analisar a forma pela qual o trabalho está organizado ajuda aos administradores e profissionais de saúde em todo o sistema a ver sua organização como um conjunto de recursos interdependentes (incluindo a infraestrutura e suprimentos) e processos (tais como o atendimento aos clientes e o gerenciamento das informações) que mudam e evoluem de forma a responder às necessidades tanto dos clientes como do pessoal. Ao invés de examinar ferramentas ou procedimentos individuais, o conceito de organização do trabalho procura analisar se os diferentes elementos de uma organização trabalham em conjunto, funcionam de forma eficiente, e focalizam as necessidades de ambos, clientes e prestadores de serviços.

Muitas vezes, uma pequena mudança de um processo ou procedimento pode ajudar a resolver importantes problemas relacionados ao trabalho. Por exemplo, a redistribuição da carga de trabalho entre vários prestadores de serviços, a eliminação de passos desnecessários nos procedimentos, ou a realização de certas tarefas ao mesmo tempo (ao invés de uma de cada vez) podem melhorar o nível dos serviços e economizar tempo e recursos (CCP, 2006).

Encontramos nos depoimentos de nossos entrevistados também referência à organização do trabalho, no que diz respeito ao nível do funcionamento psíquico dos profissionais. A relação conflituosa, causa de embates entre a organização do trabalho vigente e a vontade e os desejos do trabalhador como o de almejar uma vida financeira estável, mas também uma boa saúde física e mental. Esta percepção, clara para os nossos profissionais, de que muitos de seus conhecimentos são negligenciados em função do fator tempo, está relacionada muitas vezes com a sobrecarga de trabalho dentro do próprio IPEC e pela necessidade de trabalhar em mais de um local.

Silva, Barreto Junior, Sant'ana (2003) apresentam como exemplo de fatores sistêmicos que envolvem os acidentes de trabalho múltiplas variáveis, tais como: técnicas de produção e de organização social do trabalho; dificuldades de adaptação cultural, como, por exemplo, do migrante quanto à mudança brusca de atividade e ao entendimento do novo espaço de trabalho, do percurso ou da moradia e das tecnologias desconhecidas; trânsito como gerador de acidentes; mudanças de ritmo na atividade desenvolvida e

modificações na rotina, escala por turno/interrupções para treinamento/fadiga (horas extras/longa distância entre trabalho e residência/excesso de ruído); alimentação inadequada; falta de opção de lazer e de atividades para ocupação do tempo livre; poluição ambiental; violência urbana. Esse amplo conjunto de fatores leva, através da pressão psíquica, ao sofrimento no trabalho, que acaba sendo um forte gerador do acidente e que acaba remetendo ao trabalhador a culpa pelo ocorrido.

“Então é assim a gente sabe como tem que fazer como é certo, mas não tem profissional nem tempo para isso. O serviço fica bastante prejudicado e a gente tem até medo de se acidentar fazendo tudo correndo e num espaço pequeno, digo, dá medo.” (LIMP)

“Essa coisa de nunca ter tempo para fazer as coisas direito, fazer tudo correndo, querendo dar conta de tudo certinho, é um negócio muito sério, perigoso mesmo até de acontecer um acidente com a gente” (TE)

“Eu tenho um colega que lá no outro serviço dele, era tudo muito corrido, porque era pouco pessoal para cuidar de muito doente. Ele sempre teve a mania de tudo sair certinho. Até que um dia de tanto fazer as coisas correndo aconteceu um acidente com ele. (...). Ele sabe mesmo que este acidente que aconteceu com ele foi por causa da correria e da mania dele de perfeição.” (TE)

A possibilidade de ocorrência dos acidentes de trabalho foi apontada também pelos profissionais como uma consequência do modo de organização do trabalho. Neste momento, os entrevistados conseguem perceber a relação direta do acidente gerando uma contaminação. Daí a culpa pelo ocorrido, que se torna evidente pelo reconhecimento de que, ao desejar um status financeiro mais elevado, acaba se vendo obrigado a trabalhar em locais diferenciados. Muitas vezes emendando uma jornada na outra, se ausentando de casa por várias horas ou dias. Tudo isso será uma fonte geradora de pressão psíquica, que acaba sendo uma das variáveis desencadeadoras do acidente e que termina remetendo ao trabalhador a culpabilização.

“Porque nós sabemos que a nossa vida no dia a dia é corrido, as pessoas pensam muito no dinheiro e se esquecem da necessidade que nós temos de nos cuidarmos no nosso dia a dia. Então esse corre-corre não nos deixa ver os pequenos detalhes, ...” (ADM)

“(...) só para lembrar porque na realidade os profissionais eles se envolvem tanto no trabalho, chegam pela manhã seja lá qual for a sua carga horária, se envolvem no trabalho aí esquecem de usar as precauções e até mesmo de se cuidarem. Sim porque se você não tem precaução com você mesmo tudo pode acontecer desde se contaminar até se acidentar. E esse lado é muito importante.” (ADM)

Nunes (2000) coloca que a organização do trabalho é, de certa forma, a vontade de outro. Ela determina não somente a divisão do trabalho, mas também a divisão dos homens. A carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador, que possui uma história pessoal, motivações e necessidades psicológicas que confere a cada indivíduo características únicas, à injunção do empregador contida na organização do trabalho.

“O tempo também é horrível todo mundo cobra e a gente tem que fazer tudo correndo aí não pode sair direito pode? Tem gente que diz: vai internar um paciente naquele leito e o doutor fulano quer subir rápido o doente. Como a gente pode limpar direito se o pessoal de enfermagem tá com pressa porque diz que o doutor fulano tá com pressa?” (LIMP)

“Tem uma médica aqui que quando chega quer tudo limpo então se ela chega e eu não acabei de limpar tenho que parar tudo para ela começar a trabalhar. Isso está errado ela tem que esperar eu acabar de limpar para ela começar a trabalhar, eu não tenho que sair catando o balde todo o meu material porque ela não quer esperar eu acabar a limpeza.” (LIMP)

Quando não há mais arranjo possível da organização do trabalho pelo trabalhador, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho (conflito com a tarefa) é bloqueada, o sofrimento começa. Para transformar um trabalho desgastante em um trabalho prazeroso, precisa-se flexibilizar a organização do trabalho, de modo a deixar maior liberdade ao (a) trabalhador (a) para rearranjar seu modo operatório.

“Eu acho que o planejamento ele tem que ser feito de acordo com o quantitativo de pacientes, de pessoal para trabalhar, disponibilidade de serviços e estrutura física da instituição para que a gente possa atuar da maneira adequada.” (ENF)

Para Feuerwerker e Cecilio (2007), a organização do trabalho em saúde foi intensamente afetada pelo desenvolvimento tecnológico e pela especialização. Houve ampliação da capacidade de diagnosticar e tratar problemas de saúde, mas também aumento constante dos custos, institucionalização das práticas de saúde e perda do controle dos meios de trabalho por parte da maioria dos profissionais.

Nessa construção, a intimidade do processo de trabalho em saúde também foi afetada. Não com a substituição dos trabalhadores por equipamentos, como ocorreu em outros setores, mas com mudanças no arranjo tecnológico das práticas de saúde. A atenção à saúde envolve sempre o encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários e a utilização de diferentes tipos de tecnologias (tecnologias duras os equipamentos e os medicamentos; tecnologias leves-duras os saberes científicos da clínica e da epidemiologia; tecnologias leves as tecnologias relacionais por meio das quais se produz o cuidado: escuta, vínculo, responsabilização, singularização entre outras). (Feuerwerker; Cecilio, 2007)

“Acho que uma coisa que prejudica muito é o tempo, estamos sempre correndo contra o tempo quando cuidamos do paciente, pouco tempo para fazer muita coisa.” (ENF)

A seguir, os depoimentos mostraram a interferência da falta de pessoal como uma das condições inadequadas do trabalho

“(...) eu acho que não é tanto a questão da CCIH em si, mas a questão administrativa de outros serviços como a hotelaria para falta de sabão nas pias e de papel toalha chefia em relação a falta de pessoal etc.” (ENF)

“Falta de pessoal, claro, por exemplo, o hospital dia vem perdendo ao longo do tempo inclusive pessoal de enfermagem, ... Então tem dados momentos que no salão fico só eu mesmo, então eu acho que isso é um fator que complica.” (ENF)

“Eu acho que pedindo mais pessoas para ajudar no trabalho, na divisão de tarefas porque fica muita coisa pra uma pessoa só fazer e acaba não sendo feito como deve ser feito.” (LIMP)

A falta de mais de 4 milhões de profissionais da saúde no mundo, tem um impacto "devastador" na capacidade de vários países de lidar com doenças e promover saúde. É o que afirma o Relatório Mundial da Saúde, 2006. Além disso, a escassez de educadores e formadores, pessoal de apoio e gestores, e a perda de recursos disponíveis estão a agravar uma situação já em si crítica. (OPAS 2006)

Em todo o planeta, há uma falta crônica de profissionais da saúde, produto de várias décadas de uma paupérrima inversão na formação, remuneração, condições de trabalho e gerência daqueles profissionais. Isto causou uma deficiência séria de pessoal capacitado e portador de conhecimentos chave e um nível crescente das mudanças de profissão, aposentadorias antecipadas e migrações nacionais e internacionais (WHO,2006).

Os profissionais que ainda se encontram atuando na área, precisam estar bem treinados para que não representem uma ameaça para si mesmos, suas famílias e para a comunidade. Isto pode ocorrer a partir do momento que, por desconhecimento ou negligência, este trabalhador serve como um carreador de microrganismos multiresistentes ou não. Isto pode acontecer dentro do seu ambiente de trabalho ou fora

dele ou ainda cruzar microrganismos multiresistentes entre instituições de saúde pública ou privada.

Outro ponto a ser comentado sobre a falta de profissionais dentro dos sistemas de saúde, é a sobrecarga de trabalho que acaba afetando aqueles que estão na assistência. No diário de campo consta uma situação relatada por uma das enfermeiras do IPEC que diz: *Sei que estamos vivendo um surto de tudo no momento é MARSA é Clostridium. Mais pacientes colonizados por bactérias multiresistentes que nem existiam aqui. Sabe porque isso está acontecendo? Porque tem pouca gente trabalhando e aí não dá tempo de nada nem de lavar a mão e quando lavamos sei tenho consciência de que não é na técnica porque não dá tempo é muito pouca gente trabalhando.* Neste momento observamos que a qualidade da assistência cai assustadoramente.

Ainda conforme a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006), a primeira exigência para um pessoal de saúde eficaz é ter trabalhadores em números suficientes e habilitados com as necessárias competências técnicas e outras. Também devem ser acessíveis e capazes de atingirem doentes e populações diversas. Quando o trabalhador não se encontra preparado para atuar em algumas situações, como prevenindo e controlando as infecções, isso pode ser um grave problema, uma vez que não sabendo prevenir, ele pode transmitir através de técnicas e ações incorretas.

Por este motivo, se faz necessário que os trabalhadores sejam treinados antes mesmo do início de suas atividades de trabalho. Esta iniciativa dará confiança, não só ao trabalhador ao exercer suas atividades diárias de trabalho, como também ao pessoal da CCIH, em saber que as ações de prevenção e controle estão sendo cumpridas nos setores assistenciais.

Concluimos que em nosso estudo, o tempo e a falta de pessoal são fatores fundamentais envolvidos nas diversas intercorrências relacionadas tanto a saúde de nossos trabalhadores como para os cumprimentos das ações de prevenção e controle, que geram uma assistência de qualidade.

4.8.2 Fatores impeditivos à aplicação da teoria à prática, referidos no nível das relações de trabalho:

Neste nível, as respostas compreenderam 49 depoimentos que, de um modo geral, responsabilizavam outras categorias profissionais pelo problema da perpetuação das IHS.

O desenvolvimento da medicina, aliado ao crescimento da população e à maior demanda por serviços públicos e privados de atenção à saúde, fez com que surgissem várias outras profissões na área de saúde, além de medicina, farmácia, odontologia e enfermagem. (Girardi; Fernandes Junior; Carvalho, 2006)

O número, as denominações e as atribuições de cada uma dessas profissões variam com a legislação de cada país. No Brasil, conforme levantamento realizado por Girardi; Fernandes Junior; Carvalho, (2006) são reconhecidas atualmente 14 categorias de profissionais de nível superior e 43 de nível médio na área de saúde.

Em nosso entendimento, todas as profissões que atuam na área de saúde são dignas, úteis e necessárias e não surgiram por acaso; são fruto do atual estágio da civilização e muito podem contribuir para o bem-estar da população, tanto na prevenção e controle das infecções, como no tratamento e recuperação dos enfermos. Porém, com esta sistemática, era de prever-se a ocorrência de pontos de atrito por superposição de funções, meios e modos de atuar.

Conforme o depoimento abaixo, muitos profissionais reconhecem a profissão do outro como aquela de maior complexidade, o que de certa forma, induz a uma maior responsabilidade por parte dos integrantes daquela equipe.

“(...) eu acho assim tem outras profissões que a prática é mais complexa por exemplo a equipe de enfermagem que tem ter um cuidado maior nas vinte e quatro horas é mais complexo que a minha prática. (PSI)

Steagall-Gomes (1990) informa em seu estudo, que a equipe de enfermagem no Brasil apresenta uma característica "sui-generis" entre as profissões da área de saúde, por ser exercida por pessoal com diferentes níveis de formação. Era uma equipe com conformação de uma pirâmide, tendo no ápice os profissionais de nível superior, no corpo o pessoal de nível técnico e auxiliar e na base os que exercem ocupações de enfermagem, não possuindo formação regulamentada. Naquela época, a força de trabalho assim distribuída e utilizada não estava levando em conta a qualidade dos serviços finais prestados à população.

Hoje, segundo Miranda (2006), um exemplo de que este retrato se encontra mudado se deve a recente crise de enfermeiros nos Estados Unidos, onde a qualidade da assistência é bastante reconhecida. Com a redução do número de novos profissionais saindo das faculdades – e um número ainda menor ingressando – o país norte-americano viu milhares de vagas para enfermeiros abertas em seus hospitais, sem ter com quem as preencher. Foram obrigados a recrutar enfermeiros em países onde a formação profissional era compatível com a das faculdades estadunidenses, dentre os quais, o Brasil.

No depoimento abaixo, encontramos uma entrevistada indicando a tendência à culpabilização da enfermagem.

“É a enfermagem que não lava a mão direito! ” No entanto o médico assistente examina todos os seus doentes sem lavar as mãos entre um e outro só trocando a luva, e olhe lá, quando é caso de isolamento. E o esteto (estetoscópio)? Nem se fala! Mas, deixa isso para lá. Acho que isso nem é fator impeditivo ou é? Eu acho que é porque isso enfraquece muito a equipe, já ouvi até a própria médica da CCIH dizendo: “tem que ensinar esse pessoal da enfermagem para lavar a mão”. (ENF)

A crença de que os profissionais da área técnica são menos aptos a aprender que os de formação médica, representa uma exacerbação do etnocentrismo e da autonomia do saber médico em relação ao saber experiência. Nossos registros em diário de campo contemplam uma manifestação desta exacerbação por meio de uma abordagem que nos foi feita às vésperas do treinamento para enfermeiros: *“Quem vai dar o treinamento para o pessoal de enfermagem? Ao respondermos, a profissional continua: Ainda bem que não vai ser a Dr^a X.” [Por quê?]. “Porque ela acha que nós não sabemos nada e diz que aquilo que ela está falando é o que a gente precisa saber para evitar a infecção como se fossemos só nos dentro do hospital que transmitimos infecções. Vê se ela fala isso para os médicos amigos dela? No ano passado ou retrasado o treinamento dos enfermeiros foi dado junto com o dos residentes médicos e ela disse que isso deveria ser revisto, porque os enfermeiros têm muitas dificuldades e não conseguem acompanhar o nível”.*

Rozemberg, Silva, Vasconcellos-Silva (2002) descrevem, em relação às técnicas médicas, essa expectativa de que uma transposição linear de conhecimentos surta efeito, fica bastante evidente no depoimento acima. A informação é concebida como medicamento. Assim como só os especialistas sabem qual a composição química melhor para administrar ao leigo, também julgam estarem mais aptos a selecionar informações úteis ao outro.

Pedrosa e Teles, (2001), em um estudo que mostra a opinião de diferentes equipes sobre as relações no trabalho no Programa Saúde da Família, apontou boas relações entre médicos e enfermeiras, porém, havia dificuldades entre esses profissionais e agentes de saúde, causadas para os médicos pela falta de supervisão e baixo grau de instrução dos agentes.

O depoimento abaixo expressa a questão do fornecimento da informação às pessoas de baixo grau de instrução, no intuito de favorecer a relação de trabalho.

“Porque os outros profissionais que já foram treinados, vão lá cobrar da menina [profissional da limpeza] uma coisa que ela não sabe nem como fazer nem como proceder. Então aí elas ficam chateadas aborrecidas porque elas falam olha só essa moça grossa veio falar comigo assim e tal. Treinamento pra isso é muito importante porque o treinamento na verdade vai dar para estas pessoas [profissional da limpeza] base de questionamento para elas realizarem o trabalho delas, tipo, olha só dona Sonia vem cá não tem isso. Elas vão poder entender na verdade a razão das queixas das pessoas porque aí elas não vão achar que as reclamações são contra elas. Não é contra a menina que limpa o banheiro e contra o que está sendo oferecido para nós e da forma como está sendo colocado para ela trabalhar. Isso está errado!” (AA)

Os depoimentos a seguir mostram uma relação próxima entre saber e poder. Para Foucault (1979), é principalmente por meio desta *biopolítica*, que negocia domínios sobre a vida na história dos homens, que o saber-poder tem se constituído como *um agente de transformação da vida humana*.

“Sabe como é se pedir direito a gente faz mas, se vem mandando se achando a gente não tem que fazer porque é uma falta de respeito com a gente.” (LIMP)

“Um dia eu estava limpando uma coisa e veio uma doutora de outro setor que nunca falou comigo na vida. Aí ela disse não deu pra ver ainda que isso que você está fazendo tá errado? Vou chamar sua chefe pra ver isso! E foi embora e nem deu tempo de perguntar o que era o errado que ela estava falando” (LIMP)

Rangel (1993) reconhece na relação poder-conhecimento, poder-saber, uma instância definidora dos reais interesses dos sujeitos e propõe que os trabalhadores sejam pensados não como força de trabalho, mas como indivíduos, que são totalidades, que pensam, sentem, aspiram, constroem imagens e representações. Para tanto, importam seus processos inconscientes, suas experiências dentro e fora do trabalho, pretéritas, não só os presentes e racionalizadas e a partir das quais constroem sua ação individual e coletiva.

“ Às vezes as pessoas pensam que só porque elas estudaram mais do que a gente, elas podem falar de um jeito autoritário, isso deixa a gente muito chateado. Apesar de que não são todos, tem muito doutor aí que fala com a gente sempre brincando e sem estar mandando com aquele ar de autoridade, isso é legal” (TE)

A construção da identidade é, como mostra Rangel (1993), uma dinâmica relacional de produção cultural em que o indivíduo reconhece a si mesmo pelo que é idêntico e o que é diferente, nas suas experiências, tendo por referência o outro, numa relação de poder.

Identidade, poder e cultura encontram-se intimamente imbricados, pois que a identidade se recoloca sobre uma cultura de imagens e representações fortemente articuladas entre si e simbolizadas por ricas relações, mediadas pelas lutas de poder. A luta pelo poder, diz Rangel (1993), não é um fim em si, mas um sinal social de um jogo mais profundo da personalidade, que se insere no coração de toda relação prolongada.

“(…) não dava nem para falar com ela. Ela era debochada e falava com a gente com grossura apesar daquela voezinha docinha, ninguém nem queria perguntar as coisas pra ela. Já essa enfermeira nova tem uma paciência explica tudo que a gente pergunta você também era assim lembra? Mas depois que foi para o doutorado nem vem mais aqui.” (TE)

“Outra coisa e que vocês deveriam incentivar os supervisores e chefes a participar dos treinamentos, porque se eles participarem podem ficar mais em cima da equipe e exigir um comprometimento maior, porque ele vai saber do que se trata. Eu vivi uma experiência muito ruim por duas vezes por querer fazer as coisas que aprendi no treinamento fui advertida pela chefia. Minha chefe me disse que o que eu estava fazendo era uma atribuição administrativa dela, porém como ela nunca treinou na vida não sabe

o quanto era grave o fato de não ter aquele aparelho no setor, ela não conseguia entender o risco da contaminação até mesmo para ela. ” (ADM)

Um dos fatores apontado pelos entrevistados como uma dificuldade para as relações entre as equipes de saúde foi a ausência de consciência quanto à higienização das mãos e as questões sobre a falta de compromisso com o trabalho.

“(...) a higienização das mãos que eu acho que é de grande importância para prevenir o risco por nos trabalharmos na área de saúde o que não acontece com a maioria dos funcionários administrativos, e eles não tem consciência. ” (AA)

“Então é um pouco frustrante até a gente vê que tem material, tem como fazer, tem pessoas que se disponibilizam para fazer os treinamentos para trazer para gente sempre novas informações, mas que por algumas pessoas serem irresponsáveis com a situação a gente acaba não vendo o trabalho ir para frente. ” (ENF)

“Seu trabalho e de formiguinha tá lá o tempo todo tentando melhorar né, mas, o que mais me chama atenção é um pouco de negligência dos funcionários com eles mesmos, quando eu vejo alguns atuando no trabalho. ” (PSI)

“O que acontece então se a gente faz a nossa parte certa mais o colega não? O que eu acho e que falta dar explicação para essas pessoas que não foram. Aliás acho que todo mundo deveria participar inclusive chefe. Sabe por quê? Chefe não é Deus ele não sabe tudo e mesmo que soubesse também erra, então precisa estar lá aprendendo. ” (TE)

“(...) a coisa de você ficar um pouco sem animo quando vê essas pessoas de não sei quantos anos de formado e de trabalhar aqui que nunca foram a um treinamento e acham que está sempre certo e vivem fazendo as coisas erradas. ” (TE)

Para Furtado e Tanaka (1998), a implantação da equipe interdisciplinar, apontada como facilitadora, aparece ressaltando as dificuldades de realmente ser efetivada. As tensões internas a cada equipe, a formação de cada categoria profissional dando ênfase à especialização e não ao trabalho integrado, o pouco acúmulo teórico do que seria a interdisciplinariedade e as diferentes visões do papel de cada membro dentro da equipe tornam tensas as relações, dificultando, muitas vezes, a consolidação do trabalho interdisciplinar. Neste momento o compromisso parece ser importante pelo caráter processual, de mudança da nova proposta assistencial. Ou se considera a presença do compromisso neste processo, ou corre-se o risco de não aprofundar a discussão e não implementar efetivamente uma forma interdisciplinar de trabalho em equipe.

Tragtenberg (1985) coloca que a preocupação com uma mudança no processo de formação de maneira a formarmos profissionais mais comprometidos com uma prática ética, com relações mais humanas é antiga. Há muito que se pretende interferir, nessa direção, no processo de formação. A questão que persegue e preocupa todos os que se envolvem é o como isto deve ser feito. Então cabe refletir se seria possível ao aparelho formador, o processo educativo, transformar pessoas. Esse é um processo extremamente complexo, cujas experiências e compreensões teóricas precisam ser partilhadas, para fundamentarmos algum tipo de ação nesse sentido.

Um estudo realizado por Cezar e Marziale (2006), sobre os problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, apontou como a forma de violência mais referida pelos médicos e pelos trabalhadores de enfermagem as agressões verbais. O assédio moral foi apontado também pelos médicos, ficando em último lugar entre as formas de agressão.

Já os profissionais de enfermagem não referiram o assédio moral, porém apontaram a discriminação social como um dos itens da violência ocupacional. Esta forma de violência foi apontada pelos dois grupos como algo proveniente das relações de trabalho.

Para os autores, as agressões verbais podem estar relacionadas à forma como são mediadas as discussões dentro da equipe pelas chefias ou supervisores, visando impedi-

las entre os membros da equipe. Os depoimentos abaixo mostram discriminações de gênero e de agressões verbais.

“(...) ela era super grossa meio sargentão e até hoje é criticada por quase todos os profissionais, porque não tinha modos pra chegar pra falar e aí é muito complicado, e até eu não consigo entender que essa colega saiu da CCIH e colocaram-na em outro setor que tem que interagir também com outros profissionais e continua a mesma coisa.” (TE)

“Ela, aquela que detesta o sexo feminino, mas que é “tão docinha”. (Risos.) Aí a gente pede e vem ela com aquela vozinha dizendo: “não têm na casa vocês tem que aguardar um pouco que eu estou providenciando.” Só que nunca chega pelas providencias dela.” (TE)

“As palestras dadas pela Enfermeira Y ninguém gosta porque acaba sempre em confusão. Ela para chamar a atenção de alguém joga um contra os outros. Ela diz que fulano falou isso do outro, diz que fulano falou isso e fez isso e não vai direto na pessoa para chamar a atenção. Isso acaba dando muita confusão entre as pessoas.” (LIMP)

“(…), mas eu vejo que certos profissionais e principalmente uma certa negligencia em relação aos visitantes né. (...) falta talvez um pouco mais de me deixa falar a palavra certa para não ser mal interpretado, talvez comprometimento seja a palavra ideal nessa hora. Um pouco mais de comprometimento de alguns funcionários né eu acho que é isso não a mim não impede a mim, mas, eu vejo certas pessoas deixando de fazer, e a mim me preocupa. (PSI)

Como podemos observar no depoimento acima, as relações de trabalho também envolvem a convivência com os pacientes, seus acompanhantes e visitantes. Na opinião da maioria dos profissionais que participaram do estudo de Cezar e Marziale (2006) sobre violência ocupacional, este mesmo grupo apresentava comportamento agressivo quando questionados sobre seus comportamentos no ambiente hospitalar. E os trabalhadores de todas as categorias acreditaram que as agressões verbais dirigidas a eles eram motivadas pelas precárias condições de atendimento ao público, devido às péssimas condições de trabalho e à desigualdade social vigente no país. Os pacientes, embora considerados muitas vezes como agressores, eram também vítimas da inadequada assistência oferecida.

Podemos concluir então, que aquilo que acontece no ambiente de trabalho nos afeta direta e indiretamente, uma vez que passamos a maior parte do nosso dia nele. A convivência e a troca de energia com as pessoas que trabalham conosco são fundamentais para a manutenção de nosso equilíbrio físico, mental, emocional e espiritual.

Segundo Boff (1999), as pessoas são seres de cuidado e de destruição, de ajuda e de coerção, exprimem-se pela tensa disputa da loucura e sapiência que as encerra. O ato de cuidar sofre pressões tanto da racionalidade empírica-prático-instrumental, como das pulsões incontroláveis e delinquentes que integram o *homo sapiens-demens*.

4.8.3 Fatores impeditivos à aplicação da teoria à prática referidos no nível das condições de trabalho:

Em 61 depoimentos, encontramos relatos sobre as condições de trabalho, sendo um fator impeditivo às práticas de prevenção e controle durante as atividades de trabalho.

Como condição de trabalho, define-se o conjunto que envolve o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação altitude, etc.), o ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene e de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho, tendo como alvo o corpo do trabalhador e ocasionando desgaste, envelhecimento e doenças (Dejours, 1990).

A degradação deliberada das condições de trabalho se constitui em uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização. Tomasi, Sant'anna, Oppelt (2007), informam que diversos fatores têm sido relacionados ao estresse ocupacional, oriundos das condições de trabalho.

Na luta pela saúde, os trabalhadores buscam assumir o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para anular ou minimizar suas nocividades. E, nesse processo, somente com a conquista de um poder real dos trabalhadores, é possível impor as modificações, sejam tecnológicas, técnicas ou normativas que possam anular ou reduzir ao mínimo os riscos a que o trabalhador está exposto no local de trabalho (Souza *et al*, 2003).

As condições de trabalho referidas como impeditivos à prevenção das IHS evidenciaram deficiências gerais que variaram desde o espaço físico, presença de riscos no ambiente podendo levar aos acidentes, equipamentos antigos, danificados ou fora das conformidades de prevenção e controle de infecção e falta de produtos essenciais para exercer as atividades de trabalho como: sabão líquido e ou clorexidina e ou álcool gel e ou papel toalha.

Os depoimentos abaixo irão relacionar a falta do espaço físico:

“Mesmo estando com a luva mesmo estando preparado, de repente tem uma urgência e eu preciso abrir uma porta, eu não tenho como abrir aquela porta decentemente sem que haja uma contaminação, então eu acho que o lugar, a planta física deveria estar adequada isso iria ajudar muito.” (ADM)

“(...) o próprio espaço físico a arquitetura, as salas, não sei se é porque eu peguei o hospital dia numa fase de mudança para um ambiente novo, então até você adequar o novo ambiente, os materiais, e enquanto você vai adequando vai montando o setor você também vai atendendo e a coisa vai acontecendo simultaneamente.” (ENF)

“Agora mais do que a falta de material eu acho que é o pouco espaço físico, a condição do material permanente isso é muito ruim. Atualmente vem melhorando um pouco estão comprando camas novas. Agora, com certeza, o ambiente o espaço físico entre os leitos é muito ruim. Fica até perigoso de ocorrer um acidente durante a realização de um procedimento. A sala de preparo de diluição de medicação não é apropriada, isso tudo acaba gerando uma bola de neve e lá na ponta vai atrapalhar no cuidado ao paciente.” (TE)

“E o espaço a gente aprende no treinamento que tem que limpar as paredes do lado da cama, não é? Como? Se dentro do quarto não tem nem espaço para arrastar a cama, mesinha e tudo mais? Material, o equipamento de proteção não falta não, mas eu acharia que deveria de ter mais sacos, mais pano de chão, mais cloro, mais essas coisas para a gente ter mais afinco na limpeza porque às vezes a gente tem necessidade de fazer uma limpeza melhor mais pesada, mas, não tem o material que precisa adequado disponível na hora para a gente.” (LIMP)

“Aqui um dos fatores é que tem muita gente para ser atendida, o espaço é pequeno também e não se consegue limpar direito.” (LIMP)

Conforme Martins (2001), o local de trabalho deve possuir uma disposição ou layout que otimize o fluxo não só das informações, como também das pessoas. Deve ser arejado, ter iluminação adequada, ser mantido sempre limpo e em bom estado de conservação. A comunicação visual dos diversos tipos de identificação deve estar em harmonia com o ambiente, evitando assim, a poluição visual de várias cores.

Ainda para o autor, ambientes funcionais e organizados proporcionam maior satisfação no trabalho. Deve se incentivar a viabilização, sempre que possível, de recursos para promover pequenos reparos cada vez mais agradável e ergonômica. Os espaços devem permitir fluxos de trabalhos corretos. Em alguns ambientes, como central de esterilização, nutrição e dietética e unidades de processamento de roupas,

existem, obrigatoriamente, determinados fluxos de trabalho a serem seguidos, os quais a solução arquitetônica adotada deve atender e facilitar.

Velloso, Valadares, Santos (1998), em um estudo de caso baseado na percepção do trabalhador de coleta de lixo domiciliar, verificaram que o aprimoramento tecnológico e operacional, não se fizeram acompanhar de uma melhora nas condições de trabalho, entre elas, a questão do ambiente físico. Tomasi *et al* (2007) mostram em seu estudo sobre condições de trabalho com profissionais da rede básica de saúde, que em 38% dos casos o ambiente físico foi avaliado como inadequado.

Barcellos e Machado (1998) informam que as relações entre o ambiente e a saúde têm sido estudadas, desde a antiguidade, através de diferentes abordagens cuja evolução foi paralela e no mesmo sentido do desenvolvimento da própria geografia. O uso do espaço como categoria de análise tem sido ressaltado em trabalhos recentes nas áreas de epidemiologia, geografia médica e análise ambiental.

Ainda para estes autores, a dimensão espacial definida pelo trabalho evidencia a relação direta entre as atividades humanas de natureza social e o espaço, que nesse contexto ganha uma dimensão além da geométrica e são constituídos lugares especiais, que podem ser modelados em estudos ecológicos de associação entre variáveis de exposição descritoras do processo de trabalho e indicadores biológicos de exposição.

No depoimento de uma das funcionárias da limpeza, identificamos a queixa de que dentro do quarto do paciente não há espaço para arrastar a cama, mesinha e todo o mobiliário. Segundo o Ministério da Saúde, através da Portaria 1884 de 11/11/1994, no Capítulo 6, as condições ambientais de controle de infecção hospitalar para a internação de adultos ou crianças deve ter a distância de 1 metro entre os leitos paralelos, de 0,50 m entre leito e paredes laterais, de 1,5 m entre o leito e parede ao pé do leito. No IPEC, os leitos são encostados na parede com um espaço de aproximadamente 30 cm entre os leitos.

A seguir, a presença de risco no ambiente, podendo levar ao acidente, estará presente nos depoimentos.

“E outra coisa também que dificulta esta questão do risco é você olhar dentro do setor, que depois eu gostaria até que você desse uma olhada sobre as condições que nos temos porque também tem que haver condições para que os profissionais não estejam expostos ao risco. Para que a pessoa tenha condições de realizar um bom trabalho é preciso que ela tenha o melhor, agora se você não tem condições você tem que trabalhar com o que você tem...” (ADM)

Tomasi *et al* (2007) coloca que observações e análises do processo produtivo possibilitam avaliar a (s) situação (ões) de risco, presente (s) em cada fase do processo. Existe grande ligação na forma de organização do trabalho com as condições deste trabalho. Ou seja, caso as condições não sejam satisfatórias, é impossível organizar o trabalho de forma favorável, e isto irá convergir para a exposição do trabalhador ao risco.

As observações de nossos profissionais podem contribuir e basear a elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) em nossa instituição. Em virtude da complexidade do trabalho que realizam, teriam, em profundidade, contribuições valiosas a oferecer.

Os depoimentos abaixo se referem à substituição de equipamentos antigos, danificados ou fora das conformidades de prevenção e controle de infecção.

“(...) como alguns equipamentos antigos que precisam ser trocados ou materiais hospitalares mais modernos a CCIH podia exigir que fossem comprados para manter o padrão de controle das infecções hospitalares.” (RM)

“A lixeira desse banheiro ela é aberta ela não tem uma tampa, vai lá para você ver.” (AA)

“Os bancos da recepção que continuam até hoje de pano, a gente está sempre reclamando. Vocês fazem aqueles documentos dos problemas que agente conta nos treinamentos, mas até hoje não mudou. Mesmo a gente reclamando os bancos nunca foram trocados continuam a ser de pano e por isso a gente não pode fazer desinfecção. Semana passada a paciente urinou no banco e eu tive que limpar com água e sabão e passar álcool 70 porque cloro não poderia usar porque iria manchar. Fiquei durante vários dias colocando o banco para fora durante o dia e quando o ultimo guarda saia a noite colocava para dentro. Então a gente aprende que isso não é o certo, mas como não tem o que é certo a gente acaba tendo que fazer o errado. ” (LIMP)

Os materiais utilizados na rotina das atividades do setor devem estar acessíveis, identificados, arquivados e organizados de modo funcional, para que possam ser encontrados rapidamente, além de permitir uma maior organização de recursos no dia a dia (Martins, 2001). Segundo a Associação Paulista de Controle de Infecção APECIH, em Brasil (2003), é dever da Instituição de Saúde garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e o suprimento de mobiliários que permitam os processos de desinfecção, com a finalidade de prevenir o cruzamento das infecções.

Nos depoimentos dos entrevistados, verificamos que a lixeira sem tampa, o banco de tecido que não permite a desinfecção e os materiais antigos que precisam ser atualizados, são problemas que podem interferir diretamente na prevenção e controle de infecção. Porém, para cada uma destas situações não conformes, já foram enviadas solicitações que até o momento não foram atendidas pelos gestores do IPEC.

É importante lembrar que nos mais diversos contextos hospitalares, freqüentemente, os profissionais das CCIHs são cobrados por situação onde já, por muitas vezes, desencadearam as solicitações para as providencias, mas persiste a dependência dos gestores das Instituições que, por vezes, desconhecem os princípios científicos da prevenção e controle de infecção, acabando por não levar adiante estas solicitações.

A organização do trabalho é fator interveniente no controle das IHS, como vimos anteriormente. Também por este motivo, nossos treinamentos atualmente são direcionados também a funcionários administrativos e temos ainda a intenção de realizar um treinamento sobre os princípios básicos da prevenção e controle para gestores, entendendo seu papel central na organização hospitalar.

Os depoimentos a seguir trazem a questão da falta dos instrumentos básicos para a realização de um dos procedimentos mais importantes no controle de infecção, que é a lavagem das mãos. A falta do sabão líquido e /ou clorexidina e /ou álcool gel e/ou papel toalha podem inviabilizar toda uma técnica mostrada nos treinamentos e incentivada na realização da prática diária de trabalho.

“Uma coisa que acontece constantemente é você procurar sabão líquido ou clorexidina para lavar a mão e encontra os dispensadores vazios ou ainda, não tem papel toalha para secar a mão, aí a gente vai até outra pia e acontece à mesma coisa. No final a gente perdeu tempo procurando as coisas, um tempo que não dá para perder principalmente quando a enfermaria está cheia de doente pra vê. A gente nunca encontra quem seria o responsável em repor o que falta. Quando as pessoas chegam nas pias para lavar as mãos e não encontram o que é necessário para realizar o procedimento isso dá uma revolta porque se há cobrança para realização agente precisa ter o mínimo necessário para realizar. ” (RM)

“(...) lá na enfermaria a gente percebe aí teve um dia que não tinha sabão aí eu não sabia o que fazer até porque eu sempre uso o sabão só tinha clorexidina aí eu não sabia bem se era para usar. ” (PSI)

“(...) e que não é só ta lavando como tem que lavar limpar o chão como você vê como vai estar limpando o banheiro o papel higiênico todo exposto da forma como ficam, às vezes não tem papel higiênico e aí. Às vezes elas esquecem de colocar o sabonete líquido, e para que esse sabão em barra? ” (AA)

“Lá no banheiro os papéis para enxugar as mãos ficam em cima da pia, elas não abrem a caixinha para guardar o papel lá dentro é bem deficiente. Eu falo do banheiro da parte de baixo do hospital porque é o que eu uso. Eu acho até que os recipientes que tem não comportam porque é um banheiro usado por muitas pessoas eu acredito que seja isso. Então o que é que acontece fica uma parte dentro da caixinha lá e a outra em cima da bancada da pia.” (AA)

“(…) a questão das pias de lavagem de mãos que constantemente entope e prejudica um pouco da lavagem das mãos às vezes a gente vai pegar um papel toalha para enxugar a mão aí não tem, aí você tem que sair procurando em todas as pias para ver qual a que tem. Acho que é uma questão de estrutura (…)” (ENF)

“(…) principalmente quando falta sabão, clorexidina ou papel toalha e a gente não consegue sair de um quarto do paciente para passar para outro e muitas vezes não tem sabão nem papel no corredor aí tem que atender o outro paciente sem lavar a mão, e isso é uma coisa simples básica, mas acontece muito. “(…) essa parte do sabão e que uma coisa chata é um empecilho é um entrave.” (TE)

“Fez o guach, a purpurina, a placa e tal, aí vai lavar a mão e o que acontece quando chega na pia? Não tem clorexidina, não tem sabão, não tem papel toalha aí o que a gente faz? Da muita vontade de ir lá chamar vocês da CCIH para dizer: E agora vocês ensinaram tudo bonitinho, mas como a gente faz se não tem nada pra fazer?” (TE)

“(…) a gente tem uma dificuldade às vezes de ter um suporte a todo o momento falta sabonete e clorexidina, na enfermaria, por exemplo.” (LIMP)

“Em relação ao material, não faltando sabão ou melhorando o atendimento das pessoas que repõem, porque não é a falta do produto na casa, mas, é a reposição que é complicada. Ontem, por exemplo, eu estava de plantão e eu tinha duas almotolias de álcool e um galão de álcool de cinco litros vazio e as almotolias pelo final, a gente ficou sem álcool no plantão todo.” (TE)

Nesse último depoimento, verifica-se que de novo a questão da organização do trabalho é central.

Conforme Freire (1996), uma das tarefas mais importantes da prática educativa crítica é propiciar as condições em que os educandos ensaiem suas experiências teóricas. Ainda para o autor a capacidade de apreensão não perpassa o firme propósito somente do aprendizado, esta não deve adaptar-se, mas, sobretudo transformar a realidade, para nela intervir. Podemos considerar e devemos estimular os nossos entrevistados a reivindicação não somente através desta pesquisa, mas, também na realidade encontrada diariamente através da solicitação constante do material desejado. Observamos que quase todos os entrevistados não haviam questionado a utilização da técnica pelo desconhecimento e sim por fatores que os impediam de realizá-la.

Valla *et al* (2000) relata o caso de moradores da favela da Leopoldina, no Rio de Janeiro, aonde a água chega apenas de oito em oito dias, e por um período de quatro a cinco horas. Há famílias que já ficaram mais de cinco meses sem receber água, e isso é comum, pois durante o verão, a entrada de água é de quinze em quinze dias. Para intervir na realidade encontrada, alguns moradores desviaram suas calhas para dentro das caixas d'água, captando desta forma a água da chuva, que denominaram de CEUDAE.

No dia do abastecimento, se a caixa já se encontra cheia com a água da chuva, os moradores guardam a água em latões, locais ideais para a criação do mosquito da dengue, e potencialmente, o da febre amarela. Ao serem questionados sobre as informações recebidas em palestras ou folderes sobre as formas de transmissão da dengue, os moradores conhecem toda a teoria, inclusive reconhecem estar agindo erradamente quanto às informações recebidas. Porém, diante da situação vivida, os moradores não encontram alternativa, pois necessitam da água.

Da mesma forma, nossos entrevistados relataram conhecer a teoria e saberem que estão “errados” ao atender os pacientes sem realizar a higienização das mãos. Mas, frente

à situação descrita anteriormente, eles optam por atender os pacientes. Enfim, o que é certo à margem de princípios éticos: atender o paciente, seja de que forma for, ou não atendê-lo, por ter consciência de que pode contaminá-lo pela forma como o atendimento está sendo realizado?

Para Freire (1996), a prática deve ser crítica, implicante do pensar certo, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer. Perguntamos então: Frente a esta situação encontrada, qual seria o procedimento certo?

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN, em Brasil (2007), no uso de suas atribuições legais e regimentais, prescreve no CAPÍTULO III quanto as Responsabilidades: Art. 16 - Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. No CAPÍTULO IV Dos Deveres: Art. 20 - Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe. Porém, no CAPÍTULO V Das Proibições: Art. 42 - Negar assistência de Enfermagem em caso de urgência ou emergência. Art. 43 - Abandonar o cliente em meio a tratamento sem garantia de continuidade da assistência.

Em comum entre os códigos de todos os profissionais que prestam assistência na área de saúde, é unânime o princípio da prevenção de danos que determina: todas as pessoas têm o dever de prevenir danos a outras pessoas, tanto quanto estiver ao seu alcance fazê-lo, sem causar danos ao próximo. É do alcance dos profissionais de saúde, utilizando o simples ato de higienizar as mãos, prevenir as infecções hospitalares através de cruzamentos, quando, na maioria das vezes, o veículo promotor são as mãos do profissional.

Não é a nossa intenção sugerir que por falta de apoio material para realizar a higienização das mãos, seja negada qualquer tipo de assistência ao indivíduo. O que seria necessário é uma reflexão crítica dos profissionais que atendem aos pacientes, de como o fazem e reivindicar as condições necessárias para exercerem uma assistência de qualidade, buscando prevenir qualquer tipo de futuros danos ao seu cliente e a si mesmo.

No depoimento abaixo, reforçamos a questão discutida anteriormente, na visão de uma profissional da limpeza, que informa a falta de um dos seus principais instrumentos de trabalho, o pano de chão. Mais uma vez o profissional mostra o conhecimento da teoria, ao reconhecer que necessita de mais de um pano para limpeza de áreas diferentes, porém, deixa de aplicar seu conhecimento na prática diária de trabalho pelos fatores impeditivos.

“Gostei de você perguntar isso. Você fala pra gente assim: tem que usar um pano para limpar cada lugar. Como? Se a gente não receber um monte de pano para isso?” (LIMP)

Os depoimentos abaixo demonstram a percepção do profissional em relação às condições de trabalho inadequadas.

“A quantidade de profissionais de enfermagem e da limpeza não é que impede, mas é o caos, assim o paciente tá desorientado a gente limpa a gente ajeita aí o paciente tá do lado de fora num lugar que não é para estar. No caso do paciente em isolamento de MARSA o paciente deveria estar na varanda de MARSA mas, não tá. O paciente do respiratório nem sempre está dentro do seu quarto ou aparelhado do jeito que ele tem que estar para sair do quarto.” (LIMP)

“Quando tem um quantitativo pequeno de pessoas a situação também é caótica, fica muito difícil inclusive a gente vê que nestas situações aumenta o número de precauções de contato por ficarem mais colonizados por bactérias multiresistentes. Enfim, fica até difícil pra gente fazer supervisão quando há pouco quantitativo porque tem que dar conta de todos aqueles trabalhos e não dá pra você ficar empenhado supervisionando técnicas corretas ou não.” (ENF)

“Isso é muito ruim porque quando a gente não tem recurso é ruim para fazer qualquer coisa.” (TE)

Observamos que a integração entre o saber adquirido nos treinamentos e o "saber" específico da função que exercem os profissionais na vivência do próprio trabalho, contribuem para o aumento de sua percepção em relação às condições de trabalho pouco favoráveis.

As condições de trabalho inadequadas são logo percebidas quando o profissional se vê na prática diária de trabalho. Percebemos também que isto independe do grau de escolaridade de nossos entrevistados, pois entre os depoimentos acima, a profissional da limpeza rapidamente consegue detectar os fatores que a estão impedindo de realizar o seu trabalho com segurança. Porém, a enfermeira vai além e detecta outra ligação das condições inadequadas com o aumento das infecções hospitalares.

Quando entramos em uma sala para realizar um treinamento, temos em mente ensinar e não transferir conhecimento. Freire (1996) coloca que saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Verificamos, através de nossos resultados, que estamos conseguindo cumprir uma boa parte das nossas funções como educadores, à medida que nossos educandos encontram suporte teórico nos treinamentos para identificar os fatores que os impedem de realizar atividades preventivas das infecções hospitalares, na prática diária de trabalho.

Velloso, Valadares, Santos (1998), em seu estudo, mostraram que os entrevistados coerentemente com a racionalidade teórica que apoia a percepção de causa dos acidentes, foram unânimes em responder que a melhoria das condições de trabalho só aconteceria a partir da própria empresa. Esta, segundo eles, não estaria propiciando condições adequadas de trabalho. Para os nossos profissionais não foi explícita a responsabilidade pela melhoria das condições por parte da instituição. Em nenhum momento foi citada a instituição como responsável pelos fatores impeditivos. Algumas vezes encontramos até a menção da “culpa” da chefia, mas acima desta, nenhuma outra gestão foi mencionada como fator resolutor dos problemas encontrados.

Brasil (2003), mostra que entre as razões para a má adesão às recomendações de higienização das mãos, alguns deles estão claramente associados à Instituição ou Sistema mais abrangente onde ela se insere. Todas as situações apontadas exigem mudanças no sistema da maioria das instituições, porém por causa da complexidade do processo de mudança, intervenções simples, apenas na esfera de ação do trabalhador, falham freqüentemente.

Concluimos então, que o compromisso do profissional com a sua prática de trabalho envolve, além de mudanças na forma de realização das suas atividades, o envolvimento institucional.

4.8.4 Fatores impeditivos à aplicação da teoria à prática referidos no nível cognitivo e comportamental:

Nesta categoria, observamos propostas estratégicas de ensino e reforço para fixação da aprendizagem.

Banaco (1997) compara com um ditado popular a questão da necessidade do reforço para que ocorra a tão esperada mudança de comportamento, dizendo: *“quando a ferramenta que temos na mão é um martelo, tudo à nossa frente vira um prego”*. Ele reflete uma das leis mais fundamentais do comportamento, que é a lei do reforço: se o martelo já foi usado alguma vez para fixar pregos, e prestou-se para isto, é quase fatal que se tente utilizá-lo de novo, quando se quiser fixar alguma coisa (mesmo que essa coisa não seja um prego).

Nossos entrevistados mostram a valorização do reforço como um indutor da mudança de hábito ou comportamento, em depoimentos como:

“É, talvez assim, é como se a gente precisasse de um treinamento e acompanhamento para ir mudando (...)” (PSI)

“Manter os treinamentos sempre porque a falta deles é um fator que impede também essa cadeia de raciocínio em que as pessoas estão focadas para mudar seus hábitos. ” (AA)

“Porque o que eu acho que falta é a intensificação. Pra educar você não pode ser assim hum!!!! Essa parte de intensificação das coisas certas corretas para evitar e prevenir ela tem que ser completamente intensificada a todo instante a todo sempre. Tem que ter lembretes pelo hospital inteiro para que as pessoas tomem consciência e mudem seu comportamento. ” (TE)

“Então eu acho que isso deveria de ser uma ou duas vezes na semana não sei, uma aulazinha tipo assim conscientização para as pessoas estarem mudando através de estar sempre batendo na mesma tecla dizendo que isso também faz parte do trabalho, da nossa saúde e até para o desenvolvimento do trabalho que nós realizamos. ” (ADM)

Banaco (1997), afirma que as técnicas comportamentais são boas, são válidas, são úteis. Mas precisam ser empregadas num contexto terapêutico, e seu emprego ser decorrente da análise funcional, formulada por um profissional habilitado para isto. Conclui que não podemos deixar que as pessoas transformem tudo em prego, só porque lhes demos um martelo.

Nossos achados mostram que os profissionais entrevistados acreditam que a repetição freqüente da informação é o ponto chave da questão da mudança de hábitos e comportamentos. Baseados nos depoimentos fornecidos, eles acreditam que os treinamentos sejam o ponto forte para ajudar na modificação dos hábitos. Para tanto, nós, trabalhadores da CCIH, também deveríamos investir em técnicas comportamentais. O que não é de forma nenhuma nosso desejo, visto que, estaríamos, com isso, estimulando os profissionais a adotarem comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos, ou seja, compulsões.

Banaco (1997) informa como os procedimentos de reforçamento positivo podem produzir mudanças no comportamento humano. O autor informa que alguns trabalhos criticam os procedimentos de reforçamento propondo procedimentos de teorias de aprendizagem que sejam substancialmente significativas para os indivíduos.

Este mesmo autor menciona ainda que constantes treinos de habilidades específicas sejam excelentes resolutores de problemas existentes em nível da criação de um modo de comum de todos procederem.

Nossos entrevistados parecem também perceber esta afirmativa do autor:

‘É um processo que vai demorar porque em muitas pessoas já está incutido umas coisas que já se enraizaram, mas eu acho que o trabalho tem que ser assim reforçado mesmo nos treinamentos precisam constantemente estar revisando continuar com esse trabalho. Sempre havendo novos treinamentos’ (AA)

“ (...) a CCIH pode continuar dando os treinamentos, sempre treinando, e chamar as chefias para que estes também participem e incentivem os profissionais do seu serviço para treinar participar mesmo dos treinamentos não ir só lá para dar presença. Isso seria uma boa maneira de resolver o problema” (ADM)

“Espero que continue assim dando essa atenção, dando continuidade aos treinamentos. ” (TE)

Para Zanotto (2002), a primeira disciplina a se instituir como ciência do comportamento e a se qualificar de “experimental” foi a Psicologia. Os trabalhos de Pavlov, Titchener, Watson e Thorndike no passado, só para citar alguns, bem como as obras de Skinner nas últimas décadas, ilustram a orientação científica que dominou e continua dominando o campo da Psicologia Educacional. O Behaviorismo americano,

também chamado de Teoria Estímulo-Resposta, oferece um modelo mecanicista para o estudo do comportamento, pois o mesmo é visto “de fora para dentro”.

Ainda para a autora, daí nos vem a teoria da aprendizagem, conhecida pelo nome de condicionamento, que explica como se processa a formação de hábitos, por meio da manipulação de um incentivo que atua como reforço, isto é, uma forma de pagamento pela emissão do comportamento esperado. Daí também nos chega a tecnologia educacional da instrução programada, os POPs e Guidelines; e é também de lá que procedem as informações que temos sobre como “manipular” o comportamento humano; são as chamadas técnicas de “modificação de comportamento”. Não há por que menosprezar esses conhecimentos, pois são válidos e úteis, quando nos seus devidos lugares. O que é indevido está errado, e, portanto, inapropriado refere-se à utilização indiscriminada de metodologia e técnicas behavioristas em educação, pois fazer uso dela de maneira “ingênua e irrefletida” significa reduzir a complexidade do processo educativo à simples aquisição de habilidades por condicionamento ou treinamento.

Zacharias (2007) coloca que a teoria de Skinner baseia-se na idéia de que o aprendizado ocorre em função de mudança no comportamento manifesto. As mudanças no comportamento é o resultado de uma resposta individual a eventos (estímulos) que ocorrem no meio. Uma resposta produz uma conseqüência, bater em uma bola, solucionar um problema matemático. Quando um padrão particular Estímulo-Resposta é reforçado (recompensado), o indivíduo é condicionado a reagir. A característica que distingue o condicionamento operante em relação às formas anteriores de behaviorismo é que o organismo pode emitir respostas, em vez de só obter respostas devido a um estímulo externo.

Esta autora coloca que o reforço é o elemento-chave na teoria de Skinner. Um reforço é qualquer coisa que fortaleça a resposta desejada. Pode ser um elogio verbal, uma boa nota, ou um sentimento de realização ou satisfação crescente. A teoria também cobre reforços negativos como uma ação que evita uma conseqüência indesejada.

O conceito-chave do pensamento de Skinner é o de condicionamento operante, que ele acrescentou à noção de reflexo condicionado, formulada pelo cientista russo Ivan Pavlov. Os dois conceitos estão essencialmente ligados à fisiologia do organismo, seja animal ou humano. O reflexo condicionado é uma reação a um estímulo casual. O condicionamento operante é um mecanismo que premia uma determinada resposta de um indivíduo até ele ficar condicionado a associar a necessidade à ação. É o caso do rato faminto que, numa experiência, percebe que o acionar de uma alavanca, levará ao recebimento de comida. Ele tenderá a repetir o movimento cada vez que quiser saciar sua fome (Zacharias, 2007).

Zanotto (2002) acrescenta informando que a diferença entre o reflexo condicionado e o condicionamento operante é que o primeiro é uma resposta a um estímulo puramente externo; e o segundo, o hábito gerado por uma ação do indivíduo. No comportamento respondente de Pavlov, a um estímulo segue-se uma resposta. No comportamento operante de Skinner, o ambiente é modificado e produz conseqüências que agem de novo sobre ele, alterando a probabilidade de ocorrência futura semelhante.

Lima, *et al* (2005), colocam que a psicologia cognitivo-comportamental fundamenta-se no pressuposto de que os processos cognitivos, biológicos, comportamentais, socioculturais e ambientais influenciam-se mutuamente, visando promover o melhor ajustamento entre o indivíduo e seu ambiente. Atualmente está sendo utilizada na área da saúde a Psicoterapia Cognitivo- Comportamental (PCC) no tratamento de uma variedade de problemas, desde dificuldades existenciais e desejo de mudar o estilo de vida até questões mais específicas como: pânico, depressão, ansiedade, anorexia, obesidade, bulimia, dependência química, disfunções sexuais, obsessões e compulsões.

Esta autora problematiza que a dicotomia corpo-mente se expressa distintamente em diferentes contextos culturais. Esta dicotomia é mais acentuada, por exemplo, na cultura anglo-saxônica do que na latino-americana. Isto leva à diferentes interpretações quanto à percepção da influência da emoção nas experiências vividas, sugerindo que essa orientação considerada desejável entre os primeiros, pode não ser tão benéfica entre os latinos-americanos se a atitude de relacionar modificações levar a respostas exacerbadas de comportamento.

Não gostaríamos somente de estar simplesmente proporcionando a mudança do comportamento e a aquisição do hábito por condicionamento, como resposta aos nossos treinamentos. Temos a intenção de provocar que os nossos profissionais entendam a prevenção e o controle das infecções hospitalares desde uma perspectiva integral, através de um conceito multidimensional. Um profissional capaz de identificar os processos relacionados com a prevenção com o objetivo de propor intervenções que pretendam contribuir para a promoção e educação da saúde, resgate e melhora e desenvolva o raciocínio lógico que compreenda os processos de controle das infecções.

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou captar, a partir da análise dos 181 questionários respondidos pelos profissionais de saúde do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz, Rio de Janeiro nos treinamentos da CCIH e nas 30 entrevistas realizadas, a origem de uma importante lacuna entre o conhecimento teórico dos profissionais sobre os riscos de infecções existentes no ambiente hospitalar e a aplicação prática das atividades de prevenção e controle disponíveis na atualidade.

A análise das informações obtidas a partir do presente estudo, permitiu-nos alcançar os objetivos propostos.

Além disso, foi desenvolvido, testado e avaliado nos treinamentos um processo de ensino/aprendizagem em que os conhecimentos teóricos foram associados com a realização das atividades na prática diária de trabalho.

Dentre os resultados, observamos uma grande receptividade aos treinamentos da CCIH, fato talvez relacionado à questão de tratar-se de um hospital de ensino e pesquisa, onde o estímulo à titulação e ao crescimento profissional acaba por levar a uma valorização maciça à participação em cursos ou treinamentos. Devendo se considerar também o aumento de remuneração, aproveitando as avaliações de desempenho dos funcionários públicos, onde um dos fatores considerados é a apresentação de certificados de cursos realizados, além do fácil acesso pela gratuidade dos eventos oferecidos.

Em nossa pesquisa verificamos que não houve uma relação direta entre o tempo de atuação no IPEC, a idade dos grupos e o conhecimento teórico à prática diária de trabalho. Isto se deve ao fato de que nas entrevistas nas quais os profissionais eram identificados, não trouxemos a questão sobre o tempo de atuação, pois não estava contemplada como nosso objetivo.

Nosso estudo mostra que a percepção de risco está intimamente ligada às atividades diárias e ao local de lotação do profissional, não revelando maiores relações com a idade. No entanto, as profissionais da limpeza, grupo que apresentou a maior faixa de idade, teve uma percepção bastante apurada sobre alguns pontos importantes, inclusive desconsiderados pela maioria dos demais, tal como percepção do o risco de contaminação entre pacientes e o risco de transmissão de infecções através do profissional. Tais percepções não ocorreram entre outras categorias profissionais e eram esperadas, principalmente pelos profissionais que realizam atividades diretas ligadas ao cuidado.

Baseado nestes dados, outra constatação pode também ser feita: a de que nem sempre a escolaridade desempenha um papel tão central, relacionado à percepção de risco, como muitas vezes se acredita.

A percepção diferenciada ligada à experiência de trabalho das diferentes categorias, foi observada levando em conta os riscos apontados por profissionais de cada uma delas. Por exemplo, a categoria profissional que mais apontou a contaminação através do contato com objetos foram os administrativos, pelo fato de estes indivíduos terem suas atividades de trabalho muito relacionadas à manipulação de objetos, tais como: caneta, papel, etc. A inalação de aerossóis e o risco biológico foram apontados com mais frequência pela equipe de enfermagem, em virtude das características de suas atribuições, como o preparo de medicação e a manipulação com materiais biológicos. Já a exposição a radiações foi citada apenas pela profissional da limpeza lotada no setor de raios X.

Um fato que nos chamou a atenção durante o treinamento oferecido aos residentes médicos, foi a visão destes sobre a forma de abordagem que adotamos. Os profissionais que haviam oferecido algum tipo de exposição sobre a temática anteriormente para este grupo, haviam sido somente médicos e ficou evidente que a forma de trabalho lúdico das profissionais de enfermagem chamou, de certa forma, a atenção do grupo expressa no comentário de que “*Enfermeira é muito criativa.*”

É necessário implementar estratégias para aumentar a qualidade das informações fornecidas aos profissionais e sua aprendizagem. O enfoque multidisciplinar na educação continuada para os profissionais de saúde poderá contribuir para reverter a situação observada em nosso estudo, na qual verificamos que na maioria das categorias profissionais, as orientações foram feitas com maior frequência por enfermeiros. Enquanto que para as assistentes sociais e os residentes médicos, as abordagens foram realizadas exclusivamente por médicos.

Para explicar a baixa aplicação de conhecimentos, a questão chave para nossos profissionais residia na mudança de hábitos e comportamentos, compreendidos ainda de forma automática. Esta mudança foi apontada com frequência entre os fatores impeditivos, assim, explicações da ordem do cognitivo comportamental foram referidas como causa da baixa aplicação de conhecimentos nas rotinas de trabalho hospitalar e, enfatizando dentre as recomendações, as práticas de reforço para uma mudança radical de condutas. Esta afirmativa contradiz os preceitos da educação em saúde, pois focaliza apenas a mudança rápida e restrita dos comportamentos.

Essa cobrança de mudança de hábitos reforça também a figura do profissional “modelo” de comportamento, referida pelos entrevistados desconsiderando, muitas vezes, a cultura e a organização do trabalho deste próprio profissional e gerando expectativas irrealistas sobre a atuação individual, isoladamente.

A cobrança individual se torna tão grande que leva a dificuldade em evitar o fomento do comportamento obsessivo compulsivo, chegando à compulsão em muito dos casos como o que verificamos nos depoimentos relativos à lavagem de mãos.

Conforme o modelo de “mudança de comportamento”, ainda majoritariamente preconizado pelos profissionais do controle de infecção que ditam normas e pregam o cumprimento dos guidelines, o desenvolvimento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) não é necessariamente uma preocupação, pois na visão deste grupo, tentar reduzir a infecção é o “mais importante”. Nós, da CCIH do IPEC, como educadores e preocupados com o ensino, visamos à integralidade do sujeito, entendendo a educação como um precursor da qualidade de vida e, chamamos a atenção para a seriedade do estímulo ao TOC, como estratégia.

Entre os resultados do nosso estudo, destacamos a atuação do profissional enquanto multiplicador das práticas de prevenção e controle das IHs, desejosos de atuarem como agentes de mudança no grupo em que atuam e na comunidade em que vivem.

Para isso, precisamos garantir espaços periódicos de interlocução, discussão, e acolhimento para os profissionais que desejarem desenvolver as ações de prevenção e controle. É preciso compreender que capacitar um profissional não significa apenas organizar eventos, mas também acompanhar de perto a maneira como esses trabalhos são desenvolvidos.

O uso de ferramentas lúdicas através das estratégias educativas criadas, foi também citado e valorizado pelos nossos entrevistados. Majoritariamente, os trabalhos nacionais e internacionais na área de prevenção e controle de infecção com enfoque para lavagem das mãos, em educação e saúde levantados para a realização deste estudo, revelaram uma abordagem epidemiológica e observacional, e não lúdica.

O uso dessas estratégias educativas inclui a defesa de que a aprendizagem é mais efetiva quando o conhecimento é construído pelo próprio aprendiz, a partir de suas vivências.

Apontamos também que o treinamento da CCIH é uma estratégia muito pontual. Nessa perspectiva, defendemos que as pessoas não mudam o comportamento apenas por receberem determinadas informações, e que a prevenção das IHs só pode ocorrer se houver mudanças culturais e sociais que apoiem a transformação de práticas sociais,

hábitos, atitudes e crenças, e essas mudanças não podem ser impostas ou entendidas fora do contexto.

Isso nos dá a clareza de que mesmo os melhores programas educativos não vão resolver sozinho todas estas questões. Outros fatores como, por exemplo, aqueles ligados à organização do trabalho, a contribuição dos gestores das Instituições de Saúde são questões centrais a serem consideradas.

O preconceito e a responsabilização por parte dos profissionais de nível superior em relação ao conhecimento e ao comportamento dos trabalhadores com menos escolaridade, também foi identificado no depoimento de alguns de nossos entrevistados. Em muitos casos, observamos a utilização de rótulos do tipo: “*pessoas sem muito conhecimento*” para demonstrar a insatisfação com o trabalho daquele trabalhador sem escolaridade e que, muitas vezes, por sua vez, percebe o preconceito e vivencia a discriminação em seu ambiente de trabalho.

Os depoimentos das pessoas com menos escolaridade mostram que elas estão vivenciando piores condições de trabalho pela presença de outros agentes estressores, como a pressão e a cobrança em relação ao tempo de realização do seu trabalho ou ainda a culpabilização pela transmissão de doenças. Em contrapartida, a valorização da aprendizagem por parte deste grupo e a constatação já citada anteriormente, de que a escolaridade não desempenha um papel central em relação à percepção de risco, foram resultados relevantes.

Por outro lado, as questões relacionadas à co-responsabilidade foram pouco mencionadas por nossos entrevistados, somente duas categorias profissionais; os psicólogos e os técnicos de enfermagem referiram à problemática. A visão de que é necessária responsabilidade de toda a comunidade hospitalar nas ações de prevenção e controle das IHS, foi colocada pela psicologia de forma mais abrangente, enquanto o técnico de enfermagem identificou a questão da responsabilidade partilhada entre somente uma ou duas categorias.

Isso nos levou à reflexão sobre a importância e a necessidade constante de inserir os profissionais no contexto das ações de prevenção das IHS, visando contribuir para maior integração e participação coletiva nas decisões e responsabilidades diante da transmissão das infecções hospitalares.

Outra categoria de respostas resultantes dos depoimentos de nossos entrevistados referentes à aplicação de teoria na prática, mostra que os profissionais informam ter levado a teoria não só para a prática diária de seu trabalho, mas também para sua vida pessoal.

A valorização da imagem para fixação da aprendizagem, citada por todas as categorias profissionais nos questionários e entrevistas, foi apontada pelos entrevistados como responsável pela íntima relação entre teoria e prática. A visualização da presença de microrganismos na mão ou da técnica de lavagem das mãos foram mencionadas como de grande influência para uma aprendizagem significativa conforme a teoria defendida por Moreira.

Graças às entrevistas, conseguimos identificar os principais conceitos e conhecimentos teóricos sobre riscos apresentados por diferentes categorias profissionais do IPEC, e os fatores aos quais atribuem a dificuldade de sua inserção na prática diária de trabalho, na prevenção e controle das infecções hospitalares.

Classificamos em quatro categorias os fatores percebidos pelos trabalhadores como impeditivos para a aplicação do conhecimento na prática diária de trabalho. São elas: organização do trabalho, relações de trabalho, condições de trabalho e fatores cognitivos e comportamentais.

Os mais relevantes foram da ordem da organização do trabalho. As questões de tempo e de falta de pessoal, possibilitando a ocorrência dos acidentes de trabalho, foram constatações feitas por nossos entrevistados.

O trabalho desenvolvido em certas condições exerce pressão psíquica sobre o trabalhador, gerando sofrimento devido ao embate entre expectativas e projetos de vida do trabalhador e uma dada organização do trabalho que não abra espaço para que eles sejam considerados. Esta carga pode dar origem à ocorrências desagradáveis no ambiente de trabalho como, por exemplo, os acidentes.

Precisamos buscar caminhos para fazer frente à falta de tempo, para que a organização do trabalho possa encontrar estratégias, visando melhorar o desempenho profissional, refletindo positivamente sobre a produtividade, a partir do momento que a realização de tarefas seja feita de forma satisfatória pelo trabalhador. Nosso objetivo é contribuir para o fim da pressão psíquica que leva ao sofrimento no trabalho para transformar um trabalho desgastante em um trabalho prazeroso.

Em nossas entrevistas, o tempo se mostra também como um fator impeditivo ao uso dos diversos tipos de tecnologias. Entre os tipos de tecnologia existentes, as tecnologias duras necessitam das tecnologias leve-duras, ou seja, dos saberes fornecidos por esta última para que ocorra a operacionalização e administração dos equipamentos e medicamentos. Quanto as tecnologias leves, as de produção o cuidado, também necessitam de tempo para serem colocadas em prática. Existe o próprio reconhecimento dos profissionais sobre a negligência de certas ações curativas ou de prevenção, em função do pouco tempo para colocar em prática todos os benefícios de tais tecnologias. Verificamos então, que as mudanças no arranjo tecnológico das práticas de saúde nas últimas décadas, acabaram por causar afetação do processo de trabalho.

A tendência atual de organização do trabalho em saúde vem seguindo a lógica da fragmentação do homem, desconsiderando seu contexto histórico e social. Tal fato acaba causando um desgaste, pois o processo de trabalho em saúde precisa desenvolver-se de forma integral, holística, interdependente, interdisciplinar e coletiva.

Os prazos curtos foram apontados como causadores de grande prejuízo para a assistência, a partir do momento que o paciente não é visto como um ser integral. A fragmentação da assistência acaba por “desmembrar” o indivíduo em várias partes, levando os profissionais a prestarem cuidados fracionados em função do tempo. Essa fragmentação do homem gera a falta de humanização do cuidado. A humanização do cuidado é hoje uma expressão muito usada nas instituições de saúde pela equipe de enfermagem e psicólogos, que direta ou indiretamente são responsáveis pela continuidade da assistência.

Humanizar não é técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda atividade das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer um tratamento que merecem enquanto pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares em que se encontram em cada momento do hospital.

Cabe ressaltar que para o controle de infecção, a humanização do cuidado deve ser vista de forma criteriosa. Quando, por exemplo, um paciente apresenta a necessidade de estar isolado por meses, a complacência proposta pelos princípios de humanização não pode contrariar o procedimento que precisa ser feito como forma de prevenir uma contaminação em massa, não só de outros pacientes ali internados, mas também de profissionais e de todos que por ali circulam.

Ao apontarem os fatores da ordem da organização do trabalho como os mais relevantes, nossos profissionais demonstram ter clareza de que as formas de gestão atuais levam a falhas no processo de prevenção e controle das infecções hospitalares. Ainda que não tenham usado a expressão “organização do trabalho” em suas respostas, referiam-se majoritariamente a essa ordem de determinação. Durante o treinamento das diversas categorias profissionais, anotamos os pontos levantados sobre a problemática para a realização das práticas de prevenção e controle das IHS nos locais de trabalho. Esta anotação teve como finalidade gerar um documento que será encaminhado aos gestores responsáveis. Observamos, entretanto, que as providências não chegaram a ser tomadas,

mesmo com o envio daquele documento, pois nos treinamentos seguintes, detectávamos os mesmos impeditivos relacionados anteriormente.

No nível das relações de trabalho, outras categorias de respostas sobre fatores impeditivos merecem destaque como a forma pela qual os enfermeiros, médicos e pessoal da limpeza enfatizam estas relações, mais do que outras categorias profissionais, talvez por realizarem seu trabalho, usualmente em equipe. As relações de culpabilização entre categorias, levando às agressões verbais, também são reconhecidas pelos profissionais entre os fatores que concorrem para a perpetuação das IHS.

Na área de saúde, é grande a diversidade das profissões de nível superior como os médicos, farmacêuticos, odontólogos, enfermeiros, médicos veterinários, biólogos, nutricionistas, biomédicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, etc. Além disso, profissionais de nível médio também atuam na área de saúde, tornando difíceis os relacionamentos pela cultura das diferentes profissões e características individuais, mas, esta aproximação entre as diferenças faz parte do trabalho em equipe e o enriquece.

Porém, as relações de poder ligadas às diferentes esferas de conhecimentos e saberes, precisam ser trabalhadas fomentando o respeito entre os profissionais. Devemos tentar através da compreensão, do compromisso e do respeito às diferenças, manter um ambiente tranquilo e harmonioso entre as equipes, mas isso não pode ser visto de forma simplista e superficial.

Finalmente, os fatores impeditivos à aplicação da teoria à prática, referidos no nível das condições de trabalho, são também bastante relevantes. Deficiências destas condições tais como: espaço físico, presença de riscos no ambiente, podendo levar aos acidentes, equipamentos antigos, danificados ou fora das conformidades de prevenção e controle de infecção e falta de materiais essenciais para exercer as atividades de trabalho, foram citadas por nossos entrevistados.

A reclamação em relação à falta de material foi bastante freqüente entre os profissionais na hora em que a CCIH estava presente no campo de trabalho, porém, nas entrevistas, este fato não teve a mesma proporção. Isso pode ter ocorrido talvez pelo fato de que, na presença do representante da CCIH, os profissionais estavam focados naquela situação por estarem vivenciando as condições de trabalho que, de certa forma, atrapalhavam a realização daquela atividade que estavam exercendo. Já por ocasião das entrevistas, outros problemas foram lembrados. Isso reforça a importância de se complementar os dados de entrevista com técnicas de observação direta em campo.

Vários depoimentos relacionaram as questões do ambiente físico sem espaço e condições para a realização das práticas de prevenção e controle em suas atividades de trabalho.

A ergonomia tem mostrado que movimentos repetitivos, emprego de força, posturas incorretas no trabalho, fatores ligados à organização da atividade e ao ambiente, ocorrem com freqüência em todas as atividades realizadas pelo profissional de saúde e podem causar problemas de saúde no trabalhador, aumentar o absenteísmo e afetar até suas atividades da vida diária.

Refletindo sobre as condições de trabalho, fica claro para nós que os trabalhadores do IPEC têm consciência de que a falta de material e espaço físico, são fatores impeditivos para que se coloque em prática o que foi aprendido nos treinamentos. Tais condições precarizadas por sua vez, podem inviabilizar toda uma técnica mostrada nos treinamentos e incentivada na realização da prática diária de trabalho. A inserção da teoria em sua prática de trabalho está limitada pela falta de condições concretas de implementação e em muitos casos, isto tem um papel importante nas considerações que os profissionais fazem sobre os seus gestores.

Na maioria dos casos pela falta de recursos, ocorre a culpabilização dos indivíduos, por estarem errando com consciência, mesmo reconhecendo a falta de

alternativas. A autora acredita que possam ocorrer mudanças de comportamento, a partir do momento em que estes recursos sejam fornecidos para que aquele contexto possa ser modificado.

Esta é uma reflexão central de nosso estudo, pois, observamos que os profissionais de saúde mantêm esta atitude, apesar de conhecerem a teoria e discursarem sobre ela durante a realização dos treinamentos na sala de aula, adotam práticas diferenciadas no local de trabalho. Os profissionais atribuem às condições e fatores da organização do trabalho as falhas na inserção da teoria na sua prática diária, porém acreditam que o estímulo à mudança de comportamento será capaz de dar conta de suprir esta lacuna.

Observamos com isso, um ponto de equilíbrio do nosso estudo entre as condições e organização de trabalho e a mudança de comportamento na visão dos entrevistados.

Estes mesmos profissionais atribuem uma necessidade de propostas estratégicas de ensino e reforço para fixação da aprendizagem e para a mudança de hábitos e comportamentos. Estas mudanças foram referidas entre os fatores mais importantes para que se façam cumprir as ações de prevenção e controle de infecções e as classificamos como fatores impeditivos no nível cognitivo e comportamental, como citado anteriormente.

Fechando os objetivos propostos nesta tese, produzimos de forma participativa, ao longo dos treinamentos regulares, uma nova estratégia educativa sobre as questões de percepção de risco. Segundo os profissionais, a amostra dos microrganismos presentes nas mãos dos indivíduos precisava ter uma maior visualização e para esta demonstração foi criada a dinâmica da purpurina.

É fundamental que os profissionais tenham adequada percepção dos riscos, que se reconheçam nas informações que recebem sobre prevenção e controle das infecções hospitalares, pois isto certamente aumentará a possibilidade de efetiva e concreta mudança de comportamento. Esta mudança se dá em direção ao autocuidado, incorporando, absorvendo informações e “redimensionando-as” na forma de redução de comportamento de risco. Contudo, sem desqualificar ou descaracterizar no profissional o papel de cuidador, mas de forma que esta mudança possa reconhecer como um indivíduo que deve ser preservado e protegido do risco de contrair e disseminar infecções. Acreditamos que cabe aos profissionais da CCIH a tarefa de manter a atitude de escuta atenta e respeitosa às demandas destes profissionais, bem como valorizar seu saber, atentando sempre para as diferenças, que, afinal, representam a pluralidade dos quadros em exercício no trabalho hospitalar.

Tendo em vista possíveis desdobramentos futuros desta tese, consideramos ser importante recomendar a necessidade de confrontar a percepção aqui observada do grupo de profissionais do IPEC com a percepção de populações que atuam em outros contextos de saúde, após a utilização da mesma estratégia educativa.

Seria interessante, para efeito de comparação, que a pesquisa contemplasse uma Instituição que tivesse a missão voltada para a assistência, sem abarcar a pesquisa e o ensino, como por exemplo, hospitais de grande porte ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Nosso estudo, por uma opção de viabilização de tempo, não trabalhou com alguns grupos como: médicos não residentes, equipe dos serviços de farmácia, nutrição e laboratórios, além dos apoios administrativos. Entretanto, tivemos a oportunidade, no decorrer do processo, de interagir com alguns deles, com suas apreensões e expectativas.

Tal fato nos leva a pensar que seria igualmente importante confrontar os pontos de convergência e de atrito entre o conhecimento teórico sobre os riscos de infecções existentes no ambiente hospitalar e a aplicação prática das atividades de prevenção e controle das infecções hospitalares, destes grupos.

Outra questão que nos parece relevante para o desenvolvimento de estudos, diz respeito ao conhecimento do modo como os gestores percebem a existência dos fatores

impeditivos. Se o que ocorre é um fator de alienação desta questão, uma vez que o distanciamento da prática assistencial gera uma falta de percepção dos fatores ao seu redor. Além disso, a não observância do possível nexo associativo, e por consequência da resolutividade da problemática, traz o risco do desgaste dos profissionais que buscam alternativas para o cumprimento das ações de prevenção e controle das infecções.

Recomendamos, ainda, que seja dada especial atenção de que quando entrarmos em uma sala para realizarmos um treinamento, termos em mente a missão de ensinar e não transferir conhecimento. A mudança brusca de comportamento não deve estar atrelada à visão de tentar reduzir a infecção na opinião dos profissionais do controle de infecção.

As alternativas lúdicas podem ser utilizadas, visando sanar as dificuldades em se aprender da forma tradicional. O uso da imagem como estratégia educativa pode, ainda, minimizar as dificuldades de aprendizagem, uma vez que a visualização torna mais concreta a afirmativa da existência dos microrganismos.

Finalmente, é importante considerar que nem só os melhores programas educativos, ou o envolvimento dos gestores, dos profissionais do controle de infecção ou daqueles que atuam diretamente na assistência, podem ser considerados de forma isolada.

A reflexão deve pautar sobre a evidência da necessidade de articulação e sistematização entre a administração, educação, assistência e a pesquisa, assim como a importância da escuta dos trabalhadores, de modo a conhecer o ponto de equilíbrio de toda problemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAM, Miriam Maraninchi; CEZAR-VAZ, Marta Regina; ALMEIDA, Tabajara. Educação ambiental e o conhecimento do trabalhador em saúde sobre situações de risco. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro 2008.

ALMEIDA, Assunção Dores Laranjeira de; SILVA, Carlos Fernandes da; CUNHA, Gabriel Saraiva da. Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, 2007

ALMEIDA, Carla Cristina Lima de. Risco e saúde reprodutiva: a percepção dos homens de camadas populares. *Cad. Saúde Pública*. 2002, vol. 18, no. 3, pp. 797-805.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AMARAL, M.A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev Saúde Pública*, 31(3): 288-95, 1997.

ANDRADE, Artur Guerra de; BASSIT, Ana Zahira; KERR-CORRÊA, Florence; TONHON, Antônio Aparecido; BOSCOVITZ, Eduardo Paulo; CABRAL, Myrian; RASSI, Rubens; POTÉRIO, Glória Maria; MARCONDES, Eduardo; OLIVEIRA, Maria Paula Magalhães T; DUAILIBI, Kalil; FUKUSHIMA, Júlia Tizue. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. *Rev. ABP-APAL*;19(4):117-26, out.-dez. 1997.

AQUINO, Estela Maria L. de; MENEZES, Greice Maria de S.; MARINHO, Lilian Fatima B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 1995.

BARCELLOS, Christovam; MACHADO, Jorge M. Huet. A organização espacial condiciona as relações entre ambiente e saúde: o exemplo da exposição ao mercúrio em uma fábrica de lâmpadas fluorescentes. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 1998.

BANACO, Roberto A. 1997. Auto-regras e patologia comportamental. In Denis Roberto Zamignani (org.) Sobre Comportamento e Cognição - A aplicação análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. Capítulo 12. Santo André: Arbytes. Caballo, Vicente.

BARROS, Mauro V G de; NAHAS, Markus V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 6, 2001.

BIZZO, Maria Letícia Galluzzi. Difusão científica, comunicação e saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2002.

BOFF, Leonardo. 1999. Saber cuidar - Ética do humano. Vozes, Petrópolis.

BOLICK, Dianna. Segurança e Controle de Infecção. Rio de Janeiro. Ed: Reichmann & Affonso Editores. 2000.

BRASIL, Brasília-DF. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2616 de 12 de maio de 1998. DOU de 13 de maio de 1998. Brasília, 1998.

BRASIL. SÃO PAULO. Associação Paulista de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar /APECIH. Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde. 2003.

BRASIL. SÃO PAULO. Associação Paulista de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar /APECIH. Orientações para o controle de infecções em serviços de assistência à saúde. 2003.

BRASIL. SÃO PAULO. Associação Paulista de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar /APECIH. Esterilização de artigos em unidades de saúde. 2ª edição, revisão ampliada. 2003.

BRASIL, Brasília-DF. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária–ANVISA. Manual: Nacional de Higienização das mãos em Serviços de Saúde. 2007.

BRASIL, Brasília. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007. <http://www.portalcofen.gov.br>. 2007.

BREVIDELLI, Maria Meimei; CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 2, 2001.

BRICEÑO-LEÓN, R. 1996. Siete Tesis Sobre la Educación Sanitária para la Participación Comunitária. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.7-30.

BULHÕES, I. 1998. Riscos do Trabalho de Enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro.

BOURDIEU, PIERRE. 1980. O poder simbólico. Memória e Sociedade. Paris: Bertrand. Ed: 1999.

CAMARA ZACHARIAS, Vera Lúcia. Skinner e o Behaviorismo. Centro de Referência Educacional [online]. Disponível na WWW: <http://www.centrorefeducacional.com.br> acessado em novembro de 2007.

CAMARGOS, Anadias Trajano; DIAS, Luciana de Oliveira. Communication: an important instrument for humanizing nursing care in the intensive care unit. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8. 2002, São Paulo.

CANDEIAS Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais Rev. Saúde Pública, v. 31 n. 2 São Paulo abr. 1997.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira e MARCONDES, Ruth Sandoval. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. Rev. Saúde Pública, 1979, vol. 13, no. 2, pp. 63-68.

CARVALHO, Ana M. A. Monitoramento e avaliação da pós-graduação: algumas reflexões sobre requisitos e critérios. Psicol. USP. [online]. 2001, vol. 12, no. 1 [citado 2007-05-22], pp. 203-221

CARVALHO, Iára Cedraz Guimarães de. Comportamento preventivo em saúde em relação ao câncer cérvico-uterino. Salvador, 1996. 103 p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

CARVALHO, Manoel de; LOPES, José Maria de Andrade; PELLITTERI, Maurizio. Padrão de Lavagem das mãos em uma UTI neonatal. J. pediatr. 64(11/12):468-70, nov.-dez. 1988.

CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS. The Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA. 2006

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Guideline for Hand Hygiene in Health-care, MMWR: vol 51, 2002. in <http://www.cdc.gov/handhygiene>.

CHILLIDA, Manuela de Santana Pi; COCCO, Maria Inês Monteiro Worker's health & outsourcing: worker's profile in a hospital cleaning service. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2004, vol 12, n. 2.

CHIODI, Mônica Bonagamba; MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Occupational accidents involving biological material among public health workers. Rev. latinoam. enferm;15(4):632-638, jul.-ago. 2007.

CLEARY, Helen P. Educação em saúde: papel e funções do especialista e do generalista. Rev. Saúde Pública, fev. 1988, vol.22, no.1, p.64-72

CORRÊA, Ione; RANALI, José; PIGNATARI, Antônio C. C. Observação do comportamento dos profissionais em relação ao procedimento da lavagem das mãos no plano assistencial da criança internada. *Revista Nursing* ; 4(42):18-21, nov. 2001.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996. p.25-58.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*. 2004, vol. 20, no. 3, pp. 780-788.

DAWSON, S.J.; FORREST, H.; GREENAWAY, A. Evaluation of a hand hygiene programme on an intensive care unit. *J Hosp Infect*; 2005, 60(1), 2005 May, pp 90-1.

DEJOURS, C. 1990. *A Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré.

DEJOURS, C. 1992. *A Loucura do Trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré.

DEMO, P. 2001. *Conhecimento e aprendizagem: Atualidade de Paulo Freire*. Compilado por Carlos A. Torres. Buenos Aires: Clacso, p. 295-322.

DONIS, A. *Sintaxe da linguagem visual*. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

DOUGLAS. M. *Risk and Blame: essays in cultural theory*. London: Routledge; 1992.

DRIVER, R., ASOKO, H., LEACH, J., MONTIMER, E., SCOTT, P. 1999. Construindo Conhecimento Científico em Sala de Aula. *Química Nova da Escola*. n.9, p. 31-40.

EDEL, E.; HOUSTON, S.; KENNEDY, V.; LAROCCO, M. Impact of a 5-minute scrub on the microbial flora found on artificial, polished, or natural fingernails of operating room personnel. *Rev. Nursing* . 1998. 47(1):54-9, Jan-Feb.

FALCON, Francisco José Calazans. História cultural e história da educação. *Rev. Bras. Educ.* [online]. 2006, vol. 11, no. 32 [citado 2007-06-05], pp. 328-339.

FARIA FILHO, Luciano Mendes de. O espaço escolar como objeto da história da educação: algumas reflexões. *Rev. Fac. Educ.* [online]. 1998, vol. 24, no. 1 [citado 2007-06-05], pp. 141-159.

FEATHER, A.; STONE, S.P.; WESSIER, A; BOURSICOT, K.A.; PRATT, C. 'Now please wash your hands': the handwashing behaviour of final MBBS candidates. *J Hosp Infect* . 2000. 45(1):62-4, 2000 May.

FERNANDES, A. T. e cols. 2000. *Infecções Hospitalares e Suas Interfaces na Área de Saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu.

FERREIRA, Maria Paula. Knowledge and risk perception of HIV/AIDS: a profile of the Brazilian people in 1998. *Cad. Saúde Pública* vol.19 supl.2 Rio de Janeiro 2003

FERREIRA, Marcos Santos; NAJAR, Alberto Lopes. Programs and campaigns to promote physical activity. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2008.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.

FINUCCANE M L, SLOVIC P, MERTZ C K, FLYNN J, SATTERFIELD TA. Gender, race, perceived risk: The "white male" effect. *Health, Risk & Society* 2000; 2, 159-172.

FOUCAULT, Michael. 1979. *Microfísica do poder*. Ed. Graal, Rio de Janeiro

FONSECA Maria das Graças Uchoa; PERES, Frederico; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; UCHOA Elizabeth. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. *Ciênc. Saúde coletiva*, v.12 n.1 Rio de Janeiro jan. /mar. 2007. 39-50.

FREIRE, P, 1977. *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.

FREIRE, P, 1996. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Paz e Terra.

FURTADO, Lumêna A. Castro; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 6, 1998.

GADOTTI, M. 1999. *Convite à leitura de Paulo Freire*. São Paulo: Scipione.

GAZZINELLI, Maria Flávia, GAZZINELLI, Andréa, REIS, Dener Carlos dos *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*. 2005, vol. 21, no. 1, pp. 200-206.

GENNARI, E. Um passeio pela História da Educação. Revista Espaço Acadêmico Ano3 N° 23 outubro de 2003.

GIRARDI, S.N., FERNANDES JR., H., CARVALHO, C.L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. <http://www.ccs.uel.br>. 2006.

GIROU, E; OPPEIN, F. Handwashing compliance in a French university hospital: new perspective with the introduction of hand-rubbing with a waterless alcohol-based solution. J Hosp Infect. 2001. 48 Suppl A:S55-7, Aug.

GENTILI P. A (Org.), Pedagogia da Exclusão - crítica ao neoliberalismo em educação, Ed. Vozes, Petrópolis 1996, 2ª edição.

GHIRALDELLI JR., PAULO. A teoria educacional no Ocidente: entre modernidade e pós-modernidade. São Paulo Perspec. [online]. 2000, vol. 14, no. 2 [citado 2007-06-05], pp. 32-36.

GOLTRICK A., TURNER J. G., Education and behavior change in prevention and control infection. St Louis: mosby, 1995.

GONZALEZ, Christina Hajaj. Transtorno obsessivo-compulsivo. Rev. Bras. Psiquiatr. 1999. [online]. [citado 2007-05-30], pp. 31-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-1516-1999-0003> ISSN 1516-4446.

GREEN L. H. Health Education Planning: Diagnostic Approach. Mountain View CA: Mayfield, 1990.

GRECA, I. M. 2002. Discutindo Aspectos Metodológicos da Pesquisa em Ensino de Ciências: Algumas Questões para Refletir. Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências. v.2, n.1, p.73-82.

HAYES, M. V., 1992. On the epistemology of risk: language, logic and social science. Social Sciences and Medicine, 35: 401-407.

HERNANDES, S. E. D.; MELLO, A. C.; Sant'Ana, J. J.; SOARES, V. S.; CASSIOLATO V.; GARCIA, L. B.; CARDOSO C. L. Eficácia do álcool gel e outros agentes degermantes na remoção de importantes patógenos hospitalares aplicados artificialmente nas mãos. Braz. J. Microbiol., jan./jun. 2004, vol.35, no.1-2, p.33-39.

HILSDORF, Maria Lúcia Spedo. História da educação brasileira: leituras. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

JESUS, S. P. R. Adesão dos Profissionais de Saúde às Práticas de Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares, no Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas / Fundação Oswaldo Cruz. 2003. 51 p. Monografia de graduação – Curso de Enfermagem, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro.

KATAPODI MC, LEE KA, FACIONE NC, DODD MJ. Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: a meta-analytic review. Preventive Medicine 2004;38:388-402

KOPKE, Regina Coeli Moraes. Ensino de geometria descritiva: inovando na metodologia. Rem: Rev. Esc. Minas, Ouro Preto, v. 54, n. 1, 2001.

LACERDA, R.A. Exposição ocupacional ao sangue e a outras substâncias orgânicas de pacientes em unidades de centro cirúrgico de hospitais do Brasil. São Paulo, 2000. 137 p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

LAPERRIÈRE, H. O caso de uma comunidade avaliativa emergente: reapropriação pelos pares multiplicadores da apreciação das suas próprias ações preventivas e sociais contra as DST/HIV/AIDS, Amazonas, Brasil. **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., 2007. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762. 2007.

LEFEVRE, Fernando. Análise de cartazes sobre esquistossomose elaborados por escolares. Rev. Saúde Pública. 1980, vol. 14, no. 3, pp. 396-403.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adherence to prescribed therapy: points for concepts and presuppositions discussion. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003.

LIMA Mônica A. G. de, NEVES Robson, SÁ Sylvania, PIMENTA Cibele. Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. Ciênc. Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005.

LION, R, MEERTENS. RM, BOT. I. Priorities in information desire about unknown risks. Risk Analysis 2002; 22 (4).

LIMA, Antônio Fernandes Costa e KURCGANT, Paulina. Significados do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem para enfermeiras de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006, vol. 14, no. 5, pp. 666-673.

LIMA, Lauro de Oliveira. *Estórias da educação no Brasil: de Pombal a Passarinho*. 3. ed. Rio de Janeiro: Brasília, 1969.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; MOROMIZATO, Silzeth Schlichting; VEIGA, Janice Franco Ferreira da S. Adesão às medidas de precaução-padrão: relato de experiência / *Rev. Latino am. enfermagem*;7(4):83-8, out. 1999.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; ÁVILA, Gisamara Girardi Fontes de; RODRIGUES, Eloísa da Fonseca. A Enfermagem e a Organização do Trabalho em Saúde. 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Goiânia, Goiás, novembro de 2005.

MANACORDA M. *A História da Educação - da antigüidade aos nossos dias*. São Paulo, Cortez, 1996, 5ª edição.

MANETTI, Marcela Luisa; COSTA, João Carlos Souza da; MARZIALE, Maria Helena Palucci; TROVÓ, Marli Elisa. Prevention of occupational accidents with biological material as per Green and Kreuter Model. *Rev. gauch. enferm*;27(1):80-91, mar. 2006.

MAKAO, Janete Rodrigues da Silva. Aspectos da assistência a pacientes internados em unidade de isolamento em um hospital-escola: medidas preventivas utilizadas e custo do paciente-dia Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de

Ribeirão Preto; 1988. 146 p. Apresentada a Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do grau de Mestre.

MARTINS, Maria Aparecida. 2001. Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle. Rio de Janeiro: MEDSI.

MASON, DJ; WINSLOW, EH; JACOBSON, A. Hand stand. Am J Nurs. 2001. 101(3):7, Mar.

MATHIAS, J. M. Soap, alcohol rub OK for surgical scrub. Nurs Times. 2002, 18(12):6, Dec. 522-536

MAURO, M.Y.C. 1990. Riscos Ocupacionais em Saúde. Enfermagem Científica, ano II, n 02, p. 7-16.

MENDONÇA, E. P. S ANJOS, A. R. DOS; PUPO, M. E.; GOMES, M.Z.R; SOUZA, C.T.V; NEVES, S. M. F. M. Análise de um Folder Explicativo Sobre Lavagem das Mãos Produzido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz. X Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Porto Alegre /RS, setembro de 2006.

MENEZES, Deise Matos do Amparo; BRASIL, Kátia Cristina T.. Dimensões psíquicas e sociais da criança e do adolescente em situação de rua. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 11, n. 2, 1998.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2ª ed., São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa Social. teoria, método e criatividade. 10ª ed., Petrópolis: Vozes, 1998.

MIRANDA, Ruth. Crise de enfermeiros nos Estados Unidos. <http://www.corensp.org.br>. 2006

MONTIMER E. F. 1995. Concepções atomistas dos estudantes. Química Nova da Escola. n.1, p. 23-26.

MOREIRA, M. A. A teoria da aprendizagem significativa de Ausubel. In: Teorias de Aprendizagem. Ed. Pedagógica e Universitária. Cap.10, pg 151-165,1995.

MUROFUSE, Neide Tiemi; MARZIELE, Maria Helena Palucci; GEMELLI, Lorena Moraes Goetem. Accidents with biological material in a university hospital from west Paraná. Rev. gauch. enferm;26(2):168-179, ago. 2005.

NATIONAL TASK FORCE ON THE PREPARATION AND PRACTICE OF HEALTH EDUCATION. A guide for development of competency based curricula for entry level health educators. *New York, 1983.*

NEUMANN, África Isabel de la Cruz Perez. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos estaduais do município de São

Paulo. São Paulo, 2000. 103 p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

NEVES, Luiz Felipe Baêta. História intelectual e história da educação. Rev. Bras. Educ. [online]. 2006, vol. 11, no. 32 [citado 2007-06-05], pp. 340-345

NEVES, S. M. F. M. Estudo dos Acidentes de Trabalho com Material Biológico Contaminado entre Profissionais de Saúde do Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.116 p. Dissertação de Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

NEVES, S.M.F.M; GOMES, M.Z.R. Repercussões do Atendimento a Pacientes Suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARG): Impacto do Estudo da Percepção de Risco. 55º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 11º Congresso Panamericano de Profissionais de Enfermeria. Rio de Janeiro/RJ, novembro de 2003.

NEVES, S. M. F. M.; GOMES, M. Z. R. ; SANTOS, D. R. DE S. ; MONTES, M. A. A.; SOUZA, C.T.V. Treinamento de Lavagem das Mãos para Profissionais de Saúde do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas: Uma estratégia Preventiva através de Práticas Educacionais visando a Prevenção de Transmissão de Microrganismos Multiresistentes. V ENPEC - Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências. Bauru / S P, dezembro de 2005.

NEVES, S. M. F. M.; GOMES, M. Z. R. ; SANTOS, D. R. DE S. ; ANJOS, A. R. DOS; PUPO, M. E.; ROZEMBERG, B ; SOUZA, C.T.V. Treinamento de Lavagem das Mãos para Clientes Externos do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas: Uma Estratégia

Preventiva através de Práticas Educacionais Visando a Prevenção de Transmissão de Microrganismos Multiresistentes na Comunidade. 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro/ RJ, agosto de 2006.

NEVES, S. M. F. M.; GOMES, M. Z. R. ; MENDONÇA, E. P. S ; SOUZA, C.T.V. Estudo da Análise de um Folder Explicativo Sobre o *Mrsa* Produzido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Destinado aos Pacientes do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz. X Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Porto Alegre /RS, setembro de 2006.

NEVES, S. M. F. M.; GOMES, M. Z. R. ; SANTOS, D. R. DE S. ; MONTES, M. A. A.; SOUZA, C.T.V. Educação em Saúde para Clientes Externos do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas: Uma Estratégia em Prevenção de Transmissão de Microrganismos Multiresistentes na Comunidade. VI ENPEC - Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências. Florianópolis/ SC, dezembro de 2007.

NEVES, Zilah Cândida Pereira das, TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga, SOUZA, Adenícia Custódia Silva e *et al.* Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006, vol. 14, no. 4, pp. 546-552.

NOGUERAS, Mônica; MARINSALTA; Nicolas; ROUSSELL, Mauricio; NOTARIO, Rodolfo. Importância da contaminação das mãos por germes, em trabalhadores da saúde, como possíveis transmissores de infecções hospitalares. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo. 2001, vol. 43, no. 3, pp. 149-152.

MONY Annie Thébaud. Organização do Trabalho e a Saúde: Uma Questão Política. Labor Organization and Healthcare: A Political Issue. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 19, n. 1, Jan./Jun. 2005.

NUNES, Bernadete de Oliveira. O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Rio de Janeiro. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. xi, 161 p.

ODA, L.M.; ÁVILA, S.M. 1998. Biossegurança em Laboratório de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde.

OLIVEIRA, A.C. 2005. Infecções Hospitalares: Epidemiologia, Prevenção e Controle. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan S.A.

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2006. <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/documento/resumo.pdf>. 2006. Brasília-DF, Brasil.

OTERO, G.J.J. 1993. Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. Madrid: Interamericana da Espanha.

PAULILO, André Luiz. História da educação brasileira: leituras. Rev. Bras. Educ. [online]. 2004, no. 26 [citado 2007-06-05], pp. 172-174.

PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004 .

PECHANSKY, Flavio *A suggested theoretical model of risk exposure in HIV transmission among drug users*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2001, vol.23, n. 1.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 3, 2001.

PEDROSA, Arli Melo et al. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. Recife, v. 7, n. 1, 2007.

PERES F. Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 135-141.

PERES, Frederico, ROZEMBERG, Brani e LUCCA, Sérgio Roberto de. Percepção de riscos no trabalho rural em uma região agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil: agrotóxicos, saúde e ambiente. *Cad. Saúde Pública*. 2005, vol. 21, no. 6, pp. 1836-1844

PERRY, C. What health care assistants know about clean hands. *Nurs Times*. 2001. 97(22):63-4, May -Jun. 349-362.

- PILLETTI, Nelson. História da educação no Brasil. 6. ed. São Paulo: Ática, 1996.
- POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. 1995. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Atheneu.
- PUPO, M. E.; ANJOS, A. R.; SOUZA, C. T. V.; NEVES, S. M. F. M. Higienização das Mãos: Estratégia Educativa Visando Estimular a Mudança de Hábito entre Crianças em Creche Escola. X Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Porto Alegre /RS, setembro de 2006.
- WHO World Health Organization. Relatório Mundial de Saúde 2006. <http://www.who.int/whr/2006>. Genebra, Suíça.
- WIEDERMANN. Introduction risk perception and communication, Arbeiten Zur Risiko Kommunikation. Heft 38 Jülich - April (mimeo), 1993.
- WOLPERT L. Risk. University College, MRC National Institute For Medical Research, London, 1996. Disponível em: <http://www.nimr.mrc.ac.uk/MillHillEssays/1996/risk.htm>
- RANGEL, Maria Ligia. Saúde do trabalhador: identidade dos sujeitos e representações dos riscos a saúde. Cad. Saúde Pública. 1993, vol. 9, no. 3 , pp. 333-348.
- RODRIGUES, L. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol 14(4): Ago 2006, 546-552.

ROMANELLI, Otaíza de Oliveira. História da educação no Brasil. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

ROSSATO, Janine I., ZINN, Carolina G., FURINI, Cristiane *et al.* A link between the hippocampal and the striatal memory systems of the brain. *An. Acad. Bras. Ciênc*, 2006, vol. 78, no. 3, pp. 515-523.

ROZEMBERG, Brani, SILVA, Ana Paula Penna de VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002, vol. 18, no. 6, pp. 1685-1694.

ROZEMBERG, B."Comunicação e Participação em Saúde", in: G. W. Campos, M. C. Minayo, L. O. M. Andrade, M. Akerman, M. Drumond Júnior e Y. M. Carvalho (organizadores). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec. 2006.

ROZEMBERG, Brani. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. *Cad. Saúde Pública*. 2007, vol.23, supl. 1, pp. 597-605.

SAILER, Físelle Clemente; MARZIALE, Maria Helena P. Living experience of nursing workers faced with the use of antiretrovirals after occupational exposure to biological material. *Texto & contexto enferm*; 16(1):55-62, jan.-mar. 2007.

SANTOS, Naila JS; BUCHALLA, Cassia Maria; FILLIPE, Elvira Ventura; BUGAMELLI, Laura; GARCIA, Sonia; PAIVA, Vera. Reproduction and sexuality in HIV-positive women, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 2002, vol.36, n. 4.

SANTOS, Neuza de Queiroz. Infecção hospitalar: Uma reflexão histórico-crítica. Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

SILVA, Daniele Nunes Henrique. Surdez e inclusão social: o que as brincadeiras infantis têm a nos dizer sobre esse debate? Cad. CEDES, Campinas, v. 26, n. 69, 2006.

SILVA, Zilda Pereira da; BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; SANT'ANA, Maria do Carmo. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. São Paulo Perspec. São Paulo, v. 17, n. 1, 2003.

SILVEIRA, G. R. M. Trabalho e Saúde no Hospital: O Caso dos Trabalhadores de Enfermagem do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2003. 126p. Dissertação de Mestrado –Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

SCHEIDT, Kátia Liberato Sales; CARVALHO, Manoel de. Avaliação prática da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividades lúdico-educativas. Rev. enfermagem UERJ;14(2):221-225, abr.-jun. 2006

SLOVIC P, FISCHHOFF B, LICHTENSTEIN S. Facts and fears: understanding perceived risk. Schwing R, Albers Jr. WA, organizadores. Societal risk assessment: How safe is safe enough? Nova York: Plenum Press; 1980. P.181-214.

SLOVIC P. Perception of risk. Science 1987; 236:280-285.

SLOVIC P. Perception of risk: Reflexions on the psychometric paradigm. In: Krimsky S, Golding D, organizadores. Social theories of risk Nova York: Praeger; 1992. P.117-152.

SLOVIC P. The perception of risk. London: Earthscan Publications Ltd; 2000.

STEAGALL-GOMES, Daisy Leslie. Identificação do enfermeiro de saúde pública na força de trabalho de Enfermagem de Saúde Pública no Departamento Regional de Saúde-6 de Ribeirão Preto, SP (Brasil). Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 24, n. 3, 1990.

SOUZA, C.T.V.; NATAL, S. & ROZEMBERG, B. 2005. Comunicação sobre prevenção da tuberculose: Perspectivas dos profissionais de saúde e pacientes em duas unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Pesquisa de Educação em Ciências. Vol.5, n.1, pp.78-87.

SOUZA, K. R., ROZEMBERG, B., SANTOS, A. K., YASUDA, N., SHARAPIN, M. O. 2003. Desenvolvimento Compartilhado de Impressos como Estratégia de Educação em Saúde junto a Trabalhadores de Escola da Rede Pública do Estado do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.495-504.

SOUZA Kátia Reis de, SANTOS Maria Blandina Marques dos, PINA José Augusto, VIAL Maria Amabel Bianca, CARMO Maria Auxiliadora T., JENSEN Mirdney. A trajetória do Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro (Sepe-RJ) na luta pela saúde no trabalho. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, 2003.

STRUCHINER, Miriam, ROSCHKE, Maria Alice e RICCIARDI, Regina Maria Vieira. Formação permanente, flexível e a distância pela Internet: Curso de Gestão

Descentralizada de Recursos Humanos em Saúde. Rev Panam Salud Publica. 2002, vol. 11, no. 3] pp. 158-165.

TEIXEIRA, P. J.; S VALLE, S.1996. Biossegurança: Uma Abordagem Multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fiocruz.

TOMASI, Elaine, SANT'ANNA, Graciela Castro, OPPELT, Ana Maria *et al.* Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. Rev. Bras. Epidemiologia, São Paulo, v. 10, n. 1, 2007.

TORRES, H. C., HORTALE, V. A., SCHALL, V. 2003. A Experiência de Jogos em Grupo Operativos na Educação em Saúde para Diabéticos. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1039-1047.

TOSCANI, Nadima Vieira; SANTOS, Antônio José Duarte Silva; SILVA, Leonardo Leiria de Moura da; TONIAL, Cristian Tedesco; CHAZAN, Marcio; WIEBBELLING, Adília Maria Pereira *et al.* Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando à prevenção de doenças parasitológicas. Interface (Botucatu) Botucatu, v. 11, n. 22, 2007.

TRAGTENBERG, Maurício. Educação & Sociedade. Revista Quadrimestral de Ciências da Educação – Ano VII – Nº 20 – Jan/abril de 1985 (1ª reimpressão – setembro de 1986). Campinas: CEDES/Unicamp; São Paulo: Cortez Editora, pp. 40-45.

TRIVIÑOS, A. N. S.1987. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas.

TURRINI, Ruth N.T. , SANTO, Augusto H. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. *Jornal de Pediatria* - Vol. 78, Nº6, 2002.

VALLA, V. V. (Org.), *Saúde e Educação*, Ed DP&A, Rio de Janeiro 2000, 1ª edição.

VARGAS, ELIANE PORTES E SIQUEIRA, VERA HELENA FERRAZ DE. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo. *Cad. Saúde Pública*. 1999, v.15 supl.2 Rio de Janeiro, pp 84-92.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; URIBE RIVERA, Francisco Javier; ROZEMBERG, Brani. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental sobre impressos hospitalares. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 37, n. 4, 2003.

VELLOSO, Marta Pimenta; VALADARES, Jorge de Campos; SANTOS, Elizabeth Moreira dos. A coleta de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro: um estudo de caso baseado na percepção do trabalhador. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 1998.

VIDAL, Diana Gonçalves e FARIA FILHO, Luciano Mendes de. História da educação no Brasil: a constituição histórica do campo (1880-1970). *Rev. Bras. Hist.* [online]. 2003, vol. 23, no. 45 [citado 2007-06-05], pp. 37-70

VIEIRA, Monica. *Infectologistas e AIDS: novas dimensões da prática*. Rio de Janeiro, 1996.191 p. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ.

ZANOTTO, Maria de Lourdes Bara. 2002. A Contribuição da Análise do Comportamento. São Paulo: Ed. Educ/Fapesp/Comped.

ANEXOS

ANEXO I

Estratégias educacionais selecionadas conforme a causa do problema de saúde e estratégia de prevenção

Estratégia Educacional	Causa do Problema		Estágio de Prevenção		
	Primariamente ambiental/econômica	Primariamente comportamental	Primário	Secundário	Terciário
Audiovisual					
Conferência		X	X	X	X
Orientação Individual		X	X		X
Educação em massa		X	X	X	
Estudo dirigido		X	X		X
Educação pela TV		X	X		X
Desenvolvimento de habilidades		X			
Simulações e jogos		X	X		
Pesquisa Educativa		X			
Discussão em grupo		X	X	X	X
Modelamento		X	X		X
Modificação de comportamento		X		X	X
Desenvolvimento Comunitário	X				

ANEXO II

Estratégias educacionais conforme o resultado final desejado, complexidade e características do comportamento.

Estratégias Educacionais	Resultado Educacional			Complexidade da Informação		Complexidade do Comportamento		Duração do Comportamento		Frequência do Comportamento		Prevalência do Comportamento	
	Cognitivo/Conhecimento/Compreensão	Afetivo Atividades/Crença	Psicomotor: Habilidades	Simples	Complexa	Simples	Complexa	Recente	Antigo	Raro	Frequente	Raro	Frequente
Audiovisual	X					X		X					
Palestras	X							X		X			
Orientação Individual	X						X						
Educação em Massa	X			X		X		X		X			
Estudo Dirigido	X			X									
Educação pela TV	X			X									
Desenvolvimento de Habilidades			X						X		X		X
Simulações e Jogos	X	X											
Pesquisa Educativa	X	X			X								
Discussão em Grupo	X	X			X				X		X		
Modelamento			X								X		
Modificação de Comportamento			X				X		X		X		X
Desenvolvimento Comunitário									X				

ANEXO III

Cartaz de convocações para divulgação do treinamento da CCIH para os administrativos.

**PARA VOCÊ ADMINISTRATIVO QUE
TRABALHA EM UM HOSPITAL DE DOENÇAS
TRANSMISSÍVEIS
VOCÊ JÁ SE PERGUNTOU:**



**COMO AS DOENÇAS SÃO TRANSMITIDAS?
QUANDO DEVEMOS USAR UMA MÁSCARA?
O QUE É MÁSCARA QUE TODO MUNDO FALA DENTRO DESTA HOSPITAL?
PORQUE PRECISAMOS TANTO LAVAR AS MÃOS?
PORQUE DEVEMOS TER CERTOS CUIDADOS AO TOMAR
ANTIBIÓTICOS?**

**PARA ACABAR COM TODAS AS SUAS DÚVIDAS ESTAREMOS
OFERECENDO PALESTRAS PARA VOCÊS QUE EXERCEM CARGOS
ADMINISTRATIVOS NO IPEC NOS DIAS
05 E 19 DE ABRIL, AS 10 HORAS, NO AUDITÓRIO DO PRÉDIO DA
DIREÇÃO.**

**A CCIH ESPERA POR VOCÊ PARA ESCLARECER TODAS AS SUAS
CURIOSIDADES.**

INSCRIÇÕES ATÉ 31 DE MARÇO DE 2006 NO SRH

ANEXO IV



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



INSTITUIÇÃO – INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS – FIOCRUZ

PROJETO DE PESQUISA – Percepção de risco de infecções hospitalares: produção de estratégias educacionais para o treinamento de diferentes categorias profissionais de saúde”

COORDENADORES: Sonia Maria Ferraz Medeiros Neves, Brani Rozemberg e Claudia Teresa Vieira de Souza.

PESQUISADORES: Marisa Zenaide Ribeiro Gomes, Regina Lana Braga Costa e Maria Cristina Lourenço.

Eu _____
fui convidado (a) a participar de um estudo sobre a estratégias educacionais para treinamentos. Fui também informado (a) que este estudo visa obter mais conhecimentos sobre riscos no ambiente hospitalar, formas de transmissão de doenças, precauções para prevenção da transmissão de doenças e higienização das mãos.

Minha participação neste estudo será de comparecer aos treinamentos marcados, realizar ou não uma das dinâmicas pertinentes ao tema e responder a um questionário no final dos treinamentos. Poderei ainda ser selecionado posteriormente para ser entrevistado com um espaço de tempo de 6 a 12 meses após a realização dos treinamentos, com a finalidade de resgatar conceitos e conhecimentos teóricos ministrados naqueles treinamentos, além de buscar se houve aplicação da teoria na prática do seu dia a dia de

trabalho através do que se aprendeu na sala de aula. Permito a gravação do meu depoimento e posterior transcrição destas falas. Além de me comprometer a participar posteriormente das dinâmicas de grupo. O objetivo desse estudo será o de identificar os principais conceitos e conhecimentos teóricos sobre risco apresentados por diferentes categorias profissionais do IPEC, e sua inserção na prática diária de trabalho na prevenção e controle das infecções hospitalares, desenvolvendo um processo de ensino aprendizagem que dinamize a aplicação dos conhecimentos de risco neste ou em outros contextos hospitalares.

Os resultados obtidos nesse estudo serão ditos para minha pessoa e considerados estritamente confidenciais, podendo, no entanto, ser divulgados na forma de comunicação científica, mas **não será permitida a minha identificação**, que será sob a forma de código, o que garante a minha privacidade.

Os resultados desse estudo poderão não me beneficiar diretamente, mas poderão no futuro beneficiar outras pessoas na prevenção e controle das infecções hospitalares através da prevenção de riscos e melhoria da qualidade da assistência. **Quanto aos riscos** fui informado da não existência de riscos, inclusive no que tange ao uso da tinta guaché por se tratar de um produto antialérgico.

O pesquisador me explicou que o conteúdo dessas informações quando eu não fui capaz de compreender e se colocou à disposição para responder as minhas perguntas sempre que eu tiver novas dúvidas.

Minha participação é inteiramente voluntária e gratuita. Fui informado (a) de que o termo de consentimento é um procedimento preconizado pelo Ministério da Saúde e que posso a qualquer momento desistir de participar do estudo sem prejuízo para o meu trabalho realizado no IPEC.

Recebi uma cópia desse termo de consentimento e pela presente consinto voluntariamente em participar deste estudo, permitindo, portanto que estas etapas sejam realizadas com a minha pessoa.

TERMOS DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Continuação)

Rio de Janeiro / /

Assinatura do profissional_____

Pesquisadora Doutoranda_____

Enf^a Msc. Sonia Maria Ferraz Medeiros Neves

Telefone de contato: Sala da CCIH (021) 38659574 e Telfax 2260-9749.

e-mail:sneves@ipecc.fiocruz.br

ANEXO V



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas



AUTORIZAÇÃO DE FOTOGRAFIA

Por este documento autorizo o pesquisador Sonia Maria Ferraz Medeiros Neves ou o(s) seus(s) representante(s) por ele designado(s), a fazer, reproduzir ou multiplicar fotografias, vídeos, filmes ou transparências em que eu apareça no todo ou sendo focalizada uma parte do meu corpo, para fins de pesquisa, informação ou divulgação, para educação em saúde ou para docência, publicados em periódicos ou em outros meios de divulgação científica, podendo ser feita a cor ou em preto e branco.

Autorizo, ainda, que a reprodução e multiplicação dessas imagens possam ser acompanhadas ou não de texto explanatório, abrindo mão de qualquer direito de pré-aprovação do material, assim como de qualquer compensação financeira pelo seu uso, devendo ser publicado sem o meu nome ou qualquer outro meio que permita a minha identificação.

Caso apareça o meu rosto, deixo expresso nesta autorização que () permito ou

() não permito seja meu rosto utilizado, sem as tarjas usualmente empregadas para dificultar a identificação.

Nome Data

Testemunha / Responsável ⁽¹⁾ Data

Testemunha / Responsável Data

(1) No caso de menores de 18 anos ou pessoas incapazes de ler, escrever ou expressar seu consentimento

ANEXO VII

SLIDES UTILIZADOS NOS TREINAMENTOS

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

Higiene de Mãos, Formas de transmissão de doenças, Medidas de Prevenção e EPIs no IPEC

Enf^a. Sonia Maria Ferraz Medeiros Neves
sneves@ipecc.fiocruz.br

IPEC/FIOCRUZ



Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A lavagem das mãos sempre foi o ponto chave do controle de infecções.

A lavagem simples das mãos é o procedimento individual mais importante na prevenção das infecções hospitalares, 80% das infecções hospitalares podem ser evitadas através da correta lavagem das mãos.

Deve ser realizada após os procedimentos todos os procedimentos invasivos ou não.

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

Técnica de Lavagem Correta das Mãos

- ✓ Abrir a torneira.
- ✓ Molhar as mãos e aplicar o sabão de preferência líquido.
- ✓ Friccionar as mãos com sabão durante 15 segundos.
- ✓ Enxaguar as mãos.
- ✓ Enxugar as mãos com papel toalha.
- ✓ Fechar a torneira com o papel toalha utilizado no item anterior.

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

Amostra da Técnica de Lavagem de Mãos

- ✓ Retirar anéis, pulseiras e relógios.
- ✓ Lavar todas as superfícies, o dorso, a região palmar, entre os dedos e ao redor das unhas.
- ✓ Para completar: lavar os antebraços.
- ✓ Secar com papel toalha.

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

O QUE USAR	QUANDO USAR
SABÃO COMUM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PRESENÇA VISÍVEL DE SUJIDADE NAS MÃOS. ✓ ANTES E DEPOIS DO CONTATO COM PACIENTES, SEUS EQUIPAMENTOS E SEU MOBILIÁRIO.
ÁLCOOL GEL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA. ✓ ENTRE DIFERENTES PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO MESMO PACIENTE. ✓ ANTES E DEPOIS DE PRESTAR CUIDADOS A PACIENTES EM PRECAUÇÃO DE CONTATO POR MRSA OU GRAM NEGATIVOS MULTIRESSISTENTES.
CLOREXIDINA OU POVIDINE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ANTES E DEPOIS DE PRESTAR CUIDADOS A PACIENTES EM PRECAUÇÃO DE CONTATO POR MRSA OU GRAM NEGATIVOS MULTIRESSISTENTES. ✓ ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS.

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

Medidas de precauções

Objetivo:

Impedir a disseminação de um agente infeccioso do paciente, infectado ou colonizado, para outros indivíduos. A disseminação de infecção dentro do hospital depende de três elementos: uma fonte de microorganismo infectante, um hospedeiro susceptível e um meio de transmissão de microorganismo.

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

Tipos de transmissão de microrganismos

Contato direto: com a superfície corporal, ou transferência do microrganismo entre paciente infectado ou colonizado e o indivíduo suscetível.

Exemplos: disseminação de microrganismo multirresistente e escabiose.

Contato indireto: através da transferência do microrganismo de um objeto contaminado para um indivíduo suscetível.

Exemplos: uso comum de termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, sem desinfecção entre pacientes.

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

Gotículas: são produzidas através da fala, tosse espirro e durante a realização de alguns procedimentos, tais como: aspiração traqueal e broncoscopia. A transmissão ocorre pela deposição destas gotículas em mucosa nasal ou oral, através de um contato muito próximo (< 90 cm) entre a fonte de infecção e o indivíduo suscetível. Estas gotículas não permanecem suspensas no ar.

Exemplos:

- ✓ transmissão da meningococemia
- ✓ caxumba
- ✓ rubéola

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

Pelo ar: são produzidas da mesma maneira. Estas partículas alcançam rápida dispersão no ar e a maioria permanece em suspensão (aerossol) por períodos prolongados.

As partículas de poeira suspensas por varreduras a seco ou agitação de roupa também podem conter partículas infectantes.

Exemplos:

- ✓ tuberculose pulmonar
- ✓ laríngea
- ✓ varicela
- ✓ sarampo.

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

Veículos comuns: onde os microrganismos são transmitidos por veículos contaminados, tais como: água, soluções endovenosas, medicamentos ou dispositivos invasivos.

Exemplos: surto de diarreia por alimento ou água contaminada.

Vetores: ocorre quando vetores tais como mosquito, pássaros, ratos e outros transmitem os microrganismos.

Instituto de Pesquisa Clínica EVANDRO CHAGAS

Colonização

significa a presença de microrganismos em determinadas regiões de pele ou mucosa do paciente (mucosa nasal, virilha e axilas) não produzindo danos a este, sem o aparecimento de sintomas clinicamente reconhecíveis não causando infecção.

A **infecção** é a penetração, alojamento e, em geral, multiplicação de um microrganismo no organismo do paciente, produzindo danos a este, com ou sem o aparecimento de sintomas clinicamente reconhecíveis.

Instituto de Pesquisa Clínica EVANDRO CHAGAS

PRECAUÇÕES PADRÃO

UTILIZAR AVENTAL, LUVAS, MÁSCARA E ÓCULOS QUANDO HOUVER CONTATO COM FLUIDOS BIOLÓGICOS DOS PACIENTES

LAVE AS MÃOS

The infographic features a yellow background. At the top left is a circular icon with a hand being washed under a faucet, labeled 'LAVE AS MÃOS'. The main title 'PRECAUÇÕES PADRÃO' is in large, bold, black letters. Below it, a white box contains the text 'UTILIZAR AVENTAL, LUVAS, MÁSCARA E ÓCULOS QUANDO HOUVER CONTATO COM FLUIDOS BIOLÓGICOS DOS PACIENTES'.

Instituto de Pesquisa Clínica EVANDRO CHAGAS

PRECAUÇÕES PADRÃO

UTILIZAR AO CUIDAR DE TODOS OS PACIENTES:

01.) Lavar as mãos antes e após cuidar de pacientes;
02.) Usar luvas, máscara, avental, protetor ocular e facial durante contato com fluidos corpóreos e mucosas ou procedimentos com possibilidade de ocorrer respingos de material biológico;
03.) Limpar e desinfetar artigos e equipamentos utilizados entre pacientes;
04.) Acondicionar e transportar a roupa suja de modo a prevenir vazamentos e contato com a pele ou ambiente;
05.) Prevenir ferimentos com perfuro-cortantes:
 - não reencapar agulhas
 - descartar o material em caixas apropriadas

Instituto de Pesquisa Clínica EVANDRO CHAGAS

ISOLAMENTO 2

USE LUVAS

USE AVENTAL

LAVE AS MÃOS

The infographic has a green background. It includes the 'LAVE AS MÃOS' icon. The title 'ISOLAMENTO 2' is prominent. Below the title are two icons: a hand in a glove labeled 'USE LUVAS' and a white lab coat labeled 'USE AVENTAL'.

Instituto de Pesquisa Clínica EVANDRO CHAGAS

**PROCEDIMENTO TIPO - 2
ISOLAMENTO DE CONTATO**

USAR LUVAS E AVENTAL AO CUIDAR DE PACIENTES COM:

01.) AIDS com sangramento;
02.) Brucelose com lesão e ou drenagem não contida;
03.) Cólera (durante a doença);
04.) Diarria Infecçiosa (durante a doença);
05.) Escabiose;
06.) Febre Paratifoide (até 03 coproculturas negativas);
07.) Febre Tifoide (até 03 coproculturas negativas);
08.) Hepatites com sangramento;
09.) Hepatite Tipo A (até 07 dias após icterícia);
10.) Herpes Simples Congênito (até formar crostas);
11.) Herpes Simples Disseminado (até formar crostas);
12.) Icterícia de Causa Infecçiosa;
13.) Infecção Cutânea por Bactéria Multidroga Resistente (até exame negativo);
14.) Infecção Gastrointestinal por Bactéria Multidroga Resistente (até exame negativo);

Instituto de Pesquisa Clínica EVANDRO CHAGAS

ISOLAMENTO 3

USE LUVAS

USE MÁSCARA CIRÚRGICA

USE AVENTAL

LAVE AS MÃOS

The infographic has a pink background. It includes the 'LAVE AS MÃOS' icon. The title 'ISOLAMENTO 3' is prominent. Below the title are three icons: a hand in a glove labeled 'USE LUVAS', a person wearing a surgical mask labeled 'USE MÁSCARA CIRÚRGICA', and a white lab coat labeled 'USE AVENTAL'.



PROCEDIMENTO TIPO - 3
ISOLAMENTO DE CONTATO + RESPIRATÓRIO - (GOTÍCULAS)

USAR LUVAS, AVENTAL E MÁSCARA CIRÚRGICA AO CUIDAR DE PACIENTES COM:

01.) Difteria Faringea (até 02 culturas negativas);
02.) Febres Hemorrágicas;
03.) Hantavírose;
04.) Pneumonia por Bactérias Multidroga Resistentes (em epidemias e durante a doença);
05.) Raiva;
06.) Rubéola Congênita (por 1 ano);

PROCEDIMENTO TIPO - 4
ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO - (GOTÍCULAS)

USAR MÁSCARA CIRÚRGICA AO CUIDAR DE PACIENTES COM:

01.) Caxumba (por 09 dias);
02.) Coqueluche (até 05 dias após o início da terapêutica);
03.) Vírus Influenza - Gripe (durante a doença);
04.) Meningites por *Haemophilus influenza* (por 24 horas após o início do tratamento);
05.) Meningite por *Neisseria meningitidis* (por 24 horas após o início do tratamento);
06.) Meningococemia (por 24 horas após o início do tratamento);



PROCEDIMENTO TIPO - 4N95
ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO - (AEROSSOL)

USAR MÁSCARA N95 AO CUIDAR DE PACIENTES COM:

01.) Sarampo (até 05 dias após início do exantema);
02.) Tuberculose Pulmonar e Laringea (até 3 baciloscopias negativas);
03.) Varicela (até formar crostas);

Conheça as nossas placas de precaução



Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

O ambiente inanimado pode facilitar a transmissão



Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

O equipamento de proteção individual (EPI) deve ser usado quando se prevê uma exposição a material biológico e produtos químicos tóxicos.

Tipos de EPIs:

- máscara cirúrgica
- máscara com filtro químico
- máscara N95
- luva de borracha
- óculos de acrílico
- protetor facial de acrílico
- avental impermeável
- capote de manga comprida
- bota ou sapato fechado impermeável
- gorro

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL



Diferentes tipos de capotes



Óculos de proteção

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL



Diferentes tipos de luvas



Diferentes tipos de máscara

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL



Protetor de fase



Diferentes tipos de máscaras e capotes

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA



Unidades de Descontaminação
Aparelho de Filtragem HEPA



Armário para guarda de
Inflamáveis

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS
EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA



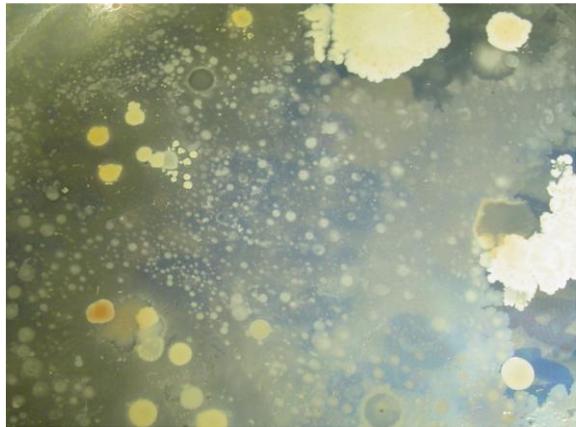
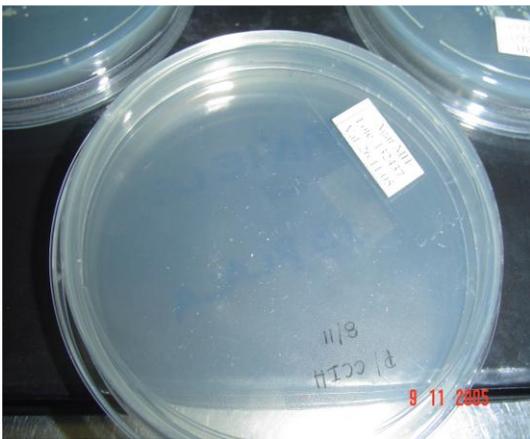
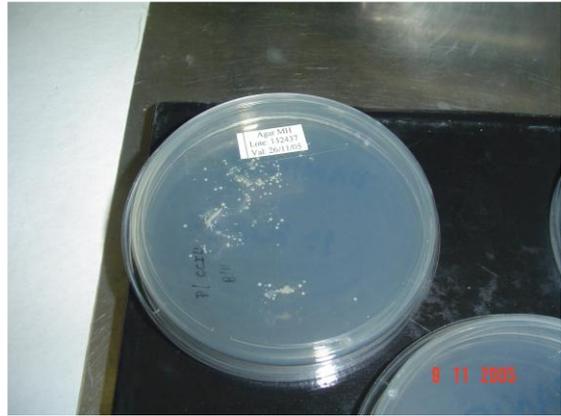
LAVA-OLHOS

Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS
EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA



Capelas de Fluxo Laminar





Instituto de Pesquisa Clínica
EVANDRO CHAGAS

CCIH-IPEC

Seja mais um nesta luta !!!

The complex block contains a header with the text "Instituto de Pesquisa Clínica EVANDRO CHAGAS". Below this is a circular logo with a blue border containing the text "Lavando as Mãos e Salvando Vidas" around the perimeter. Inside the circle is a white hand with two blue water droplets falling from it. Below the logo, the text "CCIH-IPEC" is written in bold red letters. At the bottom of the block, the slogan "Seja mais um nesta luta !!!" is written in bold black letters. The background of the entire block is a faded image of a building.

ANEXO VIII

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL (1) Os questionários não são identificáveis.

01. IDADE: _____ Anos SEXO: () F () M

02. CATEGORIA PROFISSIONAL? _____

03. LOCAL DE TRABALHO? _____

04. HÁ QUANTO TEMPO ATUA NESTA INSTITUIÇÃO?

05. VOCÊ JÁ TEVE ALGUM TIPO DE AULA OU EXPOSIÇÃO COMO A QUE ESTÁ TENDO NESTE MOMENTO?

() SIM () NÃO

EM CASO AFIRMATIVO QUANTAS? _____

QUE ASSUNTOS FORAM

ABORDADOS? _____

QUE PROFISSIONAIS REALIZARAM ESTA

ABORDAGEM? _____

SOBRE A AULA

VOCE ACREDITA QUE OS ASSUNTOS ABORDADOS NESTA AULA FORAM:

() RELEVANTES () IRRELEVANTE

POR

QUÊ? _____

ACREDITA QUE AS INFORMAÇÕES OBTIDAS IRÃO DE ALGUMA FORMA SER ÚTEIS À SUA VIDA ? COMO?

E AO SEU TRABALHO? COMO?

VOCÊ GOSTOU DAS DINÂMICAS REALIZADAS? () SIM () NÃO

AS DINÂMICAS AJUDARAM A ESCLARECER A TEORIA? () SIM () NÃO

POR

QUÊ? _____

ANEXO IX

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE JÁ FORAM SUBMETIDOS AO TREINAMENTO E AS DINÂMICAS E QUE RESPONDERAM AOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO.

INICIAIS: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL:

1) Quais os principais conceitos e conhecimentos teóricos que você tem sobre risco?

2) Como você acredita que eles se inserem na prática diária de trabalho na prevenção e controle das infecções hospitalares?

4) Você acredita que o conteúdo teórico e a realização das dinâmicas podem ter contribuído na sua prática diária de trabalho? () SIM () NÃO

5) Em caso afirmativo como?

6) Em caso negativo por quê?

7) Você consegue levar a teoria para prática realizando o que aprendeu na sala de aula no seu dia a dia de trabalho? () SIM () NÃO

Em caso afirmativo como está realizando isto?

8) Existem fatores que você percebe como impeditivos para empregar o que aprendeu na aula na realização das atividades da prática diária de trabalho?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo que fatores são estes?

9) De que forma você acredita que nós profissionais da CCIH podemos trabalhar para minimizar estes fatores impeditivos ao seu trabalho?

ANEXO X

Quadro 1 Descrição do perfil dos Psicólogos do IPEC que se realizaram o treinamento da CCIH em 2005 segundo as características da amostra.

Sujeitos	Idade	Sexo	Local de atuação	Tempo de atuação no IPEC
1	23	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
2	23	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
3	24	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	1 Mês
4	24	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
5	24	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
6	25	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
7	25	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
8	27	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
9	29	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	9 Meses
10	31	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
11	36	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
12	38	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
13	39	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
14	55	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	3 Meses

CONTINUAÇÃO DO ANEXO X

Quadro 2 Descrição do perfil dos Psicólogos do IPEC que se realizaram o treinamento da CCIH em 2006 segundo as características da amostra.

Sujeitos	Idade	Sexo	Local de atuação	Tempo de atuação no IPEC
1	22	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
2	23	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	1 Mês
3	23	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
4	23	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
5	24	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	6 Meses
6	25	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	1 Mês
7	25	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	1 Mês
8	26	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
9	26	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
10	27	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
11	27	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
12	28	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
13	28	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
14	29	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	3 Meses
15	29	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
16	31	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
17	32	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	4 Anos
18	35	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	3 Semanas
19	35	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	6 Meses
20	35	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	3 Anos
21	35	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	8 Anos
22	37	M	CINT, CECLIN e Hospital Dia	1 Semana
23	41	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
24	45	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
25	46	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	3 Meses

26	52	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	1 Mês
27	55	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	10 Meses

CONTINUAÇÃO DO ANEXO X

Quadro 3 Descrição do perfil dos Psicólogos do IPEC que se realizaram o treinamento da CCIH em 2007 segundo as características da amostra.

Sujeitos	Idade	Sexo	Local de atuação	Tempo de atuação no IPEC
1	24	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
2	25	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
3	26	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
4	27	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
5	30	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
6	30	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Meses
7	34	M	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
8	35	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Dias
9	41	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
10	43	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas
11	43	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	3 Meses
12	45	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	6 Meses
13	50	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	2 Semanas

ANEXO XI

Quadro 5 Descrição do perfil dos Assistentes Sociais do IPEC que se realizaram o treinamento da CCIH em 2006 segundo as características da amostra.

Sujeitos	Idade	Sexo	Local de atuação	Tempo de atuação no IPEC
1	23	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	1 Ano e meio
2	24	F	Hospital Dia	1 Ano e meio
3	27	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	1 Ano
4	40	F	CINT, CECLIN e Hospital Dia	20 Anos
5	47	F	CECLIN	20 Anos
6	51	M	CECLIN e Hospital Dia	1 Ano
7	54	F	CINT	3 Meses

ANEXO XII

Quadro 7 Descrição do perfil dos Administrativos do IPEC que se realizaram o treinamento da CCIH em 2006 segundo as características da amostra.

Sujeitos	Idade	Sexo	Local de atuação	Tempo de atuação no IPEC
1	18	M	SED	2 Semanas
2	19	F	Secretaria Geral	1 Mês
3	21	F	Coleta	3 Meses
4	21	F	CINT	2 Anos
5	21	F	SED	3 Anos e 8 meses
6	22	F	Direção	4 Anos
7	22	M	SRH	1 Ano e meio
8	23	F	SED	1 Ano
9	24	F	Secretaria Geral	1 Ano e meio
10	24	F	CECLIN	2 Anos
11	25	M	CECLIN	2 Anos
12	26	F	CECLIN	4 Anos
13	26	F	SED	4 Anos
14	27	F	DDI	5 Anos
15	28	F	SED	4 Meses
16	29	F	Anatomia Patológica	4 Anos
17	31	F	SED	4 Anos
18	31	F	CECLIN	1 Ano e 9 meses
19*	31	F	HPM Macaé	2 Anos e 1 mês
20	31	M	CECLIN	3 Anos e meio
21	33	F	CCIH	3 Anos
22	33	M	Direção	4 Meses
23	34	F	Coleta	3 Meses
24	35	F	Farmácia	12 Anos
25	38	F	Secretaria Geral	20 Anos

26	38	M	CECLIN	5 Meses
27	43	F	SEMAG	1 Ano
28	43	M	Anatomia Patológica	3 Anos
29	45	F	Hospital dia	8 Anos
30	45	F	Coleta	8 Anos
31	46	F	SED	6 Anos
32*	46	F	HPM Macaé	2 Anos
33	47	F	CECLIN	5 Anos
34	48	F	CECLIN	4 Anos
35	49	F	Secretaria Geral	9 Anos
36	50	F	SRH	1 Ano
37	51	M	SED	5 Anos
38	54	F	Farmácia	6 Anos
39	56	F	Epidemiologia	25 Anos

19* e 32* Não são da mesma instituição.

ANEXO XIII

Quadro 9 Descrição do perfil dos residentes médicos do IPEC que se realizaram o treinamento da CCIH em 2005 e 2007 segundo as características da amostra.

Sujeitos	Idade	Sexo	Local de atuação	Tempo de atuação no IPEC
1	28	F	CINT e CECLIN	1 Ano e 4 meses
2	27	M	CINT e CECLIN	1 Ano e 4 meses
3	27	M	CINT e CTI	1 Mês e meio
4	24	F	CINT e CTI	2 Meses
5	29	M	CINT	15 Dias

ANEXO XIV

Quadro 11 Descrição do perfil dos Enfermeiros do IPEC que se realizaram o treinamento da CCIH em 2005 e 2007 segundo as características da amostra.

Sujeitos	Idade	Sexo	Local de atuação	Tempo de atuação no IPEC
1	24	F	CINT	1 Ano
2	24	F	CINT	9 Meses
3	24	F	CINT	11 Meses
4	27	F	CINT	2 Anos
5	27	F	Hospital Dia	2 Anos
6	28	F	CTI	2 Anos
7	29	F	CINT	2 Anos
8	30	F	CME	5 Meses
9	30	F	CTI	1 Ano
10	31	F	CINT	4 Meses
11	32	F	CINT	1 Ano e 1 mês
12	33	F	CINT	6 Anos
13	43	F	CINT	5 Anos

ANEXO XV

Quadro 13 Descrição do perfil dos Técnicos de Enfermagem do IPEC que se realizaram o treinamento da CCIH em 2005 e 2007 segundo as características da amostra.

Sujeitos	Idade	Sexo	Local de atuação	Tempo de atuação no IPEC
1	24	F	CINT	1 Ano e 1 mês
2	24	F	CINT	10 Meses
3	25	F	CINT	2 Anos
4	26	F	CINT	2 Anos e meio
5	27	M	CTI	10 Meses
6	29	F	CINT	11 Meses
7	29	M	CINT	11 Anos
8	31	F	CINT	2 Anos
9	32	F	CTI	2 Anos
10	33	F	CTI	11 Meses
11	34	F	CINT	2 Anos e 4 meses
12	35	F	CINT	2 Anos
13	36	F	CINT	11 Anos
14	37	F	CINT	15 Anos
15	39	F	CINT	12 Anos
16	40	F	CINT	10 Anos
17	42	F	CTI	2 Anos
18	42	F	CINT	3 Anos
19	42	F	CINT	18 Anos
20	50	F	CECLIN	29 Anos
21	50	F	CINT	22 Anos
22	50	F	Hospital Dia	15 Anos
23	51	F	CINT	18 Anos
24	61	F	CINT	20 Anos

ANEXO XVI

Quadro 15 Descrição do perfil dos Profissionais da Limpeza do IPEC que se realizaram o treinamento da CCIH em 2006 e 2007 segundo as características da amostra.

Sujeitos	Idade	Sexo	Local de atuação	Tempo de atuação no IPEC
1	19	F	CINT	6 Meses
2	20	M	CINT	6 Meses
3	24	F	CINT	11 Meses
4	27	M	CINT	9 Meses
5	27	F	CECLIN	1 Ano e 8 Meses
6	28	F	Vice-Direção	7 Meses
7	30	F	1º Piso	9 Anos
8	31	F	Farmácia	12 Anos
9	33	F	CECLIN	5 Meses
10	33	F	CECLIN	11 Anos
11	34	F	Raio X	10 Anos
12	35	F	CINT	7 Meses
13	35	F	CINT	6 Meses
14	37	F	Anatomia Patológica	2 Anos
15	38	F	Coleta	2 Anos
16	38	F	CINT	12 Anos
17	38	F	Coordenação de Ensino	7 Anos
18	41	F	CINT	3 Anos
19	42	F	CINT	8 Anos
20	43	F	Laboratório	11 Anos
21	44	F	CTI	6 Meses
22	44	F	Laboratório	6 Anos
23	46	F	Hospital dia	15 Anos
24	48	F	CINT	6 Anos
25	48	F	CINT	1 Ano

26	48	F	CINT	10 Anos
27	50	F	Ensaio Clínicos	11 Anos
28	50	F	Pesquisa Clínica	6 Anos
29	50	F	CINT	12 Anos
30	50	F	Ensaio Clínicos	11 Anos
31	51	F	Laboratório	3 Anos
32	52	F	Laboratório	5 Anos
33	52	F	Anatomia Patológica	11 Anos
34	55	F	Laboratório	12 Anos
35	57	F	Epidemiologia	12 Anos
36	58	F	CINT	10 Anos
37	65	M	CINT	11 Anos
38	66	F	CINT	15 Anos
39	74	F	CECLIN	7 Anos