

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

*MICHELY APARECIDA CARDOSO MAROLDI*

**PRECAUÇÕES PADRÃO E ESPECÍFICAS PARA  
CONTROLE DA TRANSMISSÃO DE PATÓGENOS:  
NECESSIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

São Carlos - SP

2015

*MICHELY APARECIDA CARDOSO MAROLDI*

**PRECAUÇÕES PADRÃO E ESPECÍFICAS PARA  
CONTROLE DA TRANSMISSÃO DE PATÓGENOS:  
NECESSIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Dissertação de mestrado  
apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de São Carlos  
(SP).

Área de concentração:  
Cuidado e Trabalho em Saúde e  
Enfermagem. Inserida na linha de  
pesquisa: Trabalho e gestão em saúde  
e enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosely  
Moralez de Figueiredo.

São Carlos – SP

2015

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

M354pp

Maroldi, Michely Aparecida Cardoso.

Precauções padrão e específicas para controle da transmissão de patógenos : necessidades na atenção primária em saúde / Michely Aparecida Cardoso Maroldi. -- São Carlos : UFSCar, 2015.  
97 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2015.

1. Cuidados em enfermagem. 2. Atenção primária à saúde. 3. Precauções padrão. 4. Contenção de riscos biológicos. I. Título.

CDD: 610.73 (20<sup>a</sup>)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Michely Aparecida Cardoso Maroldi, realizada em 23/02/2015:

---

Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo  
UFSCar

---

Profa. Dra. Adriana Maria da Silva Felix  
HCor

---

Profa. Dra. Silvia Helena Zem Mascarenhas  
UFSCar

# *DEDICATÓRIA*

---

*Dedico este trabalho ...*

*As equipes multiprofissionais de saúde, em especial, as que trabalham na Atenção Primária à Saúde, de forma que possam realizar uma assistência de qualidade buscando sempre atualizações e capacitações fundamentais para a prática de boas maneiras no cuidado comunitário.*

*A todos os pacientes que usufruem das instituições primárias de saúde, aos quais busco por uma assistência humanizada e segura.*

# *AGRADECIMENTOS*

---

*À Deus, acima de tudo, por me permitir realizar esse trabalho ofertando sabedoria, paciência, dedicação e me fortificando nos momentos mais difíceis.*

*Aos meus pais, Luiz e Elionete, pelos ensinamentos e por estarem comigo em todos os momentos, sempre com muito amor e carinho, me incentivando e impulsionando a seguir em busca dos meus sonhos e felicidade.*

*Ao meu grande amor, Felipe, pelo companheirismo, fidelidade, paciência, amor e carinho me apoiando em mais esta etapa da minha e das nossas vidas.*

*À minha avó e madrinha, Nadir, pelo amor, preocupação, carinho e valores transmitidos desde pequenina.*

*À minha grande irmã, Monique, pelo amor, carinho, amizade e incentivo.*

*À minha tia, Lee, pelo apoio e carinho de sempre.*

*À minha querida orientadora Rosely, pela oportunidade de realizar este trabalho, pelo apoio, confiança, carinho e ensinamentos.*

*À enfermeira, Denise Braga, por selecionar os profissionais participantes contribuindo ricamente para a realização desta pesquisa.*

*Aos amigos do grupo de pesquisa, GEPOHC, pela amizade e apoio.*

*A todos os profissionais que aceitaram participar deste estudo, pois somente assim pôde-se concretizá-lo.*

*Aos membros da banca examinadora, pelo apoio e contribuições enriquecedoras nesta pesquisa.*

*Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.*

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

*Arthur Schopenhauer*

## ***APRESENTAÇÃO***

Meu interesse em estudar o corpo humano e principalmente, em ajudar os doentes durante sua recuperação começou desde muito cedo. Aos 13 anos já sabia que iria seguir carreira na área da saúde. Foi no ensino médio que decidi fazer enfermagem; acompanhar o paciente durante seu tratamento visando a qualidade de vida diante da sua realidade seja em unidades de saúde, seja com a sua família sempre foi minha vontade.

Depois dos vestibulares, no ano de 2006, ingressei no curso de enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). No terceiro ano da graduação, me interessei pela pesquisa, iniciando um trabalho de Iniciação Científica junto da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosely Moralez de Figueiredo, que durou dois anos. Neste período fui bolsista do Programa Institucional PIBIC/CNPq – UFSCar, e estudei sobre as ações de saúde que envolviam riscos de transmissão de microrganismos, realizadas pela equipe multiprofissional do Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Escola da cidade de São Carlos; esta pesquisa me contemplou com o trabalho de conclusão de curso e dois artigos publicados.

Quando acabei a graduação busquei a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) para me especializar em Enfermagem em Urgência e Emergência, pois embora seja voltada para a prática em unidades de pronto-atendimento ou atendimentos extra-hospitalares que requeiram de agilidade, são princípios básicos e essenciais em todo e qualquer âmbito da área da saúde. Nestes dois anos, junto da especialização trabalhei por alguns meses na área hospitalar, porém sentia que algo estava faltando; na verdade, sentia necessidade de buscar novos conhecimentos, atualizações sobre o cuidado e sobre os próprios profissionais da saúde.

Foi neste momento que procurei, novamente, a Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Rosely expondo a ela essa minha angústia diante da realidade que estava vivendo. Muito solícita e acolhedora, me recebeu e me propôs um novo trabalho, mantendo a temática sobre os riscos biológicos. Aceitei prontamente, já que daria continuidade relativa ao trabalho que fiz outrora sobre adesão as boas práticas no cuidado. No ano de 2012 fiz a disciplina “Doenças Transmissíveis” oferecida pela orientadora e, no ano de 2013, iniciei minhas atividades novamente na UFSCar, agora como mestranda.

Desta forma, após ser selecionada para iniciar as atividades como aluna do PPGEnf, da UFSCar, comecei a pesquisar sob o tema: “Precauções padrão e específicas para controle da transmissão de patógenos: necessidades na atenção primária em saúde.”

As atividades realizadas durante esses dois anos foram fundamentais para o meu crescimento profissional e diria que até pessoal, já que consegui ter um olhar diferenciado em relação ao profissional da saúde, em especial da equipe de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde me interessando a cada dia pelo trabalho na atenção primária em saúde. Auxiliar os alunos da graduação em monitorias e estágios em unidades de internação foi gratificante e me ajudou a aprimorar o conhecimento.

Desta maneira a intenção desta pesquisa foi identificar com os profissionais da atenção básica, o conhecimento sobre precauções, assim como elementos que pudessem interferir e determinar a adesão dos profissionais à estas medidas. Os objetivos foram cumpridos juntamente com o levantamento dos temas para futura construção de material didático. Desejo que esta dissertação de mestrado possa trazer benefícios e conhecimentos sobre a temática aos profissionais no contexto da atenção primária em saúde prezando pela qualidade e segurança na assistência.

## *Resumo*

MAROLDI, M.A.C. **Precauções padrão e específicas para controle da transmissão de patógenos:** necessidades na atenção primária em saúde. 91f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – SP, 2015.

A adesão dos trabalhadores da saúde às precauções-padrão (PP) e precauções específicas (PE) é essencial para prevenir a transmissão de microrganismos. A literatura apresenta poucos estudos referentes à adesão a essas precauções no ambiente extra-hospitalar, em especial na atenção primária em saúde (APS). Com o aumento da incidência de pacientes colonizados com germes multirresistentes e alta prevalência da tuberculose (TB) no país, ampliam a necessidade de pesquisas sobre a transmissão de microrganismos neste nível de atenção. Este estudo teve como objetivo identificar, junto aos profissionais da APS, as necessidades de conhecimento sobre PP e PE assim como elementos que possam interferir na adesão a tais medidas. Trata-se de um estudo qualitativo, onde foram realizados quatro grupos focais e três entrevistas com profissionais de saúde da APS do município de São Carlos/SP e Itirapina/SP. Estudo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. O conteúdo dos grupos e das entrevistas foi transcrito e analisado sob as premissas da pesquisa qualitativa, sendo identificadas as seguintes categorias temáticas: falta de conhecimento sobre atividades que requerem proteção; dificuldades com a infraestrutura; qualidade e disponibilidade de materiais; problemas comportamentais; necessidade de treinamentos; e outras questões. Os profissionais reconheceram as dificuldades diante das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e da adoção de medidas básicas para o seu controle, além da necessidade de mais treinamento e capacitações ampliando a abordagem para toda a equipe multiprofissional. Desta maneira, este estudo traz conhecimentos específicos sobre a temática na APS contribuindo para a elaboração de guias de recomendações e de novas ações educativas visando minimizar os riscos de transmissão de infecção, além de colaborar com o desenvolvimento de novas pesquisas nesta área de atenção.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Precauções universais; Riscos ocupacionais.

## *Abstract*

MAROLDI, M.A.C. **Standard precautions and specific to control the transmission of pathogens: needs in primary health care.** 91f. Dissertation (Master) – Graduate Program in Nursing at the Federal University of São Carlos - SP, 2015.

The adherence of health workers to universal precautions (UP) and specific precautions (SP) is essential to prevent the transmission of microorganisms. The literature contains few studies about adherence to these precautions outside the hospital environment, particularly in primary health care (PHC). With the increased incidence of patients colonized with multidrug-resistant germs and high prevalence of tuberculosis (TB) in the country, increased the need for research on the transmission of microorganism sat this level of attention. This study aimed to identify, together with the PHC professionals, the know ledge needs of UP and SP as well as elements that may interfere with adherence to these measures. This is a qualitative study, which were conducted four focus groups and three interviews with health professionals in the city of São Carlos / SP and Itirapina / SP. This study was approved by the Research Ethics Committee. The content of groups and interviews were transcribed and analyzed under the premises of qualitative research, the following themes were identified: lack of knowledge about activities that require protection; difficulties with infrastructure; quality and availability of materials; behavioral problems; need for training; and other issues. Professionals acknowledged the difficulties in the face of infection related to assistance to health (IRAH) and the adoption of basic measures for their control, and the need for more training and expanding the capabilities approach for the multidisciplinary team. Thus, this study brings expertise on the subject in the PHC contributing to the elaboration of recommendation sand guides new educational actions to minimize the risk of transmission of infection, in addition to supporting the development of new research in this area of attention.

Keywords: Primary health care; Universal precautions; Occupational risks.

## *Lista de Abreviaturas e Siglas*

- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde
- CIRAS** – Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
- CDC** – Center for Disease Control
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- DECS** – Descritores em Ciências da Saúde
- DOTS** – Estratégia de Tratamento Diretamente Supervisionado
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- FAMERP** – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
- HM** – Higienização das Mãos
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPRS** – Índice Paulista de Responsabilidade Social
- IRAH** – Infection Related to Assistance to Health
- IRAS** – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
- LILACS** – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEDLINE** – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde
- PB** - Paraíba
- PE** – Precauções Específicas
- PHC** – Primary Health Care
- PIBIC** - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
- PP** – Precauções Padrão
- PPGenf** – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
- PSF** – Programa Saúde da Família
- RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- RSS** – Resíduos de Serviços de Saúde

**SP** – Specific Precaution

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TB** – Tuberculose

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UFSCar** – Universidade Federal de São Carlos

**UP** – Universal Precautions

**USF** – Unidade Saúde da Família

**WHO** – World Health Organization

## *Sumário*

<b>1.0 INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1. Atenção primária em saúde.....	18
1.2. Precauções padrão e específicas e a realização do controle de infecções relacionadas à assistência à saúde .....	20
1.3. Revisão de literatura: APS, PP e PE .....	22
1.4 Benefícios da pesquisa .....	23
<b>2.0. OBJETIVOS</b> .....	24
2.1. Objetivo geral .....	25
2.2. Objetivos específicos .....	25
<b>3.0. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	26
3.1. Delineamento do estudo .....	27
3.2. População do estudo .....	27
3.3. Cenário do estudo .....	28
3.3.1. Cidade de São Carlos/SP .....	28
3.3.2. Cidade de Itirapina/SP .....	28
3.4. Local do estudo .....	29
3.5. Coleta dos dados .....	30
3.5.1. Etapa 1: Técnicas de Instrumentos .....	30
3.5.1.1. Grupo focal: definição, histórico, evidências, etapas e técnica..30	
3.5.1.2. Entrevistas: definição e técnica .....	32
3.5.2. Etapa 2: Transcrição das falas obtidas durante as reuniões e entrevistas..32	
3.6. Plano de análise dos dados .....	32
3.6.1. Etapa 1: Leitura das transcrições .....	34
3.6.2. Etapa 2: Considerações e divisão de categorias e subcategorias .....	34
3.7. Aspectos éticos do estudo .....	34
<b>4.0. RESULTADOS</b> .....	35
4.1. Categorização dos profissionais participantes do estudo .....	36
4.2. Categorização temática .....	37
4.2.1. Categoria 1: Falta de conhecimento sobre atividades que requerem proteção .....	37
4.2.2. Categoria 2: Dificuldades com a infraestrutura .....	40

4.2.3. Categoria 3: Qualidade e disponibilidade de materiais .....	42
4.2.4. Categoria 4: Problemas comportamentais .....	42
4.2.5. Categoria 5: Necessidade de treinamentos .....	44
4.2.6. Categoria 6: Outras questões .....	47
4.3. Temas de abordagens para futura construção de treinamento na APS .....	48
<b>5.0. DISCUSSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>6.0. CONCLUSÃO.....</b>	<b>71</b>
<b>7.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>73</b>
<b>8.0. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>

### ***Tabela***

<b>TABELA 1:</b> Temas de abordagens, com objetivos a serem atingidos e situação-exemplo para futura construção de treinamento na APS. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2015 .....	48
--	----

### ***Apêndices e Anexo***

<b>APÊNDICE I:</b> Roteiro para discussão em grupo focal .....	90
<b>APÊNDICE II:</b> Roteiro para entrevista com médicos .....	92
<b>APÊNDICE III:</b> TCLE para profissionais que serão entrevistados .....	93
<b>APÊNDICE IV:</b> TCLE para profissionais que participarão dos grupos focais .....	94
<b>ANEXO I:</b> Parecer substanciado do CEP .....	95

# *INTRODUÇÃO*

---

## 1.0. INTRODUÇÃO

Os diferentes níveis de atenção à saúde representam o espaço dos movimentos, das trocas, das possibilidades de estar em condições seguras de saúde e ao mesmo tempo, exposto a condições naturais e sociais do conviver com as doenças, sendo a infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) uma das maiores preocupações (ERDMANN, LENTZ, 2004). As IRAS decorrem de diversos fatores como a presença de microrganismos, pacientes, profissionais e das interações realizadas entre a instituição e o meio ambiente (ERDMANN, LENTZ, 2004).

As diretrizes e princípios impostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram providos para efetivar as ações de promoção, proteção e recuperação à saúde necessitando impreterivelmente de qualidade, orientada pelo desenvolvimento de uma prática segura (REZENDE *et al.*, 2012). A incidência de transmissão de microrganismos relacionada à assistência à saúde exerce considerável impacto sobre quadros de morbidade e mortalidade, despendendo para tanto de recursos. A percepção do risco e a eficácia de medidas de biossegurança para a prevenção e controle das IRAS ainda constituem um desafio, na atenção primária em saúde (APS), uma vez que as pesquisas envolvendo esta temática ainda são deficitárias.

Os profissionais que compõem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), responsáveis pela APS, devem ser coerentes, garantindo a prevenção e a promoção à saúde através de ações que ofereçam ao paciente, aos integrantes da equipe e a si mesmos o menor risco possível de transmissão de infecções no contexto em que estão inseridos (REZENDE *et al.*, 2012).

Vinculado ao exercício do profissional da saúde, a prevenção das IRAS no ambiente laboral requer o uso de medidas essenciais para reduzir riscos ocupacionais e para os pacientes. As principais medidas preventivas são a adoção das precauções básicas ou padrão (PP) que incluem um conjunto de práticas que se aplicam a todos os pacientes independentemente de suspeita ou confirmação de infecção (SIEGEL *et al.*, 2007), e em certas ocasiões, as precauções específicas (PE) a fim de se evitar a propagação de doenças transmissíveis por contato, aerossóis ou gotículas, que são recomendadas de acordo com o mecanismo de transmissão das doenças diante de pacientes suspeitos, infectados ou colonizados (SÃO PAULO, 2013; ANVISA, 2004).

Estudos apontam sobre a necessidade de conscientização das autoridades constituídas e dos dirigentes de unidades de saúde sobre a importância da participação

do enfermeiro no processo de controle das IRAS. Profissionais da saúde da APS assinalam dificuldades nas condições de trabalho oferecidas e responsabilizam a estrutura organizacional e funcional da instituição, a superlotação e a falta de educação permanente como barreiras que os impede de melhorarem seus conhecimentos sobre prevenção e controle da infecção (ALVES; ÉVORA, 2002; SOUSA *et al.*, 2007).

SOUSA *et al.* (2007) enfatizam a repercussão psicossocial das IRAS para os profissionais da enfermagem, demonstradas por sentimentos negativos de preocupação, tristeza e falta de conscientização, mesclados por sentimentos positivos, como responsabilidade, alegria, valorização e crença positiva na eficácia de resultados provenientes de ações planejadas. Evidencia-se preocupações com conotações positivas e negativas frente às infecções, como a necessidade de medidas preventivas e a não adoção dessas pelos profissionais; reconhecem os direitos dos usuários embora não façam muito para garanti-los (SOUSA *et al.*, 2007; TURRINI, 2000).

Variáveis como a área física, o fluxo de atendimento, características epidemiológicas da população a ser atendida, o perfil da equipe e a organização da rede de saúde são identificadas como influentes quando se avalia o risco de exposição biológica na APS (CARDOSO; FIGUEIREDO, 2010). No mesmo estudo, as autoras evidenciaram que a adesão à PP varia de acordo com os procedimentos realizados ressaltando a necessidade de investir em estudos que enfoquem os riscos ocupacionais presentes na atenção primária.

Tradicionalmente, segundo SÁNCHEZ-PAYÁ *et al.* (2012), apesar da importância da higienização das mãos (HM), diferentes estudos apontam para o baixo grau de cumprimento a esta prática, descrevendo taxas de adesão que variam de 8,1% na APS à 62% em hospitais. Estudo realizado em Unidades de Hemodiálise, na Espanha, destaca que a baixa adesão às PP se dá por não haver uma exigência clara e obrigatória de como proceder a casos de contato com um paciente ou equipamento compartilhado (SÁNCHEZ-PAYÁ *et al.*, 2005).

Um estudo realizado na Índia demonstra que os profissionais de saúde apresentam melhor adesão ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) quando trabalham em ambientes com elevado clima de segurança (KERMODE, 2005).

Uma pesquisa realizada em Madrid, específica para a APS, evidencia que os cuidados em saúde estão passando por mudanças, aumentando a complexidade técnica; tradicionalmente, considerava-se que o risco de IRAS na APS era baixo, porém, após uma revisão de literatura abrangente sobre o tema, não foram encontrados estudos que

davam suporte epidemiológico para esta afirmação (MARTÍN-MADRAZO *et al.*, 2011).

Uma revisão bibliográfica confirmou que a HM é importante não só em hospitais, mas também elemento fundamental para a comunidade evitando doenças infecciosas e prevenindo a propagação de microrganismos multirresistentes em todos os contextos de cuidados em saúde (MARTÍN-MADRAZO *et al.*, 2011).

Neste contexto, tanto na literatura nacional quanto na literatura internacional, há poucos estudos que consideram os riscos de infecção fora do ambiente hospitalar, em especial em UBS e USF. Nos últimos anos surgiram publicações sobre esta temática, especialmente em instituições de longa permanência para idosos e moradias para pacientes crônicos. Porém, considera-se que o conhecimento neste âmbito da assistência ainda é escasso e requer o incentivo à realização de pesquisas com o objetivo de transpor esta barreira e contribuir para o avanço do conhecimento sobre o tema (FIGUEIREDO, MAROLDI, 2012).

### **1.1. Atenção Primária em Saúde**

O SUS foi criado em 1988, a partir da Constituição Federal de mesma data determinando ser dever do Estado garantir a saúde para toda a população. Em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, responsável por detalhar o funcionamento do SUS (BRASIL, 2013b). O Poder Público mantém os órgãos e instituições públicas pela administração direta ou indireta, além de fundações sendo a Assistência de Saúde Pública, no Brasil, estruturada pelo SUS através de suas ações e serviços de saúde (CHIODI, MARZIALE, 2006).

A APS foi implantada para organizar e possibilitar a assistência à saúde integral e consequentemente integrada aos serviços ao longo dos anos, haja vista que estudos demonstram o aumento da qualidade do atendimento a partir da década de 90 (CASTRO *et al.*, 2012). Segundo BRASIL (2012) a APS “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.” (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em 1994, sendo conhecido também como Estratégia Saúde da Família (ESF); as denominações são decorrentes da forma de implantação por apresentar uma estrutura de programa e também por ser uma estratégia possibilitando a concretização do SUS (SCHIMITH, LIMA, 2009). Segundo SCHIMITH, LIMA (2009), em 2007 já haviam se formado 27.324 equipes de saúde da família, englobando 46.6% da população do Brasil; cerca de 87,7 milhões de pessoas.

Na APS são várias as atividades desenvolvidas destacando-se o acolhimento e atendimentos de baixa e média complexidade técnica, encaminhamentos necessários para outros serviços e especialidades, além de atividades voltadas à prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, de acordo com a população a que se destinam (CHIODI, MARZIALE, ROBAZZ, 2007; FEIJÃO, MARTIN, MARQUES, 2011). Visando a execução destas atribuições e a responsabilidade pela assistência de saúde à população, a equipe de profissionais, no geral é composta por: auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais, cirurgiões dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (FEIJÃO, MARTIN, MARQUES, 2011).

Uma particularidade da equipe multiprofissional do PSF é a presença do agente comunitário de saúde (ACS), que tem como funções trabalhar junto com as famílias pertencentes a sua microárea através de visitas domiciliares e orientações, além de ações que integrem a equipe com a população e atividades de promoção e prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica há previsão para agregar os ACS nas unidades básicas de saúde como uma tentativa de reorganizar a atenção básica do país (BRASIL, 2012).

Os profissionais que compõem este nível de atenção, em especial UBS e USF, estão constantemente em contato com o paciente, pois estes residem, em sua maioria, próximos aos serviços de saúde. Este contato possibilita o vínculo de amizade entre paciente e profissional de saúde, o que torna o trabalho difícil, gerando desgaste físico e mental (CHIODI; MARZIALE, 2006). Torna-se necessária a construção de uma consciência de cuidar do ser humano, através de condutas preconizadas pelas instituições, visando diminuir e proteger os pacientes e os próprios funcionários de possíveis complicações decorrentes das IRAS.

## **1.2. Precauções padrão e específicas e a realização do controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.**

Para garantir a segurança das ações de saúde praticadas, torna-se necessário a realização do Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CIRAS). Este funciona como indicador de qualidade nos ambientes de trabalho (ERDMANN; LENTZ, 2004; REZENDE *et al.*, 2012). As IRAS geram gastos e prejuízos tanto para a instituição de saúde quanto para o paciente e seus familiares, além de custos elevados com o tratamento e elevação nas taxas de mortalidade quando se trata de microrganismos multirresistentes (OLIVEIRA, PAULA, 2014).

Os gastos referentes às IRAS se alteram de acordo com cada país, porém são consideráveis em todo o mundo; no México, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os custos representam cerca de 70% do orçamento no Ministério da Saúde; no Brasil e na Indonésia estudos revelam que metade dos neonatos adquire IRAS tendo taxas de mortalidade entre 12% e 52% (OMS, 2005). Esses dados remetem ao contexto de que os países sofrem com as IRAS e aproximadamente 1,2 milhões de pessoas são vítimas das complicações das infecções a todo o momento (OMS, 2005).

É possível perceber que a exposição aos riscos ocupacionais é diariamente observada no contexto de profissionais da área da saúde, podendo ser físicos, químicos, biológicos, psicossociais, ergonômico e de acidente cujo predomínio e relevância se relacionam diretamente com a categoria a que o trabalhador pertence e atua (ALMEIDA *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2012a). O principal fator contribuinte para conscientizar e enfatizar a exposição ao risco biológico entre os profissionais foi com a descoberta da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), despertando e aumentando o conhecimento sobre a temática, formas de transmissão das doenças contagiosas juntamente com a notificação dos agravos permitindo produzir o conhecimento epidemiológico (ALMEIDA *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2012a).

Para prevenir ou minimizar os índices de infecções e de exposição ocupacional foi instituído o uso dos EPI que tem como função proteger pacientes e profissionais. São considerados importantes barreiras de prevenção primária da pele, das mucosas e vestimenta dos profissionais da saúde contra agentes patogênicos (RIBEIRO *et al.*, 2010). O uso de EPI agregado a manipulação correta das precauções fortalecesse ainda mais a proteção necessária dos trabalhadores de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2010).

As PP ou Precauções Básicas incluem: HM, o uso de luvas, máscara, gorro, óculos de proteção e avental. Seu objetivo é reduzir o contato com secreções, lesões e sangue para a equipe de saúde e pacientes, minimizando consideravelmente a exposição aos materiais biológicos sendo seu uso determinado pela natureza da interação (SIEGEL *et al.*, 2007; CIRELLI, FIGUEIREDO, ZEM-MASCARENHAS, 2007; PINTO, ALMEIDA, PINHEIRO, 2011; NEVES *et al.*, 2011).

Em relação às PE, são utilizadas de acordo com o mecanismo de transmissão das doenças diante de pacientes suspeitos, infectados ou colonizados evidenciadas pelo contato, gotículas e aerossóis (SÃO PAULO, 2013; ANVISA, 2004). A precaução por contato, que inclui o contato direto e indireto com o paciente, não necessita de local privativo, devendo o profissional de saúde utilizar avental e luvas descartáveis para tocar no paciente e em objetos que pertençam a ele. A precaução por gotículas necessita de máscara comum ou cirúrgica para quando houver o contato próximo do paciente; e por fim, a precaução por aerossóis onde, além de ambiente privativo com sistema de ventilação com pressão negativa, o profissional de saúde utiliza máscara com filtro especial por se tratar de partículas que permanecem suspensas no ar (SIEGEL *et al.*, 2007).

Apesar de várias iniciativas e aumento do conhecimento científico a respeito das IRAS, elas ocorrem constantemente nos serviços de saúde, e podem resultar em mortes evitáveis; a limpeza e a higiene do ambiente, dos materiais e a presença de profissionais capacitados são essenciais para manter padrões de tratamento seguros e reduzir os riscos de transmissão de infecção (JACKSON, GRIFFITHS, 2014).

Segundo JACKSON, LOWTON, GRIFFITHS (2014) há evidências de que a disseminação das infecções ocorre pela falta de compreensão dos profissionais de saúde e da população em geral, através de práticas e ações errôneas e que, na maioria das vezes, não são realizadas, como por exemplo, a HM; um procedimento determinante para prevenção das infecções em quaisquer serviços de saúde. O mesmo trabalho mostra que a falta de adesão às PP se dá por vários motivos como a percepção da prática do profissional, a motivação, a percepção do risco, além da pressão sofrida no próprio ambiente de trabalho (JACKSON, LOWTON, GRIFFITHS, 2014).

O Center for Disease Control - CDC (2007) evidencia que a assistência domiciliar possui atividades e ações variadas e a incidência de infecção, com exceção dos pacientes que fazem terapia de infusão, não foi bem estudada (SIEGEL *et al.*, 2007). De acordo com MARTÍN-MADRAZO *et al.* (2011), a prática de HM na APS

não foi suficientemente conhecida. Há necessidade de abordar várias estratégias de intervenções recomendadas pela OMS, em especial, oferecer educação continuada para profissionais a fim de incorporar a prática na rotina de trabalho (MARTÍN-MADRAZO *et al.*, 2011). A pesquisa evidencia a existência de um grande espaço para melhoria na prática de HM no atendimento primário (MARTÍN-MADRAZO *et al.*, 2011).

O risco de transmissão de patógenos está relacionado a vários fatores, incluindo as características da população atendida, da intensidade do cuidado, da exposição a fontes ambientais, do tempo de permanência do paciente na instituição, da frequência de interação entre os pacientes e com os profissionais de saúde, além da organização, metas e recursos que influenciam na forma como um determinado ambiente de saúde se adapta às orientações de prevenção das IRAS diante do atendimento e necessidades específicas (SIEGEL *et al.*, 2007).

Quando se trata de infecções agudas, existem várias configurações de saúde extra-hospitalares onde há particularidades que devem ser levadas em consideração para se projetar e implementar um programa de controle de infecção (SIEGEL *et al.*, 2007), em especial na APS. Devido a complexidade do trabalho da equipe de saúde e déficit literário nacional e internacional sobre a temática, julga-se relevante conhecer e dimensionar as ações que envolvem a utilização das PP e PE e conseqüentemente a identificação das necessidades que os profissionais possuem diante do exposto.

Considerando o número limitado de produção bibliográfica sobre o tema objetiva-se identificar, junto aos profissionais da APS, o conhecimento sobre PP e PE, assim como elementos que possam interferir e determinar a adesão dos profissionais à estas medidas. Isto se dá a partir da seguinte pergunta de pesquisa: *Quais são as necessidades dos profissionais da APS para a implementação das PP e PE neste nível de atenção à saúde?*

### **1.3. Revisão de Literatura: APS, PP e PE**

Primeiramente, foi realizada a busca e identificação dos descritores indexados e referenciados no DECS (Descritores em Ciências da Saúde) através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo encontrados os seguintes descritores: “enfermagem”, “riscos ocupacionais”, “precauções universais”, “agente comunitário de saúde”, “atenção primária em saúde”, “acidentes de trabalho” e “educação continuada”.

A busca foi realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Na LILACS foram combinados descritores de dois em dois totalizando 75 artigos. No MEDLINE, ao cruzar da mesma forma, não foram encontrados resultados referentes ao descritor “agente comunitário de saúde”, sendo necessário adicioná-lo aos descritores “atenção primária em saúde” e “enfermagem”; e “riscos ocupacionais” e “atenção primária em saúde” totalizando 23 artigos.

Os critérios de inclusão para os artigos selecionados foram: artigos publicados no período de Janeiro de 2009 à Abril de 2014, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, na íntegra, disponíveis online, e que se enquadrassem na temática estudada, sumarizando 98 artigos.

Num segundo momento, foram lidos o título e o resumo de cada artigo para certificar se este caberia no objetivo da investigação e eliminados os artigos repetidos. Portanto, foram selecionadas para leitura completa e na íntegra, 71 produções científicas. Os estudos encontrados são, na grande maioria, nacionais, porém abordando pouco as IRAS, PP e PE na APS; o enfoque é dado no contexto hospitalar.

Os artigos que mencionam ou analisam o contexto explorado nesta dissertação evidenciam a necessidade de que mais trabalhos sejam feitos neste nível de atenção, em especial, sobre HM.

#### **1.4. Benefícios da pesquisa**

Torna-se necessária a construção de uma consciência de cuidar do ser humano, através de condutas preconizadas pelas instituições visando diminuir e proteger os pacientes e os próprios trabalhadores da saúde de possíveis complicações decorrentes das IRAS. Não há dados literários que mostrem e comprovem a realidade da APS em relação às PP e PE e certamente suas implicações e interferências na rotina das diferentes categorias profissionais que compõem o quadro de pessoal especializado.

Desta maneira, este trabalho provê conhecimentos importantes à temática e benefícios concretos para a prática nos serviços de saúde a que se destina auxiliando no processo de compreensão e dimensionamento das ações junto da equipe de saúde. Além de subsidiar, com o conteúdo produzido, a elaboração de material educativo sobre a temática específico para a APS.

## *OBJETIVOS*

---

## **2.0. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral:**

Analisar, junto aos profissionais da APS, as necessidades de conhecimento sobre PP e PE assim como elementos que possam interferir na adesão a tais medidas.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar as ações relacionadas à adesão das PP e PE no âmbito da APS.
- Caracterizar a natureza da assistência, potencialidades e dificuldades relatadas pela equipe multidisciplinar para a implementação das PP e PE.
- Elencar conteúdo para futura construção de material didático sobre adesão às PP e PE na APS.

## *MATERIAIS E MÉTODOS*

---

### **3.0. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1. Delineamento do Estudo**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal (CAREY, ASBURY, 2012; DIAS, 2000; MAZZA, MELO, CHIESA, 2009; PASSOS, 2012) e entrevista (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; SOUSA, DRIESSNACK, MENDES, 2007) para obtenção dos dados a fim de identificar as necessidades de conhecimento dos profissionais da APS sobre PP e PE, assim como elementos que possam interferir na adesão a tais medidas.

A pesquisa metodológica investiga os métodos de obtenção, organização e análise dos dados, com a finalidade de elaborar, validar e avaliar instrumentos de pesquisa (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). A escolha da técnica de grupo focal se deve ao fato desta ter se mostrado muito adequada quando a subjetividade do indivíduo, juntamente com o conhecimento produzido pelo grupo, proporciona dados ricos em detalhes e relevantes à população a que se destina o trabalho. Já a entrevista foi escolhida como técnica adicional, pelo fato de não ser possível reunir profissionais de diferentes categorias em uma mesma sessão. Trata-se também de uma técnica capaz de reunir dados que contemplem os objetivos propostos por este estudo.

#### **3.2. Participantes do Estudo**

Fizeram parte do estudo 23 profissionais da APS, pertencentes às UBS e às USF das cidades de São Carlos/SP e Itirapina/SP que concordaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICES III e IV. As categorias profissionais referenciadas foram constituídas de: três médicos, onze ACS, quatro enfermeiras e cinco auxiliares e técnicos de enfermagem todos incluídos na pesquisa por conveniência.

Por se tratar de um estudo de abordagem qualitativa, não houve o estabelecimento de amostragem e sim a identificação de indivíduos que proporcionassem informações relevantes sobre a população a que se destina o trabalho. Os profissionais que aceitaram participar compartilharam suas interpretações e experiências diante de suas atividades cotidianas permitindo entender os

comportamentos, as situações e como a realidade na APS se constrói frente às ações que envolvem PP e PE.

### **3.3. Cenário do Estudo**

#### **3.3.1. Cidade de São Carlos/SP**

São Carlos está localizada no centro geográfico do Estado de São Paulo, tendo como características que a destaca sobre vários aspectos, o clima ameno (temperatura média de 19,6 C°) e altitudes médias entre 800 e 1000 metros (SÃO CARLOS, 2014). A população estima-se em 228.556 habitantes numa área de 1.137.332 Km<sup>2</sup>, sendo 200,96 habitantes por Km<sup>2</sup> (SEADE, 2013). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o grau de urbanização é de 95,99% (IBGE, 2010).

Quanto as condições de vida, o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), nas edições de 2008 e 2010, classificou São Carlos no grupo 1, ou seja, pertence aos municípios com bons indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade; a renda per capita é avaliada em R\$923,62 (SEADE, 2013). O desenvolvimento tecnológico e educacional tem grande influência na cidade, impulsionados pela Universidade de São Paulo, em especial pela Escola de Engenharia de São Carlos implantada em 1953, e pela criação da Universidade Federal de São Carlos na década de 70 (IBGE, 2010).

Na área da saúde, a APS conta com 12 UBS tendo como objetivos a promoção da saúde e o acompanhamento e desenvolvimento humano através do atendimento a pacientes agendados em regime de rotina com serviços de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, odontologia e enfermagem. Além disso, possui 15 USF com atendimentos domiciliares e nas unidades de saúde, e equipes multiprofissionais com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares de consultório dentário e ACS; tem cobertura aproximada de 39.768 habitantes (SÃO CARLOS, 2014).

#### **3.3.2. Cidade de Itirapina/SP**

Itirapina é uma cidade do interior paulista que conseguiu sua autonomia político-administrativa somente em 25 de março de 1935 (ITIRAPINA, 2014). Pertence a região administrativa de Campinas e região de governo de Rio Claro (SEADE, 2014). O

município tem um território de 564,76 Km<sup>2</sup>, com uma população estimada de 16.709 habitantes; cerca de 27,49 habitantes por Km<sup>2</sup> (IBGE, 2014).

O IPRS classificou a cidade, nos anos de 2008 e 2010, no grupo 3, denominados aqueles com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores de longevidade e escolaridade; já a renda per capita estimada no ano de 2010 foi de R\$ 527,51 (SEADE, 2014). Quanto aos empregos, em 2012, 35,94% da participação dos empregos formais esteve na agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura (SEADE, 2014).

Segundo o IBGE (2014), há sete estabelecimentos de saúde públicos municipal e 27 leitos de internação (IBGE, 2014); um hospital público para atender toda a população, uma UBS, um Centro de Saúde e dois PSF (ITIRAPINA, 2014).

### **3.4. Local do Estudo**

Na cidade de São Carlos formaram-se três grupos focais. Um foi com os ACS, o outro com técnicos e auxiliares de enfermagem e o último com as enfermeiras; todas as reuniões aconteceram na mesma UBS do município, uma vez que era de acesso fácil e rápido aos profissionais. A sala era pequena, tinha uma mesa oval com seis cadeiras, um filtro de água, uma pia com sabonete líquido, duas estantes com fichários; foi improvisado um ventilador para poder manter a porta fechada evitando interrupções, apesar de terem acontecido em alguns momentos.

Em relação às entrevistas, foram feitas três. A entrevista com o clínico ocorreu na mesma unidade dos grupos focais, em sua própria sala de atendimento. O consultório continha uma pia com uma almotolia de sabão e uma de álcool 70%, uma maca com papel em rolo, uma mesa com três cadeiras, um ventilador e um vitrô grande que ficava na parte superior; a porta permaneceu fechada durante a conversa.

Já as outras duas entrevistas aconteceram em USF diferentes, de acordo com a unidade a qual o médico entrevistado pertencia. Uma das entrevistas foi feita na sala de curativo, local onde se realiza também outras atividades. Durante esta entrevista houve interferências externas, pois era um cômodo que se comunicava com mais dois outros, sendo caminho para os funcionários. A outra entrevista aconteceu no consultório médico. O local tinha uma pia com uma almotolia de sabão e uma de álcool 70%, uma maca com papel em rolo, uma mesa com três cadeiras e computador, uma estante contendo livros, objetos pessoais e um rádio, uma janela e no canto direito uma grande

imagem de Nossa Senhora Aparecida. Não houve nenhum tipo de interferência mesmo a porta permanecendo entreaberta.

Em Itirapina, foi realizado um grupo focal na USF com equipe multiprofissional completa. Participaram as ACS, a enfermeira e a auxiliar de enfermagem reunidas numa pequena sala, com uma mesa e quatro cadeiras, um armário pequeno com fichário, uma escrivaninha com um computador e alguns papéis e canetas, uma pequena janela e uma pia com sabonete líquido. A discussão ocorreu no horário reservado, semanalmente, para reunião de equipe. Apesar disto, ocorreram algumas interrupções externas.

### **3.5. Coleta de Dados**

A coleta de dados se deu por meio da formação de pequenos grupos focais, variando entre três e sete profissionais, e de entrevistas aplicadas aos médicos em momentos distintos; as falas foram gravadas preservando todas as expressões.

Como diferencial, nas reuniões com os ACS foi apresentado o material da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2014) sobre PP e PE, em forma de cartazes, e realizada uma breve explicação a respeito do material e das maneiras preconizadas de precauções.

#### **3.5.1. Etapa 1: Técnicas e instrumentos**

##### **3.5.1.1 Grupo focal: definição, histórico, evidências, etapas e técnica**

A coleta dos dados foi feita por meio de um roteiro produzido para a técnica de grupo focal (APÊNDICE I). A técnica de grupo focal teve início nas Ciências Sociais, sendo disseminada a partir de então, para outras áreas; muitos epistemólogos e educadores da saúde obtêm dados por meio desta técnica, por colher informações importantes em um curto período de tempo (PASSOS, 2012).

Pesquisas demonstram que o grupo focal vem sendo uma alternativa às técnicas mais tradicionais, que levantam dados por meio de questionários estruturados ou semi-estruturados, e entrevistas individuais. A subjetividade do indivíduo, juntamente com o conhecimento produzido pelo grupo, proporciona dados ricos em detalhes e consequentemente relevantes à população a que se destina o trabalho.

Como regra geral, esta técnica tem abordagem qualitativa ou complementa um estudo com a mesma metodologia; pode auxiliar na identificação delimitações de pesquisa, quando não se tem informações suficientes sobre o que se quer investigar. É nesta perspectiva que o grupo focal é definido como um conjunto de pessoas, presentes num mesmo espaço e tempo, que se propõem a uma tarefa, sendo esta a finalidade (MAZZA, MELO, CHIESA, 2009).

Trabalhos evidenciam que o número de participantes que compõem o grupo é primordial para a obtenção de bons resultados. Alguns autores destacam reuniões com 6 a 8 pessoas, enquanto outros citam reuniões com até 12 participantes. Cabe ressaltar que o essencial é promover e estimular a participação de todos os integrantes do grupo, gerando uma discussão consistente por até 2 horas, tempo este limitado em grande parte dos estudos (CAREY, ASBURY, 2012; DIAS, 2000; MAZZA, MELO, CHIESA, 2009).

O principal objetivo do grupo focal é captar os sentimentos, as idéias, as percepções e as atitudes dos participantes da pesquisa, enquanto que os objetivos específicos são diversos, variando conforme a escolha da abordagem de pesquisa; ressalta-se a preocupação em relação a composição do grupo, selecionando os participantes mais adequados para que haja informações úteis na tentativa de levantar o máximo de dados possíveis para um mesmo fenômeno (CAREY, ASBURY, 2012; DIAS, 2000).

A técnica de grupo focal é sempre conduzida por um moderador, sendo este responsável por coordenar a dinâmica da reunião, além de ser conhecedor dos objetivos da pesquisa mantendo sempre a neutralidade e flexibilidade diante das reuniões em grupo. Apesar de não ser evidenciada uma estrutura, podendo parecer maleável e não estruturada, o moderador é o agente que redireciona a discussão, caso haja desvio ou dispersão do tema, sempre de forma sutil diante do grupo (DIAS, 2000).

DIAS (2000) destaca que a base fundamental para a utilização da técnica de grupo focal é o planejamento, presente na primeira fase do estudo, uma vez que nesta fase se define o que se pretende estudar e quais as metas a serem alcançadas. O local onde serão realizadas as reuniões deve ser escolhido criteriosamente, a fim de facilitar a interação com todos do grupo, sendo tranquilo e livre de qualquer interferência externa. Na segunda etapa, faz-se a transcrição dos dados coletados durante as reuniões (DIAS, 2000).

### **3.5.1.2** *Entrevistas: definição e técnica*

Para a categoria médica foram realizadas entrevistas com questões abertas, seguindo roteiro semelhante ao aplicado aos grupos focais (APÊNDICE II). Com estes profissionais não foi possível realizar a técnica em grupo mencionada primeiramente, pois a incompatibilidade de horários impossibilitou de reuni-los num mesmo momento. Quanto à técnica de auto-relato estruturado, os dados são coletados por meio de um documento formal e escrito denominado de instrumento, também conhecido como roteiro de entrevista (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). Muitos instrumentos estruturados incluem alternativas abertas, permitindo ao participante responder com as próprias palavras (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

As técnicas de descrição ou exploração são utilizadas em estudos onde pouco se sabe sobre um fenômeno, não havendo manipulação de variáveis ou procura pela causa e efeito relacionados ao fenômeno (SOUSA, DRIESSNACK, MENDES, 2007). Desenhos descritivos determinam a frequência e categoriza a informação, sendo que os resultados fornecem base para hipóteses que podem direcionar novos estudos, podendo ser correlacionais, quase-experimentais ou mesmo experimentais (SOUSA, DRIESSNACK, MENDES, 2007).

Portanto, estas referências metodológicas garantem a interação entre os participantes e entrevistador de forma estimuladora e geradora de novas idéias e conhecimentos acerca do objetivo definido da pesquisa. Cabe ao pesquisador usar de sua habilidade de conduzir a conversa de maneira que todos se sintam confortáveis e dispostos a contribuir expondo suas opiniões e vivências.

#### **3.5.2.** *Etapa 2: Transcrição das falas obtidas durante as reuniões e entrevistas*

A transcrição das falas produzidas durante as reuniões com os grupos das diferentes categorias profissionais e nas entrevistas com os médicos foi realizada na íntegra. Foram preservadas as expressões, como erros e vícios de linguagens de todos os participantes do estudo.

### **3.6. Plano de Análise dos Dados**

Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2010) para identificar os agrupamentos de idéias e de temas, sem análise subjetiva profunda. Segundo BARDIN (2010), a análise de conteúdo é definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” não se tratando de um instrumento; é dotado de flexibilidade de formas e adaptável a várias esferas de estudos.

A técnica se desenvolveu e foi utilizada com maior relevância para a interpretação de artigos na imprensa, em especial nos Estados Unidos, no início do século XX; visava medir o impacto do material jornalístico na sociedade seguindo o rigor quantitativo em relação ao título, artigos e páginas (CAMPOS, 2004). O autor refere ainda em seu estudo que a intenção da análise de conteúdo é a inferência de saberes “tanto dos conteúdos de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos”.

A utilização da análise de conteúdo na área da enfermagem foi expressiva no período de 1975 à 1996, com trabalhos publicados nacional e internacionalmente na gerontologia (CAREGNATO, MUTTI, 2006). Há dois métodos de análise nesta técnica: a de dedução frequencial e a análise por categorias temáticas (CAREGNATO, MUTTI, 2006); neste estudo a proposta para trabalhar com a análise dos dados será centrada na metodologia por categorização dos temas.

É baseado na objetividade e neutralidade que a técnica se sustenta, na busca ou descoberta de resultados da investigação trazendo a realidade à tona (ROCHA, DEUSDARÁ, 2005). Em princípio, o pesquisador faz uma primeira leitura dos textos formulados pelos participantes da pesquisa, através da chamada “leitura flutuante”, e, em seguida transforma o conteúdo em hipóteses formuladas extraindo critérios de classificação em categorias de significação (ROCHA, DEUSDARÁ, 2005).

A proposta da análise de conteúdo, segundo BARDIN, é a inferência, ou seja, é entender os conhecimentos relativos às condições de como foi produzido; necessário sempre haver indicadores quantitativos ou qualitativos (BARDIN, 2010).

No presente estudo, a proposta de metodologia é a qualitativa, dessa forma, DIAS (2011) relata que categorizar o conteúdo apreendido não é a finalidade da pesquisa qualitativa, mas sim uma maneira de organizar e representar um conteúdo possibilitando detalhá-lo em novas análises.

O objetivo é de caráter mais prático, onde a opinião dos profissionais envolvidos no assunto trará para a “luz” quais são as barreiras e potencialidades no controle da transmissão de patógenos, em especial, a utilização das PP e PE na APS.

Posteriormente, esse conhecimento servirá de base para o desenvolvimento de um material instrucional para a APS, e para novas pesquisas envolvendo a temática.

### **3.6.1. Etapa 1: Leitura das transcrições**

O primeiro estágio da análise foi realizado através da leitura das transcrições por dois pesquisadores de forma independente. Expressões significantes foram levantadas para o objeto de estudo.

### **3.6.2. Etapa 2: Considerações e divisão de categorias e subcategorias**

Em seguida, os pesquisadores, por meio de consenso, identificaram categorias e subcategorias que indicaram os fatores que se relacionavam às barreiras e potencialidades que afetavam a adesão às PP e PE entre os profissionais de saúde participantes e possíveis elementos que pudessem interferir na adesão a tais medidas.

Foram identificadas ações e características que predominam e se relacionam à adesão as PP e PE, e as potencialidades e as dificuldades levantadas pela equipe multidisciplinar nos diferentes cenários da atuação profissional.

As falas foram identificadas de acordo com a categoria profissional no serviço de saúde a que pertence, sendo a sigla “AC” para o ACS; “AE” para os auxiliares de enfermagem; “E” para os enfermeiros; e “M” para os médicos. Não foi utilizada numeração para codificar o profissional, uma vez que o propósito da pesquisa é obter dados conjuntos, evidenciados pelas considerações obtidas pelo grupo total de participantes.

## **3.7. Aspectos éticos do estudo**

Esse estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar), parecer N° 451.814 (ANEXO I) e todas as recomendações da resolução 466/12 foram acatadas.

## *RESULTADOS*

---

## **4.0. RESULTADOS**

### **4.1. Caracterização dos profissionais participantes do estudo**

Foram realizados quatro grupos focais com 20 profissionais da área da enfermagem e ACS e 3 entrevistas com profissionais médicos, sempre seguindo os roteiros previamente construídos. Os grupos foram predominantemente femininos (18 mulheres – 78,3%), sendo sete destes profissionais da USF do município de Itirapina. Quanto à população masculina, participaram do estudo cinco homens (21,7%), sendo três médicos e dois ACS.

O primeiro grupo focal foi realizado com seis ACS pertencentes ao município de São Carlos. O tempo de trabalho na APS variou de cinco anos a um ano e meio, onde um teve como experiência anterior função exercida em consultório odontológico e farmácia, um na área da educação por ser educador físico e os demais (4) nunca havia trabalhado na área da saúde. Do total de participantes, quatro pertenciam a duas USF e dois pertenciam a uma UBS.

O segundo grupo focal formou-se no município de Itirapina, com a única equipe completa de USF da cidade. Participaram do grupo cinco ACS, sendo que três nunca haviam trabalhado na área; um como auxiliar odontológico e formação de técnico em farmácia, e um num laboratório fazendo coleta de sangue (ressaltou que não possuía formação técnica, somente realizou um treinamento para exercer sua função); uma enfermeira com pós-graduação (mestrado acadêmico em enfermagem); e um auxiliar de enfermagem que, antes da APS, trabalhou por mais de dois anos na área hospitalar. O tempo de função na APS, em especial, na unidade em que ocorreu a reunião variou de um ano à quatro anos e meio.

Como terceiro grupo focal, realizado na cidade de São Carlos, fez-se uma reunião com quatro auxiliares e técnicos de enfermagem, onde um era de USF e três de UBS, sendo que dois trabalhavam na mesma unidade. Todos tinham a formação em técnico de enfermagem, porém somente um exercia a função enquanto os demais eram auxiliares de enfermagem. Destes, três haviam trabalhado na área hospitalar, em UTI adulto e infantil, banco de sangue, e clínica médica; contudo, na APS o tempo variou de três a 18 anos.

No quarto e último grupo focal, da cidade de São Carlos, foram reunidas três enfermeiras, sendo que duas integravam a equipe de saúde da família e uma a equipe de atenção básica. Dentre as especializações, todas tinham pós-graduação em saúde da

família e comunidade; uma estava cursando o mestrado acadêmico em enfermagem, outra tinha especialização em obstetrícia e a terceira especialização em enfermagem do trabalho, informática em saúde e mestrado acadêmico em enfermagem. Anteriormente à APS, duas já trabalharam na atenção hospitalar. A variação do período na APS foi de dois a 10 anos.

Em relação às três entrevistas com médicos, duas foram feitas na USF e uma na UBS. O tempo médio de formação dos profissionais foi de sete anos e dois meses; porém dois deles haviam se graduado há um ano e meio e três anos aproximadamente e o terceiro há mais de 17 anos. Na APS houve variação de oito meses a oito anos.

De forma geral o perfil dos profissionais que participaram do estudo foi: média geral do tempo de trabalho na APS de 4,9 anos; do ACS 3,6 anos, para os auxiliares e técnicos de enfermagem 8,2 anos, para os enfermeiros 4,9 anos e médicos de 4,2 anos.

Quanto ao local de trabalho, 16 (69,6%) profissionais pertenciam à USF e sete (30,4%) à UBS. Dez (43,5%) profissionais já haviam tido experiências anteriores à APS.

## **4.2. Categorização Temática**

Após transcrição do material produzido pelos grupos focais e entrevistas, foi realizada a leitura minuciosa do mesmo. Por meio da técnica de análise de conteúdo – modalidade temática (BARDIN, 2010), realizou-se o agrupamento das idéias manifestas desses profissionais. Essas foram organizadas em seis categorias e 10 subcategorias temáticas que indicaram as necessidades de conhecimento destes profissionais e os elementos que pudessem interferir e determinar na adesão a tais medidas.

*4.2.1. Categoria 1: Falta de conhecimento sobre atividades que requerem proteção.*

Nessa temática foram destacadas fragilidades referentes a ações que necessitam de medidas de proteção durante as atividades diárias, seja na própria unidade a que referenciam, seja durante a visita domiciliar. Muitas informações são empregadas de maneira empírica, com desatualizações sobre recomendações e indicações estabelecidas pelas entidades responsáveis. Destacam-se as subcategorias **“Dificuldades na**

**higienização das mãos”, “Obstáculos diante da tuberculose pulmonar” e “Descarte de agulhas no domicílio”.**

As **“Dificuldades na higienização das mãos”** mostraram-se evidentes durante grande parte do estudo, uma vez que há enganos sobre a utilização de soluções para HM. As fragilidades no conhecimento sobre quando usar a preparação alcoólica e água e sabão ficam evidentes nos trechos destacados a seguir:

*“E: Pelo menos eles passam o álcool depois de lavar as mãos ... porque só fica passando o álcool gel e não lavar a mão, não adianta nada. Tem que fazer os dois ...”*

*“M: ... Não, eu tenho mania de fazer a higienização em etapa ... eu lavo a mão, passo álcool e depois lavo a mão de novo ... por usa sempre, ta lavando entre um paciente e outro, às vezes atende quarenta pacientes nem dia, assim ... não agüenta ... descasca toda a mão ... então eu lavo prá tirar o excesso de álcool ...”*

*“AE: No posto, eu acho que, como a gente lava a mão mesmo (...) mas eu acho que não tem tanta necessidade .... ai vai de opcional da pessoa querer passar o álcool gel depois que lava as mãos. Mas eu acho que é mais importante a lavagem.”*

*“AE: Pelo ... assim, a não ser que mudou alguma coisa, mas o que ele ... as informações que eu tive na formação, desde agora a lavagem das mãos é com água e sabão, que é o que limpa e elimina bactérias ... que é lava mesmo, porque também não adianta também passa sabão e ... é lava mesmo as mãos, enxágua, que é a única coisa que elimina bactéria.”*

Em **“Obstáculos diante da tuberculose pulmonar”** tornou-se evidente a falta de conhecimento diante da transmissibilidade da doença e consequente medidas de proteção diante de um caso suspeito ou confirmado de tuberculose (TB) pulmonar. A Estratégia de Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) é essencial para o tratamento do doente, contudo grande parte dos profissionais participantes sentem dificuldades quanto a sua adoção e implementação na rotina diária. Há dúvidas em relação ao tipo de máscara a ser utilizada, se a cirúrgica ou a N95; em que situações essas devem ser utilizadas na unidade e durante as visitas domiciliares, além de incertezas diante da tomada de decisão para administrar a medicação recomendada:

*“AC: Porque ... deixa eu explicar pra você o trabalho da agente ... tem lugares que você é bem recebida carinhosamente, tem lugares que a pessoa não gosta nem de te atender ... não abre o portão, você tem que passar a prancheta pra assinar a visita( ...) tem aqueles que estão com a porta aberta, TV ligada ... você bate, bate ... você sabe que está, mas não atende (...) Se chegar de máscara então ... piorou.”*

*“E: Eu acho que com relação à máscara ... transmissão por gotícula e aerossol (...) por exemplo, eu como enfermeira, ainda tenho dúvida, né ... o que eu vou orientar minha agente comunitária ... entrar com máscara sabendo que tem gente com tuberculose na casa? ... ou não, não há necessidade? (...)”*

*“E: ... eu acho que é assim ... a resistência do paciente dele vir com a máscara aqui na unidade, é muito grande principalmente logo nos primeiros dias que é onde ele ta precisando usar. Então ... não sei se é constrangimento, falta de orientação ... que eu acho que não é o caso ... Mas, eu vejo que a recusa deles em usar a máscara é muito grande...”*

*“AE: (...) também não é certo ele fica aqui, porque ta tomando remédio, não ta mais transmitindo, mas tem criança que ta indo toma a BCG, tem recém nascido indo faze pezinho ... ai o que consegui ... deixa essa medicação separada pra ele na farmácia, mas eles ficam aqui, com livre acesso ... tem paciente que faz tratamento pra tuberculose que fica do lado de uma criança brincando ... e a gente não sabe como lida com isso ...”*

*“AC: Acho que no nosso caso é ainda pior ... porque quem vem aqui e já ta com alguma coisa, né, se já tem algum sintoma e vai separar, tudo bem ... mas se a gente vai na casa de uma pessoa que, tipo, ta com tuberculose, e a gente não sabe ... A gente pega e transmite o vírus pra um monte de família, porque a gente vai na casa de um, vai na casa do outro, do outro, do outro ... a gente espalha a doença.”*

Na subcategoria **“Descarte de agulhas no domicílio”** destaca-se a falta de padronização para o descarte de perfurocortantes no domicílio de pacientes que utilizam injetáveis continua ou eventualmente, em especial e mais prevalente, a insulina. Os

profissionais orientam seus pacientes, porém ainda há grandes dificuldades para o armazenamento e descarte secundário desses resíduos na unidade de saúde:

*“E: ... e o paciente que faz uso da insulina, ele é orientado a jogar dentro da garrafa pet ...né?! ... o de dextro também ... depois ele leva até a unidade pra gente desprezar no descartpack ... não é no lixo comum.”*

*“E: É ... eles trazem na garrafa PET ... fechadinha, ela é rígida, né?! ... Ai a gente dá pra (auxiliar de enfermagem) e ela põe no lixo branco ...”*

*“E: (...) É uma gestante que tá tomando heparina e ai, a gestante não sabia que tinha que armazenar ... era a primeira vez que ela tava tomando ... A (ACS) ia orientar, nessa visita que ela foi ... e ela (gestante) deu na sacolinha (...) ai ela apoiou na perna, assim ... e perfurou com a sacolinha. Mas já fez todos os exames, tudo ... notificou ...”*

#### **4.2.2. Categoria 2: Dificuldades com a infraestrutura**

O que se expõe nesta temática é a inadequação dos espaços para se desenvolver ações de saúde necessárias, além da falta de profissionais para as atividades organizadas e sistematizadas. As questões operacionais e a prática profissional são influenciadas pela infraestrutura local dificultando o trabalho diário além da assistência necessária que se presta à comunidade. Destaca-se nesse conjunto **“Profissionais Insuficientes”** e **“Unidades Improvisadas”**

Em **“Profissionais Insuficientes”** pôde-se relacionar a dificuldade do trabalho com o número reduzido de trabalhadores. Embora as unidades pesquisadas tenham todas as categorias preconizadas para exercer tais atividades, segundo os participantes do estudo, a quantidade de profissionais ainda é insuficiente sobrecarregando a equipe e prejudicando o atendimento da população:

*“E: Quando tem férias, não tem quem reponha ... mas, é mais férias...”*

*“E: ...também não tem uma escala... até mesmo porque estamos um número de funcionários bastante reduzidos no momento. Mas, acho que não vai diferenciar tanto, não ... também divide na sala de vacina ... que a gente sabe que não seria o correto, mas ... se divide entre sala de vacina, curativo, procedimentos como PA, dextro ...”*

Em relação as “**Unidades Improvisadas**”, a estrutura física do ambiente primário de saúde é essencial para que as atividades sejam exercidas com qualidade e segurança, tanto para o paciente, quanto para os profissionais de saúde. A separação dos pacientes suspeitos ou confirmados com doenças transmissíveis, em especial de transmissão respiratória, da recepção para um ambiente privativo, é uma questão bastante discutida entre os participantes. Os profissionais reconhecem que o atendimento priorizado é impraticável na maioria das situações devido à falta de espaço disponível para as unidades, pois muitas delas são prédios improvisados – com a expansão rápida da ESF o governo optou por alugar casas residenciais e reorganizá-las para o ambiente de saúde:

*“AE: ... mas aqui não tem isso. USF que é uma casa (...) na sala que você colhe sangue prá exame, você faz curativo, você faz medicação, você chama um paciente que ta com virose ... que tosse, tosse, tosse ... que espirra, espirra, espirra ... ai você vai tem uma retirada de ponto, você passa uma criança na sala de curativo pra fazer a vacina ... Então, não tem estrutura, por mais que a gente ... eu acredito que todo mundo tem consciência do que ta errado, e ta tudo errado ... Você tem a consciência disso, mas o que que você pode fazer?! .... Você tenta fazer o melhor, mas o ambiente ... assim ... não ... não comporta.”*

*“E: Acho que o ambiente fica valorizado, as pessoas se sentem mais valorizadas e trabalham com um pouco mais de cuidado e atenção, né?! (...) Que nem, no nosso caso é casas ... casa adaptada, então não tem estrutura de posto ...”*

*“E: ... a minha era uma lavanderia, então tem um taque dentro ... E ai, onde é feita a limpeza e desinfecção do material é onde a gente faz procedimento, onde a gente faz a coleta de material, é onde a gente faz curativo, é onde a gente coloca o paciente em observação (...) é onde faz medicação EV ... tudo isso.”*

*“E: Ai ele toma no meu quintalzinho mesmo ... porque é a área aberta e é a única que eu tenho.”*

*“E: ... (catapora) ele vai passar em pré-consulta, eu não separo ele das pessoas, porque não há lugar aqui para separar, né ... e nem põe ele na fila de prioridade, nem põe ele também na frente, porque a gente não tem um protocolo ... Mas eu sei que*

*deveria ser separado das outras crianças, numa sala só para quem tem um problema, assim ... mais sério ... passar na frente para não ficar aqui esperando junto com o pessoal...*

*“M: ... é ... assim, sempre que tem um paciente com quadro infeccioso, um quadro (...) Que implique em contágio, há alguns cuidados ... nem sempre atendo aqui. No mais, às vezes, não. Como a área de curativo é ... é mais ... é aberta, é ventilada, então a gente dá preferência ali, do que trazer pra cá ... pro corpo da unidade ...”*

*“E: ... falta material e estrutura também, né?! ... pra trabalhar ... inclusive na sala de vacina, não é nada adequado para uma sala de vacina. Tem porta de entrada, porta de saída, um fluxo não sei que lá ... a minha não tem nem porta direito ...”*

#### **4.2.3. Categoria 3: Qualidade e disponibilidade de materiais.**

A qualidade e disponibilidade dos materiais necessários para as atividades de saúde possuem grande influência na temática PP e PE. É frequentemente evidenciado no serviço público do Brasil, onde por regras de licitações para compra deve ser acatado sempre o menor preço:

*“E: É uma coisa que a gente pede sempre, né ... igual ... usa luva, faz a paramentação ... mas, as luvas vêm todas furadas ... a maior parte, furadas (...) a gente vai coletar um papa, você coloca e de repente seu dedo já tá lá do outro lado (...) E vem lá o selo do INMETRO ... lindo!”*

(Uso de máscara no exame de papanicolau) *“E: (...) eu uso, nem que eu tiver que erguer um pouquinho prá ver o colo do útero, aí eu abaixo... Mas eu tô usando ... já faz um tempinho que eu tô com a máscara e o óculos ...”*

*“M: Ah ... a gente não tem máscara aqui ... ah ... ela é bem limitada, e acaba usando mais para o curativo .... Eu acabo não usando, não ...”*

*“AE: É ... a luva nunca faltou ... falta papel pra seca a mão, isso falta. (risos)”*

#### **4.2.4. Categoria 4: Problemas comportamentais**

Infere-se que uma das principais causas da não adoção de medidas simples para o controle de transmissão de microrganismos na APS é a percepção do risco dos profissionais em relação às IRAS, neste cenário. A atenção primária é a porta de entrada para o sistema de saúde, além de receber pacientes provenientes de hospitais sendo provável que muitos estejam colonizados por patógenos multirresistentes. Porém, os trabalhadores que integram as equipes não visualizam o risco de infecção e, conseqüentemente, não implementam boas práticas para o controle das doenças. Estes comportamentos de não valorização do risco potencial foram agrupados em **“Riscos de IRAS”** e **“Reconhecimento das boas práticas”**.

Nos **“Riscos de IRAS”** os profissionais não consideram os riscos diante de ações desprotegidas e exercidas sem o devido cuidado e atenção. O tema é considerado durante as reflexões, teoricamente há o reconhecimento das maneiras de proteção, porém sua importância nem sempre é valorizada, dificultando implementá-las na prática:

*“AC: Eu sou meio relapsa com isso, porque, às vezes tô lá no acolhimento, venho pra cá, vou pra cozinha ... quando eu vô comer alguma coisa, que eu pego e vô lavar a mão. Que nem agora ... antes eu tava trabalhando o tempo todo, eu não lavei a minha mão e já peguei ai (biscoito)...”*

*“AE: ... eu peguei uma vez escabiose por conta de cuidar de um andarilho ... na hora de fazer o curativo espirrou em mim ... mas ai eu ia me contaminar de qualquer jeito, mesmo dependendo de eu estar com a máscara ou não (...)poderia tá de avental, avental de manga comprida, de luva ... não iria acontece essa contaminação. Então, são coisas que a gente realmente não faz no dia a dia por falta de ter uma estratégia de trabalho correta, né?! A gente trabalha erroneamente ...”*

*“E: Mas a atenção básica ela é deixada de lado, com a nossa estrutura ... a gente fica mais preocupada com hospital, né?! ... e aqui o perigo é muito mais.”*

*“AC: A gente sabe que é necessário, mas na hora a gente (...) nem nota (...) É por impulso, é automático, né, no atendimento (...)”*

*“AC: Tem sim ... pia, sabonete líquido, álcool gel, água ... tem até chuveiro (...) é falta de conscientização nossa mesmo ... de orientação, conscientização mesmo...”*

*“AC: Sim, nós sabemos da importância! Mas não fazemos na prática!”*

*“E: (luvas) Tem! Se não usa é porque não quer!(...) Mas ideia todos tem” (...)  
Tem óculos na unidade (...) Saber eles sabem, mas tem grande resistência em usar (...)  
Nem avental ... fazer um curativo maior assim ... não usam.”*

*“M: ... a prática do cuidado não implica só no medicalizar, no prescrever um remédio e orientar uma conduta (...) Essa preocupação que de fato nós não temos assim ... né?! ... um protocolo formal ... uma documentação, um documento ... regras que possam nos ajudar.”*

O **“Reconhecimento das boas práticas”** é um destaque nesse agrupamento. Durante a coleta dos dados, nos grupos focais e entrevistas, os vários profissionais das diferentes categorias, destacaram a necessidade de abordar o tema na APS. A reflexão propiciada com o grupo focal e entrevista fez com que os próprios participantes reconhecessem a necessidade de práticas seguras e da ampliação de discussões em equipe para reforçar a temática:

*“E: Não, a gente não toma cuidado ... Mas acho que a gente fala muito pouco sobre isso e, agora você falando, eu to vendo muita importância, né?! ...”*

*“E: Eu tenho, particularmente ... não fica muito claro pra equipe, acho que a gente precisa conversar mais sobre isso mesmo (...) na teoria, eu sei, mas na hora da prática (...)*

*“M: (...) de fato, o que nós não temos é um protocolo (...) Nós fazemos coisas um pouco empíricas, pelo instinto, pelo que aprendemos na escola ... pelo que cada um traz ... a enfermeira contribui ricamente pra isso, a colega dentista (...) mas nós não temos um protocolo ... eu, eu sinto falta disto (...) até pra que isso nos empodere pra pode cobrar, pra pode resolve questões ... tomar medidas que às vezes, nós não podemos toma ... temendo ser antipático, ou ser autoritário (...)*

#### **4.2.5. Categoria 5: Necessidade de treinamentos.**

Os profissionais reconhecem a necessidade de se proporcionar treinamentos sobre precauções durante suas atividades. Em muitos relatos, consegue-se perceber que há conhecimento teórico, mas por motivos diversos, não executam de maneira correta na prática. Destaca-se nesse grupo **“Falta de treinamentos”**; **“Capacitação dos ACS”** e **“Capacitação dos profissionais da limpeza”**.

A **“Falta de treinamentos”** fica evidente principalmente nas falas dos enfermeiros, que justificam pela complexidade do trabalho e pela falta de tempo em conseguir reunir a equipe para debaterem o assunto:

*“E: A gente sabe pouco ... mas eu sou falha em passar esse treinamento ...”*

*“E: (...) então, tá difícil da gente conseguir ficar parando para orientar, fazer até mesmo uma palestra prá discutir ... porque não estou conseguindo achar um horário na semana que dê pra gente fazer (...)”*

*“AE: Não, o que a gente faz ... no meu caso, o que a gente faz foi o que a gente aprendeu o que tem que fazer ... mas não que foi alguém daqui que deu orientação pra gente ...”*

A **“Capacitação dos ACS”** merece destaque como subcategoria. Muito se refere ao trabalho dos ACS diante de sua inserção na equipe da saúde da família, porém a falta de treinamento muitas vezes é refletida nas ações diárias. O papel do agente não é efetivamente o tratamento, mas sim abrir caminhos para que haja o reconhecimento da doença e a aplicação correta dos recursos terapêuticos garantindo a proteção e promoção da saúde na comunidade. Para que isso ocorra de forma sistemática e eficiente, aquele profissional deve ter o mínimo de conhecimento sobre as doenças mais prevalentes, as maneiras de transmissão e conseqüente formas de proteção seja em benefício próprio, seja para proteção do paciente. Durante as reuniões, pôde-se perceber que as reflexões acima merecem atenção:

*“AC: Porque o que acontece ... a gente, na visita, descobre os sintomas ... ai a gente agenda uma consulta rapidinho pra cá ... passa ... mas ai a gente já teve contato lá ... Aqui que vai ser diagnosticado o que ele tem ... ai falo: “Nossa, o cara tava mesmo com tuberculose” ...e ai, a gente já fez vista e, já entrou na casa, já conversou ...”*

*“AC: Que nem ... você tá passando pra nós aqui uma coisa que a gente tem que observar mais e praticar (...) ninguém dá importância pra esse detalhe ...”*

*“AC: Acho assim ... que a gente precisa ter uma capacitação em relação a esse assunto (TB) ... pra todos os profissionais da saúde.”*

(Capacitação que é oferecida aos ACS) *“E: (...) É que essa capacitação é mais geral ... não é específica (...) Ela é mais relacionada ao trabalho delas ... É que o trabalho delas envolve muita coisa ... desde a teoria de vários temas até a prática com o parente mesmo ... mas é bem interessante ... só falando agora que a gente vê a importância”*

*“E: Eu é a questão da máscara ... mas é mais pra orientar as meninas no domicílio, eu tenho mais dúvida (...) porque na casa pode ter essa recusa do próprio paciente, porque vai chegar de máscara lá, e ...”*

Em relação a terceira subcategoria temática, **“Capacitação dos profissionais da limpeza”**, o risco de exposição deve ser considerado. É importante que todos os profissionais que trabalham no ambiente de saúde sejam capacitados para reconhecerem as situações de risco e conduzi-las de forma apropriada:

*“AE: Alguém da limpeza abriu a porta ... eu levei um susto e tirei a agulha e bateu em mim ... mas elas não tem noção ... aqui a gente tem que tranca porque elas entra sabe, não tem aquela noção que tem que bate na porta ...”*

*“E:... inclusive a limpeza também ... não é capacitada pra limpar (...) então, não foram capacitados pra explicar porque não pode varrer ... e isso faz parte de precauções, né?!”*

*“AE: ... Elas são equipe da limpeza e é terceirizado e eu acredito que elas não tenham orientação de lava (...) Ela tava passando pano em tudo ... do curativo, pro clínico, pra pediatria, no corredor, vacina ... o pano. E ela mesma, sem luva, torcendo o pano (...)*

*“AE: Outro dia, elas passaram pano e tava brilhando ... a hora que eu pisei ... um óleo ... ai a hora que eu cai a minha mão ficou no chão e eu senti o óleo (...) jogaram vaselina achando que era álcool e passaram o pano ... e saíram e ficou molhado ...”*

#### **4.2.6. Categoria 6: Outras questões.**

Nesta última categoria temática as justificativas para não aderir às PP e PE são decorrentes de questões que vão além de elementos individuais, dependendo de fatores políticos, econômicos, de gestão em saúde e culturais como interferência de possíveis conflitos de papéis e competências existentes entre os profissionais de saúde:

*“AE: (...) o que se usa mesmo é a padrão como avental, luva, às vezes uma máscara num curativo ... mas fora isso não tem o uso ... o uso de precaução de contato, de aerossóis ... isso eu não vi na rede ... nas UBS e USF.”*

*“AE: (...) isso se usa uma máscara, às vezes, dependendo do funcionário, não é sempre. Luva, na maioria dos procedimentos, né?! ... que o pessoal faz, mas é só ...”*

*“AE: (...) por exemplo, a enfermeira ela foi lá fazer um dextro, mas ela faz um dextro ... num atendimento de enfermagem. O auxiliar ele atende um monte ... principalmente no PSF ... PSF a gente é esponja, né?! Você ta uma hora na farmácia, uma hora na coleta, uma hora na vacina ... uma hora no acolhimento ... então eu penso, assim ... que na UBS o pessoal fica cada um num lugar...”*

*“AE: Então(...)não existi mesmo essa escala (...) se existisse isso (...) talvez não teria tanta contaminação como há ....”*

*“AE: Eu acho que todo procedimento teria que ter usado luva, máscara, roupa e tudo ... mas, do jeito que a gente ta trabalhando hoje em dia, não há possibilidade (...) a gente não ta fazendo o serviço direito ... isso, com certeza a gente não ta ... a gente tem consciência disso. Agora, a parte da gente, a gente tenta fazer (...) tem um monte de coisa que poderia ser evitado se tivesse a consciência de todo mundo, né?! Todos, as enfermeiras inclusive, né?! (...)*

*“M: (...)mas eu não vejo limpeza disso, esteto, né?! ... esfrego, é ... eu acho que isso ai é uma coisa, uma parte que falha ... prá todos na verdade (...) a gente, como médico, também (...)*

*“M: A maca a gente tem o lençol de ... de papel, mas ... todo dia, no fim do atendimento, a moça vem aqui limpa. Ela limpa tanto a mesa quanto a maca (...)*

*“E: ... Mas nem o médico faz também. Ele não usa álcool gel entre uma consulta e outra ... de relar numa pessoa e outra ... quando ele rela (risos) (...) ele não higieniza de um paciente pro outro, como a gente aprendeu também, né ... não.”*

#### **4.3. Temas de abordagens para futura construção de treinamento na APS.**

Após análise do material produzido pelos grupos focais e entrevistas, foram priorizados seis temas para subsidiar a elaboração de material educativo em trabalho futuro.

No quadro abaixo pode ser visto o tema abordado, os objetivos a serem atingidos e o trecho da fala dos profissionais que ilustram a categoria:

**TABELA 1:** Temas de abordagens, com objetivos a serem atingidos e situação-exemplo para futura construção de treinamento na APS. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2015.

<i><b>Categoria de abordagem</b></i>	<i><b>Objetivos a atingir com o treinamento</b></i>	<i><b>Situação-exemplo</b></i>
<i><b>1. Dificuldades na HM</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer a importância da HM nas diferentes atividades exercidas na APS;</li> <li>- Reconhecer a eficácia da utilização da preparação alcoólica em todas as atividades de saúde.</li> </ul>	<i>“Pelo menos eles passam o álcool depois de lavar as mãos ... porque só fica passando o álcool gel e não lavar a mão, não adianta nada. Tem que fazer os dois ...”</i>
<i><b>2. Baixa percepção do risco às IRAS</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Racionalizar o risco de infecção e consequente controle da transmissão de microrganismos na APS;</li> <li>- Implementar práticas seguras reconhecendo a cadeia de transmissão das</li> </ul>	<i>“Mas a atenção básica ela é deixada de lado, com a nossa estrutura ... a gente fica mais preocupada com hospital, né?! ... e aqui o perigo é muito mais.”</i>

	IRAS na APS.	
<b>3. Risco biológico para descarte de perfurocortantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padronizar junto da equipe de saúde o descarte de perfurocortantes no domicílio dos pacientes;</li> <li>- Orientar os pacientes sobre a importância do armazenamento seguro dos resíduos.</li> </ul>	<p><i>“(...)É uma gestante que ta tomando heparina e ai, a gestante não sabia que tinha que armazenar ... ela deu na sacolinha ... Estavam todas fechadas ... ai ela (ACS) apoiou na perna, assim ... e perfurou com a sacolinha.”</i></p>
<b>4. Obstáculos diante da tuberculose pulmonar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a patogenia, transmissão e tratamento da TB pulmonar;</li> <li>- Implementar medidas de biossegurança diante de um caso suspeito ou confirmado na unidade de saúde.</li> </ul>	<p><i>“(...)também não é certo ele fica aqui, porque ta tomando remédio, não ta mais transmitindo, mas tem criança que ta indo toma a BCG, tem recém nascido indo faze pezinho ... ai o que consegui ... deixa essa medicação separada pra ele na farmácia, mas eles ficam aqui, com livre acesso ... tem paciente que faz tratamento pra tuberculose que fica do lado de uma criança brincando ... e a gente não sabe como lida com isso ...”</i></p>
<b>5. Baixa capacitação dos ACS e profissionais da limpeza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as doenças mais prevalentes, formas de transmissão e proteção diante da realidade da unidade a que pertence;</li> <li>- Refletir sobre boas práticas considerando sua categoria profissional e ações diárias.</li> </ul>	<p><i>“A gente sabe pouco ... mas eu sou falha em passar esse treinamento ...”</i></p>
<b>6. Fatores interferentes entre os profissionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir sobre a equipe multiprofissional e a importância de cada um dentro de uma mesma unidade;</li> <li>- Perceber que a mudança de postura diante das IRAS depende, principalmente, da atitude e conscientização individual.</li> </ul>	<p><i>(...) por exemplo, a enfermeira ela foi lá fazer um dextro, mas ela faz um dextro ... num atendimento de enfermagem. O auxiliar ele atende um monte ... principalmente no PSF ... PSF a gente é esponja, né?! Você ta uma hora na farmácia, uma hora na coleta, uma hora na vacina ... uma hora no acolhimento ... então eu</i></p>

		<i>penso, assim ... que na UBS o pessoal fica cada um num lugar..."</i>
--	--	---

## DISCUSSÃO

---

## 5.0. Discussão

A análise dos resultados permitiu identificar que os profissionais apresentaram dificuldades na adesão às PP e PE em ações e procedimentos relevantes no trabalho diário realizados na APS, que o risco ocupacional é um obstáculo ainda não superado, além de fragilidades no conhecimento sobre a temática.

As IRAS são uma fonte de preocupação da sociedade mundial, porém no Brasil a sistematização de informações sobre morbimortalidade e custos relacionadas às IRAS ainda é deficitária (OLIVEIRA, PAULA, 2014). Essa falta de informações concretas sobre a dimensão desse problema no país e, em especial na APS, corrobora para os achados deste estudo, ou seja, a desinformação dos trabalhadores de saúde sobre o tema.

Segundo a WHO (2011) o conhecimento, baseado em evidências, enfatiza que nenhum ambiente de saúde em qualquer país está isento do risco das IRAS, necessitando da prevenção e do controle das infecções. É sabido também que a sistematização dos dados sobre as IRAS fora do ambiente hospitalar é escassa em todo o mundo, uma vez que culturalmente o controle e a vigilância para tal é pouco desenvolvido nestes cenários. Reconhece-se ser necessária abordagem coordenada e orientada na APS para o controle de infecções também neste nível de atenção (WHO, 2011).

Na categoria *Falta de conhecimento sobre atividades que requerem proteção*, a subcategoria *Dificuldades na HM*, ainda aparece como um obstáculo para muitos profissionais da saúde. A OMS (2005) destaca que a HM é a medida mais importante para reduzir as IRAS e a disseminação de microrganismos resistentes em todos os ambientes de saúde, proporcionando assim o aumento da segurança do paciente.

Em pesquisas realizadas em unidades de terapia intensiva, instituições de longa permanência e em atendimentos extra-hospitalares se destacou o desconhecimento do profissional da saúde sobre a HM conforme o preconizado. OLIVEIRA, PAULA (2014) evidenciam que existem profissionais que não concordam ou mesmo desconsideram as recomendações de HM no ambiente de saúde, além de não reconhecerem as oportunidades para realizá-la. Isso, na opinião dos autores, pode ser explicado pela dificuldade de acesso a guias sobre o tema e do uso indiscriminado de luvas (OLIVEIRA, PAULA, 2014). Ressaltam-se ainda que muitos profissionais acreditam aderir à HM, o que não é evidenciado durante observação sistemática da prática (SANTOS *et al.*, 2014).

Pesquisa realizada em Madrid, na Espanha, com a temática específica para a APS revela que a prática de HM tem finalidade própria, ou seja, os profissionais atendem à técnica após terem tido contato com o paciente; “o risco de exposição”, sendo destacado pela OMS como auto-proteção, somente é percebido quando há explicitamente o contato com o paciente (MARTÍN-MADRAZO *et al.*, 2011).

A escolha do produto para realizar a técnica também é um tema que merece relevância nesta pesquisa. Considera-se que aproximadamente 30% dos casos de IRAS são evitáveis desde que sejam estabelecidas medidas básicas de proteção, como a HM com água e sabão ou soluções alcoólicas líquidas ou gel, sendo o álcool etílico à 70% como produto ativo (REZENDE *et al.*, 2012).

Os profissionais se mostraram inseguros ao falarem sobre a escolha dos produtos para a HM, porém todos, sem exceção, preferem utilizar água e sabão à solução alcoólica. Essa constatação é contraditória, uma vez que os profissionais afirmam ser a falta de tempo, a pressa e a grande demanda de trabalho na unidade as justificativas para a não realização da HM.

No entanto, sabe-se que os preparados alcoólicos são mais eficientes para a antissepsia das mãos, uma vez que reduzem a contagem bacteriana de forma mais eficaz do que o sabão comum, apresentam maior facilidade de uso, requerem menos tempo de aplicação e causam menos irritação e ressecamento da pele (ANVISA, 2007; WHO, 2009). Cabe lembrar que se as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com proteínas ou fluidos orgânicos, elas obrigatoriamente devem ser lavadas com água e sabão ou com preparação antisséptica (ANVISA, 2007; WHO, 2009).

As “Diretrizes da OMS sobre a higienização das mãos na prestação de assistência à saúde – versão preliminar avançada” aborda a temática HM e fornece informações referentes à superação de possíveis barreiras que interferem na sua prática, recomendadas a todos os profissionais de saúde, gestores de hospitais e autoridades de saúde, através de uma revisão científica dando suporte para treinamentos e planejamentos estratégicos de implementação na rotina de ambientes de saúde (OMS, 2005). A OMS juntamente com o CDC estabelece que a HM com água e sabão deve ser realizada sempre que estiverem visivelmente sujas com sangue ou fluidos corporais, suspeita ou exposição a organismos que formam esporos ou após fazer uso do banheiro; sendo as soluções alcoólicas indicadas para higienização rotineira das mãos, durante o atendimento e cuidados oferecidos aos pacientes (OMS, 2005; OLIVEIRA, PAULA, 2014).

Uma pesquisa realizada com três produtos à base de álcool (álcool gel a 62%, álcool gel a 70% e álcool líquido a 70% com 2% de glicerina) mostrou que há redução de 99,9% da flora bacteriana presente nas mãos sujas com sangue e contaminadas com a bactéria *Serratia Marcescens*, constatando que a utilização da solução alcoólica é mais eficiente quando comparada com o uso de produtos à base de detergente (KAWAGOE *et al.*, 2011).

LOCKS *et al.* (2011), numa UBS da região Sul de Santa Catarina, demonstrou que o uso de antissépticos para a HM em procedimentos cirúrgicos foi inadequado, não sendo realizado em 59,7% das observações; quanto aos procedimentos clínicos, constatou-se que somente 31,7% da equipe aderiu à HM.

O comportamento referente à HM varia consideravelmente entre os diferentes profissionais de saúde de uma mesma unidade revelando que os comportamentos relacionados à saúde humana são influenciados por fatores biológicos, ambientais, educacionais e culturais (WHO, 2009). Dados fornecidos pelo WHO (2009) revelam que os padrões de HM são estabelecidos entre os 9 e 10 anos de idade, ritualizados pela autoproteção contra a infecção; já a prática da limpeza das mãos na comunidade e nos serviços de saúde se baseiam em “conceitos emocionais” de “sujeira” e “limpeza”.

LOCKS *et al.* (2011) sugere que estudos sobre HM sejam realizados na APS brasileira avaliando o desempenho dos profissionais deste nível de atenção em relação à falta de adesão à HM, cumprimentos das normas da ANVISA, garantindo a saúde do paciente e do próprio profissional atuante.

Outro aspecto que merece destaque é a realização da HM durante as visitas domiciliares, prática comum na APS que atua diferenciando e ampliando as práticas do cuidado. Particularmente os ACS, referem não terem conhecimento algum das medidas de proteção e que lavam as mãos e utilizam a solução alcoólica de acordo com o seu conhecimento prévio e totalmente empírico. Segundo KEBIAN, ACIOLI (2011) “a visita domiciliar permite um olhar *in loco* da realidade das famílias e se constitui um importante instrumento para a estratégia Saúde da Família”.

Um estudo realizado no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar de um hospital escola da região centro-oeste do Brasil revelou que os profissionais que tem mais oportunidades de HM são a equipe de enfermagem, médicos e residentes, contudo a classe médica foi considerada a que menos aderiu à prática. Para esta classe, em 80 oportunidades registradas, em apenas 17,5% (14) das vezes foi realizada, sendo que ainda em somente 2,5% (2) utilizada a técnica corretamente (PRIMO *et al.*, 2010).

Pesquisa realizada num serviço de internação domiciliar na cidade de São Carlos/SP afirma que a HM não é realizada pelos profissionais de saúde em aproximadamente 60% dos casos indicados; a HM não foi realizada em 77% das vezes ao chegarem ao domicílio e em 38% ao deixarem-no corroborando com os achados deste trabalho (FIGUEIREDO, MAROLDI, 2012).

Contrapondo com os dados apresentados no trabalho supracitado, um estudo realizado com profissionais da equipe de enfermagem atuantes nas unidades de um distrito sanitário de Goiânia relata que a HM antes dos procedimentos observados variou de 22,2% a 72,8%, e após o procedimento ocorreu somente em 12,5% dos exames colpocitológicos; em 40,9% dos procedimentos não houve HM em qualquer momento (REZENDE *et al.*, 2012).

É possível considerar que outros aspectos ligados ao trabalho dos profissionais de saúde da APS possam interferir na prática de HM. Dentre as inúmeras atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem e ACS está a observação da estrutura física do domicílio visitado, muitas vezes precários quanto à disponibilidade de água potável e de saneamento básico, falta de segurança e luminosidade, além de higiene e ventilação adequadas (KEBIAN, ACIOLI, 2011).

Um estudo realizado no município de Teixeira – PB, mostrou que, durante as atividades, os ACS encontram dificuldades em relação à falta de conhecimento e nas condições socioeconômicas das famílias corroborando com informações encontradas em outras pesquisas, destacando a falta de materiais para o trabalho e a desarticulação da equipe para enfrentar e solucionar problemas dos pacientes (COSTA *et al.*, 2012).

Quanto à subcategoria *Obstáculos diante da tuberculose pulmonar* as ações de controle da TB são inerente ao trabalho do ACS e essenciais, haja vista a incidência da doença no Brasil e conseqüentemente a disseminação rápida, caso não diagnosticada com agilidade. Estudos evidenciam que esses profissionais ainda possuem dificuldades na identificação e reconhecimento da sintomatologia, além de dúvidas quanto ao tratamento da doença (CRISPIM *et al.*, 2012, FREITAS *et al.*, 2013) reforçando os achados deste estudo. MOREIRA, ZANDONADE, MACIEL (2010) destacam o aumento do risco de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* em profissionais e estudantes de saúde, sendo que os ACS têm seis vezes mais chances de contraírem a doença por acompanharem pacientes com TB, ou realizarem supervisão de tratamento sem o uso de medidas de proteção específicas.

Foi possível identificar nos relatos que a adesão às medidas de proteção nas unidades e nas residências são fundamentais, porém ainda há falhas no conhecimento sobre a temática, o que dificulta tal iniciativa.

Um estudo realizado em Ajman, Emirados Árabes Unidos, revelou que 58,2% dos enfermeiros de um hospital de ensino acreditavam que as PP visavam somente proteger os profissionais de saúde, 23,5% que era para evitar infecções provenientes de pacientes, e 45,9% que a medida de prevenção é para proteger pacientes e profissionais, concluindo que, embora mais de 95% dos enfermeiros estejam cientes das PP, o conhecimento em relação às diretrizes e sua implementação ainda estão aquém do ideal (SREEDHARAM, MUTTAPPILLY, VENKATRAMANA, 2011).

É essencial adotar as medidas de biossegurança em unidades de saúde garantindo a proteção dos profissionais atuantes e dos próprios pacientes; o uso de máscara e a realização do tratamento supervisionado para TB de acordo com o tempo de exposição e local de contato com o paciente minimizam o contágio e o espaço de interação do ambiente de risco (COSTA, 2013; MOREIRA, ZANDONADE, MACIEL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, a adoção de medidas de precaução diante da TB pulmonar deve sempre estar associada a outras medidas de prevenção, como a etiqueta respiratória (BRASIL, 2011). Esta recomendação, acrescentada em 2007, deve ser orientada pelo profissional da saúde aos pacientes suspeitos ou portadores da doença, pois visa proteger os demais da tosse e espirros durante a espera pelo atendimento. Tais achados evidenciam o desconhecimento do tema dos profissionais que participaram do estudo, uma vez que não apareceram questões ligadas a esta prática (BRASIL, 2011; LUZ *et al.*, 2013).

COSTA (2013) aponta que estudos realizados ainda no final da década de 1990 já demonstravam o elevado risco de transmissão da TB em ambientes com pouca ventilação, independentes da instituição de saúde e do desenvolvimento do país, e enfatiza em seu trabalho que “... medidas simples e eficazes devem ser estimuladas para contribuir com o aumento da adesão as medidas de biossegurança com iniciativas administrativas, de controle ambiental e proteção individual.” (COSTA, 2013).

A APS deve articular e inteirar, através da coordenação, a assistência desenvolvida, pois há evidências de que mais de 80% dos problemas de coordenação estão na atenção prestada a pacientes com problemas agudos, ou seja, 42% estão

presentes só no cuidado ambulatorial englobando a APS e especialidades de ambulatório (ASSIS *et al.*, 2012).

Através do “Manual de recomendações para o controle da TB no Brasil”, o Ministério da Saúde infere a necessidade de medidas que adaptem os espaços de atendimento sendo bem ventilados e, se possível, áreas externas para espera de consultas e outras ações, além de exaustores ou ventiladores que proporcionem efetivamente o controle da disseminação da doença; qualquer ambiente torna-se de risco quando há pacientes que produzam aerossóis com o *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2013a).

Pesquisas brasileiras demonstram que a gestão, o envolvimento dos profissionais e as condições sociais e econômicas dos municípios estão diretamente associados ao controle da TB na APS, uma vez que o acesso e a relação entre a equipe de saúde e o paciente são interdependentes. O estigma da doença e as condições sociais inerentes a pessoa com TB são impactantes e interferem nos diferentes fatores biopsicossociais e espirituais (NOGUEIRA *et al.*, 2012).

DIAS *et al.* (2013a) intensifica este raciocínio afirmando que as famílias e os próprios doentes não buscam o conhecimento sobre a enfermidade, o que possibilitaria reduzir a discriminação e certamente estabelecer ações e atividades apoiadas nos riscos reais da infecção. Os achados fortificam a idéia trazida pelos profissionais de que os pacientes ainda apresentam resistência à doença e seu tratamento, dificultando ainda mais o estabelecimento do cuidado e empatia por parte da equipe de saúde; demonstraram dessa forma, sobretudo, que ainda há lacunas quanto ao esclarecimento da doença à população e estigma diante da enfermidade e consequente repercussões emocionais (DIAS *et al.*, 2013<sup>a</sup>; DIAS *et al.*, 2013b).

O Ministério da Saúde propõe que, para haver o controle da TB, é preciso que a instituição de saúde avalie a presença e a extensão da doença no seu território de abrangência para considerar as medidas específicas necessárias para tal, além de responsabilizar um ou mais profissionais a coordenar um plano de controle de infecção adequado à instituição e com o auxílio dos responsáveis pelo Programa Estadual/Municipal de Controle de TB (BRASIL, 2011).

Até o ano de 2015, o Brasil pretende reduzir em 50% os casos de TB, segundo os objetivos estabelecidos pela OMS. Para tanto, é essencial que haja a implementação de medidas, identificação precoce dos doentes e promoção da cura, de maneira que cesse a continuidade da transmissão da doença (UNIS, 2012).

Trabalhando ainda com a falta de conhecimento apresentada pelos profissionais participantes, na subcategoria *Descarte de agulhas no domicílio*, a não padronização para o descarte adequado dos perfurocortantes, em especial, a utilizada para a aplicação de insulina é destaque e há grandes obstáculos a serem superados. Segundo SANTOS *et al.* (2012), é preciso considerar as condições individuais e institucionais diante da vulnerabilidade dos profissionais de saúde quanto à exposição aos riscos ocupacionais; o contexto, as condições da comunidade e os recursos investidos para tal produzem maior suscetibilidade não só ao trabalhador, mas a família a quem se presta o serviço.

De acordo com ALVES *et al.* (2012), com o crescimento da assistência domiciliar, em especial, ampliada nos últimos anos com a consolidação e expansão da ESF, houve o emprego de recursos hospitalares que auxiliam na assistência prestada no cuidado do paciente, corroborando com os achados do presente estudo. Contudo, as pesquisas nessa temática ainda são raras, principalmente na área de prevenção e controle de infecção (ALVES *et al.*, 2012).

A atenção domiciliar requer cada vez mais possíveis alterações em técnicas e procedimentos na atenção à saúde, de modo que a utilização de materiais perfurocortantes exija adaptações nas fases do seu desenvolvimento devido à necessidade física inerente ao domicílio, ou mesmo por características do próprio paciente e/ou cuidador (FIGUEIREDO, MAROLDI, 2012).

ANDRÉ *et al.* (2012) afirma que os grupos mais assistidos pelas USF são pacientes com *Diabetes Mellitus* insulino dependentes, sendo os que geram considerável resíduo de serviços de saúde (RSS); classificação determinada pela ANVISA aos resíduos produzidos em domicílio, através da aplicação de insulina e controle de glicemia capilar. Consideram-se essenciais diretrizes e orientações a respeito desses resíduos para melhor adequação e descarte final podendo, as unidades de saúde, exigirem e conseqüentemente criarem protocolos para aperfeiçoar a distribuição do material e supervisionar a devolução de maneira correta e segura (ANDRÉ *et al.*, 2012).

Pesquisa realizada com a equipe de serviço de internação domiciliar no interior do Estado de São Paulo revelou que o descarte de lancetas utilizadas em glicemias capilares e de agulhas para realização da coleta sanguínea foi inadequado em 24% e 20% das observações respectivamente ao serem transportados até o hospital em recipiente provisório (FIGUEIREDO, MAROLDI, 2012).

Estudos demonstram que 3,22% dos acidentes percutâneos ocorrem devido transporte inadequado dos perfurocortantes e que 40,3% são decorrentes de

procedimentos que o profissional desconecta a agulha da seringa, descarta agulhas em recipientes superlotados e transportam ou manipulam agulhas desprotegidas (CARDOSO, FIGUEIREDO, 2010).

Grande parte da população usuária de perfurocortantes no domicílio faz o descarte em garrafas plásticas (57,8%), além de alternativas, como quebrar a agulha e descartá-la em lixo comum (15,4%). O descarte ideal é o realizado em recipientes apropriados transportando-os adequadamente até o serviço de saúde. Contudo é preciso conscientizar crianças e adultos sobre os perigos e os riscos que os RSS representam além de envolver todos os profissionais de saúde buscando maior segurança para a saúde pública e meio ambiente (ANDRÉ *et al.*, 2012; BRASIL, 2006).

A formação de raciocínio mais complexo promovendo a autorreflexão e sucessiva mudança de atitude dos profissionais de saúde leva ao reconhecimento do risco potencial prevendo situações ou eventos que podem gerar perdas e danos, baseados no conhecimento prévio, adotando condutas que minimizam os riscos (ALVES, PASSOS, TOCANTINS, 2009; MOURA, MOREIRA, FONSECA, 2009). A organização do trabalho e a rotina diária interferem no comportamento e na percepção de cada profissional dos riscos potenciais de acidentes ocupacionais; o perigo é relativamente oculto e até mesmo inesperado (ALVES, PASSOS, TOCANTINS, 2009).

Embora seja um trabalho complexo, é necessário que haja qualificação multiprofissional e dos usuários e cuidadores para garantir o uso seguro dos insumos e consequente descarte, transporte e armazenamento desses resíduos das residências até as unidades de saúde e destas para o descarte final. ALVES *et al.* (2012) evidencia e traz em sua pesquisa que “Apesar do avanço, a legislação brasileira em relação ao manejo de resíduos não especifica como deve ser o manejo quando o resíduo é gerado pelo usuário e/ou cuidador (...) Destacamos que a maior parte desses desafios não depende apenas da gestão local, mas da articulação e vontade política do município.”

BRASIL (2006) enfatiza que a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)/ANVISA nº 306/04 estabelece normativas sobre os preceitos de gerenciamentos de resíduos tendo envolvimento, principalmente, de médicos, enfermeiros, auxiliares, profissionais da limpeza, coletores e pessoal de manutenção e serviços (BRASIL, 2006). A participação consciente dos envolvidos é essencial e os programas de educação continuada devem relevar alterações funcionais e as necessidades de conhecimento, uma vez que nem todos os profissionais participantes desse processo têm noção de cuidados ambientais (BRASIL, 2006).

Diante da realidade e da necessidade de participação de pessoal, em especial, da equipe de saúde para o desempenho de atividades voltadas ao atendimento e segurança da comunidade se formou a segunda categoria temática abarcando as *Dificuldades com a infraestrutura* das unidades de saúde estudadas.

É sabido que o número de profissionais responsáveis pela organização e sistematização das atividades é escasso em muitos lugares do país, sendo de maior gravidade em alguns municípios e regiões. Nas cidades de São Carlos e Itirapina, como destacado nos resultados, todas as equipes abordadas possuíam as diferentes e essenciais categorias profissionais, muito embora várias limitações e dificuldades no trabalho fossem evidenciadas pelo número insuficiente de profissionais de saúde, já que a prática clínica e as ações preventivas e de promoção à saúde são priorizadas neste modelo de atenção.

BONFIM *et al.* (2012) traz que a capacitação do trabalhador e a qualidade na prestação dos cuidados ainda se constitui um desafio, pois é preciso definir o número de profissionais necessários nas equipes de saúde; o fato é que “o número insuficiente de pessoas e a qualificação dos profissionais foram considerados um dos maiores obstáculos da Estratégia da Saúde da Família (ESF)”

Estudos apontam que na área da APS pouco se sabe sobre o planejamento e dimensionamento quantitativo e qualitativo dos trabalhadores de enfermagem necessários para melhor fundamentar e adequar às condições de trabalho, educação continuada e prevenção do adoecimento profissional (SCHMOELLER *et al.*, 2011; BONFIM *et al.*, 2012). Uma revisão integrativa sobre cargas e condições de trabalho dos profissionais de enfermagem concluiu que há necessidade de aprofundar as reflexões quanto à organização do trabalho visando estratégias que reduzam os desgastes do profissional, principalmente o desgaste emocional decorrente da sobrecarga de tarefas (SCHMOELLER *et al.*, 2011). Não foram encontrados estudos que analisassem esse dimensionamento para outros profissionais de saúde na APS.

A equipe de enfermagem e os ACS revelaram não conseguir desenvolver suas atividades num ritmo constante e eficiente, além de não seguirem regras básicas de segurança, devido à grande população atendida contrapondo-se com o número de profissionais e espaço reduzido.

Pesquisa realizada com profissionais de USF, em Ceará-Mirim, revelou que dos 190 profissionais avaliados, 40,5% afirmaram ser o excesso de número de famílias acompanhadas pelas equipes como maior dificuldade para exercer as atividades e,

93,2% que a presença de profissionais com perfil em saúde pública na equipe facilitava o trabalho e desenvolvimento das ações (PINTO, MENEZES, VILLA, 2010).

Aliado ao número insuficiente de profissionais que compõem a APS, muito se discutiu sobre a improvisação dos prédios, diante do rápido crescimento das unidades de saúde, em especial, das USF optando por casas residenciais reformadas e adaptadas conforme o possível. Os achados deste estudo corroboram com a literatura, pois no cotidiano dos serviços de saúde os profissionais justificam suas ações pela infraestrutura local evidenciando as dificuldades organizacionais como limitadoras (MARZIALE *et al.*, 2013).

Segundo PEDROSA, CORRÊA, MANDÚ (2011), a estrutura física adequada às práticas dos enfermeiros favorece a qualidade da assistência, com conforto e humanização do trabalho tanto para a equipe quanto para o paciente; do contrário, a obtenção de bons resultados nas ações e consequente continuidade do cuidado à saúde são afetados juntamente com a desvalorização do cuidado prestado pela equipe de enfermagem.

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica, traz que todas as unidades devem estar cadastradas no sistema nacional regente disponibilizando a estrutura exigida conforme orientações e especificações do Manual de Infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, como consultórios, salas para o acolhimento, administração e gerência, de atividades coletivas para os profissionais, além de salas que visam às ações e atendimento à população (BRASIL, 2012).

É relevante considerar que “variáveis como área física da unidade, fluxo de atendimento, características epidemiológicas da população local, perfil da equipe de saúde e até a rede de saúde do município” são influentes nas ações realizadas pelos profissionais, principalmente quando se analisa o possível risco de exposição biológica (CARDOSO, FIGUEIREDO, 2010).

Para proporcionar e garantir a realização de um atendimento e práticas corretas na atenção básica, além da infraestrutura apropriada, há necessidade da disponibilização de equipamentos, de pessoal especializado e capacitado, e de materiais e insumos suficientes para prestar uma assistência adequada (MARZIALE *et al.*, 2013). A literatura aponta para a necessidade de equipamentos e materiais na APS inferindo diretamente na categoria temática *Qualidade e disponibilidade de materiais* evidenciada nesta pesquisa.

Os EPI constituem uma importante barreira protetora da pele, mucosas e roupas dos profissionais no contato com microrganismos patogênicos, sendo uma maneira segura de reduzir os riscos e exposição ocupacional a sangue e fluidos orgânicos editados pelas PP (RIBEIRO *et al.*, 2010). Segundo PEDROSA, CORRÊA, MANDÚ (2011) “Os equipamentos conferem suporte ao atendimento, assegurando a realização de ações de saúde, e por isso exercem enorme impacto sobre o sistema local de saúde”, mostrando que problemas na organização e utilização destes comprometem a qualidade assistencial e insatisfação do profissional na prestação do cuidado corroborando com os depoimentos destacados na categoria temática supracitada.

No Brasil, há regras de licitações para a compra de insumos e materiais nos serviços públicos de saúde as quais, frequentemente acarretam a aquisição de produtos de baixa qualidade e de menor preço. A literatura aponta que a interferência das precauções e sua adoção são percebidas como barreiras e obstáculos para os profissionais da saúde, uma vez que causam desconforto, são inconvenientes, as luvas não se adaptam ao formato das mãos aumentando os riscos de acidentes perfurocortantes (BREVIDELLI, CIANCIARULLO, 2009). Como ressalva, a gerência possui importante papel na segurança e comprometimento e apoio, além de ser fundamental o suprimento e disponibilidade de EPI adequados para o exercício profissional (BREVIDELLI, CIANCIARULLO, 2009).

A desqualificação do serviço muitas vezes se dá pela indisponibilidade e inadequabilidade permanente de materiais e insumos, pela existência de equipamentos danificados e dificuldades geradas em fazer a manutenção de maneira rápida e eficaz (PEDROSA, CORRÊA, MANDÚ, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2010). A improvisação na assistência e a ausência de EPI são destaques que podem gerar um processo de discussão e de alterações práticas, mesmo havendo órgãos normalizadores responsáveis pelas recomendações dos produtos e técnicas corretas (NEVES *et al.*, 2009; NEVES *et al.*, 2011).

Um estudo realizado por NEVES *et al.* (2011) sobre a segurança dos trabalhadores da enfermagem e determinantes para adesão dos EPI, discutiu o trabalho da gerência, em especial na questão relacionada à falta de controle e provimento de equipamentos na assistência, enfatizando a falta destes e sua disponibilidade nas diferentes atividades exercidas no ambiente laboral; juntamente com a estrutura física inadequada, estabelece-se o improvisado na rotina dos profissionais e serviços não havendo garantia de segurança, mas somente a sensação de cumprimento das tarefas.

Uma questão que interfere diretamente no reconhecimento das IRAS no cenário da APS e consequente adoção das precauções durante as diversas atividades exercidas pelos profissionais é o comportamento. O fator foi evidenciado na quarta categoria temática *Problemas Comportamentais* deste estudo, devido às inferências nas falas de todos os trabalhadores participantes.

Muito embora seja um tema bastante trabalhado na área da saúde, no geral, a falta de conscientização em relação aos riscos das IRAS, em especial, na APS que recebe e provê tratamento inicial no sistema de saúde a toda população, é determinante para análise dos riscos e implementações de boas práticas de controle de infecção.

O grande desafio é reconhecer que houve mudanças de atenção à saúde, antes em hospitais, para outros centros, como atenção domiciliar e serviços ambulatoriais resultando na baixa adesão dos profissionais à HM, uso de EPI e PE, como a de contato. A dificuldade encontrada pelos profissionais em se desapegar de práticas antigas e a resistência à mudança colocam o paciente e o próprio profissional de saúde em risco; isso pode ser visto no cotidiano dos serviços de saúde (OLIVEIRA, DAMASCENO, RIBEIRO, 2009).

Os autores JACKSON, LOWTON, GRIFFITHS (2014) continuam considerando que a propagação de infecções no ambiente de saúde se dá pela falta de compreensão por parte dos profissionais de saúde e da população em geral, através de práticas sustentadas por conhecimentos superficiais e poucas evidências.

Em 12 de maio de 1998 foi escrita a Portaria nº 2616 que faz considerações somente para IRAS no ambiente hospitalar, dispondo que seja obrigatória a manutenção pelos hospitais brasileiros de programas de Controle de Infecção Hospitalar através da melhoria da qualidade da prestação assistencial reduzindo esforços, problemas e complicações e recursos à saúde (BRASIL, 1998). Ademais, em 2000, a RDC nº 48, de 2 de junho de 2000, aprovou um Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (BRASIL, 2000) que também prioriza os riscos de IRAS no ambiente terciário limitando as considerações e estímulos à consciência e ao reconhecimento de boas práticas em ambientes primários, como em UBS e USF propostos neste estudo.

Durante a coleta dos dados foi possível compreender que os profissionais reconhecem as maneiras de proteção dos riscos e agravos dos acidentes e infecções, porém não há valorização de tal fato e certamente não implementam práticas seguras. NEVES *et al.* (2011) enfatiza em seu trabalho que “(...) o fato de os profissionais terem

conhecimentos sobre os riscos, no ambiente de trabalho, nem sempre garante a adesão ao uso de medidas protetoras.”, devendo neutralizar as barreiras dependentes do uso de EPI e as crenças dos profissionais a respeito de controle e prevenção de doenças.

Estudos apontam que a falta de especificidade nas atribuições da equipe de enfermagem na APS está relacionada com o impacto da organização do trabalho onde as condições para a diversidade de atuação, agregada a funções e fazeres, são bem distintos do ambiente hospitalar (SOARES, BIAOLINI, BERTOLOZZI, 2013). CEZAR-VAZ *et al.* (2009) reforça esse conhecimento quando reitera que a previsão do risco e possibilidades de ocorrências de situações diretas adversas estão ligadas pontualmente ao sistema de execução das atividades na APS corroborando com as falas trazidas, principalmente, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

A problemática referente aos riscos de IRAS, e conseqüente reconhecimento de boas práticas foi refletido durante os encontros grupais e entrevistas possibilitando o aprofundamento do tema. Isso levou os próprios profissionais a identificarem falhas destacando a necessidade de abordar o assunto em discussões e reuniões pontuais.

A realização dos grupos focais acabou agregando benefícios aos participantes, Estes acabam por ter a intenção de sensibilizar os participantes, homogêneos quanto a características de percepção do assunto, para transformar a realidade de maneira crítica e criativa, estimula o debate e fundamenta as várias opiniões sobre a temática pouco explorada e até mesmo limitada (BACKES *et al.*, 2011; LENY, BOMFIM, 2009).

Com a reflexão e pontuações aplicadas nos debates, os ACS inferiram a falta de treinamento e, principalmente, o déficit de conhecimento sobre as doenças prevalentes, meios de transmissão e prevenções ecoando em ações empíricas e duvidosas diariamente.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, o enfermeiro deve contribuir para a organização da atenção à saúde, qualidade do atendimento e acesso à população, além de orientar toda a equipe da unidade quanto às prioridades de necessidades, vulnerabilidades e riscos. Há atribuições essenciais de planejamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS (BRASIL, 2012).

O ACS não é considerado um profissional da saúde, contudo exerce atividades comunitárias dando assistência direta a pacientes e famílias, além de apoio educativo e organizacional da população de suas microáreas de abrangência. Durante o grupo focal desenvolvido com os seis ACS ficou evidente que não há um papel definido da sua participação e, sobretudo, convivem com os vários problemas da comunidade gerando

situações conflitantes e um desgaste nestes profissionais. A maioria das ações aplicadas na comunidade é de responsabilidade dos ACS.

Segundo CORIOLANO, LIMA (2010) as implicações desta conduta diante da distorção dos papéis destes profissionais são decorrentes de “(...) processo inadequado de qualificação, pois passa a receber diversos micro-treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma sequência lógica”. A responsabilidade e a importância do ACS na APS são enormes diante do desempenho de suas tarefas necessitando de uma formação e qualificação mínima para agir sob princípios teóricos nas diferentes situações do processo saúde/doença e processo de interação com as famílias; saber conviver com as questões biológicas e sociais capacitados para apoiar ou resolver problemas no setor da saúde (CORIOLANO, LIMA, 2010; CARDOSO *et al.*, 2011).

Todavia, com a incessante rotina do profissional da saúde e com a exposição constante a situações que podem transmitir infecções, medidas de biossegurança devem ser adotadas, principalmente por meio de treinamentos e capacitações constantes nos serviços de saúde. A educação é considerada uma importante ferramenta para prevenir e promover reflexão e oportunidades de aprendizagem a todos os trabalhadores da área da saúde, tornando-os críticos de suas próprias atitudes e fornecendo instrumento para combater situações arriscadas presentes nas unidades de saúde (SOARES *et al.*, 2011).

É neste contexto que foi inserida a quinta categoria temática nos resultados do presente estudo, evidenciando a *Necessidade de treinamentos* sobre precauções na APS, onde os próprios profissionais consideraram relevantes neste nível de atenção.

Além de reconhecerem a importância da implementação dessas atividades educativas, possuem o conhecimento teórico, porém, por motivos e circunstâncias da rotina do profissional atuante, não há a execução correta das normas e boas práticas de biossegurança quanto às IRAS. A educação dos profissionais que atuam na APS é uma das prioridades da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sendo um desafio para a saúde no Brasil e no mundo.

A OPAS, na 53ª reunião do corpo diretivo, realizada em 2014 discute a necessidade de promover a cobertura universal de saúde através da implantação de políticas e intervenções intersetoriais tendo o compromisso com a população de promover a saúde e o bem-estar. Desta forma, os Estados Membros da OPAS canaliza estes valores na APS, através da equidade e solidariedade onde o direito à saúde seja protegido e garantido sem qualquer distinção (OPAS, 2015).

Por muitas razões, mas, em especial, pela divisão da assistência e longevidade de setores responsáveis pela rede de atenção, não há a integração e participação dos profissionais de saúde no próprio trabalho em saúde; a reflexão sobre o processo de trabalho é uma importante estratégia para analisar as concepções e práticas profissionais (LIMA *et al.*, 2010). Para CARDOSO (2012), a Educação Permanente em Saúde é promovida acerca de alterações na formação dos trabalhadores da área da saúde, tanto na atenção, quanto na formação fazendo com que a educação seja “(...) como elemento transformador dos sujeitos em indivíduos com capacidade de refletir criticamente sobre sua realidade e intervir sobre ela.”

Para tal, em 13 de fevereiro de 2004, foi instituída a Política de Educação Permanente em Saúde para formar e desenvolver os profissionais da área da saúde, identificando necessidades, mobilizando a formação de gestores, ações e serviços de integração da rede de atenção, além de propor políticas e negociações interinstitucionais e intersetoriais de acordo com os princípios do SUS; tentativa de articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação e qualificação dos profissionais do SUS e instituições de ensino (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

BERGAMINI *et al.* (2009) mostrou que em Ferrara, na Itália, os alunos dos dois primeiros anos do curso de enfermagem consideraram as PP como uma medida de autoproteção, e complementam que, mesmo no final do curso de higiene e saúde ocupacional, mantêm as práticas clínicas de início. Torna-se necessário implementar aspectos práticos estimulando a reflexão crítica nos cuidados de enfermagem.

Uma análise feita por SILVIA, PEDUZZI (2011) sobre as concepções de educação que fundamentam as atividades de educação para os profissionais da APS, mostrou que os gerentes e trabalhadores entrevistados consideram a prática essencial para organizar o trabalho ao possibilitar discussões sobre a demanda de tarefas no serviço. A consideração é de extrema relevância e corrobora com os dados deste estudo, em especial, quando nas falas dos participantes são interpretadas as dúvidas e a grande necessidade de discussão conjunta, sobre a temática, entre os componentes das equipes.

Um achado nesta categoria se refere à falta de tempo para reunir toda a equipe e a complexidade do trabalho na APS, em especial manifestado pelos enfermeiros. Uma proposta que vem sendo trabalhada e com potencial para desenvolvimento da APS, é a “supervisão sistemática junto às equipes de PSF” que, através de um plano de supervisão e apoio técnico, junto às equipes, elaboram e elencam as principais lacunas no trabalho diário. Mobilizam-se diversos responsáveis propondo mudanças favoráveis

à rede de serviços configurando, “(...) uma estratégia sustentável para a gestão da Atenção Básica, uma vez que esta prática pode ser incorporada nas ações de rotina da equipe gestora como ação permanente desta equipe” (COELHO *et al.*, 2012).

Os autores consideram que o investimento e o incentivo a supervisões periódicas e regularizadas são fundamentais para a qualificação na APS, pois propõe reflexões sobre a prática e organização dos serviços (COELHO *et al.*, 2012).

Outro modelo apresentado para o processo de educação permanente e formação de profissionais atuantes na expansão das equipes de saúde da família foi o “Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde”, criado em 2008 pelo estado de Minas Gerais, onde aborda desde aspectos físicoestruturais até o desenvolvimento de habilidades específicas para atuação na saúde, em especial, produzindo e democratizando o saber por meio de oficinas de capacitação oferecidas aos profissionais da equipe (SILVA *et al.*, 2012b). Representa uma tática interessante para a educação permanente e transformador, quando se trabalha com mudanças e práticas na APS (SILVA *et al.*, 2012b).

Um aspecto importante a ser destacado nesta categoria temática identificado durante a reunião grupal com os ACS foi a falta de capacitação e de treinamento específicos desenvolvidos para esta classe profissional e também para profissionais da limpeza. Muito embora suas atividades não requeiram de contato físico direto com pacientes durante ações que envolvam presença de secreções ou sangue, torna-se crucial o conhecimento a respeito das doenças mais prevalentes na região da sua unidade e, principalmente, do reconhecimento de situações e procedimentos de risco.

Estudos científicos realizados no país comprovam que recomendações e treinamentos devem ser realizados com os ACS, em especial (CARDOSO *et al.*, 2011; CORIOLANO, LIMA, 2010; LANZONI *et al.*, 2012; ROSSETO, SILVA, 2010; SOARES *et al.*, 2011; SOBRINHO *et al.*, 2013). Um estudo realizado no Rio Grande do Sul, através de ações de educação permanente desenvolvidas para os ACS revelou que não é exigida nenhuma qualificação prévia para o cargo, embora deva estar preparado para dar orientações sobre doenças e prestar cuidados para promoção e prevenção à saúde. Os autores relatam esse fato por meio da afirmação: “evidencia-se também o fato de que a qualificação dos ACS também está interligada à falta de abordagens e instrumentos adequados de preparação do ACS, de uma maneira geral” (ROSSETO, SILVA, 2010).

Com a educação permanente há o desenvolvimento do processo ação-reflexão-ação mediante a participação de todos os componentes da equipe de saúde nas programações locais das atividades e conseqüentemente do controle do desempenho diário (FELICIANO, 2008). Há treinamentos e capacitações nas USF do Brasil, segundo preconizado pelo Ministério da Saúde, porém não estão sendo resolutivas na abordagem de certos temas (LANZONI *et al.*, 2012).

Pesquisa realizada com trabalhadores de saúde rurais africanos, em Malawi, revelou que há necessidade de melhorias na frequência e eficácia das interações de ensino dos profissionais da área da saúde em relação à prevenção do HIV. Mesmo com treinamentos, fatores como a falta de liderança, lacunas de conhecimento individual, insuficiência de pessoal e suprimentos, aumento de carga de trabalho e o estigma intrínseco sobre a doença demonstram que medidas protetoras são negligenciadas expondo os profissionais aos riscos de infecções (JERE *et al.*, 2010).

Um destaque para a intervenção aplicada a esses profissionais foi em relação ao treinamento de prevenção feito com os trabalhadores com níveis de formação mais baixos. Foi extremamente relevante, pois são eles que realizam muitas atividades de atendimento ao paciente e detêm maiores oportunidades de ensinar a comunidade a que se destinam (JERE *et al.*, 2010). NEVES *et al.* (2009) sugeriu em seu estudo a utilização de cartazes estilizados na tentativa de incentivar a HM, mostrando ser uma atividade interativa e que valorizou a discussão na instituição de saúde aplicada auxiliando a reflexão crítica e repensando nas práticas cotidianas.

Já um estudo realizado em um hospital universitário aplicou uma intervenção educativa aos profissionais, pacientes e visitantes para adesão à HM, a fim de reduzir e prevenir infecções, revelando que este tipo de conduta, com a inclusão de visitantes, deve ser implementada e estimulada em todos os ambientes de saúde, pois potencializa a adesão aos protocolos de HM (RANDLE *et al.*, 2014).

Estudos apontam que o treinamento para o controle de infecção centra-se nos hospitais, contudo o treinamento clínico deve ser cada vez mais investido e reforçado para os profissionais de saúde que trabalham com a comunidade proporcionando confiança entre os membros das equipes e reduzindo o estresse ocupacional (WONG *et al.*, 2010). É preciso reconhecer as reais demandas da unidade de saúde que o profissional trabalha e a partir de então, realizar capacitações específicas com estratégias criativas, sempre considerando às necessidades de conhecimento dos profissionais envolvidos (LANZONI *et al.*, 2012; NEVES *et al.*, 2009).

FERREIRA, SILVA, AGUER (2007) destaca que é fundamental inserir o estudante de medicina em ambientes primários em saúde, pois estabelecem vínculos, conseguem estimular a reflexão e a crítica durante das atividades, além de aumentar sua capacidade diante da realidade imposta.

Além de todas as razões apresentadas até este momento do trabalho, uma última categoria temática foi levantada, *Outros fatores*, ou seja, causas que vão de encontro com fatores políticos, econômicos, de gestão, além de culturais como conflitos de papéis e de competências entre os próprios colegas de trabalho. MARZIALE *et al.* (2013) afirma que o contexto do trabalho onde há divisão social na enfermagem e autoridade impossibilitam o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, prejudicando a qualidade do serviço prestado à população. Valores e práticas de organização são revelados pela cultura organizacional e o modelo de gestão e organização da instituição.

É necessário compreender o meio, o outro e o contexto da unidade de saúde e seus profissionais para influenciar no comportamento. A comunicação interpessoal, seja verbal ou não-verbal, são maneiras de entender a realidade, de compreender o processo e as influências perceptivas e sentimentais (MARTINES, MACHADO, 2010).

A inserção do profissional no grupo social e a história dos processos de trabalho são responsáveis pelo consumo dos trabalhadores, de acordo com a sua especificidade (SANTOS *et al.*, 2012). A autonomia auxilia a identificar e diminuir as fragilidades estruturais, individuais ou sociais presentes em todos os seres humanos inserindo-os como sujeitos sociais durante a transformação das práticas (SANTOS *et al.*, 2012).

Fatores relacionados com o ambiente de trabalho podem minimizar a insatisfação dos profissionais da saúde incluindo políticas organizacionais, supervisão, salário, relações interpessoais e as próprias condições para exercerem suas atividades (JAYASURIYA *et al.*, 2012). Porém poucos são os estudos realizados para avaliar a satisfação dos enfermeiros que atuam na atenção básica e em áreas rurais em países de baixa ou média renda (JAYASURIYA *et al.*, 2012).

Corroborando com os dados encontrados no estudo, OLIVEIRA, DAMASCENO, RIBEIRO (2009) descrevem os fatores individuais, cognitivos e psicológicos como determinantes no comportamento do profissional, ou seja, as atitudes, intenções, crenças e percepções abrangem aspectos diversos que evidenciam o conhecimento e comportamento dos trabalhadores da saúde. Foi possível identificar claramente nas falas que em grande parte da discussão, o foco esteve sobre a divisão do trabalho e não das barreiras para evitar a contaminação e medidas de precaução. O

conceito de separar pessoas e lugares na APS é ainda muito forte, limitando o uso de técnicas de segurança e ações prioritárias para prevenção de agravos das IRAS.

Por fim, para compreender exatamente o que ocorre no ambiente de trabalho, é preciso considerar que “(...) situação percebida e vivenciada, pode ser um condicionante para ou um risco em si mesmo (...)” sendo a percepção do risco definida como um “conjunto de significados construídos individual e coletivamente a partir dos trabalhadores que produzem e reproduzem formas semelhantes e diversas ao mesmo tempo” (CEZAR-VAZ *et al.*, 2009).

É preciso construir uma nova cultura diante do exercício humanizado do trabalho em saúde levando e considerando primordialmente as expectativas, as satisfações e as insatisfações dos profissionais durante suas atividades para haver mudanças significativas e importantes no contexto das instituições (GIORDANI *et al.*, 2014).

Deve-se considerar ainda que mudanças globais como o aumento da expectativa de vida; o surgimento de novos modelos e instituições de saúde; o dinamismo das comunidades e das doenças, tornam necessários o desenvolvimento de conhecimento específico e inovador para abranger os demais equipamentos de saúde que ultrapassem o ambiente hospitalar já conhecido.

## CONCLUSÃO

---

## 6.0. Conclusão

Com o presente estudo conclui-se que as principais necessidades de conhecimento sobre as PP e PE identificadas estão relacionadas à higienização oportuna e eficaz das mãos; adoção às medidas de proteção diante de um caso suspeito ou confirmado de TB pulmonar e da padronização do descarte de perfurocortantes no domicílio.

Já entre os elementos apontados como possíveis de interferir na adesão as tais medidas, estão os de infraestrutura e capacitação; a qualidade dos materiais utilizados nas ações de saúde; e os comportamentais, uma vez que os profissionais, de uma maneira geral, não percebem os riscos de infecção existentes durante sua atividade diária na APS, além de questões relacionadas aos conflitos de papéis e as competências profissionais. Reconhecem a necessidade de boas práticas, mas não consideram os riscos em atividades realizadas sem proteção. A conscientização e atitude são fatores apontados como interferentes na prevenção das IRAS.

Com base nesses resultados foram elencados temas para os treinamentos de abordagem prioritários contemplando as reais necessidades sobre PP e PE na APS e interferências decorrentes de sua adoção, para futura construção de material didático. Sendo estas: dificuldades na HM; baixa percepção do risco às IRAS; risco biológico para descarte de perfurocortantes; obstáculo diante da TB pulmonar; baixa capacitação dos ACS e profissionais da limpeza e fatores interferentes entre os profissionais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

## 7.0. Considerações Finais

A falta de conhecimento sobre a utilização de práticas seguras e problemas decorrentes da infraestrutura são presentes e interferem diretamente nos cuidados e ações prestados à população tanto na instituição de saúde, quanto no domicílio.

Foi possível identificar que apesar das equipes não realizarem a HM, conforme preconizado há materiais e insumos necessários para tanto. Além disso, um ponto favorável para a temática é reconhecer que não há grande diversidade de ações e atividades que requeiram proteção e boas práticas para o controle das IRAS, o que facilitaria o estabelecimento de um padrão de segurança para a APS.

Uma limitação considerável foi conseguir reunir os profissionais para a realização dos grupos focais. No período da coleta dos dados, o município de São Carlos estava passando por mudanças políticas dificultando a seleção e o agrupamento dos profissionais. A categoria médica foi a mais complexa, pois tinham rotinas distintas de acordo com a unidade a que pertenciam sendo impossível agrupá-los num mesmo dia e horário; a escolha da entrevista individual foi a alternativa que melhor se adaptou a este obstáculo.

Há imprescindibilidade de treinamentos e capacitações específicas, de acordo com o grau de formação e instrução do profissional atuante. A equipe multiprofissional reconhece essa necessidade, além da prevenção da infecção e melhor qualidade de atendimento facilitando desta forma a inserção da temática no cenário da atenção.

A utilização de estratégias para prover atividades educacionais reconhecendo e identificando comportamentos de riscos no ambiente laboral, além de promover as boas práticas, em especial, na utilização adequada de EPIs, deve ser estimulada.

Há obstáculos no ambiente de trabalho com ênfase nos fatores culturais como conflitos de papéis e competências entre os próprios profissionais. O reconhecimento das responsabilidades diante das IRAS e da equipe é essencial para a conscientização da importância da adesão às PP e PE e o iminente risco trazido pela sua negligência.

O estabelecimento de um plano de educação em serviço, de forma flexível e adequado para as diferentes profissões é fundamental para aumentar a prudência e o aprendizado sobre IRAS e seus riscos no ambiente da APS.

Este estudo pode considerar a visão dos profissionais sobre as PP e PE e a abordagem de diversos aspectos referentes ao controle das IRAS abrindo diversas possibilidades de enfoque sobre o risco biológico presente na APS. Portanto, os achados

do presente estudo concedem aporte para aprofundar conhecimentos sobre a temática compreendendo a realidade das instituições e contribuindo para melhorar a assistência e ações de saúde que envolve IRAS, além de colaborar com o desenvolvimento de novas pesquisas nesta área de atenção.

## REFERÊNCIAS

---

## 8.0. Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao\\_maos/manual\\_integra.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf). Acessado em: 17/08/2014.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS): Módulo 5 – Risco Ocupacional e Medidas de Prevenção e Isolamento. Versão 1.0**; São Paulo, 2004; Disponível em: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br). Acessado em 17/08/2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Portal ANVISA**. Brasília: Anvisa, 2014. Acessado em: 11/11/2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>.

ALMEIDA, A.N.G. *et al.* **Risco biológico e trabalhadores de enfermagem**. *Rev. Enferm. UERJ*; Rio de Janeiro; v.17; n.4; p. 595-00; out/dez; 2009.

ALVES, D.C.I.; ÉVORA, Y.D.M. **Questões éticas envolvidas na prática profissional de enfermeiros da comissão de controle de infecção hospitalar**. *Rev Latino-Am. Enferm.*; v.10; n.3; p. 265-75; 2002.

ALVES, S.B. *et al.* **Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela estratégia saúde da família**. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 65, n. 1, Jan/Fev., 2012.

ALVES, S.S.M.; PASSOS, J.P.; TOCANTINS, F. R. **Acidentes com perfurocortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de biossegurança**. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p.373 – 7, jul/set, 2009.

ANDRÉ, S.C.S. *et al.* **Resíduos gerados por usuários de insulina em domicílio: proposta de protocolo para unidades de saúde**. *Cienc. Cuid. Saude*, v.11, n.4, p. 235-39, Out/Dez , 2012.

ASSIS, E.G. *et al.* **A coordenação da assistência no controle da tuberculose.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.46, n.1, Fev., 2012.

BACKES, D. S. *et al.* **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas.** *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** n° ed. 70. Lisboa: 70, 2010.

BERGAMINI, M. *et al.* **Knowledge of preventive measures against occupational risks and spread of healthcare-associated infections among nursing students.** An epidemiological prevalence study from Ferrara, Italy. *J. Prev Med Hyg*, v.50, p. 96-101, 2009.

BONFIM, D. *et al.* **Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.46, n.6, Dec., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acessado em 03/07/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica – Protocolo de enfermagem.** Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acessado em: 09/10/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História da Saúde Pública.** Brasília, 2013b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=126](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126). Acessado em 03/07/2013.

BRASIL – Ministério da Saúde. **Manual de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde** – Tecnologia em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2006. Disponível em:

[http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual\\_gerenciamento\\_residuos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf).

Acessado em 10/09/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat\\_tec/manuais/MS11\\_Manual\\_Recom.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf).

Acessado em: 12/09/2014.

BRASIL. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>.

BRASIL. Portaria nº 1996/MS, de 20 de agosto de 2007. **Substitui a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>.

BRASIL. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. **Institui o Programa de Controle de Infecção Hospitalar**. Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>.

BRASIL. Resolução – RDC nº 48, de 2 de junho de 2000. **Aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar**. ANVISA, 2000. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br>.

BREVIDELLI, M.M. CIANCIARULLO, T.I. **Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo v.43, n.6, Dez., 2009.

CAMPOS, C.J.G. **Método de análise de conteúdo:** ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.57, n.5, p.611-4, set/out, 2004.

CARDOSO, A.C.M.; FIGUEIREDO, R.M. **Biological risk in nursing care provided in family health unit.** *Rev. Latino- Am. Enferm.*; v.18; n. 3; p. 368-72; 2010.

CARDOSO, F.A. *et al.* **Capacitação de agentes comunitários de saúde:** experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.64,n.5, p.968-73, set-out, 2011.

CARDOSO, I.M. **"Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde:** analisando contribuições. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.21, supl.1, Maio, 2012.

CAREGNATO, R.C.A; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa:** análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Cont. Enferm.*, Florianópolis, v.15, n.4, p. 679-84, Out-Dez, 2006.

CAREY, M.A.; ASBURY, J.E. **Focus Group Research.** *Left Coast Press*, Walnut Creek, CA, 2012.

CASTRO, R.C.L. *et al.* **Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde:** comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Públ.*; Rio de Janeiro; v.28; n.9; p.1772-84; set.; 2012.

CEZAR-VAZ, M.R. *et al.* **Percepção do risco no trabalho em saúde da família:** estudo com trabalhadores no Sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enf.*, São Paulo v. 17, n. 6, nov-dez., 2009.

CHIODI, M.B.; MARZIALE, M.H.P. **Riscos Ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde:** Revisão Bibliográfica. *Acta Paul. Enferm.*;v.19; n.2; p.212-7; 2006.

CHIODI, M.B.; MARZIALE M.H.P.; ROBAZZI M.L.C.C. **Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública.** *Rev. Latino-Am Enfermagem*, v.15; n.4; julho-agosto; 2007.

CIRELLI, M.A.; FIGUEIREDO, R.M.; ZEM-MASCARENHAS, S.H. **Adesão às precauções padrão no acesso vascular periférico.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; v.15; n.3; p. 512-514; 2007.

COELHO, M.M.F. *et al.* **Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde.***Rev. Rene*, v.13, n.3, p. 704-11, 2012.

CORIOLOANO, M.W.L., LIMA, L.S. **Grupos focais com agentes comunitários de saúde:** subsídios para entendimento destes atores sociais. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p 92 – 6, jan/mar, 2010.

COSTA, M.C. *et al.* **Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde:** possibilidades e limites. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. Set., 2012.

COSTA, M.C.P. **A biossegurança durante os cuidados de enfermagem aos pacientes com tuberculose pulmonar.** *Acta Paul.Enferm.*, v.26, n.4,p. 307-12, 2013.

CRISPIM, J.A. *et al.* **Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde.** *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v.25, n.5, Out., 2012.

DIAS, A.A.L. **Vivências psicossociais de pacientes que concluíram o Tratamento de tuberculose no interior do estado de São Paulo:** um estudo clínico-qualitativo. 95f. Dissertação (mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, 2011.

DIAS, A. A. L. *et al.* **Life experiences of patients who have completed tuberculosis treatment:** a qualitative investigation in southeast Brazil. *Public Health*, v.13, p. 595, 2013a.

DIAS, A.A.L. *et al.* **Tratamento da tuberculose na visão do usuário.** *Rev. Rene.*, v. 14, n.6, p 1133 – 40, 2013b.

DIAS, C.A. **Grupo focal:** técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Informação e Sociedade: Estudos*; 2000. Disponível em: [periodicos.ufpb.br](http://periodicos.ufpb.br).

ERDMANN, A.L.; LENTZ, R.A. **Conhecimentos e práticas de cuidados mais livres de riscos de infecções hospitalares e o processo de aprendizagem contínua no trabalho em saúde.** *Texto Contexto Enferm.*; v.13; n. (n.esp); p. 34-49; 2004.

FEIJÃO, A.R.; MARTINS L.H.F.A.; MARQUES M.B. **Condutas pós-acidentes perfurocortantes: percepção e conhecimento de enfermeiros da atenção básica de fortaleza.** *Rev. Rene.*, v.12; n. (n. esp.); p. 1003-10; 2011.

FELICIANO, K.V.O. *et al.* **Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família.** *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.8, n.1, p.45-53, jan. / mar., 2008.

FERREIRA, R.C.; SILVA, R.F.; AGUER, C.B. **Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica em saúde.** *Rev. Bras. Ed. Méd.*, v.31, n.1, p.52-59, 2007.

FIGUEIREDO, R.M.; MAROLDI, M.A.C. **Internação Domiciliar:** risco de exposição biológica para a equipe de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.*; v.46; n.1; p. 145-50; 2012.

FREITAS, K.G. *et al.* **Family health nursing assistants knowledge on tuberculosis.** *Rev Rene*, v.14, n., p.3-10, 2013.

GIORDANI, A.T. *et al.* **Adesão da equipe de enfermagem à higienização das mãos:** fatores motivacionais. *Rev Rene*, v.15, n.4, p. 559-68, jul-ago, 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – São Carlos/SP. 2010. Acessado em 10/07/2014. Disponível em: [HTTP://cidades.ibge.gov.br](http://cidades.ibge.gov.br)

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – São Carlos/SP. 2014. Acessado em 27/08/2014. Disponível em: [HTTP://cidades.ibge.gov.br](http://cidades.ibge.gov.br)

ITIRAPINA (Município). **Prefeitura Municipal de Itirapina/SP**. 2014. Acessado em 27/08/2014. Disponível em: <http://www.itirapina.sp.gov.br>.

JACKSON, C., GRIFFITHS, P. **Dirt and disgust as key drivers in nurses' infection control behaviours: an interpretative, qualitative study.** *Journal of Hospital Infection*; v.87; p. 71-76; 2014.

JACKSON, C.; LOWTON, K.; GRIFFITHS, P. **Infection prevention as “a show”:** A qualitative study of nurses' infection prevention behaviours. *International Journal of Nursing Studies*, v.51; p. 400–408; 2014.

JAYASURIYA, R. *et al.* **Rural health workers and their work environment:** the role of inter-personal factors on job satisfaction of nurses in rural Papua New Guinea. *BMC Health Services Research*, v.12, p.156, 2012.

JERE, D.L. *et al.* **Improving universal precautions and client teaching for rural health workers:** a peer-group intervention. *AIDS Care*, v.22, n. 5, p.649-657, 2010.

KAWAGOE, J.Y *et al.* **Bacterial reduction of alcohol-based liquid and gel products on hands soiled with blood.** *Am J Infect Control.*, v. 39, n. 9, p 785-7, 2011.

KEBIAN, L.V.A.; ACIOLI, S. **Visita Domiciliar:** espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 403-9, jul/set, 2011.

KERMODE, M. **Compliance with Universal/Standard Precautions among health care workers in rural north India.** *Am. J. Infect. Control.*; v.33; n.1; p. 27-33; 2005.

LANZONI, A.C. *et al.* **Desvelando o conhecimento do agente comunitário de saúde sobre câncer do colo uterino.** *Cogitare Enferm.*, v. 17, n.3, p. 478-84, Jul/Set, 2012.

LENY, A.; BOMFIM, T. **Grupos focais:** conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis–Rev. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

LIMA, J.V.C. *et al.* **A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas:** possibilidades e limites. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 207-227, jul./out, 2010.

LOCKS, L. *et al.* **Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde.** *Rev Gaúcha Enferm.*, v.32, n. 3, p. 569-75, 2011.

LUZ, E.M.F *et al.* **Caracterização dos acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de um hospital universitário.** *Rev. Enferm. UFSM*, v.3, n.2, p. 215-226, maio/ago 2013.

MARTÍN-MADRAZO, C. *et al.* **Evaluación del cumplimiento de higiene de las manos en un área de atención primaria de Madrid.** *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.*; v.29; n.1; p. 32-35; 2011.

MARTINES, W.R.V.; MACHADO, A.L. **Instrumentalização do aluno de Medicina para o cuidado de pessoas na Estratégia Saúde da Família:** o relacionamento interpessoal profissional. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n.1, p. 120-126, 2010.

MARZIALE, M.H.P. *et al.* **Influência organizacional na ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.21, n.espec., p. 8 telas, jan/fev,2013.

MAZZA, V.A; MELO, N.S.F.O.; CHIESA, .AM. **O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa:** relato de experiência. *Cogitare Enferm.*,v.14, n.1, p.183-8, Jan-Mar, 2009.

MOREIRA, T.R.; ZANDONADE, E.; MACIEL, E.L.N. **Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.44, n.2, Abr., 2010.

MOURA, E. C.C.; MOREIRA, M. F. S.; FONSECA, S.M. **Atuação de auxiliares e técnicos de enfermagem no manejo de perfurocortantes: um estudo necessário.** *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v.17, n.3, maio/jun, 2009.

NEVES, H.C.C. *et al.* **Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual.** *Rev. Latino-Am. Enferm.*, v.19; n.2; p. [08 telas]; mar-ab.; 2011.

NEVES, Z.C.P. *et al.* **Relato de experiência:** utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, v.11, n.3, p. 738-45, 2009.

NOGUEIRA, J.A. *et al.* **Vínculo e acesso na estratégia saúde da família:** percepção de usuários com tuberculose. *Rev. Rene*, v. 13, n.4, p.784 – 93, 2012.

OLIVEIRA, A.C.; DAMASCENO, Q.S.; RIBEIRO, S.M.C.P. **Infecções relacionadas à assistência em saúde:** desafios para a prevenção e controle. *Rev. Min. Enferm.*,v.13, n.3, p. 445-450, jul./set., 2009.

OLIVEIRA, A.C.; PAULA, A.O. **Fatores relacionados à baixa adesão à higienização das mãos na área da saúde:** uma reflexão. *Cienc. Cuid. Saude*, v.13, n.1, p.185-89, Jan/Mar, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Diretrizes da OMS sobre higienização das mãos na assistência à saúde (versão preliminar avançada):** Resumo - Mãos limpas são mãos mais seguras. Suíça, 2005. Disponível em: [www.anvisa.gov.br/servicosaude/.../higienizacao\\_oms/Diretrizes](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/.../higienizacao_oms/Diretrizes).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS/OMS. **Consulta pública – Cobertura universal.** Brasil, 2015. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4675:consulta-publica-cobertura-universal&Itemid=450](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4675:consulta-publica-cobertura-universal&Itemid=450). Acessado em: 17/03/2015.

PASSOS, I.P.B.D. **Adaptação e validação de indicadores de qualidade do processamento de produtos na atenção primária à saúde** [Dissertação]. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos; 2012.

PEDROSA, I.C.F.; CORRÊA, A.C.P.; MANDÚ, E.N.T. **influências da infraestrutura de centros de saúde nas Práticas profissionais: percepções de enfermeiros.** *Cienc. Cuid. Saude*, v.10, n.1, p. 58-65, Jan/Mar, 2011.

PINTO, A.C.S.; ALMEIDA, M.I.; PINHEIRO, P.N.C. **Análise da susceptibilidade às doenças imunopreveníveis em profissionais de saúde a partir do status vacinal.** *Rev. Rene*; v.12; n.1; p. 104-10; jan/mar; 2011.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. **Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.44, n.3, Sept., 2010.

POLIT, D.F; BECK, C.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** n° ed. 5ª, Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRIMO, M.G.B. *et al.* **Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um hospital universitário.** *Rev. Eletr. Enf. [online]*, v.12, p.266-71, 2010.

RANDLE, J. *et al.* **Na observacional study of hand hygiene adherence following the introduction of an education intervention.** *Journal of Infection Prevention*, v.15, n. 4, p. 142-147, july, 2014.

REZENDE, K.C.A.D. *et al.* **Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de Proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção Básica em saúde.** *Cienc. Cuid. Saúde.*, v. 11; n. 2; p. 343-351, Abr/Jun, 2012.

RIBEIRO, L.C.M. *et al.* **Influência da exposição a material biológico na adesão ao Uso de equipamentos de proteção individual.** *Cienc. Cuid. Saúde*, v.9, n.2, p.325-332, Abr/Jun, 2010.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. **Análise de Conteúdo e Análise do Discurso:** aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *ALEA*, v.7, n. 2, p. 305-322, jul-dez, 2005.

ROSSETTO, M.; SILVA, L.A.A. **Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde.** *Cogitare Enferm.*, v.15, n.4, p. 723-9, Out/Dez, 2010.

SÁNCHEZ-PAYÁ, J. *et al.* **A multicentric survey of the practice of hand hygiene in haemodialysis units:** factors affecting compliance. *Nephro.l Dial Transplant.*; v.20; n.6; p. 1164-71; 2005.

SÁNCHEZ-PAYÁ, J. *et al.* **Hand hygiene in the emergency department:** degree of compliance, predictors and change over time. *Emergencias*; n.24; p. 107-112; 2012.

SANTOS, J.L.G. *et al.* **Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde.** *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 33, n.2, p.205 – 212, junh, 2012.

SANTOS, T.C.R *et al.* **Higienização das mãos em ambiente hospitalar:** uso de indicadores de conformidade. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 35, n. 1, p. 70 – 77, março, 2014.

SÃO CARLOS (Município). **Prefeitura Municipal de São Carlos.** 2014. Acessado em 10/07/2014. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/>

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Infecções Relacionadas a Serviços de Saúde – Orientações para Público em Geral. Conhecendo um pouco mais sobre as precauções específicas.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2013. Disponível em: [www.cve.saude.sp.gov.br](http://www.cve.saude.sp.gov.br). Acessado em 17/08/2013.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. **O enfermeiro na equipe de saúde da família:** estudo de caso. *Rev. Enferm. UERJ*; Rio de Janeiro; v.17; n.2; p. 252-6; abr/jun; 2009.

SCHMOELLER, R. *et al.* **Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem:** revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*, Porto Alegre, v.32, n.2, June, 2011.

SEADE. **Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional.** 2013. Acessado em 17/09/2013. Disponível em: [www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br).

SEADE. **Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional.** 2014. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acessado em 27/08/2014.

SIEGEL, J.D. *et al.* **Guideline for Isolation Precautions:** Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 2007. available at: <<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>>.

SILVA, G.S. *et al.* **Conhecimento e utilização de medidas de precaução-padrão por profissionais de saúde.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, Mar., 2012a.

SILVA, J.A.M.; PEDUZZI, M. **Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde:** interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.20, n.4, Oct./Dec., 2011.

SILVA, K.L. *et al.* **Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente:** perspectiva dos facilitadores. *Rev. Rene*, v.13, n.3, p.552-61, 2012b.

SOARES, C.E.S.; BIAGOLINI, R.E.M.; BERTOLOZZI, M.R. **Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde:** percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.47, n.4, Aug., 2013.

SOARES, L.G. *et al.* **Risco biológico em trabalhadores de enfermagem:** promovendo a reflexão e a prevenção. *Cogitare Enferm.*, v.16, n.2, p. 261-7, Abr/Jun, 2011.

SOBRINHO, E.C.R. *et al.* **A tuberculose na estratégia saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde.** *Rev. Eletr. Enf. [online]*, v.15, n.2, p.416-21, abr/junh., 2013.

SOUSA C.M.A.M. *et al.* **Representações Sociais das implicações legais da infecção hospitalar e seu controle.** *Rev. Bras. Enferm;* v.60; n.4; p. 428-33; 2007.

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. **Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa.** *Rev. Latino-am Enfermagem.* v.15, n.3, maio-junho, 2007.

SREEDHARAM, J.; MUTTAPPILLYMYALIL, J.; VENKATRAMANA, M. **Knowledge about standard precaution among university hospital nurses in the United Arab Emirates.** *Eastern Mediterranean Health Journal*, v. 17, n. 4, 2011.

TURRINI, R.N.T. **Percepção das Enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar.** *Rev. Esc. Enferm. USP;* v.34; n.2; p. 174-84; 2000.

UNIS, G. **Papel da atenção básica no controle da tuberculose.** [Carta ao Leitor]. *Rev. Epidemiol. Control. Infect.*, v. 2, n. 3, p. 120-121, 2012.

WONG, E.L.Y. *et al.* **Will the community nurse continue to function during H1N1 influenza pandemic: a cross-sectional study of Hong Kong community nurses?** *BMC Health Services Research*, v.10, p.107, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide: a systematic review of the literature.** Geneva; 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge - clean care is safer care.** Geneva; 2009. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf)

## APÊNDICE I

### *Roteiro para Discussão em Grupo Focal*

**Tema 1:** *Apresentação do tema aos profissionais e introdução à discussão.*

- Breve apresentação do projeto de pesquisa enfatizando que os estudos são consistentes na área hospitalar necessitando de conhecimento na APS.
- Ilustrar e discorrer sobre as PP e PE de acordo com a ANVISA.
- Motivo que levou a trabalhar na APS.

**Tema 2:** *Trabalho desempenhado na unidade de saúde e como este é empregado quando há necessidade da adesão as PP.*

- Ações e características desenvolvidas ao longo do dia.
- EPIs: medidas utilizadas para reduzir os riscos ocupacionais - utilizam ou não/generalizam às PP para todos os procedimentos; ex: luvas em qualquer ação .
- Profissional(s) que tem mais contato/necessita mais das PP.

**Tema 3:** *Conduta dos profissionais diante da suspeita ou diagnóstico de doença infectocontagiosa ?*

- PE: identificação o risco potencial de infecção e conseqüentemente adoção às medidas de prevenção diante de uma doença infectocontagiosa específica.

Ex: catapora e tuberculose, durante o atendimento a pacientes que chegam às unidades de saúde com diferentes sinais e sintomas.

- APS: aplicação das medidas preventivas; local privativo/acomodação paciente na unidade.

**Tema 4:** *Opinião dos profissionais em relação ao trabalho desenvolvido quanto a adesão as PP e PE.*

- Importância do controle das infecções.
- Potencialidades identificadas pelo grupo (risco de infecção e adesão das PP e PE)
- Dificuldades/fragilidades identificadas pelo grupo (risco de infecção e adesão das PP e PE)

**Tema 5:** *Higienização das mãos durante as ações de saúde e descarte dos materiais perfurocortantes.*

- Unidade: materiais e utensílios para realizar a higienização das mãos de maneira correta como: pia, sabão/sabonete líquido, álcool gel e papel toalha.

- Higienização das mãos: quando.

- Escolha do uso do álcool ou do sabão/sabonete líquido ou outro.

- Local específico para o descarte de materiais perfurocortantes.

- Descarte: durante um procedimento, Ex: vacinas (direto?)

- **Complemento:** O grupo deseja complementar e/ou fazer novas considerações a respeito da adesão às PP e PE na atenção primária, em especial, na sua unidade de saúde?

## APÊNDICE II

### *Roteiro para Entrevista com Médicos*

**Tema 1:** *Apresentação do tema ao profissional e introdução à discussão.*

- Breve apresentação do projeto de pesquisa enfatizando que os estudos são consistentes na área hospitalar necessitando de conhecimento na APS.
- Breve caracterização do profissional participante: sexo; idade; UBS/USF que pertence; tempo que exerce a profissão, especialidade médica, tempo na APS.

**Tema 2:** *Trabalho desempenhado na unidade de saúde e como este é empregado quando há necessidade da adesão às PP e PE.*

- Diante do trabalho diário, que medidas de proteção são utilizadas para reduzir os riscos ocupacionais/infecções (EPIs: utiliza máscara, luvas, óculos, etc).
- Identificação do risco potencial de infecção e conseqüentemente adoção às medidas de prevenção diante de uma doença infectocontagiosa específica, de acordo com a sua especialidade.

**Tema 3:** *Opinião do profissional em relação ao trabalho desenvolvido quanto a adesão as PP e PE.*

- Potencialidades identificadas diante da temática durante o exercício profissional diário na unidade.
- Dificuldades/fragilidades identificadas diante da temática durante o exercício profissional diário na unidade.

**Tema 4:** *Higienização das mãos durante as ações de saúde.*

- Quando e como realiza a higienização das mãos.
  - Escolha do uso do álcool ou do sabão/sabonete líquido ou outro.
- **Complemento:** O profissional deseja complementar e/ou fazer novas considerações a respeito da adesão às PP e PE na atenção primária, em especial, na sua unidade de saúde?

### APÊNDICE III

#### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais que serão entrevistados.*

•Caro(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa "*Precauções Padrão e Específicas para o controle da transmissão de patógenos: necessidades na Atenção Primária em Saúde*".

• Você foi selecionado, pois faz parte da equipe da Atenção Primária à Saúde (Unidade Básica de Saúde ou Unidade Saúde da Família) do município de São Carlos/SP. Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder algumas perguntas que visa conhecer sua opinião sobre os objetivos da pesquisa.

• O objetivo geral deste estudo é identificar, segundo a sua opinião, as necessidades de conhecimento sobre as temáticas precauções padrão (PP) e específicas (PE) assim como elementos que possam interferir na adesão a tais medidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade Saúde da Família (USF).

• Sabe-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos possui riscos, que nesse caso pode ser desconforto, cansaço ou constrangimento ao responder as questões apresentadas. Caso isso aconteça com você esse será suspenso imediatamente, podendo ser retomado posteriormente caso seja de seu interesse. Contudo, destaca-se que sua participação possibilitará benefícios como caracterizar as necessidades de conhecimento sobre o tema, além de identificar elementos que possam interferir na adesão a tais medidas na UBS ou USF. Esse conhecimento produzido servirá de guia para a futura elaboração de material didático sobre a temática no contexto da atenção básica.

• Ressalta-se que os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo esta mantida em anonimato.

• Sua participação não acarretará ônus.

• Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

\_\_\_\_\_  
 Michely Aparecida Cardoso Maroldi/ e-mailmimaroldi@yahoo.com.br  
 PPGEnf/ UFSCar, Rod. Washington Luís, Km 235, São Carlos/SP Fone: (16) 3351-8338.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 –CaixaPostal676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
 Sujeito da pesquisa

## APÊNDICE IV

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais que participarão dos Grupos Focais*

•Caro(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa "*Precauções Padrão e Específicas para o controle da transmissão de patógenos: necessidades na Atenção Primária em Saúde*".

- Você foi selecionado, pois faz parte da equipe da Atenção Primária à Saúde (Unidade Básica de Saúde ou Unidade Saúde da Família) do município de São Carlos/SP. Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder algumas perguntas que visa conhecer sua opinião sobre os objetivos da pesquisa.

- O objetivo geral deste estudo é identificar, segundo a sua opinião, as necessidades de conhecimento sobre as temáticas precauções padrão (PP) e específicas (PE) assim como elementos que possam interferir na adesão a tais medidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade Saúde da Família (USF).

- Sabe-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos possui riscos, que nesse caso pode ser desconforto, cansaço ou constrangimento ao responder as questões apresentadas. Caso isso aconteça com você esse será suspenso imediatamente, podendo ser retomado posteriormente caso seja de seu interesse. Contudo, destaca-se que sua participação possibilitará benefícios como caracterizar as necessidades de conhecimento sobre o tema, além de identificar elementos que possam interferir na adesão a tais medidas na UBS ou USF. Esse conhecimento produzido servirá de guia para a futura elaboração de material didático sobre a temática no contexto da atenção básica.

- Ressalta-se que os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo estamantida em anonimato.

- Sua participação não acarretará ônus.

- Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

\_\_\_\_\_  
Michely Aparecida Cardoso Maroldi/ e-mailmimaroldi@yahoo.com.br  
PPGEnf/ UFSCar, Rod. Washington Luís, Km 235, São Carlos/SP Fone: (16) 3351-8338.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 –Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa

## ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Precauções Padrão e Específicas para controle da transmissão de patógenos: necessidades na Atenção Primária em Saúde

**Pesquisador:** Michely Aparecida Cardoso Maroldi

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 24506613.6.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 451.814

**Data da Relatoria:** 12/11/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo metodológico qualitativo, utilizando a técnica de grupo focal para obtenção dos dados a fim de identificar as necessidades de conhecimento dos profissionais da Atenção Primária em Saúde sobre as temáticas precauções padrão (PP) e específicas (PE), assim como elementos que possam interferir nos determinantes para adesão a tais medidas.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar, junto aos profissionais das equipes de USF e UBS, as necessidades de conhecimento sobre as temáticas precauções padrão (PP) e específicas (PE) assim como elementos que possam interferir nos determinantes para adesão a tais medidas.

**Objetivo Secundário:**

Conhecer as ações e características predominantes relacionadas à adesão das PP e PE no âmbito da APS. Dimensionar a natureza da assistência, potencialidades e dificuldades relatadas pela equipe multidisciplinar para a implementação das PP e PE. Elaborar, a partir do conhecimento adquirido com as equipes, roteiro específico para avaliação do conhecimento sobre as PP e PE na APS, além de produzir conteúdo para futura construção de material didático sobre adesão às PP e PE na APS.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9883

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 451.814

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Sabe-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos possui riscos, que nesse caso pode ser desconforto, cansaço ou constrangimento ao se posicionar durante a participação no grupo focal ou ao responder as questões apresentadas. Caso isso aconteça com você esse será suspenso imediatamente, podendo ser retomado posteriormente caso seja de seu interesse.

**Benefícios:**

A participação possibilitará benefícios como caracterizar as necessidades de conhecimento sobre o tema, além de identificar elementos que possam interferir na adesão a tais medidas na UBS ou USF. Esse conhecimento produzido servirá de guia para a futura elaboração de material didático sobre a temática no contexto da atenção básica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a área.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos exigidos estão adequados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto considerado aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 451.614

SAO CARLOS, 08 de Novembro de 2013

---

Assinador por:  
Maria Isabel Ruiz Beretta  
(Coordenador)