



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CLEONICE ANDREA ALVES CAVALCANTE

**VACINAÇÃO E BIOSSEGURANÇA:
o olhar dos profissionais de enfermagem.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CLEONICE ANDRÉA ALVES CAVALCANTE

**VACINAÇÃO E BIOSSEGURANÇA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM**

NATAL/RN
2007.1

CLEONICE ANDRÉA ALVES CAVALCANTE

**VACINAÇÃO E BIOSSEGURANÇA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Soraya Maria de Medeiros

NATAL/RN
2007.1

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da Publicação na Fonte UFRN/Biblioteca Central
Zila Mamede

Cavalcante, Cleonice Andréa Alves.

Vacinação e biossegurança: o olhar dos profissionais de enfermagem / Cleonice Andréa Alves Cavalcante. – Natal, RN, 2006.

111 f. : il.

Orientadora : Soraya Maria de Medeiros.

Dissertação (Mestre). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Vacinação – Dissertação. 2. Biossegurança - Dissertação. 3. Profissionais de enfermagem. – Dissertação. I. Medeiros, Soraya Maria de. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 614.47

BANCA EXAMINADORA

A Dissertação “**VACINAÇÃO E BIOSSEGURANÇA: o olhar dos profissionais de enfermagem**”, apresentada por Cleonice Andréa Alves Cavalcante ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada e aceita como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____/____/ 2007.

Profª. Drª. Soraya Maria de Medeiros - Orientadora
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profª. Drª. Akemi Ivata Monteiro - Titular
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof. Dr. Gabriel Wolf Oselka – Titular
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Profª. Drª. Raimunda Medeiros Germano - Suplente
Departamento de Enfermagem da UFRN

DEDICATÓRIA

A **Deus**, por mais uma graça a mim concedida, e pela luz em meu caminho e em minha vida.

Ao meu esposo **José Gilson de Oliveira Júnior**, pelo incentivo constante e paciência com as minhas limitações de mãe e esposa.

Ao meu filho **Lucas**, que com seu carinho e amor demonstrado com muitos beijos e palavras doces me dava forças para seguir a caminhada.

Aos meus pais **Margarida e Raimundo Ferreira** que, apesar das saudades, estão em meus pensamentos e “olhando” por mim.

A toda **minha família** em que cada um, à sua maneira, dá a sua inestimável contribuição em minha vida.

À minha irmã **Lúcia** e ao meu cunhado **Cleber**, pelo incentivo, dedicação e apoio em meus estudos e em minha vida.

À minha sogra **Célida** e ao meu sogro **Gilson**, pelo exemplo de carinho e dedicação aos filhos, noras e neto.

Aos meus queridos amigos/irmãos **Zanigley e José Carlos**, que estão sempre presentes em todos os momentos de minha vida, regando e adubando a nossa preciosa amizade.

MENÇÃO HONROSA

À Prof^ª. Dr^ª. **Soraya Maria de Medeiros** pelo exemplo de dedicação à Pós-Graduação em Enfermagem desta universidade, pelas valorosas orientações, incentivo, apoio e ensinamentos constantes no meu caminhar pelo mestrado. Seu profissionalismo e dedicação serão sempre exemplos para todas as suas orientandas. Obrigada por tudo que nos proporciona, sempre de forma solícita e carinhosa.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas **professores, funcionários e bolsistas da Escola de Enfermagem de Natal**, os quais considero minha segunda família, pelo apoio, incentivo e encorajamento a mim dispensados não só durante o mestrado, mas todos os dias.

Às minhas queridas **amigas e colegas do mestrado** que, durante todo esse período, ensinaram, ajudaram, incentivaram e participaram comigo de todos os momentos - bons e difíceis - que o caminhar no mestrado nos proporciona.

A todos os professores do mestrado que contribuíram de forma singular para o meu crescimento, em especial à Prof^ª. **Raimunda Medeiros Germano**, pelo exemplo de dedicação ao ensino na Enfermagem e ainda pelo carinho a mim dispensado.

Aos bolsistas **Jonas Sâmí, Euza Emília e Michelle Albano** pela imensa contribuição nesse caminhar.

À diretora do HGT, **Dr^a Yvelise Castro de Andrade**, pela autorização para a realização da pesquisa de campo nesta conceituada instituição.

À chefia de enfermagem do HGT, representada pela colega **Maria Lúcia Lima**, pelo apoio e acolhimento a mim dispensado durante a coleta de informações.

À bibliotecária **Juliana Buse**, pela valiosa colaboração na revisão bibliográfica deste e de outros trabalhos durante todo o mestrado.

Aos **funcionários do Departamento e da Pós-Graduação de Enfermagem**, pela atenção, ajuda e estímulo através de palavras e de gestos de apoio.

De forma muito especial, a todos os **trabalhadores de enfermagem do HGT** que, com carinho e solicitude, foram fundamentais para a efetivação deste trabalho. Espero, de coração, que este trabalho se reverta em alguma contribuição para a melhoria nas condições de vida e trabalho desses profissionais.

RESUMO

CAVALCANTE, Cleonice Andréa Alves. **Vacinação e biossegurança: o olhar dos profissionais de enfermagem.** 2007. 115 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2007.

O presente estudo analisa as concepções e as práticas dos trabalhadores de enfermagem sobre a relação entre vacinação e biossegurança em um hospital público de referência em doenças infecto contagiosas em Natal/RN. Trata-se, portanto, de um estudo exploratório/descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa. Constituíram-se como colaboradores da pesquisa vinte e dois profissionais de enfermagem, sendo cinco enfermeiras, três auxiliares e quatorze técnicos em enfermagem. As informações foram obtidas através da técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado. Na abordagem quantitativa, as informações foram analisadas estatisticamente e apresentadas em forma de tabelas e gráficos para caracterizar os trabalhadores e os aspectos relacionados à situação vacinal dos mesmos; e na abordagem qualitativa, utilizamos o método de análise de conteúdo. A análise foi realizada a partir das categorias empíricas advindas do processo de análise do material de campo, medida através de inferências e interpretações baseadas nos autores estudados no referencial teórico da pesquisa. A partir da análise dos resultados, constatamos que os trabalhadores de enfermagem entrevistados estabelecem de forma clara e objetiva, nas suas falas, uma relação direta entre vacinação e biossegurança além de atribuir um significado de grande importância quanto ao uso das vacinas em suas vidas profissionais no que se refere ao controle e diminuição dos riscos, sobretudo os biológicos, aos quais se encontram expostos no exercício cotidiano de suas funções. No entanto, ao analisar a situação vacinal desses trabalhadores, verificamos que a cobertura vacinal ainda se encontra aquém do esperado para as vacinas de interesse ocupacional, com destaque apenas para as vacinas contra difteria e tétano e a contra hepatite B, que apresentaram coberturas consideradas muito boas e acima da média nacional. Considerando que a instituição, embora tenha um serviço de saúde ocupacional atuante e ofereça algumas vacinas de interesse ocupacional, ainda apresenta um trabalho de pouca mobilização no que se refere à sensibilização e educação permanente dos trabalhadores quanto à necessidade e importância da vacinação ocupacional, não só para a proteção dos seus trabalhadores, como também como medida no controle de infecção e, portanto, como segurança para os seus pacientes/clientes. Entendemos que esse tipo de trabalho ainda não se transformou em política orientada pelos Ministérios da Saúde ou do Trabalho, porém, cabe às instituições que trabalham pelo interesse da saúde dos trabalhadores lutar por toda e qualquer ação e mobilização que tenham como objetivo proteger os trabalhadores dos riscos no seu ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Vacinação. Biossegurança. Trabalhadores de Enfermagem.

ABSTRACT

CAVALCANTE, Cleonice Andréa Alves. **Vaccination and biosecurity**: the nursing professionals' glance. 2007. 115 f. Dissertation (Master's degree)–Program of Masters degree in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2007.

The present study analyzes the conceptions and the nursing workers' practices about the relationship between vaccination and biosecurity in a public hospital of reference in communicable diseases in Natal/RN. It is treated, therefore, of an exploratory/descriptive study with qualitative and quantitative approach. They were constituted as collaborators of the research twenty-two nursing professionals, being five nurses, three auxiliary and fourteen technicians in nursing. The information were obtained through the interview technique with semi-structured route. In the quantitative approach, the information were analyzed by statistics and presented in form of tables and graphs to characterize the workers and the aspects related to the vaccination situation of the same ones; and in the qualitative approach, we used the method of content analysis. The analysis was accomplished starting from the categories empiric coming from the process of analysis of the field material, measure through inferences and interpretations based on the authors studied in the theoretical referential of the research. Starting from the analysis of the results, we verified that the nursing interviewees' workers establish in a clear way and it aims at, in your speeches, a direct relationship between vaccination and biosecurity besides attributing a meaning of great importance with relationship to the use of the vaccines in your professional lives in what refers to the control and decrease of the risks, above all the biological ones, to the which are exposed in the daily exercise of your functions. However, when analyzing those workers' vaccination situation, we verified that the vaccination covering still meets on this side of the expected for the vaccines of occupational interest, with prominence just for the vaccines against diphtheria and tetanus and to against hepatitis B, that presented coverings considered very good and above the national average. Considering that the institution, although has a service of health occupational active and offer some vaccines of occupational interest, it still presents a work of little mobilization in what refers to the consciousness and the workers' permanent education with relationship to the need and importance of the occupational vaccination, not only for your workers' protection, as well as measure in the infection control and, therefore, as safety for your patients/clients. We understood that that work type didn't still become politics guided by ministries of Health or of the Labor, however, it falls to the institutions that work for the interest of the workers' health to struggle for all and any action and mobilization that have as objective protects the workers of the risks in your work atmosphere.

Keywords: Vaccination. Biosecurity. Workers of Nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Variáveis sócio demográficas dos entrevistados – 2006.....	58
TABELA 2 – Variáveis relacionadas aos dados ocupacionais – 2006.....	60
TABELA 3 – Vacinas utilizadas pelos profissionais de enfermagem entrevistados – 2006....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BCG – Bacilo de Calmette - Guérin
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC - Centro para o Controle e Prevenção de Doenças
CTNBio - Comissão Técnica Nacional de Biossegurança
CIPAS - Comissões Internas de Prevenção de Acidentes
CRIE - Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
dT - vacina dupla do tipo adulto
EPI - Equipamento de Proteção Individual
ESF - Estratégia Saúde da Família
HBV – vírus da hepatite B
HBC – vírus da hepatite C
HbsAg - antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HIV – vírus da imunodeficiência humana
IEA – Idade Economicamente Ativa
LER - lesão por esforços repetitivos
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego
NR - Norma Regulamentadora
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
OSHA - Serviço de Segurança Ocupacional e Administração em Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PAI - Programa Ampliado de Imunização
PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PNI - Programa Nacional de Imunização
PSF - Programa de Saúde da Família
PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
SAU – Serviço de Atendimento de Urgências
SINAN - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis

SUS - Sistema Único de Saúde

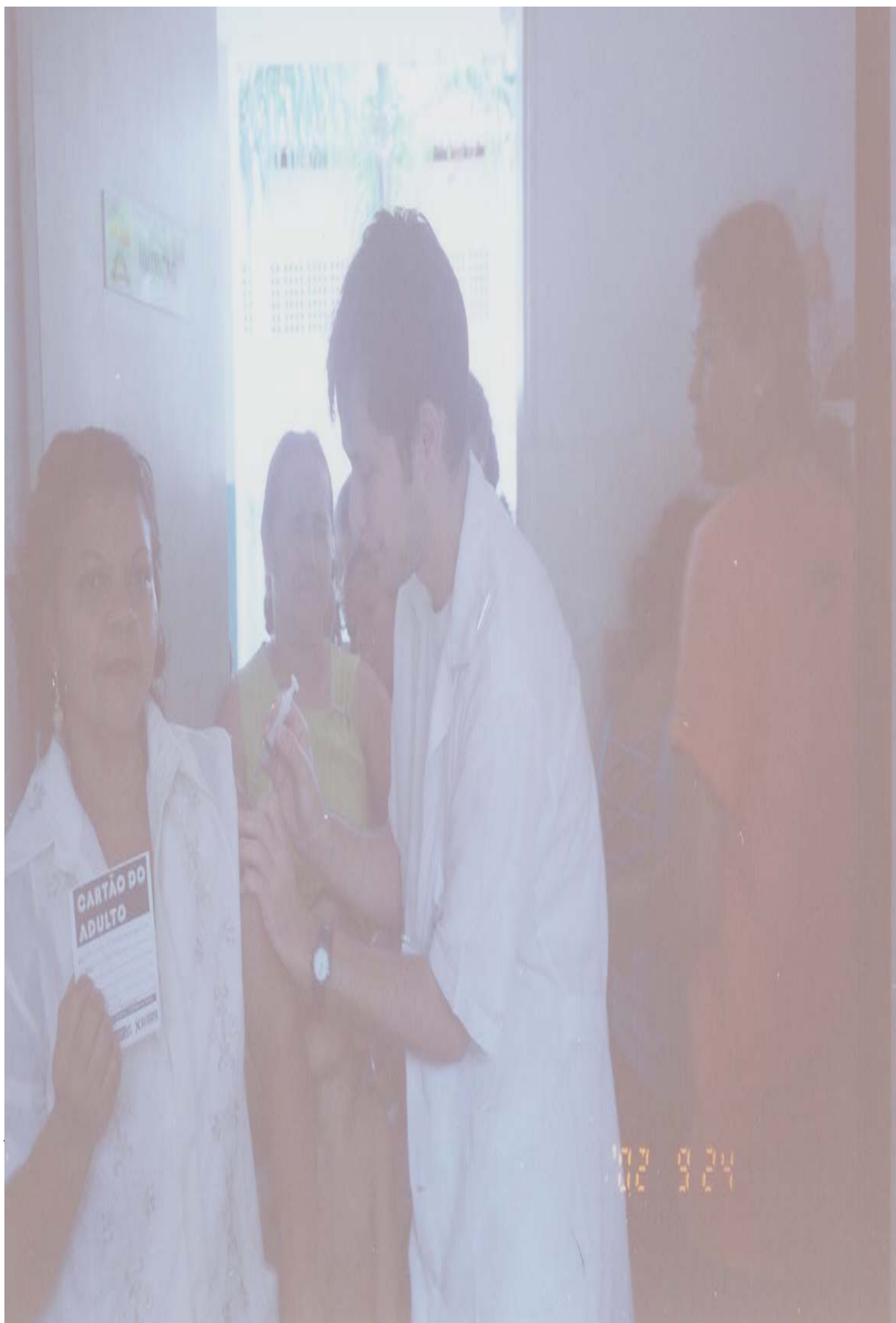
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

VVZ - vírus varicela-zóster

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 TRABALHO: ASPECTOS CONCEITUAIS.....	19
3.1.1 Trabalho: mudanças paradigmáticas.....	20
3.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM.....	23
3.2.1 Ressonâncias no trabalho de enfermagem.....	24
3.3 TRABALHADORES DA SAÚDE: RISCOS OCUPACIONAIS E BIOSSEGURANÇA..	28
3.4 IMUNIZAÇÃO OCUPACIONAL: IMPORTÂNCIA E CONSIDERAÇÕES LEGAIS.....	33
3.5 A VACINAÇÃO EM TRABALHADORES DA SAÚDE.....	38
3.5.1 Vacina ocupacional contra tuberculose	41
3.5.2 Vacina ocupacional contra hepatite b	42
3.5.3 Vacina ocupacional contra difteria e tétano.....	45
3.5.4 Vacina ocupacional contra rubéola, sarampo e caxumba	46
3.5.5 Vacina ocupacional contra influenzae	47
3.5.6 Vacina ocupacional contra varicela	47
4 PERCURSO METODOLÓGICO	50
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICES.....	105
ANEXOS	108



1 INTRODUÇÃO

No século XX, Oswaldo Cruz empreendeu, no Brasil, uma obra saneadora que se converteria em um dos episódios mais comoventes da história da saúde pública mundial. O grande sanitarista estabeleceu um modelo de ação e deixou um exemplo que ainda inspira o Programa Nacional de Imunização (BRASIL, 2003).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é hoje citado como referência mundial pelos avanços notáveis e excelência comprovada. Desde as primeiras vacinações, em 1804, o Brasil acumulou quase 200 anos de imunizações, sendo que nos últimos 30 anos, com a sua implantação, desenvolveu ações planejadas e sistematizadas. Dessa forma, conseguiu erradicar a febre amarela urbana em 1942, a varíola em 1973 e a poliomielite em 1989, controlou o sarampo, o tétano neonatal, as formas graves de tuberculose, a difteria, o tétano acidental, a coqueluche. Atualmente implementou medidas para o controle das infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo b, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, da hepatite B, da influenza e pneumonia nos idosos.

O Ministério da Saúde afirma que a prática de vacinação constitui uma das medidas mais eficazes dentro das propostas de ações em saúde coletiva. No Brasil, o PNI foi criado em 1973 e regulamentado em 1975 com a Lei Nº 6.259 (Lei do Sistema Nacional de Saúde) que organiza as ações de vigilância epidemiológica e inclui atividades de vacinação que já vinham sendo postas em prática em alguns Estados. Anterior a este período, esta prática era realizada através de ações campanhistas, não havia padronização das atividades e a vacinação era realizada em média duas vezes ao ano, através de campanhas (BRASIL, 1993).

Sabemos que as ações de vacinação se constituem em procedimentos de melhor custo efetividade no setor saúde, e que o declínio da morbidade/mortalidade por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, em nosso país e em escala mundial, serve de prova incontestante do enorme benefício que é oferecido às populações através de vacinas (PARANÁ, 2000).

A atuação do profissional de enfermagem nas suas diversas categorias tem uma relação direta com o sucesso ou insucesso das atividades do PNI. Esses profissionais, além de atuarem diretamente na área de vacinação, também devem ser agentes multiplicadores da importância e necessidade desta atividade na rotina dos serviços de saúde.

Diante do exposto, torna-se necessário que o profissional de enfermagem, nas suas diversas categorias, esteja devidamente qualificado para a promoção da saúde, através de educação em saúde, tanto individual quanto coletiva. Para tanto, é importante que os mesmos

estejam sempre atualizados, uma vez que a vacinação é um tema que está em constante processo de mudança e inovações por ocasião das descobertas tecnológicas e do avanço da engenharia genética.

A referência a riscos biológicos para determinadas profissões foi descrita desde a obra de Bernardino Ramazzini, considerado o pai da medicina do trabalho, datada de 1700. Mas a preocupação especificamente relacionada com os trabalhadores da área da saúde só passou a ser discutida a partir do início do século XX (RAPPARINI; CARDO, 2004).

A literatura mundial faz referência a aproximadamente 6000 casos de infecção acidental em trabalhadores de hospital, envolvendo 100 diferentes tipos de agentes de risco biológico. No entanto, no Brasil, são praticamente inexistentes dados relativos a acidentes e infecções associados ao trabalho em laboratórios e hospitais. Os dados disponíveis referem-se aos casos ocorridos em outros países, principalmente nos Estados Unidos. Podemos afirmar que a subnotificação dos acidentes no Brasil dificulta em demasia o aumento de pesquisas sobre o assunto e, principalmente, ações sobre o problema (BRAGA, 2000).

O risco de infecções ocupacionais vai depender de vários fatores, como as atividades realizadas pelo profissional e os setores de atuação dentro dos serviços de saúde; a natureza e a frequência das exposições; a probabilidade de a exposição envolver material infectado pelo agente infeccioso; a resposta imunológica do profissional exposto e a possibilidade de infecção depois de determinado tipo de exposição (RAPPARINI; CARDO, 2004).

A maioria das doenças infecciosas, consideradas de risco ocupacional para os profissionais de saúde, pode ser transmitida por via aérea ou por via sangüínea. São classificadas como imunopreveníveis: tuberculose, influenza, varicela, sarampo, rubéola, caxumba, coqueluche, doença meningocócica, pneumonias e outras. São doenças altamente contagiosas, destacando-se, além da possibilidade de exposição direta dos profissionais de saúde, o risco significativo de transmissão destas infecções para os pacientes ou, mesmo, para outros profissionais.

As doenças profissionais constituem um importante problema de saúde pública em todo o mundo, mas historicamente os profissionais de saúde não foram considerados categoria profissional de alto risco para acidentes de trabalho. No entanto, as doenças podem atingir aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde (RAPPARINI; CARDO, 2004).

No Brasil, o sistema público de saúde vem atendendo aos trabalhadores ao longo de toda a sua existência. Porém, uma prática diferenciada do setor, que considere os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença, surgiu apenas no decorrer dos anos 1980, passando a

ser ação do Sistema Único de Saúde (SUS), quando a Constituição Brasileira de 1988, na seção que regula o direito à saúde, a inclui no seu artigo 200 (BRASIL, 2002).

Dessa forma, a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve pautar-se nos princípios do SUS em consonância com a vigilância em saúde e articulada com a área assistencial. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações individuais curativas articulam-se com as ações preventivas individuais e coletivas, no âmbito da vigilância, considerando que os agravos à saúde do trabalhador são preveníveis. Portanto, entre os objetivos das ações e serviços, a saúde do trabalhador no SUS destaca-se:

Intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los através de ações relacionadas à promoção da saúde do trabalhador e do aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho (BRASIL, 2002).

Diante deste pressuposto, a área de saúde do trabalhador emerge como um desafio a mais na construção do SUS, no qual a imunização ativa é mais um instrumento que permite ao trabalhador prevenir e, até mesmo, minimizar o processo de desgaste da saúde nas atividades laborais, sendo constituída, portanto, numa atividade de proteção específica na Promoção da Saúde. Porém, é preciso considerar as dificuldades inerentes ao sistema de saúde, cujas práticas assistenciais, há muito enraizadas, não dispõem de mecanismos ágeis de adequação às novas necessidades, determinadas pela lei e, mesmo, ansiadas pela sociedade.

Na experiência prática como docente supervisor de estágio e como professora, vimos e ouvimos relatos dos alunos trabalhadores quanto à dificuldade de entendimento e a complexidade em relação à imunização, além da falta de informação quanto à importância dessa prática até mesmo como medida de biossegurança para esses profissionais.

Além disso, observamos no cotidiano do trabalho em enfermagem que os profissionais, em sua maioria, esquecem ou negligenciam quanto à sua própria proteção em relação ao uso da vacinação, como medida de biossegurança, quando não se utilizam da vacina ou quando deixam para utilizá-la somente quando se acidenta que, neste caso, a eficácia da vacina é menor ou tarde demais.

Partindo da realidade prática, observamos no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem certo desconhecimento quanto ao processo de trabalho e sua relação com o processo saúde/doença, além do despreparo desses profissionais para reconhecer o trabalho como um possível agente causal para os agravos à saúde, somados à falta de informações sobre os riscos ocupacionais aos quais estão expostos.

Neste estudo, buscamos investigar no contexto da prática dos profissionais de enfermagem os seus conhecimentos em relação à vacinação e a situação vacinal dos mesmos, uma vez que a imunização ativa nos profissionais de saúde é considerada uma medida importantíssima de biossegurança.

Este estudo servirá de subsídios aos profissionais de enfermagem no entendimento da importância da imunização como medida de biossegurança para os mesmos, o paciente e para os demais colegas de trabalho, contribuindo, desta forma, na redefinição de novas abordagens de educação em saúde e nas relações de trabalho em enfermagem, e também da produção sobre a temática para o ensino e a pesquisa em enfermagem.

Nessa perspectiva, pretendemos estudar:

- Que relação os trabalhadores de enfermagem estabelecem entre vacinação e biossegurança e como isso se reflete na sua prática?
- Qual o significado atribuído por eles à vacinação como medida de biossegurança?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

* Analisar as concepções e as práticas dos trabalhadores de enfermagem sobre a **relação** entre vacinação e biossegurança.

2.2 ESPECÍFICOS:

* Descrever as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de enfermagem e sua relação com os riscos biológicos inerentes à sua prática profissional e as respectivas medidas de biossegurança utilizadas;

* Identificar a situação vacinal dos trabalhadores de enfermagem entrevistados;

* Investigar o entendimento da vacinação como medida de biossegurança individual e coletiva, a partir das falas dos trabalhadores.



3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TRABALHO: ASPECTOS CONCEITUAIS

O trabalho reveste-se, em sua expressão, como algo que oferece ao homem condições de subsistência e dignidade, pois permite que ele conquiste, através de seu esforço pessoal, o mínimo necessário a uma vida digna. Nesse sentido, Souto (2004, p. 56) afirma que “o trabalho é entendido como todo esforço que o homem, no exercício de sua capacidade física e mental, executa para atingir seus objetivos em consonância com princípios éticos”.

Nessa perspectiva, todo homem tem direito ao trabalho digno, a fim de realizar-se e garantir sua subsistência e de sua família. E é na busca dessa subsistência que o adulto, homem ou mulher, gasta aproximadamente metade das horas diárias nas atividades laborais.

E ainda, de acordo com Vaz (1999), o trabalho, por seu movimento e significação, compõe o significado da cultura do homem e nele a linguagem que permeia e permite a produção e reprodução de relações entre indivíduos, seus modos de viver e pensar, suas criações, recriações e descobertas.

O trabalho mostra-se, portanto, como momento fundante de realização do ser social, condição para sua existência; é o ponto de partida para a humanização do ser social e o motor decisivo do processo de humanização do homem (ANTUNES, 2000).

Com efeito, Souto (2004) define o trabalhador como toda pessoa, homem ou mulher, que exerce atividades para o sustento próprio e de seus dependentes, qualquer que seja a sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia.

Desse modo o trabalho é uma maneira de engrandecer a vida e não deve se transformar, pelo modo como é realizado e pelas condições do ambiente em que é executado, num caminho para a invalidez ou para o encurtamento da vida. Daí a importância da manutenção da saúde no trabalho (SOUTO, 2004, p. 38).

Tendo em vista a importância e contribuição do trabalho e, por conseguinte, do trabalhador para o desenvolvimento econômico, político e social de toda sociedade, torna-se imprescindível que se estabeleça uma relação de reciprocidade e respeito perante o homem, enquanto trabalhador e ser humano que necessita de cuidados para com a sua saúde e seu bem-estar, não para ser produtivo, mas para se manter produtivo com saúde e dignidade.

Desse modo, o Estado não pode continuar indiferente às garantias de um trabalho saudável e seguro para todo trabalhador, as quais encontram moradia no direito social em relação à pessoa, estendendo-as por igual ao seu trabalho (SOUTO, 2004).

3.1.1 Trabalho: mudanças paradigmáticas

As transformações ocorridas no mundo contemporâneo têm se dado de forma tão rápida e com tamanha repercussão que perdemos o rumo e a noção de tempo e espaço, o que nos coloca em uma situação de dúvidas, incertezas e desorganização.

De acordo com Carvalho (1996), no campo da política e da economia, tais transformações são chamadas de globalização e, no campo das ciências e da cultura, de pós-modernidade.

Esse momento histórico em que vivemos é conhecido por diversas denominações, como: pós-modernidade, pós-industrial, pós-guerra, pós-capitalismo, entre outras. De qualquer forma, o que efetivamente temos de concreto é que vivemos uma crise paradigmática desencadeada pelas incertezas, complexidade e indeterminações do mundo moderno.

Esse período é entendido por Giddens (1991) como um período em que as conseqüências da modernidade estão se tornando mais radicalizadas e universalizadas do que antes, entre as quais o autor destaca: as discontinuidades do desenvolvimento da história da humanidade (modo de vida, instituições modernas e outros), o uso arbitrário do poder político, a industrialização da guerra e as incríveis repercussões na sociedade (degradação ambiental, transformação na cultura e valores) e no mundo do trabalho.

Estas conseqüências da modernidade tornaram as relações na sociedade e no trabalho cada dia mais conflituosas e degradantes para os trabalhadores e têm como principais características: a acumulação flexível; a fragmentação geográfica e social do processo de trabalho; difusão social do processo de trabalho (“fábrica difusa”); a terceirização e precarização das relações de trabalho; e o isolamento político da classe trabalhadora (CARVALHO, 1996).

No cenário atual de transformações que influenciam diretamente o trabalho, destaca-se a desestruturação do modelo de desenvolvimento fordista com conseqüências extremamente perversas para a maioria dos trabalhadores. No campo da produção, destacam-se as inovações tecnológicas, a descentralização da produção e a introdução de mudanças nas formas de organização e gestão do trabalho (GELBECK; LEOPARDI, 2004).

As transformações na vida cotidiana se refletem nas relações de poder e nas formas de trabalho introduzidas a partir da revolução industrial, no desenvolvimento das ciências e das técnicas e sua aplicação nos processos produtivos; na ameaça ao meio ambiente, na organização dos estados modernos, no advento da democracia burguesa, nas revoluções socialistas, nos conflitos armados, na guerra fria, na revolução das comunicações e informação e no progresso na saúde, onde tudo isso tem suas interferências no mundo do trabalho, seja de forma positiva ou negativa (PRADO; REIBNITZ, 2004).

Na atualidade, criou-se um movimento considerado processo de precarização do trabalho, por implicar mudanças nas relações de trabalho, incluindo as condições de realização, e, nas relações de emprego, que apontam para maior instabilidade e insegurança para os trabalhadores. O processo em curso pode estar ocorrendo pela constatação de que, hoje, mais que em qualquer momento do passado, é possível o crescimento econômico sem a ampliação do número de empregos (ASSUNÇÃO, 2003).

Caracteriza-se, ainda, por uma forte segmentação do mercado produtivo, implicando um fracionamento da oferta de empregos e suas condições de realização, que variam desde os cenários fortemente "tecnologizados" até as situações mais rudimentares de trabalho. Categorias profissionais que se pensavam estáveis e permanentes, até há bem pouco tempo, vêm-se ameaçadas de extinção à medida que o emprego de novas tecnologias no processo produtivo tem substituído a força de trabalho humana por máquinas e que a terceirização tem permitido outras formas de contratação que substituem o emprego formal, regulamentado e relativamente estável (ANTUNES, 2000).

Essas transformações repercutem de forma contundente no mundo do trabalho, através da subordinação da reprodução social à reprodução do capital, da desregulamentação do mercado de trabalho e da transferência de capital local ao capital financeiro internacional, por meio de medidas de ajustes, tais como: privatização dos serviços de saúde e seguridade social, redução de investimento em políticas públicas e de apoio social, incentivo ao estado mínimo e focalização nos programas sociais de apoio aos pobres e excluídos.

As mudanças na economia trouxeram grave comprometimento para o campo social, ambiental, cultural e político. As taxas de desemprego são comuns em quase todos os países, gerando um fenômeno típico do mundo atual, conhecido como exclusão. Os avanços tecnológicos criam, por um lado, possibilidades de controle de muitas doenças, melhorando as condições de vida e, por outro lado, promovem a degradação do meio ambiente, provocando o desgaste da vida e da saúde do trabalhador (ROCHA *et al.*, 1998).

Nas relações trabalhistas constata-se perda de direitos conquistados pelos trabalhadores no pós-guerra. De acordo com Atílio Boron (Seoane, 2001), um relatório da OIT mostra que assalariados da América Latina e Caribe trabalharam em 2000 uma média de 2.100 horas, enquanto assalariados europeus trabalharam 1.500 horas, por um salário muito superior. Outro dado importante relatado por Boron é que atualmente há mais crianças trabalhando em condição de servidão em todo mundo do que escravos no apogeu da escravidão (SIQUEIRA; CASTRO; ARAÚJO, 2003, p.16).

Em meados do século XX, imaginou-se que as pessoas trabalhariam menos e disporiam de um tempo maior para o lazer, as artes, a natureza e a família. Mas o processo de globalização, ao contrário do que se esperava, desencadeou o desemprego, a terceirização, a flexibilização nos contratos de trabalho, a precarização das condições de trabalho e o subemprego.

O trabalho em constante transformação e a instabilidade no emprego induzem reações que começam a ser identificadas em determinadas categorias profissionais: o trabalho degradante, a substituição de mão-de-obra por máquinas, a eliminação de antigas profissões, a necessidade de ser polivalente, a falta de privacidade e do domínio do próprio tempo e as longas jornadas de trabalho (SOUTO, 2004).

Para sobreviver neste novo mundo do trabalho, o trabalhador tem que necessariamente apropriar-se de outras áreas de conhecimento, e não apenas daquela de sua formação original, seja na graduação ou em cursos profissionalizantes. O mundo do trabalho cria exigências nesse sentido, à medida que necessita de profissionais capazes não apenas de fazer um trabalho com qualidade, mas que também busquem novas formas de realizá-los (COCCO, 1999).

A saúde dos trabalhadores é alterada no contexto da reestruturação produtiva que deriva de um ambiente social, político e econômico marcado pelas crises dos anos 1960 e 1970. As empresas começam a se reestruturar, não somente pelo acirramento da concorrência, mas também por conflitos sociais relacionados às formas tradicionais de organização do trabalho e da produção. A maior integração e flexibilidade das empresas surgem como uma forma de reagir à crise social e de aumentar a produtividade num mercado instável (ANTUNES, 2000).

Con especial impacto sobre la salud de los trabajadores la desregulación del mercado laboral, con su consecuencia de flexibilización y precarización del empleo, que ha producido un incremento de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales (ISTÚRIZ, 2003).

As queixas de saúde são pouco apreendidas pelos serviços médicos das empresas, porque, muitas vezes, dizem respeito aos efeitos da corrida tecnológica e à falta de tempo para dar conta das metas e dos prazos. Mas as práticas de flexibilidade na produção parecem tentar flexibilizar as capacidades dos trabalhadores até o ponto máximo, dobrando as pessoas, sem, no entanto, oferecer-lhes as chances para a sua recuperação (ASSUNÇÃO, 2003).

3. 2 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

O trabalho tem sido motivo de observação, reflexão, discussão e estudos ao longo dos anos e particularmente após a Revolução Industrial, iniciada no século XVIII, período no qual ocorreram mudanças históricas na organização do processo de trabalho no mundo, pela introdução de uma nova forma de produzir e organizar o trabalho, repercutindo nos modos de viver, adoecer e morrer dos trabalhadores.

Essas transformações no mundo do trabalho têm permeado os estudos de historiadores, filósofos e escritores, como Ramazzinni e Pott, notadamente no que concerne às relações entre o trabalho, a saúde e a doença e, mais especificamente, em relação à saúde do trabalhador. Portanto, tanto nos países desenvolvidos quanto nos emergentes, as doenças decorrentes das atividades laborais vêm sendo consideradas um dos principais problemas da atualidade.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde, de acordo com PIRES (1999), tem como finalidade a ação terapêutica em saúde; como objeto, o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; e como instrumento de trabalho, o saber e o fazer na saúde, que é consumido no mesmo momento que é produzido.

E apesar do trabalho em saúde exigir especificidades de conhecimentos e de práticas, uma vez que o mesmo resulta na assistência a seres humanos que são totalidades complexas, esse processo de trabalho tem características que refletem desarticulação interdisciplinar, fragmentação nas ações e alienação do trabalhador, o que irá diminuir em muito a sua qualidade.

Nesse contexto, o trabalho de enfermagem é realizado por uma equipe ou grupo formado por: enfermeiros, técnicos em enfermagem com formação técnica e ensino médio, e auxiliares de enfermagem com curso específico e ensino fundamental.

Esses profissionais têm graus de formação diferenciados e dividem o trabalho, seja nos cuidados integrais ou nos funcionais, fragmentando o saber do fazer, onde o enfermeiro torna-

se o detentor do saber e controlador do processo de trabalho da enfermagem, cabendo aos demais o papel de executar as tarefas delegadas (PIRES, 1999).

A assistência à saúde, prestada por esses profissionais, caracteriza-se como fragmentada, compartimentalizada e desintegrada, refletindo o modelo hegemônico de produção dos conhecimentos em saúde e de organização do trabalho que segue a lógica das especialidades, da fragmentação e do parcelamento do homem, ou seja, do modelo biológico positivista de percepção e entendimento do processo saúde/doença.

Portanto, esse processo de trabalho fragmentado e alienante, somado às mudanças no mundo do trabalho, como a flexibilização, o desemprego e a desvalorização do trabalhador, tem seus reflexos, também, nas formas de viver e trabalhar do profissional de enfermagem.

Haag (*apud* LOPES, 2001), baseada em seus próprios estudos e de outros autores que estudam a qualidade de vida do aluno trabalhador da área de enfermagem, salienta que este costuma demonstrar sono, cansaço e desânimo nas aulas. Isto decorre do fato que muitos trabalham mais de 44 horas semanais, chegando a ultrapassar 60 horas semanais, devido, muitas vezes, à realização de horas extras e/ou a dois ou mais empregos.

Essa situação ocasiona, nesses profissionais, problemas que interferem na qualidade de vida dos mesmos, tais como: estresse, cansaço físico e mental, dificuldade de concentração e aprendizagem, distúrbios físicos e mentais, entre outros. Dessa forma, compromete também as suas atividades laborais, afetando, com isso, a qualidade dos serviços realizados por esses profissionais.

3.2.1 Ressonâncias das mudanças paradigmáticas no trabalho de enfermagem

No setor saúde, as transformações no trabalho têm características peculiares que são específicas deste setor, tais como: a intensificação da terceirização, mudanças na organização do trabalho (trabalho profissional/artesanal e trabalho parcelado); a flexibilização e desregulamentação nas relações de trabalho; ausência de plano de cargos, carreira e salários; ausência de uma política de educação permanente; sobrecarga de trabalho; baixos salários; e a precarização das condições de trabalho que se reflete em longas jornadas de trabalho, múltiplos empregos e a desvalorização dos profissionais.

Essas características têm marcado fortemente o processo de trabalho em enfermagem, haja vista que o aumento da jornada laboral, através de multiemprego ou de horas extras, vem sendo a solução encontrada por esses trabalhadores para complementação da renda, mediante a falta de perspectiva de valorização salarial e como forma de subsistência (VERAS, 2003).

A enfermagem, enquanto profissão inserida neste contexto histórico e social, também passa por mudanças. Novas tecnologias são implementadas, novas formas de organizar o trabalho convivem com as velhas formas, questionando as relações e a divisão do trabalho, o cuidado parcelado, entre outras inquietações (GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Apesar da expansão do emprego no setor saúde, os postos de trabalho em grande parte, trazem a marca da precarização do trabalho, com baixos salários e vínculos temporários. É o caso do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS); o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), caracterizados pela flexibilização das formas de contratação das equipes e a contratação de trabalhadores sem qualificação profissional, como o Agente Comunitário de Saúde (ACS), para o exercício de ações de saúde, além dos contratos temporários, como também as cooperativas de empresas terceirizadas que ofertam serviços e profissionais em condições precárias de vínculo (VERAS, 2003; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Toda essa problemática tem seus reflexos na saúde dos trabalhadores que, de acordo com PIRES (1999), os profissionais de enfermagem, entre os demais profissionais da saúde, são os que mais sofrem com problemas relacionados ao trabalho, entre os quais se destacam: lesão por esforços repetitivos (LER), estresse, perda auditiva, sobrecarga física e emocional, além de problemas físicos e psicológicos considerados, muitas vezes, incapacitantes.

Nesse sentido, Veras (2003) evidenciou em seu estudo a estreita relação entre a reestruturação produtiva, que imprimiu a flexibilização das relações de trabalho, e o neoliberalismo, que, por meio do ajuste fiscal no Brasil, vem restringindo o investimento em saúde.

Portanto, não basta para nós que a ciência e a tecnologia acenem com a possibilidade de formas mais ágeis e eficazes de terapêutica e cuidados de saúde, para afirmamos correspondente mudança nas condições de trabalho dos profissionais de enfermagem. Antes, precisamos olhar com atenção em que condição é realizado esse trabalho, do ponto de vista da segurança no trabalho, da saúde e risco do trabalhador (MEDEIROS; ROCHA, 2004).

O enfoque realista exercido no campo da saúde, impondo uma visão alopática e curativa de combate às doenças, com destaque na morbidade, predominou sobre a arte de cuidar e sobre o discurso do sujeito como produtor de sentido, sendo materializado no hospital moderno. Assim, características de um contexto histórico que instrumentalizaram a atual prática de enfermagem geraram uma prática racional, desumana, impessoal e pouco criativa. Também a divisão de atividades, visando à produção, seguindo a lógica capitalista,

impedem, muitas vezes, que o trabalhador tenha uma visão de seu processo de trabalho (TEIXEIRA; TAVARES, 1997).

Nesse sentido, precisamos refletir criticamente acerca da relevância no cuidado em enfermagem. A incorporação de produtos e processos nos serviços de atenção à saúde, especialmente os chamados equipamentos tecnológicos de ponta, exige dos profissionais de enfermagem uma atitude atenta, no sentido de não perder a finalidade última de sua ação: o cuidado com o ser humano. Precisamos assegurar que a racionalidade não seja determinante no nosso modo de fazer em enfermagem, abrindo espaços para a subjetividade, a intuição, a emoção e as sensações. A fragmentação precisa dar espaço à unicidade, contextualizando nossos saberes e fazeres (PRADO; REIBNITZ, 2004).

Na enfermagem, grupo majoritário no conjunto das profissões de saúde, percebe-se uma possibilidade de mudança na fragmentação do trabalho com a implantação dos “cuidados integrais” em algumas unidades assistenciais (PIRES, 1999).

Teixeira e Tavares (1997) referem-se à enfermagem como uma disciplina da vida, que expressa um momento de transição no qual a civilização ocidental está atravessando, ou seja, a crise paradigmática da ciência mecanicista, a revisão de nossos valores, a falência dos sistemas econômicos dominantes e o processo de globalização. Estes aspectos geram uma crise de identidade profissional e nos indicam a emergência de um outro paradigma.

Dessa forma, Prado e Reibnitz (2004) afirmam que, para atender às necessidades atuais da sociedade, precisamos de uma prática alternativa ao modelo que convencionalmente vem sendo desenvolvido no cuidado de enfermagem, coerente com o exercício crítico/reflexivo de reconstrução de seu próprio processo de trabalho. Precisamos ainda resgatar o caráter reflexivo e voluntário das práticas dos trabalhadores em saúde, procurando transformar-se e modificar-se, reconhecendo certas insuficiências das práticas e dos limites à criatividade imposta por esta forma de trabalho.

Nessa perspectiva, Antunes (2000) identifica dois desafios para a humanidade: o primeiro é a recuperação da sociedade no sentido de retomar a lógica do atendimento das necessidades humanas básicas. O segundo desafio é a conversão do trabalho em atividade livre, baseada no tempo disponível e não no tempo excedente para a geração da mais valia, transformando com isso a lógica societal, que passa da reprodução do capital para a reprodução da vida, tornando o trabalho uma atividade fundante do homem, sendo fonte de realização e dando sentido à vida na sua particularidade e coletividade.

Pires (1999, p. 82) defende ainda que

[...] é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo, integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho com deformidade.

Admitindo a precariedade de ser um trabalhador no século XX, resta-nos, em nossa jornada de heróis, buscar o antídoto para nosso espírito inquieto, na gratificação íntima do anonimato: não precisamos de glória, pois o trabalho é gratificante. Basta o suficiente para vivermos. No entanto, a sobrevivência mínima do trabalhador, imposta pela lei do mercado da força de trabalho, significa a perda essencial da qualidade de vida (LEOPARDI, 1999).

A qualidade de vida, numa perspectiva mais abrangente, será um dos grandes desafios para as próximas décadas, nas diferentes sociedades, tendo como referência que as necessidades são diversas para cada grupo, e que, na medida em que são satisfeitas, possibilitam o surgimento de novas necessidades (COCCO, 1999).

Nesse processo, os aspectos relativos ao trabalho, presentes na vida dos indivíduos - família e conjunto da população - devem ser incorporados, uma vez que o SUS propõe uma nova compreensão de processo saúde/doença e suas relações com o trabalho.

Considerando, assim, a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico, entendemos que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer (BRASIL, 2002).

Frente ao trabalho da enfermagem no contexto atual, muitos são os desafios no sentido de implementar um trabalho que minimize o desgaste do trabalhador, que garanta a valorização da profissão, sua participação e responsabilização na definição de políticas públicas, que possibilite relações mais harmônicas na equipe de enfermagem e com diferentes profissionais de saúde (GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Partindo do pressuposto de que a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores interferem na qualidade da assistência prestada ao cliente nos hospitais, é necessário que seus gestores invistam em questões fundamentais, como adequação do ambiente de trabalho, equipamentos, tecnologias empregadas, principalmente na saúde de seus trabalhadores (SILVA; MARZIALE, 2003).

O desafio da enfermagem consiste em reorientar sua prática profissional dentro da perspectiva de uma nova forma de organização do processo de trabalho, no sentido de

diminuir o impacto da divisão social do trabalho, da sua organização que interfere no desgaste físico e psíquico do trabalhador, buscando respeitar os direitos dos trabalhadores de viver e trabalhar em condições econômicas e sociais dignas.

3.3 TRABALHADORES DA SAÚDE: RISCOS OCUPACIONAIS E BIOSSEGURANÇA

O risco ocupacional dos trabalhadores da saúde é um assunto muito discutido nas últimas décadas. Entretanto, os registros dos acidentes com material biológico ocorridos nas unidades de saúde não retratam a real situação (CDC, 1997).

No mundo, a área da saúde é a oitava no ranking dos setores de maior índice de morte. De acordo com a organização americana Committee on Quality of Health Care in América (IOM), dados levantados em 1999 apontam que são registrados por ano 98 mil mortes em hospitais, um índice capaz de causar um ônus financeiro entre dezessete e vinte e nove bilhões de dólares a essas instituições.

No Brasil, esses dados não são muito precisos, porém, segundo levantamento realizado pelo Ministério da Previdência Social, em 2004, foram registrados no país 459.000 acidentes do trabalho, incluindo 27.500 casos de doenças do trabalho. O setor de saúde é o quinto no ranking de acidentes do trabalho, superando outras áreas consideradas de alto risco, como as da construção civil, da eletricidade e indústrias extrativas. E ainda, de acordo com o boletim divulgado pela divisão de vigilância epidemiológica do programa estadual de AIDS de São Paulo, em relação à notificação de acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos, de 1999 a 2003, e entre os 5.391 acidentes notificados, 76,5% foram causados por materiais perfurocortantes e os auxiliares de enfermagem foram os profissionais mais afetados, com 51,1% dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2006).

Os profissionais que trabalham em hospitais estão potencialmente expostos a uma diversidade de agentes desencadeadores de doenças, como agentes físicos, químicos e biológicos. Quando o fator de exposição é um agente biológico, o profissional de saúde pode ser visto como suscetível ou como fonte de transmissão de infecção (SOUZA; ARANTES; ABREU, 2004).

A exposição aos agentes biológicos é o risco ocupacional mais comum a que o profissional da área da saúde está sujeito e este risco aumentou consideravelmente após o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Vários estudos (BALSAMO; FELLI, 2006; CAIXETA; BARBOSA-BRANCO, 2005; CIORLIA; ZANETTA, 2005; NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004; LOPES et al., 2004;

MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004; SILVA; MARZIALE, 2003; FERNANDES et al., 1999) e publicações relatam a transmissão e surtos de infecção em trabalhadores da saúde, provando que os mesmos podem transmitir ou adquirir doenças em razão do trabalho.

A consequência da exposição ocupacional aos patógenos transmitidos pelo sangue não está somente relacionada à infecção. A cada ano milhares de trabalhadores de saúde são afetados por trauma psicológico que perdura durante os meses de espera dos resultados dos exames sorológicos. Dentre outras consequências, estão ainda as alterações das práticas sexuais, os efeitos colaterais das quimioprofilaxias e o desemprego (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004).

Dessa forma, o risco está presente no cotidiano do trabalhador desde os primórdios do mundo do trabalho, mas ganhou maior visibilidade a partir do século XIX, com a industrialização e o capitalismo. Enquanto fenômeno que rompe a lógica do trabalho, o acidente sempre existiu e, devido à dinâmica da sociedade, os acidentes de trabalho sempre farão parte do cenário social (BRAGA, 2000).

Os trabalhadores da área da saúde devem ter as noções, hábitos e cuidados necessários para não contraírem doenças ocupacionais; sofrerem algum tipo de acidente ou contaminarem os pacientes, área de trabalho ou os próprios colegas de trabalho (SOUZA; ARANTES; ABREU, 2004).

Os trabalhadores de enfermagem encontram-se expostos aos riscos provenientes das precárias condições de trabalho, responsáveis pelo aparecimento de enfermidades e de acidentes que elevam o índice de absenteísmo nos serviços de saúde, o qual na organização laboral, tem se traduzido em insatisfação, desmotivação e sobrecarga da equipe de trabalho, comprometendo, assim, a assistência de enfermagem prestada ao cliente, sendo indicativo da existência de problemas extremamente preocupantes, quando ocasionado por doenças em trabalhadores de enfermagem (SILVA; MARZIALE, 2003; BARBOZA; SOLLER, 2003).

Nesse sentido, torna-se imprescindível a adesão desses profissionais a normas de biossegurança, além de informações e treinamentos contínuos, com vistas a torná-los sensíveis e conscientes de como e quando se proteger dos riscos ocupacionais aos quais estão expostos cotidianamente. Ou seja, adquirir uma postura efetiva no uso de procedimentos que garantam o máximo de segurança não só para ele mesmo como também para a equipe que o cerca e o paciente.

Outro fator importante está relacionado ao termo biossegurança, que tem assumido, a partir da Lei n. 8.975, de 5 de janeiro de 1995 - que criou a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) - uma dimensão ampla, que extrapola a área da saúde e do trabalho,

sendo empregada quando há referência ao meio ambiente e à biotecnologia. Todavia, não se percebe o mesmo empenho, principalmente governamental, de se discutir as questões relacionadas à biossegurança no ambiente hospitalar e à saúde dos trabalhadores envolvidos (CAIXETA; BARBOSA-BRANCO, 2005).

Nesse sentido, o conceito de biossegurança, instituído pela Comissão de Biossegurança da Fundação Oswaldo Cruz, é definido como o conjunto de medidas voltadas para a prevenção, a minimização ou a eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos. Estas medidas são classificadas em quatro grupos: medidas administrativas, técnicas, educacionais e de saúde (CAIXETA; BARBOSA-BRANCO, 2005).

Biossegurança ou segurança biológica, de acordo com Mastroeni (2004), refere-se à aplicação de conhecimentos, técnicas e equipamentos, com a finalidade de prevenir a exposição do trabalhador, laboratório e ambiente a agentes potencialmente infecciosos ou biorriscos, através do estabelecimento de normas e condições sobre as quais os agentes infecciosos podem ser seguramente manipulados e contidos de forma segura.

Na visão de Hoefel e Schneider (apud SOUZA, 2004, p.12), “biossegurança é o conjunto de normas e procedimentos considerados seguros e adequados à manutenção da saúde em atividades que oferecem riscos de adquirir doenças”.

De acordo com Teixeira e Valle (1996), todos os profissionais que trabalham ou irão trabalhar com os agentes biológicos, patogênicos ou não, devem conhecer profundamente o agente em questão, pois o pouco conhecimento sistematizado dos profissionais em relação aos agentes etiológicos, no tocante à sua patogenicidade e virulência, pode levá-los à exposição desnecessária, colocando-os em situação de risco.

Vale ressaltar que risco, nesse contexto, deve ser entendido como uma condição biológica, química ou física que apresenta potencial para causar dano ao trabalhador, produto ou ambiente. Dessa forma, a variabilidade da natureza do trabalho e as substâncias e materiais manipulados podem modificar o potencial de gerar riscos de acordo com o tipo de trabalho desenvolvido (MASTROENI, 2004).

No entanto, o conhecimento acerca do risco não é suficiente para preveni-lo do perigo. Torna-se necessário uma abordagem ampla, multiprofissional com normas e políticas bem definidas e fundamentadas nas características da instituição e na legislação em vigor (SOUZA; ARANTES; ABREU, 2004).

Embora a notificação dos acidentes de trabalho seja uma exigência legal no Brasil, a subnotificação da exposição ocupacional a doenças infecciosas ainda é uma grande barreira para entender os riscos e os fatores associados aos acidentes e exposição a sangue e fluidos corpóreos e, por conseguinte, aos estudos nesta área (PEREIRA et al., 2004; BRAGA, 2000).

A notificação dos acidentes de trabalho fornece dados relativos ao número, à distribuição dos acidentes, às características das ocorrências e das vítimas, como também à apresentação destes resultados, através de estatísticas, que constituem base indispensável para a indicação, aplicação e controle de medidas preventivas. Porém, a subnotificação destes acidentes pode ocorrer, constituindo em fator limitante tanto do ponto de vista da promoção e prevenção, quanto do ponto de vista jurídico (NAPOLEÃO et al., 2000).

No Brasil, estima-se que a ocorrência de subnotificação seja ainda maior do que as estatísticas apresentam, pois existem poucas unidades estruturadas para atendimento e notificação de acidentes profissionais e dispendo de um programa de educação em serviço com o objetivo de sensibilizar os profissionais da saúde quanto à importância da notificação, o acompanhamento dos casos e os riscos a que estão expostos após o acidente (LOPES et al., 2004).

Destra (2000 apud Cocolo 2002), a partir de seu estudo, constatou uma subnotificação em torno de 41% dos acidentes com material perfurocortantes ocorridos com profissionais de saúde entrevistados em um hospital de São Paulo. Entre as causas da subnotificação dos eventos foi citada, em sua grande maioria, a não importância relacionada ao fato (48%), revelando o descaso e a falta de conhecimento quanto à necessidade da informação para a prevenção e controle dos acidentes e riscos.

Napoleão e colaboradores (2000) também obtiveram resultados semelhantes em seu estudo sobre as causas de subnotificação de acidentes e constataram que a principal causa atribuída pelos sujeitos acidentados foi por considerarem de pouca importância a lesão ocasionada pelo acidente (53,1%); o desconhecimento da necessidade de notificação (38,8%) e a falta de tempo para notificar (11%).

De acordo com os autores supracitados, as causas de subnotificação de acidentes do trabalho, apontadas pelos trabalhadores de enfermagem, evidenciam desinformação em relação aos riscos e aos aspectos epidemiológicos e jurídicos que envolvem este tipo de acidente no ambiente hospitalar, bem como a submissão dos trabalhadores às condições de trabalho impostas pelo empregador, quando exteriorizam a falta de tempo para notificar o acidente e o medo de perder o emprego se o fizer. Estes dados nos fazem inferir que não existem exigências de se instituir uma política de informação por parte dos órgãos trabalhistas

fiscalizadores junto às instituições e que a enfermagem se revela como uma classe que pouco questiona suas condições de trabalho.

Marziale e Rodrigues (2002) corroboram os autores citados quando afirmam que a escassez de dados sistematizados sobre esses acidentes não nos permite conhecer a magnitude global do problema no Brasil, dificultando, assim, a avaliação das medidas preventivas utilizadas atualmente e as possíveis melhorias para o futuro.

São vários os estudos que já demonstraram os riscos existentes nos acidentes ocupacionais que envolveram exposição a material biológico infectado em profissionais de saúde. No entanto, a evolução do conhecimento sobre os agentes etiológicos, as formas de tratamento, bem como dos fatores envolvidos nas exposições ocupacionais têm permitido estabelecer medidas voltadas à redução do risco de agravos à saúde decorrentes dos acidentes que envolvem material biológico contaminado. Cabe ressaltar, porém, que as profilaxias pós-exposição podem não ser totalmente eficazes, o que reforça a importância da prevenção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2006).

Diante desta problemática, há que se buscar todas as estratégias possíveis que possam contribuir para a prevenção dos riscos e promoção à saúde do trabalhador em unidades de saúde. Estas devem ser institucionalizadas e trabalhadas com o fortalecimento das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS), assim como das demais estruturas organizacionais que se encarregam de educação e vigilância em saúde, como as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, Setores de Educação Permanente, entre outros (SÊCCO et al., 2003; CDC, 1998).

Ainda de acordo com Sêcco et al. (2003), atenção especial deve ser dada aos currículos escolares na formação dos profissionais de saúde, embasando os seus alunos, para que possam pensar a realidade dos trabalhadores e atuar de maneira compatível com a promoção da saúde. E como sugere Marziale e Rodrigues (2002), é importante que se elabore e implemente um programa de educação permanente em serviço, que aborde questões relacionadas às formas de prevenção e controle dos riscos no ambiente de trabalho, as quais incluam o respeito e atendimento às normas de biossegurança, assim como a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da notificação dos acidentes e doenças ocupacionais e da vacinação ocupacional nos serviços de saúde.

3.4 IMUNIZAÇÃO OCUPACIONAL: IMPORTÂNCIA E CONSIDERAÇÕES LEGAIS.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) faz parte do Programa Ampliado de Imunização (PAI) da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) participa também do programa, com apoio técnico, operacional e financeiro. O desenvolvimento do programa é orientado por normas técnicas estabelecidas nacionalmente, no que se refere à conservação, manipulação, transporte e à aplicação dos imunobiológicos, assim como aos aspectos de programação e à avaliação. Essas normas são estabelecidas com a participação dos órgãos responsáveis pela operacionalização e de outras instituições, assegurando, dessa forma, a sua aceitação e uniformidade de uso em todo o país (BRASIL, 2001).

O objetivo final da vacinação, ou seja, da administração de um imunobiológico, não é apenas a proteção do indivíduo contra determinada doença, ou seja, não é somente possibilitar a imunidade individual. Na verdade, a vacinação realizada pela rede de serviços públicos de saúde busca, principalmente, produzir imunidade coletiva, o que vai permitir o controle, a erradicação ou a diminuição e controle de várias doenças.

Uma doença infectoparasitária ocorre na população como resultado do acúmulo de indivíduos susceptíveis. O indivíduo é parte de um grupo e, por isto, a sua resistência e suscetibilidade são fatores significativos que têm influência sobre a incidência da doença. Esta característica torna-se mais importante quando se trata de agentes infecciosos que se transmitem de uma pessoa para outra.

As vacinas estão entre os produtos biológicos mais seguros, eficazes e, com relação ao custo benefício, mais favorável. Permitiram a erradicação mundial da varíola e da poliomielite no hemisfério ocidental. No Brasil, as doenças evitáveis por vacina estão em franco declínio, com redução drástica dos casos de sarampo, difteria, tétano e coqueluche. Para a obtenção desses resultados, foram fundamentais a utilização de vacinas de qualidade adequada e coberturas vacinais amplas (BRASIL, 1998).

A vacinação assume um espaço privilegiado no modelo de gestão e de atenção à saúde explicitado na norma operacional do SUS de 1996 (NOB/96), que segue o enfoque epidemiológico centralizado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, e nas relações entre equipe de saúde e comunidade, onde os estados e municípios assumem efetivamente o seu papel, responsabilizando-se pela estruturação e organização do sistema de saúde estadual e municipal (PARANÁ, 2000).

Dessa forma, a obtenção da imunidade a doenças infecciosas, adquirida através de vacinas, deve fazer parte dos Programas de Controle e Prevenção de Infecção para os profissionais que trabalham em instituições de saúde, com normas e preceitos estabelecidos e elaborados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e/ou pelo serviço de medicina do trabalho, de acordo com as especificidades da instituição.

Em um momento em que o processo de descentralização das ações de saúde consolida-se em todo o país, um dos mais importantes desafios sobre os quais os municípios brasileiros têm se debruçado é o da organização da rede de prestação de serviços de saúde, em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 2002).

Nesse processo, os aspectos relativos ao trabalho - presentes na vida dos indivíduos, família e conjunto da população - devem ser incorporados, uma vez que o SUS propõe uma nova compreensão de processo saúde/doença e suas relações com o trabalho.

Laurell (1982) também estabelece esta relação através do entendimento do processo saúde/doença como o processo biológico de desgaste e reprodução dos grupos, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. Dessa forma, sendo determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, essa apropriação se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção.

Assim, amplia-se a assistência já ofertada aos trabalhadores, na medida em que passa a olhá-los como sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Lei Orgânica da Saúde Nº 8142/90 que regulamentou o SUS e suas competências no campo da saúde do trabalhador considera o trabalho como importante fator determinante/condicionante da saúde. E, em seu artigo 6º, determina que a realização das ações de saúde do trabalhador siga os princípios do SUS e recomenda a assistência aos mesmos em seus diferentes níveis através de sua rede assistencial e principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que o trabalhador encontra-se inserido nesse contexto.

Na constituição desta nova forma de pensar a saúde dos que trabalham, exercita-se o compromisso de que não é preciso adoecer pelo trabalho e, menos ainda, morrer em decorrência do mesmo e nem, tampouco, viver pelo trabalho. Devem existir, certamente, outras formas de se viver a vida e de se trabalhar com dignidade (MENDES, 2001).

Os trabalhadores da área da saúde estão expostos a diversos riscos relacionados ao ambiente de trabalho, tais como: biológicos, físicos, químicos, psicossociais e ergonômicos. Porém, a falta de conhecimento sobre os riscos a que estão expostos e o trabalho em condições precárias tornam esses riscos ainda mais perigosos para esses profissionais.

Conforme estatísticas observadas, a equipe de enfermagem é uma das principais categorias profissionais sujeitas à exposição ao material biológico. Isto se relaciona ao fato de o grupo ser o mais representativo do ponto de vista numérico nos serviços de saúde, ter mais contato direto na assistência aos pacientes e também ao tipo e à frequência de procedimentos realizados por esses profissionais. A frequência de exposições é maior entre auxiliares e técnicos de enfermagem, quando comparados a profissionais de nível superior.

Os trabalhadores da área da saúde podem adquirir e transmitir hepatite B, gripe, sarampo, caxumba, rubéola, varicela, as quais são todas doenças preveníveis por vacinação. Programas de vacinação podem reduzir substancialmente o número de trabalhadores suscetíveis a riscos de adquirir doenças transmissíveis preveníveis, bem como proteger os pacientes de adquirir tais doenças de trabalhadores infectados (CORTES, 2002).

Os profissionais de saúde deveriam conhecer seu nível imunitário relativo às infecções que fazem parte de seu cotidiano. Mas, na prática, não sabem e algumas vezes desconhecem as possibilidades de proteção vacinal disponíveis. Na prática, o profissional de saúde recém-contratado precisaria ter, em sua ficha médica admissional, dados precisos relativos ao seu status imunitário. Na ausência destes dados, ou constatada uma inadequada proteção, deveria contar imediatamente com um plano de imunização a ser executado. Isso porque o profissional de saúde está exposto a um risco maior de adquirir determinadas infecções, imunologicamente preveníveis, do que a população geral. A instituição e a manutenção do programa de imunização não apenas reduz o número de profissionais suscetíveis a infecções preveníveis, mas também impede a transmissão destas infecções aos colegas de trabalho e aos próprios pacientes hospitalizados, aos familiares e contactantes domiciliares (ABREU; ALFREDO, 2004).

Neste sentido, para limitar a probabilidade de transmissão de certas doenças infecciosas no ambiente hospitalar, muitos países adotaram programas de imunização com atenção especial para o pessoal da saúde. Dessa forma, compete, principalmente, à enfermeira do trabalho a responsabilidade da implementação dos programas de vacinação do trabalhador de saúde (BULHÕES, 1998).

Assegurar que o profissional esteja imune a doenças imunopreveníveis é essencial para o êxito dos programas de saúde ocupacional. O uso otimizado das vacinas pode prevenir

a transmissão de doenças, diminuindo o absenteísmo ao trabalho, resultando num melhor custo benefício para as instituições (CDC, 1998).

O Ministério da Saúde publicou, em abril de 2004, a Portaria N° 597 que institui, em todo o território nacional, os calendários básicos de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, visando ao controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis. Determina ainda que as vacinas sejam oferecidas pela rede de serviços públicos de saúde para efeito de pagamento de salário família, matrícula em creches, pré-escola, ensino fundamental, ensino médio e universidade, alistamento militar e o recebimento de benefícios sociais, além da contratação trabalhista de instituições públicas e privadas que deverão exigir a apresentação de comprovante de vacinação, atualizado com o calendário e faixa etária estabelecida.

Dessa forma, o Ministério da Saúde amplia o leque de vacinas a outras faixas etárias que eram descobertas anteriormente. Portanto, o PNI passa de um programa para crianças, gestantes e idosos para uma política ampliada, em que todos os cidadãos terão direito de receber as vacinas, instituídas de acordo com a sua faixa etária, com indicações especiais aos profissionais de saúde.

No Brasil, ao longo dos anos, a procura pela vacinação tem aumentado entre os profissionais de saúde, especificamente a vacina anti-hepatite B. Entretanto, a cobertura vacinal ainda é inferior ao desejado, especialmente se considerarmos que o Ministério da Saúde coloca à disposição, gratuitamente, as vacinas para esses trabalhadores (MARTINS; BARRETO, 2003).

Portanto, partindo do entendimento de que os profissionais de saúde, especialmente os trabalhadores de enfermagem, apresentam um risco aumentado de aquisição e transmissão de algumas doenças infecciosas, através das atividades laborais ou de acidentes, torna-se imprescindível que esses trabalhadores estejam adequadamente imunizados, uma vez que a vacinação diminui o risco de morbidade por doenças imunopreveníveis, haja vista que a imunização ativa é considerada uma das formas mais eficazes de prevenção.

Considerando ainda que a imunização é nacional e internacionalmente recomendada como medida de biossegurança e controle de doenças adquiridas em acidentes de trabalho para os trabalhadores da saúde, através de normas regulamentadoras, recomendações e portarias, estas devem ser colocadas em prática através das CIPAS, da CCIH ou dos Serviços de Saúde Ocupacional das instituições de saúde.

Em outubro de 2005, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) aprovou a Norma Regulamentadora (NR) N° 32 que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a

implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

A aprovação da NR-32 prevê maior rigor na segurança dos profissionais de saúde, protegendo o trabalhador e buscando reduzir, com isso, as condições que possam gerar riscos de agravos e doenças aos mesmos, por meio de medidas de proteção, tais como: avaliações de riscos; educação permanente; condições ambientais livres de riscos; Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO); notificação imediata em casos de acidentes e exposições; Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA); monitoração individual e de áreas; e imunização ativa dos trabalhadores, além de outros procedimentos.

Em relação à vacinação, a norma estabelece que a todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO e determina ações, tais como: sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente; o empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço; A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde; o empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível para a inspeção do trabalho; a vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual do trabalhador, previsto na NR-07; Deve ser fornecido ao trabalhador comprovante das vacinas recebidas.

Neste sentido, a NR 32 é considerada de extrema importância no cenário brasileiro, como legislação federal específica que trata das questões de segurança e saúde no trabalho do setor saúde, pois as normatizações existentes encontram-se fragmentadas em outras normas e resoluções que não foram construídas especificamente para tal finalidade. Acredita-se, assim, que mudanças benéficas sejam alcançadas com essa norma, pois a mesma preenche uma lacuna na forma legal com vistas a promover segurança no trabalho e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais na área da saúde (ROBAZZI; MARZIALE, 2004).

Portanto, essa norma será mais um instrumento jurídico para que os trabalhadores da saúde lutem por melhores condições de trabalho e melhor qualidade de vida ao invés de trocarem sua saúde pelo pagamento de percentuais de insalubridade e periculosidade, como

alternativa mais cômoda e que isenta o patronato de melhores investimentos na melhoria das condições no ambiente de trabalho.

3.5 A VACINAÇÃO EM TRABALHADORES DA SAÚDE

O serviço de saúde ocupacional e o de controle de infecção hospitalar desempenham um importante papel com relação à proteção e segurança dos profissionais de saúde diante das doenças transmissíveis no ambiente hospitalar. Portanto, a manutenção da imunidade a doenças infecciosas, através de vacinas, deve ser parte essencial nos programas de controle e prevenção de infecção para esses trabalhadores (MEDEIROS; MARINO, 2000).

A transmissão de diversos tipos de agentes virais (como HBV, HCV e HIV) e bacterianos (como *Mycobacterium tuberculosis*) já foi documentada após acidente perfurocortante, sendo o sangue humano uma das principais fontes de contágio. A via aérea representa outra forma importante de contágio, seja pela inalação de aerossóis, com o risco de aquisição de varicela, sarampo ou tuberculose, seja pela inalação de partículas maiores, associadas a doenças como difteria e doença meningocócica (CAVALCANTE; MONTEIRO; BARBIERI, 2003).

É bastante significativa a morbidade/mortalidade por doenças imunopreveníveis entre adultos. Pessoas que não tiveram doenças como difteria, tétano, caxumba, rubéola e sarampo na infância, e não receberam as doses adequadas de vacinas, continuam sob risco de adoecer e desenvolver complicações e seqüelas destas doenças. Além disso, a epidemiologia de hepatite por vírus A e B, gripe e doença pneumocócica, entre outras, sugere que os adultos e os idosos têm risco significativo de desenvolver essas doenças. O uso adequado das vacinas reduz o absenteísmo no trabalho, bem como todos os problemas relacionados ao controle de um surto de doença infecciosa que poderia ser prevenida pela imunização (REZENDE et al., 2002).

A vacinação em adultos, embora necessária, é frequentemente negligenciada. Um exemplo é que 90% dos casos de tétano acidental, em São Paulo, ocorrem entre adultos, apesar de a vacina ser eficaz e está disponível nos serviços públicos de saúde. Estima-se que ocorram 45 mil óbitos anuais no Brasil em adultos por doenças preveníveis por vacinas (LIMA, 2005).

Na vacinação do adulto, além do aspecto da prevenção pessoal pode coexistir, ainda, um caráter estratégico, ou seja, ela funciona como uma arma eficaz para prevenir a transmissão de certas doenças às crianças. Exemplo disso é a coqueluche, cujo registro em crianças com menos de seis meses vem crescendo em todo o mundo. Por não estarem

totalmente imunizados, estes bebês contraem a doença dos adultos portadores da bordetella pertussis (LIMA, 2005).

Por estarem mais expostos a certas doenças transmissíveis e dessa forma terem maiores probabilidades de se tornarem portadores crônicos, os profissionais de saúde devem estar adequadamente imunizados, além de, obviamente, utilizar corretamente as técnicas de proteção individual para minimizar os riscos de aquisição de doenças infecciosas. A vacinação adequada de profissionais de saúde diminui o risco de doença por diminuir o número de susceptíveis a doenças imunopreveníveis (CORTES, 2002; LIMA, 2005).

Dessa forma, Rezende et al. (2002) referem que a imunização ocupacional tem enorme relevância no sentido de reduzir a incidência de afastamentos por doenças, minimizando os riscos de infecção e garantindo qualidade de vida aos trabalhadores e sua família, através da diminuição significativa da morbidade e da mortalidade por doenças imunopreveníveis entre os mesmos.

Portanto, a vacinação do profissional de saúde tem basicamente dois objetivos: proteger o profissional de um risco aumentado de aquisição de doenças infecciosas e de criar, para o paciente, um ambiente livre de transmissão de doenças infecciosas; assim, protege-se tanto o profissional como o paciente dos riscos de infecção (SILVA, 2004).

Os programas de imunização custam somas consideráveis, mas não são tão caros quando comparados com os custos do tratamento das doenças infecciosas, contra as quais eles protegem. Dessa forma, ao analisar o custo benefício da vacinação ocupacional, chegamos à conclusão que a vacinação é a forma mais econômica de mantermos adultos e crianças saudáveis. Nestas estimativas, podemos incluir os custos incalculáveis do sofrimento e das vidas perdidas. Nesse sentido, os benefícios dos programas de imunização seriam, todavia, mais evidentes (REZENDE et al., 2002; BLOOM; CANNING; WESTON, 2005).

Os organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Centro para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e o Serviço de Segurança Ocupacional e Administração em Saúde (OSHA); e os nacionais, como os Ministérios da Saúde e do Trabalho, recomendam a imunização dos trabalhadores da saúde como forma de minimizar os riscos biológicos aos quais estão expostos esses profissionais no exercício cotidiano do seu trabalho.

No Brasil, as doenças cuja proteção com emprego de vacinas deve ser contemplada nos profissionais de saúde que trabalham nos hospitais, tanto nos recém-admitidos quanto em funcionários em atividades no momento da implantação do programa, são as seguintes: tétano, difteria, hepatite B, tuberculose, rubéola e sarampo. Também a proteção contra

caxumba e rubéola acaba sendo contemplada, como decorrência do uso prioritário da vacina tríplice viral para o controle do sarampo. Levando-se em conta a disponibilidade de recursos e a relação custo benefício, a influenza poderá eventualmente ser incluída entre as doenças do mencionado grupo, assim como as infecções meningocócicas e pneumocócicas, estas em situações muito especiais (ABREU; ALFREDO, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÃO, 2006).

Cortes (2002) afirma que a vacinação é a forma mais eficaz para a prevenção de certas doenças infecciosas de possível transmissão em ambiente hospitalar, tais como: hepatite B, varicela, sarampo, caxumba, rubéola, influenza e outras. Portanto, o programa de imunização de trabalhadores em instituições de saúde torna-se um instrumento importante nas atividades de biossegurança, minimizando assim os riscos presentes nas atividades dessa área.

Em publicações recentes do CDC – Guideline for infection control in health care personnel – seguindo as recomendações do Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) e do Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAT) recomendam-se a utilização de um programa de imunização para os profissionais de saúde, com o objetivo de controlar as infecções aos quais esses trabalhadores estão expostos. Entre as sugeridas estão às vacinas contra hepatites A e B, influenza, sarampo, caxumba, rubéola, varicela, tuberculose, doença meningocócica, poliomielite, raiva, tétano e difteria (CDC, 1997; 1998).

No Brasil, a Portaria do MTE nº 485, de 11 de novembro de 2005, preconiza que a todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO. No entanto, sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos aos quais os trabalhadores estão, ou poderão estar expostos, o empregador deverá fornecê-las gratuitamente.

A vacinação adequada visa assegurar e manter a imunidade, diminuindo o risco de os profissionais adquirirem ou transmitirem doenças imunopreveníveis e deve ser, portanto, parte essencial de programas de prevenção e controle de infecção. Outro fato de relevância, para justificar a maior preocupação quanto à vacinação dos profissionais de saúde, é o risco de reintrodução de patógenos com baixa prevalência em uma comunidade a partir de grupos populacionais susceptíveis, com maior risco de exposição a doenças transmissíveis, como é o caso desses profissionais (LIMA, 2005).

Nessa perspectiva, a vacinação ocupacional torna-se uma prática obrigatória nos serviços de saúde do Brasil, na qual os gestores devem torná-la prioritária como medida de

segurança e saúde para os trabalhadores e, indiretamente, para a sociedade de um modo geral. Basta, para isso, fazer cumprir a legislação em vigor por parte do patronato e também dos próprios trabalhadores, os quais são os maiores beneficiados nesse processo.

3.5.1 Vacina ocupacional contra tuberculose

O debate sobre a transmissão nosocomial da tuberculose ressurgiu nos anos 1990, motivado pelo aumento da prevalência da doença nos países desenvolvidos, instrumentalizado pelas técnicas de biologia molecular e associado à epidemia de Aids. O risco de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* entre profissionais da área de saúde já é há muito conhecido. Este risco relaciona-se à prevalência de tuberculose na região da instituição, ao perfil dos casos atendidos, à área de trabalho, ao grupo ocupacional, ao tempo de trabalho na área de saúde e às medidas de controle adotadas pela instituição (RESENDE, 2004).

Vários surtos de tuberculose de transmissão hospitalar foram descritos nos Estados Unidos, nos últimos anos, assim como a constatação do aumento do número de casos de tuberculose multirresistente às drogas. A partir dos dados expostos, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou uma normatização que visa orientar a conduta dos profissionais que trabalham em área de risco (enfermaria de AIDS, tuberculose, etc.) que não sejam reatores ao teste cutâneo de Mantoux – nódulo < 5 mm – ou reatores fracos – nódulos entre 5 e 9 mm. (AYUB; LOPES, 2003).

No Brasil é elevado o número de casos de tuberculose notificados, o que propicia um contato freqüente dos profissionais da área de saúde com a doença. Em diversos estudos nacionais, foi evidenciada uma elevada prevalência de infecção tuberculosa entre os profissionais de saúde, superior à da população geral. Outros estudos evidenciaram também uma alta taxa de viragem tuberculínica. Tem sido demonstrado em alguns estudos nacionais que, além do risco de infecção, o risco de adoecimento é superior ao da população em geral (RESENDE, 2004).

Adicionalmente, dados dos EUA referem que no mínimo 20 casos de tuberculose ocupacional ocorreram devido a cepas resistentes a múltiplas drogas, ocasionando nove óbitos, dos quais sete em profissionais também infectados pelo HIV. Em nosso meio, há também relatos de aquisição de tuberculose multirresistente entre profissionais de saúde, que geraram modificações na adoção de uso de equipamentos de proteção no fluxo de atendimento dos pacientes (CAVALCANTE; MONTEIRO; BARBIERI, 2003).

Diante disso, o Ministério da Saúde do Brasil através da Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária recomenda a aplicação da vacina BCG para profissionais com PPD não reator ou reator fraco ao teste tuberculínico e não imunodeprimidos, incluindo os profissionais admitidos nos serviços mencionados, com o objetivo de conferir maior proteção aos profissionais da área de saúde que exercem atividades em hospitais e instituições onde haja permanência de pacientes com tuberculose ou AIDS, expostos à infecção, (BRASIL, 1993; 2001; ABREU; ALFREDO, 2004).

3.5.2 Vacina ocupacional contra hepatite B

As hepatites virais representam ainda hoje um problema para saúde pública, em termos mundiais. No que tange à hepatite B, um terço da população mundial, aproximadamente 2 bilhões de pessoas, tem evidência sorológica passada ou presente desta infecção, com estimativa de 400 milhões de portadores do vírus. A prevalência mundial da infecção crônica pela hepatite B oscila entre 2% e 20%, na dependência do continente geográfico em questão, existindo correlação inversa entre o grau de desenvolvimento econômico do país e a endemicidade da hepatite (SILVA et al., 2003).

A transmissão nosocomial do VHB é um sério risco para os profissionais da saúde. Estima-se que, aproximadamente, 1000 profissionais tenham sido infectados em 1994 e que 100 a 200 profissionais de saúde morrem anualmente em decorrência da infecção por VHB adquirida no trabalho (CDC, 1998).

Nos Estados Unidos, cerca de 1,2 milhões de pessoas têm infecção pelo vírus da hepatite B crônica (VHB) e são fontes de transmissão do VHB a outros. Entretanto, desde o final da década de 1980, a incidência da hepatite B tem declinado consideravelmente, especialmente entre crianças vacinadas. Para caracterizar a epidemiologia da hepatite B nos Estados Unidos, o CDC analisou os dados nacionais de vigilância de doenças notificáveis para 1990-2002. Este relatório sumariza os resultados dessa análise, indicando que, durante o período 1990-2003, a incidência de hepatite B notificada declinou 67%. Este declínio foi maior entre crianças e adolescentes, indicando o efeito da vacinação infantil de rotina (MMWR, 2005).

Os casos notificados de infecção pelo HBV representam apenas uma fração de casos que ocorrem atualmente. Estimativas mais acuradas da magnitude da infecção pelo HBV são derivadas de áreas de vigilância clínica e sorológica intensiva para hepatite. Os dados oriundos dessas áreas sugerem que mais de 100.000 pessoas se tornam infectadas pelo HBV a

cada ano nos Estados Unidos. Uma estimativa de 1-1.25 milhões de pessoas estão cronicamente infectadas pelo HBV, e mais de 10.000 novas pessoas se tornam cronicamente infectadas a cada ano (CDC, 1997).

No Brasil, os dados observados no centro de Referência Nacional para Hepatites Virais, do Departamento de Virologia da Fundação Oswaldo Cruz, indicam a incidência anual em torno de 22% de casos agudos de hepatite B atendidos ao longo dos últimos seis anos, sendo a frequência maior (63%) na faixa de 21 a 40 anos que, somados aos portadores crônicos, compõem o reservatório de vírus na população (YOSHIDA, 1996).

Portanto, o Brasil é considerado região endêmica intermediária, a julgar pela presença de marcadores sorológicos da infecção e pela quantidade de portadores crônicos do vírus. Considerando a presença do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg), estima-se que 3% da população nacional sejam portadores crônicos do vírus, ou seja, 2 milhões de indivíduos infectados. A região amazônica tem índices de infecção alarmantes, com prevalência de portadores crônicos, variando entre 5% a 15%, comparados os mais altos do mundo (SILVA et al., 2003).

A hepatite B é a doença mais frequente entre as hepatites infecciosas, sendo a nona causa de mortalidade no mundo (1,5 milhões de óbitos por ano). Por ser considerado um importante problema de saúde pública, é preconizada, no Brasil, pelo Ministério da Saúde, em seu Manual de Condutas a Exposição Ocupacional a Material Biológico, a vacinação contra o vírus da hepatite B (HBV) em profissionais de saúde. O risco de aquisição, após acidente com material perfurocortante, contendo sangue de paciente com HBV varia de 6 a 30%, se nenhuma medida profilática for adotada. O uso de vacina contra HBV ou imunoglobulina específica reduz o risco de aquisição do HBV em 70 a 75% (CAVALCANTE; MONTEIRO; BARBIERI, 2003).

Os profissionais de saúde representam um dos mais importantes grupos de risco para infecção pelo vírus da hepatite B, a qual é considerada uma das mais prevalentes infecções ocupacionais adquiridas em ambiente hospitalar. Profissionais incompletamente ou não imunizados adequadamente apresentam maiores riscos de contaminação, com índices 30 vezes superiores aos da população em geral (SILVA et al., 2003; CDC, 1998).

Segundo os dados de 1986 do CDC de Atlanta, nos Estados Unidos, onde a vigilância para esta doença tem papel preponderante, cerca de 300.000 casos de hepatite B ocorriam anualmente. Deste total, 12.000 casos (4%) eram atribuídos aos profissionais de saúde, como consequência de exposição ocupacional ao vírus. Estes dados demonstram que a infecção pelo

HBV é um fator de maior risco ocupacional na área da saúde, contudo, é um dos poucos que pode ser prevenido e controlado através de vacinas seguras e eficazes (YOSHIDA, 1996).

O risco de transmissão do vírus da hepatite B (HBV) aos profissionais da área de saúde é cerca de três a cinco vezes maior que na comunidade. A infectividade do HBV depende do título do vírus na amostra infectante e da presença ou não do antígeno específico (HBsAg): varia de 2%, quando o indivíduo é HBsAg negativo e a 40%, quando é HBsAg positivo (RESENDE, 2004; ABREU; ALFREDO, 2004). No entanto, dados do CDC (1997) apontam que nos Estados Unidos, após a adequada imunização, a infecção nos profissionais de saúde caiu em aproximadamente 50% e que as taxas de incidência de hepatite B entre os mesmos estão menores que na população em geral, apresentando declínio de 95%.

O sangue é o material biológico que tem a maior quantidade do vírus da hepatite B (HBV), representando o principal responsável por sua transmissão nos serviços de saúde. O HBV também é encontrado em vários outros materiais biológicos, incluindo leite materno, líquido biliar, líquido, fezes, secreções nasofaríngeas, saliva, suor e líquido articular, mas a maior parte deles não é um bom veículo para a transmissão viral. Uma das principais medidas de prevenção de hepatite B é a vacinação pré-exposição, indicada para todos os trabalhadores da área de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2006).

No Brasil, é provável que altas taxas de soroconversão estejam ocorrendo, já que, em algumas categorias de profissionais de saúde, apesar de recomendada desde o início dos anos 1990, a proporção de vacinação contra hepatite B é inferior a 50%. Os principais motivos pelos quais esses profissionais não são vacinados estão vinculados especialmente à falta de informação sobre os riscos ocupacionais e os benefícios envolvidos com a vacinação (RAPPARINI; CARDO, 2004).

A vacina anti-hepatite B é produzida por engenharia genética, tem poucos efeitos colaterais e uma eficácia superior a 90%. São recomendadas três doses nos intervalos de zero, um e seis meses. Deve ser feito o controle dos níveis de anti-HBs, sendo considerado protetor um título superior a 10 UI/ml. Caso não se verifique este valor, deve-se revacinar seguindo o mesmo esquema, obtendo-se resposta em 30-50% dos casos (BRASIL, 2001; RAPPARINI; CARDO, 2004).

A vacina contra a hepatite B está disponível comercialmente desde 1981 e começou a ser oferecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde do Brasil desde 1997. Consiste de partículas purificadas e inativadas do antígeno Austrália, que podem ser obtidas diretamente do plasma de portadores crônicos do vírus da hepatite B, após várias passagens químicas ou, mais recentemente, através de leveduras, pela técnica do DNA recombinante. A primeira,

apesar de sua eficácia comprovada, caiu em desuso pelo alto custo e, principalmente, pelo medo do risco, hoje injustificado, de ocorrer transmissão do vírus da imunodeficiência humana (AYUB; LOPES, 2003).

Assim, a vacinação rotineira está indicada a todos os profissionais com risco potencial de acidentes com sangue e/ou seus derivados. A legislação trabalhista já prevê a obrigatoriedade desta imunização em profissionais de saúde dos Estados Unidos, após a implantação dos programas de imunização. No Brasil, a legislação, através da norma regulamentadora 32 aprovada em novembro de 2005, também prevê a obrigatoriedade desta vacina aos profissionais de saúde (CDC, 1998; BRASIL, 2005).

A duração da proteção é de pelo menos 15 anos, especulando-se a possibilidade de se dispensar dose de reforço. Não há necessidade de se realizar, rotineiramente, uma triagem sorológica pré-vacinação em pessoas com risco ocupacional, uma vez que a relação custo benefício é muito alta. A literatura médica recente vem sugerindo a prescrição de uma quarta dose, em caso de resposta inadequada à vacinação completa, com títulos de anti-HBsAg menores que 10 mUI/mL ou em casos de acidentes com perfurocortante, em indivíduos que desconhecem seu "status vacinal" após a série completa (AYUB; LOPES, 2003).

Entendemos, portanto, que a prevenção e o controle da infecção ocupacional pela hepatite B e suas complicações, como a cronicidade, a cirrose e o hepatocarcinoma, se fazem através da vacinação, sendo o ideal e mais seguro a profilaxia pré-exposição. Torna-se imprescindível que todos os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, sejam sensibilizados quanto à importância dessa e de outras vacinas ocupacionais para sua segurança e qualidade de vida.

3.5.3 Vacina ocupacional contra difteria e tétano

Os trabalhadores da área de saúde não têm risco aumentado de desenvolver tétano e difteria em comparação com a população geral; dessa forma, devem receber rotineiramente uma dose da vacina dupla do tipo adulto (dT) a cada dez anos. Caso o passado vacinal do funcionário seja desconhecido, ou o mesmo esteja com a vacinação básica incompleta, administram-se três doses de vacina dupla do tipo adulto, conforme esquema recomendado pelo Programa Nacional de Imunização. Na maioria dos hospitais brasileiros, esta atividade é atribuída às Comissões de Infecção Hospitalar ou serviços de saúde ocupacional (AYUB; LOPES, 2003; ABREU; ALFREDO, 2004).

3.5.4 Vacina ocupacional contra rubéola, sarampo e caxumba.

Vários surtos de rubéola em ambiente hospitalar foram relatados na literatura médica, porém, a rubéola atinge preferencialmente crianças e adolescentes, tem evolução benigna, às vezes subclínica, evidenciando-se maior sintomatologia quando atinge adultos, a exemplo do que acontece com sarampo e caxumba. Suas complicações mais graves são os abortos espontâneos e as malformações fetais de variada gravidade (AYUB; LOPES, 2003; ABREU; ALFREDO, 2004).

No Brasil foram notificados, em 1991, 1.788 casos de sarampo, sendo 668 em profissionais de saúde; destes, 561 não eram vacinados, 187 foram hospitalizados e três morreram. De 1992 a 1995, notificaram-se 3.659 casos, dos quais 13,9% ocorreram em dependências de hospitais (ABREU; ALFREDO, 2004).

Como só recentemente a vacina contra rubéola passou a fazer parte do calendário oficial de vacinação no Brasil, associada à vacina contra caxumba e sarampo, a grande maioria dos adultos não chegou a receber esta imunização, possuindo anticorpos protetores apenas aqueles que tiveram exposição natural ao vírus selvagem. Dessa forma, as mulheres, profissionalmente atuantes na área de saúde, estão potencialmente expostas a um risco maior de adquirir a infecção, principalmente aquelas que atuam nas enfermarias de Pediatria: adicionalmente, há risco da concomitância da infecção com gravidez (AYUB; LOPES, 2003).

Dessa forma, assegurar a imunidade entre todos os profissionais de saúde (homens e mulheres) é o meio mais eficaz de eliminar a transmissão nosocomial da rubéola, através da vacina tríplice viral que deve ser recomendada para aqueles trabalhadores que não têm evidência laboratorial de imunidade contra a rubéola (CDC, 1998).

Em relação ao sarampo e à caxumba, inúmeros surtos em profissionais de saúde foram descritos nos Estados Unidos, antes do início da vacinação universal com a vacina tríplice viral na infância. O risco de aquisição de sarampo está estimado em 13 vezes maior que na população geral. Apesar de serem doenças praticamente extintas, falhas primárias, após a vacinação, são responsáveis por casos isolados. A vacinação universal proporcionou, nos Estados Unidos, uma redução de 95% no potencial de transmissão intra-hospitalar da rubéola; entretanto, estima-se de 10% a 15% de adultos suscetíveis naquele país (AYUB; LOPES, 2003).

A vacina tríplice viral é indicada aos profissionais da área da saúde, com a finalidade de prevenir novos casos de sarampo, caxumba e rubéola, evitando-se surtos e epidemias que podem manter o vírus selvagem circulante. Atenção especial deve ser dada às mulheres que

trabalham em hospital, as quais não tiveram a doença e/ou apresentam teste sorológico negativo, mesmo aqueles profissionais que já tenham tomado a primeira dose na infância (ABREU; ALFREDO, 2004).

3.5.5 Vacina ocupacional contra influenza

As infecções respiratórias virais são problemas comuns nos serviços de saúde, tanto nos setores de atendimento a pacientes agudos, como em unidades de pacientes crônicos. Essas infecções podem ser causadas por um grande número de vírus, destacando-se que a infecção nosocomial pelo vírus influenza contribui para importante morbidade/mortalidade entre os profissionais de saúde e os pacientes (RAPPARINI; CARDO, 2004).

Nos Estados Unidos, o CDC considera prioritária a vacinação contra influenza a todos os profissionais da saúde, principalmente àqueles que trabalham em unidades de intervenção de cardiopatas, pneumopatas e em locais fechados de atendimento a doentes críticos (UTI). A vacina deve ser administrada anualmente, uma vez que se observa queda na imunidade produzida após seis meses da vacinação. Além disso, o vírus da gripe sofre mutações que determinam mudança nos subtipos circulantes na população e a imunidade obtida é específica de sorotipo (AYUB; LOPES, 2003; ABREU; ALFREDO, 2004).

A vacinação de trabalhadores da saúde contra influenza é importante para a redução da transmissão entre esses profissionais e os pacientes, especialmente aqueles que apresentam problemas de alto risco, como os cardiopatas, pneumopatas e diabéticos, pois além de reduzir o absenteísmo durante os surtos em hospitais e outros estabelecimentos de atenção à saúde, também previne a força de trabalho na assistência à saúde durante os períodos de surto (RAPPARINI; CARDO, 2004; CDC, 2005).

3.5.6 Vacina ocupacional contra a varicela

A varicela é uma doença infecciosa aguda, altamente transmissível, causada pelo vírus varicela-zóster (VVZ). A doença é mais comum em crianças entre um e dez anos, porém, pode ocorrer em pessoas susceptíveis de qualquer idade. Na maioria das vezes, principalmente em crianças, a doença evolui sem conseqüências mais sérias. Contudo, a varicela pode ter evolução grave e até causar o óbito, sendo consideravelmente maior o risco quando ocorre em adultos e pessoas com imunodeficiência. A taxa de letalidade, que em crianças saudáveis é de 2 para cada 100.000 casos, é de 15 a 40 vezes maior em adultos. A

infecção confere imunidade permanente, embora o sistema imunológico não seja capaz de eliminar o vírus (CASTIÑEIRAS; PEDRO; MARTINS, 2006).

A doença pode ser evitada através da utilização da vacina contra a varicela. Os países que adotaram a vacinação sistemática das crianças contra a varicela observaram uma queda significativa do número de casos e de óbitos. Nos Estados Unidos, antes da vacina estar disponível, ocorriam por ano aproximadamente 11 mil hospitalizações e cerca de 100 óbitos devido à varicela. No Brasil, a varicela não é uma doença de notificação compulsória e os dados existentes são esparsos e pouco representativos (CASTIÑEIRAS; PEDRO; MARTINS, 2006).

A transmissão nosocomial do VVZ é reconhecida e as fontes de exposição no ambiente hospitalar incluem pacientes, profissionais de saúde e visitantes, as quais podem desencadear um surto intra-hospitalar da doença, colocando em risco adultos e crianças susceptíveis ou com maior risco de desenvolver a forma severa da doença e suas complicações secundárias (CDC, 1998).

Inúmeros surtos de varicela intra-hospitalar foram notificados na literatura. O indivíduo exposto a um caso de varicela deve ser afastado do trabalho por 21 dias após o contato, o que torna esse funcionário extremamente oneroso para a instituição. Além disso, a gamaglobulina hiperimune contra varicela-zóster é muito cara, não garante proteção total do indivíduo e, muitas vezes, aumenta o período de incubação da doença e, conseqüentemente, seu afastamento do trabalho (AYUB; LOPES, 2003; ABREU; ALFREDO, 2004).

O VVZ é a causa de duas doenças: varicela (catapora), que é a infecção primária, e zóster, uma infecção secundária, causada pela reativação de VVZ latente. Devido à alta contagiosidade do VVZ, praticamente todas as pessoas se infectam, principalmente nos primeiros anos de vida. Acredita-se, por isso, que o número anual de casos corresponde ao de uma corte anual de nascimentos, ou seja, aproximadamente 3,3 milhões de casos por ano, no Brasil (OSELKA, 2006).

Nos Estados Unidos, entre 1990 e 1994, menos de 5% dos casos de varicela ocorreram entre adultos com mais de 20 anos, mas eles respondem por 55% das mortes relacionadas à varicela. Certamente existem pessoas com maior risco de desenvolver a forma grave da doença e suas complicações, tais como: mulheres grávidas, bebês prematuros ou de baixo peso e pacientes imunodeprimidos (CDC, 1998).

Todos os profissionais susceptíveis no setor de saúde estão sob risco de adquirir varicela e as suas complicações; portanto, é recomendável que somente os que tenham imunidade comprovada contra a doença cuidem dos pacientes internados por varicela-zóster.

Alguns autores também recomendam a vacinação desses profissionais sem a indicação de triagem sorológica prévia, enquanto outros discutem a realização de sorologia e a vacinação somente dos que apresentam resultados negativos, porém, se levarmos em consideração a relação custo benefício, a sorologia é desnecessária (AYUB; LOPES, 2003; RAPPARINI; CARDO, 2004; ABREU; ALFREDO, 2004).

A vacina contra a varicela é produzida com vírus vivo atenuado, sendo disponível desde os anos 1990. Ela oferece 70% de proteção contra a infecção e 95% contra os casos graves da doença pelo período de sete a dez anos (RAPPARINI; CARDO, 2004).

Embora a vacina contra varicela não seja oferecida no calendário de rotina do Ministério da Saúde, a mesma é oferecida, gratuitamente, como vacina especial para grupos específicos nos Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) e tem como indicações, entre outras, os profissionais de saúde. O ACIP recomenda enfaticamente a vacinação de adolescentes e adultos suscetíveis, entre os quais, pessoas que têm contato freqüente com pacientes de alto risco para desenvolver complicações graves, como os profissionais de saúde, comunicantes e familiares de pacientes imunodeprimidos (BRASIL, 2003; CDC, 1998).

É importante lembrar que as normas para a imunização dos profissionais de saúde nos hospitais e locais afins deverão ser estabelecidas em programas específicos elaborados pela CCIH e/ou pelos serviços de saúde ocupacional, sempre levando em conta as peculiaridades da instituição, sua estrutura, seu funcionamento aprovado pela direção e pela comissão de ética do hospital, assim como das entidades representativas dos trabalhadores da saúde, que deverão ser consultados durante o planejamento do programa e sua implantação (ABREU; ALFREDO, 2004).

Entretanto, Santos et al. (2006) afirmam que a imunização deve ser parte essencial dos programas de controle de infecção em saúde ocupacional, pois asseguram ao trabalhador da área de saúde a redução nos riscos de aquisição de doenças imunopreveníveis, bem como redução no número de indivíduos e profissionais suscetíveis, diminuindo assim o risco de transmissão de doenças dos profissionais aos pacientes e vice-versa.

“Sustento que o sentimento cósmico religioso é o mais nobre motivo para a pesquisa científica.”
Einstein



4 Percurso Metodológico

“Uma visão sem ação é somente um sonho. Uma ação sem visão é apenas um passatempo. Uma visão com ação pode transformar o mundo.”

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa trata de um estudo exploratório/descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa, que teve como objetivo geral analisar as concepções e as práticas dos trabalhadores de enfermagem sobre a relação entre vacinação e biossegurança.

A abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2002), trabalha com a profundidade das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à quantificação. A integração das análises quantitativas e qualitativas dará um caráter de complementaridade à análise que, segundo Polit; Beck e Hungler (2004), a combinação de dados quantitativos e qualitativos em um único projeto possibilita essa complementaridade, representando palavras e números – as duas linguagens fundamentais da comunicação humana.

O método qualitativo é utilizado para todas as técnicas de análise de conteúdo para classificar com precisão dados sociais, baseados na presença ou ausência de alguma qualidade ou características, respondendo à questão como; enquanto o método quantitativo focaliza em termos de grandeza ou quantidade do fator presente em uma situação, respondendo à questão quanto (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A questão relacionada à situação vacinal e biossegurança envolve todos os trabalhadores dos serviços de saúde, porém optamos por estudar como se estabelece esse fenômeno entre os trabalhadores de enfermagem dos diferentes níveis de formação (médio e superior) que exercem suas atividades em um hospital de referência estadual em doenças infectocontagiosas.

O hospital, campo deste estudo, é o único de referência em doenças infectocontagiosas no Estado, além de ser um hospital público modelo no atendimento integral aos usuários do SUS e tem como princípio o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva. A equipe de enfermagem conta com 191 profissionais de enfermagem sendo: 38 enfermeiros, 149 auxiliares e 04 técnicos em enfermagem.

Constituíram-se como colaboradores da pesquisa os profissionais de enfermagem: enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem, que atenderam aos critérios de inclusão: ser trabalhador de enfermagem há pelo menos 01 ano, aceitar participar do estudo voluntariamente e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O presente estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, protocolo nº 036/06 (ANEXO A), oportunidade em que recebeu aprovação e liberação para início da pesquisa de campo.

A seleção das colaboradoras se deu a partir da definição de colônia que, de acordo com Meihy (2002), ocorre pelos traços que ligam a trajetória das pessoas de uma comunidade; após a delimitação da colônia, foi estabelecida uma rede, que dirigiu os parâmetros que definiram as pessoas que foram entrevistadas.

Nessa perspectiva, solicitamos a autorização, por escrito, da instituição representada pela diretora, pela chefia de recursos humanos e chefia da divisão de enfermagem (ANEXOS B, C e D). Solicitamos ainda a participação de todos os profissionais de enfermagem que atendessem aos critérios de inclusão através da assinatura dos mesmos no TCLE. Foram entrevistados 22 trabalhadores de enfermagem, sendo cinco enfermeiras, três auxiliares e quatorze técnicos em enfermagem.

Utilizamos como técnica, a entrevista com roteiro semi-estruturado que, de acordo com Triviños (1987), esse instrumento é adequado para estudar os processos e produtos pelos quais está interessado o investigador qualitativo, pois, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

O instrumento utilizado na pesquisa foi um roteiro de entrevista individual (APÊNDICE B), elaborado previamente, considerando os critérios de viabilidade e características da população alvo, constando de questões norteadoras que abordaram os temas de interesse para o estudo. O mesmo foi avaliado e submetido a teste prévio para identificação de erros e possíveis reformulações.

A coleta de informações iniciou-se após contato prévio com os profissionais selecionados, momento em que os mesmos receberam informações sobre o estudo e seus objetivos, solicitando o seu envolvimento e o melhor horário e local para a realização das entrevistas. Sua participação foi voluntária sendo garantido o sigilo e anonimato das informações através da leitura e assinatura do TCLE e da autorização, por parte dos entrevistados, do uso do gravador durante as entrevistas, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE A).

Escolhemos nomes de pedras preciosas para substituir os nomes reais dos entrevistados, garantindo assim seu anonimato. Justificamos sua pertinência, considerando que o trabalho de pesquisa, a forma de escuta que facilitou a narrativa e a construção das análises, tem muito de um trabalho de garimpagem, quando conseguimos descobrir preciosidades em meio a terra.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, no período de agosto a setembro de 2006, com a utilização de um gravador portátil e anotações no próprio roteiro de entrevista, que serviu como caderno de campo.

De acordo com Meihy (2002), após a realização das entrevistas, procedeu-se a *transcrição* das mesmas, processo no qual ocorre a mudança da gravação oral para o código escrito. Este processo se dá com a escuta detalhada e criteriosa em que as falas são escritas na íntegra, tal como narradas pelos entrevistados; em seguida foi realizada a *textualização*, etapa na qual foram corrigidos os erros gramaticais e retiradas as palavras sem peso semântico, tornando o texto mais claro. Nesse momento, o texto passa a ser predominantemente da colaboradora, e, por fim, a *transcrição*, etapa em que o texto foi recriado em sua plenitude, com a interferência da autora.

Em seguida foi realizada a conferência das entrevistas pelos entrevistados, momento em que, conforme Meihy (2002), depois de trabalhado o texto, a autora entrega a versão às colaboradoras a fim de obter a sua autorização para publicação ou mudanças no texto, se for o caso.

Terminado todo esse processo, iniciamos a análise das informações que, de acordo com as abordagens, procedemos de forma diferente, porém integrada e contínua.

Na abordagem quantitativa, as informações foram analisadas estatisticamente e apresentadas em forma de tabelas e gráficos para caracterizar os trabalhadores e os aspectos relacionados à situação vacinal dos mesmos.

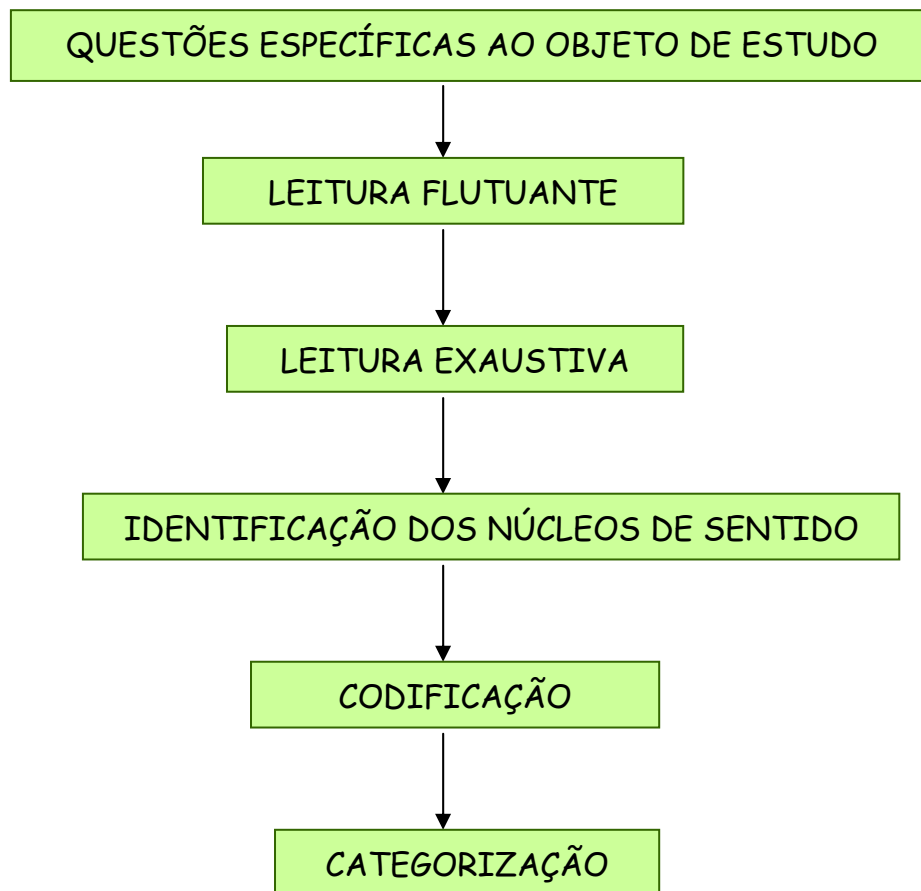
Na abordagem qualitativa, as informações serão analisadas através do método de *análise de conteúdo*, definida por Bardin (1977) como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para tanto, elegemos a modalidade *Análise Temática*, pois, de acordo com Minayo (2004), ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo. Assim, seguimos as etapas no processo de análise de conteúdo, sugeridas por Minayo (2004) e Triviños (1987), cujo objetivo consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado.

No sentido de operacionalizar o método da *análise temática*, observamos o que recomenda Minayo (2004). Na fase de pré-análise, fizemos à transcrição literal das entrevistas e a leitura flutuante que nos possibilitaram um contato exaustivo com o material para que, ao

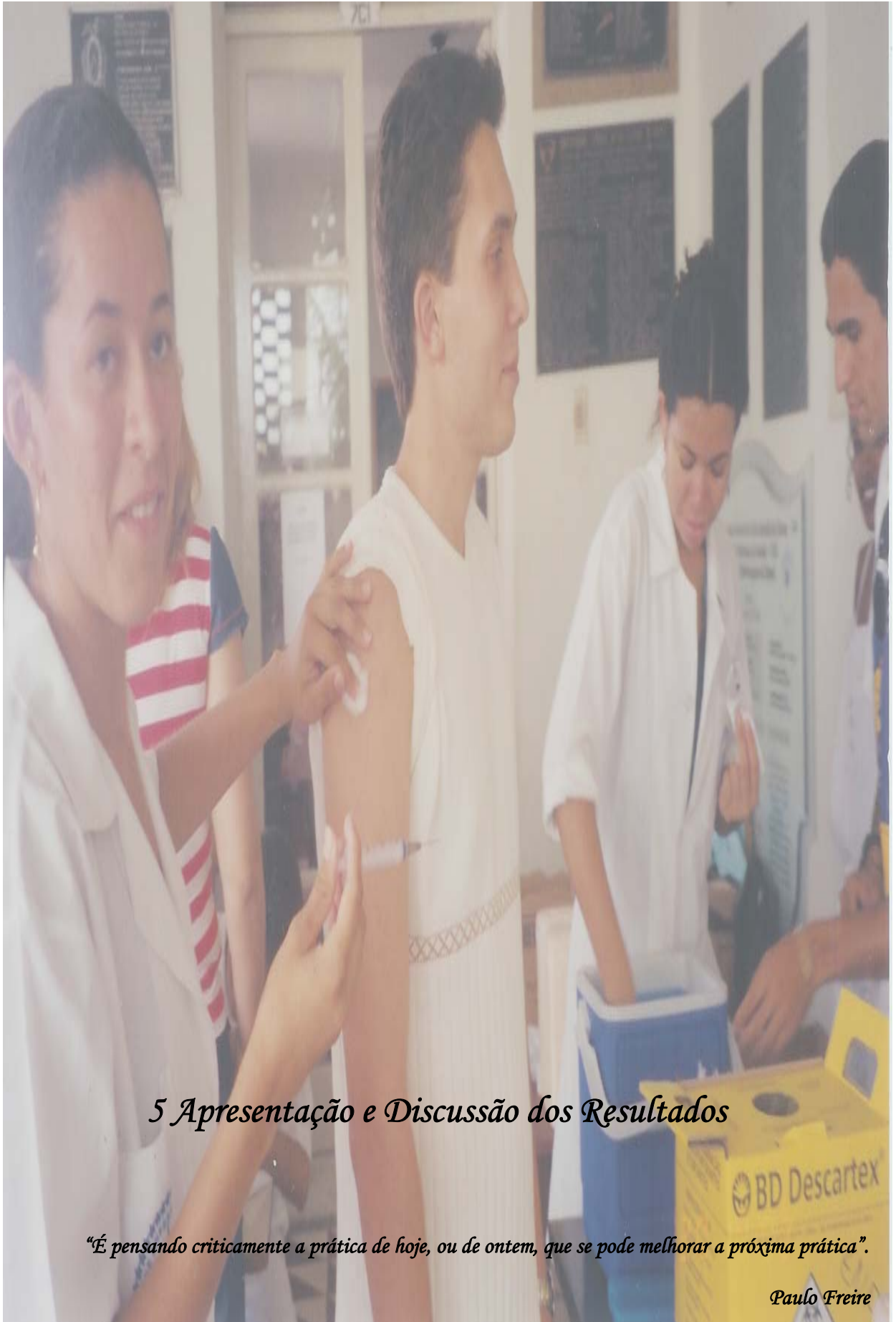
nos depararmos com sua estrutura, nos permitisse descobrir orientações para a análise das informações.

Posteriormente, fizemos a categorização das mensagens através de agrupamento (frases, idéias, expressões), o que nos permitiu utilizar frases temáticas de acordo com as várias leituras e o surgimento de categorias empíricas, a modalidade de codificação e os conceitos mais gerais que orientam a análise.



Dessa forma, chegamos à agregação das informações, obtendo-se como categorias empíricas: Riscos: concepções e vivências cotidianas; acidente de trabalho: convivendo e lidando com os riscos; uso de equipamento de proteção individual (EPI): a busca da proteção aos riscos; Vacinação ocupacional: significados e valores atribuídos e Vacinação ocupacional: consciência ou obrigação?

A análise foi realizada a partir das categorias empíricas advindas do processo de análise do material de campo, medida através de inferências e interpretações baseadas nos autores estudados no referencial teórico da pesquisa.



5 Apresentação e Discussão dos Resultados

“É pensando criticamente a prática de hoje, ou de ontem, que se pode melhorar a próxima prática”.

Paulo Freire

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 O CONTEXTO DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada em um hospital público de referência em doenças infectocontagiosas do Estado do Rio Grande do Norte, o Hospital Giselda Trigueiro.

A escolha desta unidade de saúde se justifica por ser o único hospital de referência em doenças infectocontagiosas do Estado, além de ser um hospital público modelo no atendimento integral aos usuários do SUS e ter como princípio o compromisso de prestar assistência universal, equânime, contínua e resolutiva.

O Hospital Giselda Trigueiro foi inaugurado em 1950, na época denominado Hospital Getúlio Vargas, período em que atendia apenas a portadores de Tuberculose. Passou então a atender a casos de urgência, dermatologia, pneumologia, pediatria e como ambulatório. Conta ainda com as especialidades no tratamento da AIDS, hepatite, hanseníase, tuberculose, tétano, calazar, doença de Chagas e dengue. Entre as suas atividades, destacam-se o atendimento especializado a pessoas “Convivendo com a Aids”, humanização hospitalar, visita domiciliar, medicina ocupacional e o Hospital Dia. Este último foi implantado no ano 2003, destinado aos portadores do vírus HIV. Através do Hospital Dia, o Giselda Trigueiro atende a casos, em uma unidade específica, onde o paciente fica internado somente durante o dia ou comparece ao hospital diariamente apenas para tomar a medicação que necessita de observação médica. O seu serviço de Vigilância Epidemiológica funciona desde 1980 e chega, atualmente, a realizar cerca de 2.000 notificações por ano em suas detecções, que são registradas pelo Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN), tornando-se o pioneiro na utilização desse sistema.

O hospital conta atualmente com 94 leitos, funcionando sendo 07 leitos em U.T.I, 05 no Hospital Dia, 27 no setor Misto I, 17 no setor Misto II, 25 em pneumologia e 10 no SAU, incluindo-se nestes números, os leitos de isolamento. O hospital possui ainda uma sala para pequenas cirurgias. São realizadas, em média, 6.500 atendimentos por mês.

No momento da realização da pesquisa, esse hospital passava por uma reforma no pronto-socorro e em outros setores do hospital. Essa reforma irá proporcionar uma melhoria no atendimento e no ambiente de trabalho, considerando que os leitos do hospital, que hoje correspondem a 94 leitos, passarão para 128 leitos, ocasião em que será reaberto o setor de pediatria com 25 leitos.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO: QUEM SÃO E O QUE FAZEM.

Participaram do estudo vinte e dois (22) trabalhadores de enfermagem, sendo 05 enfermeiras, 14 técnicos em enfermagem e 03 auxiliares de enfermagem. Os profissionais entrevistados foram caracterizados através de variáveis distribuídas em gráficos e tabelas, apresentados a seguir.

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS 22 PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ENTREVISTADOS, SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS, NATAL/2006.

VARIÁVEIS	CATEGORIA PROFISSIONAL							
	ENFERMEIRO		TÉCNICO		AUXILIAR		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
SEXO								
MASCULINO	-	-	02	9,0	-	-	02	9,0
FEMININO	05	22,7	12	54,5	03	13,6	20	91,0
FAIXA ETÁRIA								
30 – 39 ANOS	-	-	03	13,6	-	-	03	13,6
40 – 49 ANOS	05	22,7	09	41	03	13,6	17	77,3
+ 50 ANOS	-	-	02	9,0	-	-	02	9,0
ESCOLARIDADE								
ENSINO FUNDAMENTAL	-	-	-	-	01	4,5	01	4,5
ENSINO MÉDIO	-	-	13	59,1	02	9,0	15	68,1
GRADUAÇÃO	02	9,0	01	4,5	-	-	03	13,5
PÓS-GRADUAÇÃO	03	13,6	-	-	-	-	03	13,6
ESTADO CIVIL								
SOLTEIRO	03	13,6	06	27,3	01	4,5	10	45,4
CASADO	01	4,5	07	31,8	-	-	08	36,4
OUTROS	01	4,5	01	4,5	02	9,0	04	18,0

Fonte: Roteiro de entrevista

Dos 22 entrevistados, a maioria (91%) é do sexo feminino. Este dado confirma os estudos (BEZERRA, 2000; MEDEIROS, 2000; MACÊDO, 2006) que vêm demonstrando ser este gênero ainda predominante na categoria de enfermagem. Destaca-se ainda uma equivalência entre os profissionais solteiros e casados. Constata-se que a maioria (77,3%) está

na faixa etária entre 40 e 49 anos de idade e 45,5% têm entre 21 e 30 anos de profissão, o que caracteriza profissionais adultos de meia idade, considerada idade economicamente ativa (IEA).

Em relação à escolaridade, observamos que a maioria (68,2%) tem o ensino médio contemplando a escolaridade mínima exigida para a categoria de técnico em enfermagem. Esta categoria correspondeu à maioria dos trabalhadores entrevistados (63,6%). Destaca-se ainda a presença de auxiliares entre os trabalhadores de enfermagem, o que demonstra a necessidade de complementação na qualificação desses profissionais, visando a ascensão funcional da categoria de auxiliar para técnico em enfermagem, contribuindo assim para a melhoria da qualidade da assistência prestada pelos mesmos.

A presença de auxiliares de enfermagem nas instituições de saúde se deve ao fato de não haver incentivo quanto à melhoria salarial no caso da ascensão funcional dos mesmos para a categoria de técnico em enfermagem, o que, de acordo com Farias, Mauro e Zeitoune (2005), tem ocasionado nesses profissionais sentimentos negativos, tais como: frustração, insatisfação e desmotivação para o trabalho, interferindo, assim, diretamente na saúde destes profissionais. Neste sentido, o incentivo ao desenvolvimento do potencial destes trabalhadores, através da ascensão funcional, traria uma contribuição positiva para a saúde dos mesmos.

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DOS 22 PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ENTREVISTADOS, SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS DADOS OCUPACIONAIS, NATAL/2006.

VARIÁVEIS	CATEGORIA PROFISSIONAL							
	ENFERMEIRO		TÉCNICO		AUXILIAR		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
TEMPO DE PROFISSÃO								
05 – 10 ANOS	-	-	04	18,2	-	-	04	18,2
11 – 20 ANOS	03	13,6	05	22,6	-	-	08	36,4
21 – 30 ANOS	02	9,0	05	22,6	03	13,6	10	45,4
TIPO DE VÍNCULO								
ESTATUTÁRIO	05	22,6	12	54,5	02	9,0	19	86,4
CELETISTA		-	02	9,0	01	4,5	03	13,6
ESCALA EXTRA	02	9,0	10	45,4	01	4,5	13	59,0
OUTRO EMPREGO	01	4,5	-	-	01	4,5	02	9,0

Quanto ao tempo de exercício profissional, constatamos que 45,4% dos respondentes têm acima de 20 anos de profissão, o que demonstra que a maioria tem considerável experiência profissional. Essa realidade vem se tornando muito comum no serviço público, pois a estabilidade entre os profissionais do setor público permite que o trabalhador permaneça mais tempo nesse setor do que no privado. Além disso, nos últimos anos, a Secretaria Estadual de Saúde não tem realizado concurso público, motivo que tem contribuído significativamente para o estabelecimento desse quadro. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Farias, Mauro Zeitoune (2005) e Macêdo (2006).

Ao serem indagados sobre o tipo de vínculo empregatício, constatamos que 59% dos profissionais entrevistados atuam em uma segunda escala de trabalho e 9,0% mantêm outro emprego. Ressaltamos, entretanto, que, dos profissionais que atuam em outro emprego, somente um apresenta vínculo formal de contratação trabalhista. Esse quadro reflete o trabalho precarizado, comumente presente entre os trabalhadores na atualidade, que, de acordo com Macêdo (2006), necessitam de uma complementação no orçamento familiar, exigindo que muitos trabalhadores busquem outros vínculos ou uma escala extra de trabalho em que os direitos trabalhistas, estabelecidos legalmente na escala de trabalho normal, são suprimidos. De acordo com Medeiros e Rocha (2004), essa situação reflete a deterioração das condições de trabalho e a fragilização dos vínculos empregatícios, além da estratégia de multiemprego por parte da força de trabalho. Isso ocorre como forma de compensar as perdas salariais, tornando o trabalho em enfermagem polivalente, desgastante, intenso e estressante. E, ainda, conforme Veras (2003), a situação política e econômica em que se encontra o país, atualmente, ocasionam uma desvalorização dessa categoria, em que os baixos salários têm influenciado o multiemprego e o acúmulo de horas extras.

Segundo Farias, Mauro e Zeitoune (2005), estes achados são de grande importância, considerando que o exercício de múltiplos empregos influi diretamente na saúde do profissional, tanto do ponto de vista fisiológico quanto psicológico. Verifica-se um prejuízo no que se refere ao tempo que o trabalhador teria para repor as suas energias, necessitando de restabelecer-se para a jornada seguinte, pois daí decorre uma propensão maior à fadiga e ao estresse no trabalho, desgastes estes que podem ocasionar sérios riscos, como acidentes de trabalho e agravos à saúde, caracterizando uma situação paradoxal, ou seja, o trabalhador promove a saúde, enquanto filosofia profissional e institucional, sem levar em conta a própria saúde no trabalho.

5.3 RISCOS: CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS COTIDIANAS

Cada categoria profissional tem suas especificidades ligadas ao seu passado histórico, podendo estar sujeita a maiores ou menores riscos ocupacionais na atividade laboral, de acordo com a organização do processo de trabalho, as relações institucionais, seu nível de hierarquia e seu papel na sociedade. Atualmente é reconhecido que os profissionais de saúde, assim como os demais trabalhadores, estão sujeitos aos riscos gerais e específicos relacionados às atividades laborais e, portanto, expostos aos acidentes de trabalho, às doenças profissionais e às doenças do trabalho (CAVALCANTE et al., 2006).

Dessa forma, Bulhões (1998) define risco como o grau de probabilidade de ocorrência de um determinado evento. Os riscos ocupacionais são classificados pela Organização Mundial de Saúde em biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e psicossociais, os quais são democraticamente compartilhados por todos os trabalhadores da saúde.

Vale ressaltar que, teoricamente, esses riscos ocupacionais decorrem, portanto, da ruptura na relação entre o trabalhador e os processos de trabalho e produção, que interferem no seu processo saúde/doença, algumas vezes de maneira abrupta e outras, de forma insidiosa, na forma de viver ou de morrer dos trabalhadores, no modo de conduzir a vida (SÊCCO et al., 2003).

Em relação ao que significa riscos no trabalho, observamos que esse entendimento, entre os entrevistados, ainda está muito limitado aos riscos biológicos presentes no ambiente de trabalho; isso se reflete na fala de 14 (63,6%) dos 22 entrevistados.

Risco no trabalho é se expor nos procedimentos que a enfermagem realiza que se não tiver com os paramentos que nos protege, pois a gente já corre risco com os paramentos imagine sem eles, e também com os tipos de doenças que a gente lida diariamente.

(Água Marinha)

Risco é contaminação, é puncionar veia.

(Jade)

Para mim qualquer tipo de trabalho que você vai desenvolver tem risco, no hospital você sabe que a gente trabalha com várias doenças, principalmente eu que trabalho aqui com pacientes com meningites, pacientes portadores de HIV, aí toda vida tem aquele risco de se furar e se contaminar, de levar alguma bactéria para casa, embora não saiba, mas você 'tá' levando alguma coisa.

(Zirconia)

É importante destacar que o processo de reestruturação produtiva tem modificado substancialmente o perfil de trabalho e dos trabalhadores, os determinantes de saúde/doença e, conseqüentemente, o quadro de morbidade/mortalidade relacionado ao trabalho, à organização, às práticas de saúde e à segurança no trabalho. Para a saúde do trabalhador, a explicação do adoecer e morrer extrapola os fatores presentes no seu ambiente de trabalho e incorpora o significado cultural, político e econômico que a sociedade lhe atribui, o que determina ainda o seu caráter de subjetividade (MENDES; DIAS, 1999).

Há que se considerar que o problema dos riscos assume maiores proporções do que as estatísticas conseguem estimar, sendo a sua real dimensão dificultada por diversos fatores, como a subnotificação de acidentes e doenças e a evolução silenciosa e demorada das doenças, dificultando a percepção do nexo causal entre o trabalho e o agravo, além do despreparo e falta de informações dos profissionais de saúde em reconhecer e relacionar as atividades laborais aos riscos ocupacionais aos quais estão expostos (RAPPARINI; CARDO, 2004).

Essa situação torna o entendimento sobre riscos muito complexo e subjetivo, o que impede que o profissional tenha uma visão mais ampla dos riscos, relacionando-os às questões mais visíveis e concretas do trabalho que, no caso dos profissionais de saúde, são os riscos biológicos presentes no seu ambiente de trabalho.

Ao relacionarmos sua concepção de riscos com as atividades que consideravam de risco no exercício de suas atividades cotidianas, as falas também demonstram um entendimento sobre os riscos presentes no seu ambiente de trabalho como somente aqueles relacionados aos acidentes com material biológico na realização de procedimentos com o paciente, ignorando os demais riscos presentes no trabalho.

Na realização de procedimentos o manuseio de material perfurocortante, o lidar com pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, o lidar também com os excrementos e as eliminações desses pacientes.
(Água Marinha)

O contato direto com os doentes, as punções de veia, o contato com secreções, administrações de medicamentos, tudo praticamente é de risco, aspirações de secreções, os doentes com doenças respiratórias e a gente está sem proteção é um risco, além da coleta de material para exames.
(Topázio)

Quando a gente lida mais com o paciente assim numa punção de veia, a gente tem que tomar bastante cuidado, principalmente quando o paciente está bem desorientado para puncionar uma veia é bem mais complicado. Enfim todos os procedimentos com o paciente.

(Opala)

No entanto, encontramos uma fala na qual observamos um entendimento mais ampliado em relação ao conceito de riscos e sua relação com o ambiente de trabalho, o que demonstra uma visão mais aprofundada sobre os riscos no trabalho.

Todas as coisas que a gente está exposta que pode provocar danos físicos, mentais... danos à saúde de um modo geral.

(Esmeralda)

[...] quem está trabalhando mesmo na assistência, todas as atividades os expõe aos riscos biológicos continuamente. O físico, principalmente a parte ergonômica devido ao trabalho de enfermagem, o químico que depende muito da atividade que se realiza. Por exemplo, o pessoal que trabalha com produtos como o pessoal da central de esterilização ou até mesmo na assistência quando administra os quimioterápicos, dentro da assistência você corre todos esses riscos.

(Esmeralda)

De acordo com Bulhões (1998), os riscos nas unidades hospitalares são decorrentes, de maneira especial, da assistência direta prestada pelos profissionais de saúde a pacientes com diversos graus de gravidade, assistência esta que implica o manuseio de equipamentos pesados e materiais perfurantes e/ou cortantes, muitas vezes contaminados por sangue ou fluidos corpóreos. Isto ocorre em consequência do preparo e administração de medicamentos e quimioterápicos, do descarte de materiais contaminados no lixo hospitalar, das relações interpessoais de trabalho e produção, do serviço em turnos, dos baixos salários, da tensão emocional advinda do convívio com a dor, o sofrimento e, muitas vezes, da perda de vida, entre outros.

Nesse sentido é importante que os profissionais de saúde tenham consciência que no ambiente hospitalar sempre há riscos que atingem mais comumente os trabalhadores que lidam diretamente com o paciente, entre os quais podemos destacar os riscos biológicos, ergonômicos, químicos, físicos, mecânicos, psicológicos e sociais. É por permanecer mais tempo nesse ambiente, realizando a maioria dos procedimentos em contato direto com o paciente, que o pessoal de enfermagem está mais frequentemente exposto aos riscos ocupacionais existentes (CAVALCANTE et al., 2006; MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Esse conhecimento amplo acerca dos riscos é muito importante na luta pelos direitos individuais e coletivos dos trabalhadores na busca de melhores condições de trabalho. Nesse sentido, concordamos com Cavalcante et al. (2006) quando afirmam que é a partir da compreensão de que os trabalhadores vivem, adoecem e morrem em decorrência do desgaste resultante de sua inserção nas formas de produção e do entendimento de como ocorre esse processo saúde/doença e seus determinantes complexos e subjetivos. Torna-se necessário, portanto, intervir de forma transdisciplinar através de novas abordagens e metodologias, considerando o trabalhador como sujeito ativo e participativo nesse processo.

Para tanto é necessário reconhecer que eles estão inseridos nesse processo, não como meros executores de atividades, mas como profissionais que podem e devem colaborar para a identificação de situações geradoras de riscos e propor alternativas que visem à preservação da sua saúde (BALSAMO; FELLI, 2006).

5.4 ACIDENTE DE TRABALHO: CONVIVENDO E LIDANDO COM OS RISCOS

O ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado insalubre, por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde. Poucos locais de trabalho são tão complexos como um hospital. Como resultado, existem riscos potenciais aos quais os trabalhadores hospitalares podem estar expostos, dependendo da atividade que desenvolvem e o seu local de trabalho (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004).

De acordo com Balsamo e Felli (2006), a exposição aos riscos biológicos é preocupante, uma vez que são causadores de muitos problemas de saúde aos trabalhadores, pois, ao executarem atividades que envolvem o cuidado direto e indireto aos pacientes, estão freqüentemente expostos às infecções transmitidas por microorganismos presentes no sangue ou outros fluidos orgânicos. Dentre os acidentes prováveis de ocorrerem no ambiente hospitalar, os que envolvem os materiais perfurocortantes, em especial as agulhas, têm sido reconhecidos como um dos principais problemas de exposição para os trabalhadores na aquisição de infecção, expondo-os também aos riscos mecânicos.

Como consequência das condições inseguras de trabalho em instituições hospitalares, entre a equipe de enfermagem, têm sido freqüentes os acidentes de trabalho, o absenteísmo e os afastamentos por doenças, o que dificulta a organização do trabalho em diversos setores e,

conseqüentemente, a qualidade da assistência de enfermagem prestada (BARBOZA; SOLER, 2003).

Considera-se, portanto, acidente de trabalho quando existe uma colisão repentina e involuntária entre pessoa e objeto, a qual ocasiona danos corporais (lesões, morte) e/ou danos materiais. Por ser repentino, o acidente se diferencia da doença ocupacional adquirida a longo prazo. Na prevenção de acidentes, os esforços devem ser concentrados inicialmente na eliminação dos perigos e/ou eliminação dos riscos, não permitindo a interação direta entre pessoas e perigos e, posteriormente, orientações e fornecimento de equipamentos de proteção individual. Com a combinação dessas medidas, é possível obter melhores resultados na prevenção de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004).

Almeida, Pagliuca e Leite (2005) referem ainda que o acidente de trabalho caracteriza-se por uma interação direta, repentina e involuntária entre a pessoa e o agente agressor, em curto espaço de tempo. Esse tipo de acidente está relacionado aos riscos ocupacionais, ou seja, aos elementos presentes no ambiente de trabalho que podem causar danos ao corpo do trabalhador, ocasionando doenças ocupacionais adquiridas a longo prazo. No caso dos trabalhadores hospitalares, entre os riscos aos quais estão expostos sobressaem: os agentes físicos ambientais (calor, frio, ruído e radiações); os agentes químicos (detergentes, desinfetantes, medicamentos, como os antibióticos de última geração); os agentes biológicos (vírus, bactérias) e as doenças do trabalho (problemas de coluna, estresse, fadiga, hipertensão e outros).

No entanto, Cordeiro et al. (2006) afirmam que diferentemente do que o nome sugere, os acidentes de trabalho não são eventos acidentais, mas sim fenômenos socialmente determinados e preveníveis, os quais atualmente constituem o maior agravo à saúde dos trabalhadores brasileiros.

Ao analisarmos as informações obtidas entre os entrevistados, observamos que, dos 22 entrevistados, apenas nove profissionais (40,9%) relataram ter sido vítimas de acidente de trabalho.

Acidentei-me uma vez. Um acidente biológico com frasco com secreção que quebrou e me cortou o dedo.
(Ametista)

Nesses 23 anos, só o acidente que eu falei: a colega que me furou. [] Foi com agulha que ela tinha acabado de puncionar um paciente. Eu não, nunca me furei.
(Safira)

Já, duas vezes. Foi com agulha e com secreção... A secreção caiu no olho, eu não estava usando óculos por que tinham poucos (óculos). Aí eu não usei.
(Turmalina)

Não. Com risco não. Já me furei, mas não com risco de me contaminar, foi assim que eu tirei a agulha do papel ela veio por cima do plástico e furou aqui, mas não tinha contaminado nada. Mas muito tempo atrás eu me acidentei [...] com um equipamento que estava solto na mesa de cirurgia, caiu no meu dedo e fraturou.
(Turquesa)

Dos trabalhadores que relataram ter sido vítimas de acidentes, a maioria (80%) sofreu acidente com perfurocortante ou com secreções dos pacientes. Esta constatação, na presente pesquisa, confirma-se na literatura brasileira sobre essa temática, afirmando ser esse o acidente mais freqüente entre os trabalhadores de enfermagem. Conforme os estudos de Balsamo e Felli (2006), ficou evidenciado um predomínio dos acidentes perfurocortantes em 87,5%, sendo o escalpe e a agulha de injeção os objetos responsáveis por 35% dos casos, em que foi ressaltado um número elevado de acidentes com a agulha de escalpe.

Resultados semelhantes foram encontrados por Bezerra (2000); Belei et al. (2001); Marziale, Nishimura e Ferreira (2004); Nishide, Benatti e Alexandre (2004) e Farias, Mauro e Zeitoune (2006), que concluíram em seus trabalhos uma maior freqüência dos acidentes com materiais biológicos nos membros da equipe de enfermagem e o tipo de acidente mais comum foi causado pelos perfurocortantes, não tendo sido os mesmos evitados pela utilização dos equipamentos de proteção individual.

Em relação à categoria profissional que mais foi acometida por esse tipo de acidente, obtivemos um percentual de 60% dos trabalhadores de nível médio vitimados; mais uma vez, observamos semelhança com a literatura, quando esta afirma ser o profissional de nível médio de enfermagem o mais acometido pelos acidentes dessa natureza. Marziale e Rodrigues (2002) corroboram essa informação quando dizem que a categoria profissional com maior incidência por esse tipo de acidente é a dos auxiliares de enfermagem. O principal argumento que justifica esta incidência é o fato de estarem esses profissionais em contato direto com o paciente na maior parte do tempo, além de realizarem a maioria dos procedimentos que os mantêm em contato constante com material perfurante e cortante.

Em relação à conduta após o acidente, observamos que a maioria dos entrevistados (77,8%) seguiu o que preconiza o Ministério da Saúde em relação aos cuidados após acidentes, os quais indicam que deve ser feita a sorologia do profissional e do paciente fonte e, a partir dos resultados, seguir o que determinam as normas de profilaxia pós-exposição.

Eu lavei com água e sabão, fiz aquele procedimento, tomei medicação, e fiz o controle por exame, os exames periódicos. Durante esse período eu tomei a medicação.

(Pérola)

A conduta é que fiz os exames de HIV e Hepatite, fui encaminhada para o setor de saúde ocupacional aí com três meses deu tudo negativo. Aí eu repeti os exames e foi feito o meu e o do paciente e não deu nada não.

(Safira)

Eu procurei a CCIH e fui orientada, recebi medicação e fiquei sendo acompanhada por um ano, fiz exames periódicos até ter a alta.

(Turmalina)

Quando a gente se acidenta assim vai para o pronto-socorro, faz o teste rápido junto com o paciente, caso o exame do paciente dê positivo, aí faz aquele processo todo, toma medicação. A gente tem que fazer também e tem todo aquele controle. Com o outro eu fiz também, mas como ele (o paciente) não era soropositivo não precisei tomar medicação, mas do primeiro (acidente) tive que tomar porque acusou que o paciente era soropositivo.

(Rubi)

Estas falas demonstram que a instituição segue a conduta dos cuidados após acidente, de acordo com o que determina o Ministério da Saúde do Brasil, de forma padronizada e adequada às normas, o que de certa forma tranquiliza o profissional que neste momento encontra-se, muitas vezes, desorientado e com medo. O serviço de saúde ocupacional, em uma instituição hospitalar, tem um papel primordial nesse momento, oferecendo apoio clínico e emocional ao profissional acidentado.

No hospital, em estudo, existe esse serviço desde 2004 e encontra-se, atualmente, com uma equipe composta por dois médicos, uma enfermeira e uma técnica em enfermagem.

Dos profissionais entrevistados, 22,2% referiram não ter realizado nenhuma conduta após o acidente:

Na época não tínhamos o que temos hoje em relação aos cuidados pós-acidente, portanto não foi adotada nenhuma conduta específica, apenas lavei com água e sabão e não fiz muito alarde até porque eu já sabia que o paciente não era soropositivo para HIV, mas para as outras coisas como as hepatites B e C não foi feito nada. Hoje a conduta é diferente: o acidente é notificado e é feita a solicitação dos exames [...]

(Esmeralda)

Entrei em contato com a CCIH do hospital e comuniquei o caso. E como eu estava com a antitetânica em dia. Pronto, só foi isso, não foi realizado nenhuma conduta nem tratamento com relação ao caso. Foi num hospital particular que aconteceu (o acidente). A própria instituição não deu importância ao caso nem orientou nada.

(Ametista)

A padronização nas normas e condutas após acidentes com perfurocortante e com material biológico, no Brasil, só foi instituído na década de 1980. Até então não existia nada que orientasse os cuidados com esse tipo de acidente, portanto, o trabalhador ficava relegado à própria sorte e sem nenhuma assistência médica, psicológica e de seguridade social. Desse modo, a instituição se eximia de qualquer responsabilidade pelo acidente e conseqüentemente pelo acidentado.

Quando indagados sobre “como se sentiu após o acidente”, alguns profissionais demonstraram em suas falas sentimentos de desvalorização, quanto ao evento, e até mesmo de indiferença, quanto aos riscos inerentes ao fato.

Na hora eu me assustei um pouco, depois eu nem me lembro mais dele, não dei muita importância, pois eu não era soropositiva e na época estava bem no início da descoberta da AIDS e o meu medo maior era esse, e como o paciente não era soropositivo eu não me preocupei muito.
(Esmeralda)

Eu não tive medo. Acho que foi pelo que disse a médica, ela me tranqüilizou em relação ao paciente, apesar de que eu sei que idade não quer dizer nada, mas ela fez entrevista com o paciente e viu que ele não tinha o risco de ter a doença, porque hepatite essas coisas foi que ela disse. Fiquei tranqüila, fiquei com medo nenhum, se fosse o paciente aí eu já teria ficado até aguardando o (teste) rápido a gente fica (ansioso), mas eu não fiquei.
(Berilo)

Estas falas refletem sentimentos de indiferença e onipotência que, de acordo com Machado e Rissi (2004), são características da personalidade de alguns profissionais de saúde, que usam estes mecanismos como uma forma de proteção contra o adoecimento. Isso se deve ao fato de que, após o pânico inicial gerado pelo acidente sua superação, abrem-se caminhos para uma nova construção dos sentimentos anteriores ao acidente.

Esses trabalhadores atribuem assim uma “naturalidade” à ocorrência do acidente como se o mesmo fosse inerente à sua atividade. Conforme Balsamo e Felli (2006) essa naturalidade pode ser justificada pelo desconhecimento do trabalhador, fatalidade ou ainda ao conhecimento parcial dos riscos presentes no ambiente de trabalho, somados ao desconhecimento da responsabilidade institucional na sua prevenção.

A maioria dos profissionais que sofreu acidente (77,8%) apresentou reações emocionais, como o sentimento de preocupação quanto ao fato, revolta e o medo de se contaminar.

Fiquei com muito medo, principalmente da hepatite C. Não pensei nem em AIDS, só lembrava da hepatite, porque o material estava totalmente contaminado, pois vinha do centro cirúrgico.

(Ametista)

Senti-me péssima, aterrorizada, fiquei louca, pelo fato de eu ter tido tanto cuidado, porque eu tenho cuidado, e uma colega na assistência dela venha me contaminar e a forma com que eu fui comunicar a médica, ela disse: não tem problema não, eu conheço o paciente. Eu não gostei, não me senti bem sabe? Achei, me senti assim, não me interessa, você não conhece ninguém. Pronto, foi isso que eu respondi a ela, você não conhece ninguém e eu quero fazer todos os meus exames e quero agora.

(Safira)

Ai meus Deus! Na hora eu chorei. É horrível, principalmente quando a gente sabe que (o exame) deu positivo né, a gente fica assim sangrando, sangrando demais, tenho medo até demais! Eu fiz o segundo e o terceiro (exames) que deu tudo bem, a gente fica assim com aquele receio: Então será que vai dá certo? Também a gente sabe que (o resultado) não é tão rápido assim.

(Rubi)

Essas reações são as mais comuns entre os profissionais que passam pela experiência desse tipo de acidente ocasionado pelo medo iminente de contrair alguma doença. Portanto, os profissionais sentem-se ameaçados física e psicologicamente, com reflexo na sua vida social, familiar e profissional.

As conseqüências da exposição ocupacional através dos acidentes de trabalho, de acordo com Marziale e Rodrigues (2002), não são só as referentes às infecções, mas também relativas ao trauma psicológico ocasionado pela espera do resultado de uma possível soroconversão, as mudanças nas práticas sexuais, no relacionamento social e familiar, o efeito das drogas profiláticas, entre outros.

Para Machado e Rissi (2004), os trabalhadores que conseguem elaborar, de forma consistente, a experiência do acidente e repensar suas vidas sob o olhar dos acontecimentos, normalmente apresentam respostas cognitivas importantes, transformando suas práticas do ponto de vista da segurança profissional. Porém, essas respostas dependem, sobretudo, de experiências anteriores, valores individuais e de crenças pessoais.

Assim, a complexidade do trabalho em saúde, em particular o da enfermagem, acarreta significativo desgaste emocional, apontando para a importância de ações que visem oferecer condições favoráveis de atuação, incluindo apoio e suporte psicológico aos profissionais em situações de acidentes e riscos ocupacionais.

Nessa perspectiva, Osório, Machado e Minayo-Gomez (2005), partindo do entendimento de que, na maioria, os profissionais que atuam nos hospitais desconsideram os efeitos negativos dos acidentes e, portanto, descumprem as normas básicas de segurança e se

recusam a notificar o acidente ou buscar atendimento após exposição, propuseram o método da análise coletiva de acidentes de trabalho no hospital.

Esse método consiste em elucidar, para o outro e para si mesmo, as questões pertinentes ao curso de acontecimentos que levam, num dado momento, a um acidente. Essa elucidação é fruto de deslocamentos que se dão numa relação dialógica em que o trabalhador acidentado, como portador da experiência, dirige-se a si mesmo, a seus colegas e ao analista do trabalho. Este, por sua vez, como portador de conhecimentos e conceitos, dirige-se a si mesmo, a seus pares e aos trabalhadores implicados.

O principal objetivo desse método é posicionar o trabalhador e seu grupo como observadores de seu próprio trabalho, a partir da análise dos aspectos multicausais do acidente, propondo assim uma prática de co-gestão, com múltiplos objetivos: propor ações voltadas para a prevenção de acidentes e criar um espaço coletivo de formação profissional e de promoção da saúde.

Além disso, de acordo com Cordeiro et al. (2006), o poder público, em seus diferentes níveis, tem como atribuições o controle dos acidentes de trabalho, a preservação e promoção da saúde da população trabalhadora. No entanto, a formulação de políticas públicas para o enfrentamento dessa questão requer informações confiáveis sobre a distribuição, caracterização e determinantes dos acidentes de trabalho.

Assim sendo, não basta que saibamos quantos, onde e com quais trabalhadores estão acontecendo os acidentes de trabalho, mas é de fundamental importância que analisemos os aspectos subjetivos desses acidentes e dos riscos que os envolvem. Para isso, é necessário que os mesmos sejam analisados de forma qualitativa, tomando cada evento como um acontecimento particular, a ser tratado em sua singularidade (OSÓRIO; MACHADO; MINAYO, 2005).

5.5 USO DE EPI: A BUSCA DA PROTEÇÃO AOS RISCOS

A exposição aos riscos biológicos é preocupante, uma vez que os mesmos são causadores de muitos problemas de saúde nos trabalhadores, pois, estes, ao executarem atividades que envolvem o cuidado direto e indireto aos pacientes, estão frequentemente expostos às infecções transmitidas por microorganismos presentes no sangue ou outros fluidos orgânicos (BALSAMO; FELLI, 2006).

Quanto aos riscos biológicos, eles se referem ao contato do trabalhador com microorganismos patogênicos, principalmente vírus e bactérias, ou materiais infectocontagiantes, os quais podem causar doenças, como: tuberculose, hepatite, rubéola, herpes, varicela, escabiose, AIDS e outros (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

No mundo, a preocupação com os riscos biológicos surgiu, somente, a partir da epidemia de HIV/AIDS nos anos 1980, onde foram estabelecidas normas para as questões de segurança no ambiente de trabalho, conhecidas inicialmente como precauções universais e atualmente como precauções padrão (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004).

No Brasil, essa preocupação tem início na década de 1970, quando pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) enfocam a saúde ocupacional de trabalhadores hospitalares, porém, ainda no sentido de sensibilizar os gestores de instituições e as autoridades governamentais quanto aos riscos de acidentes e doenças ocupacionais nessa área (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004).

As normas de precauções padrão foram instituídas com base no princípio de que o paciente deve ser considerado como potencialmente infectado, independente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa. São medidas que devem ser utilizadas na manipulação de sangue, secreções e excreções, assim como no contato com mucosas e pele. Incluem recomendações sobre o uso de equipamentos de proteção individual, tais como luvas, gorros, óculos e capotes, com a finalidade de reduzir a exposição do trabalhador da saúde ao sangue ou fluidos corpóreos, assim como os cuidados específicos na manipulação e descarte de materiais perfurocortantes (BRAGA, 2000).

As Medidas de Precauções Padrão são formas de prevenção a serem utilizadas na assistência a todos os pacientes na manipulação de sangue, secreções e excreções e contato com mucosas e pele não íntegras. Tais medidas incluem a utilização de EPIs, com a finalidade de reduzir a exposição ao sangue ou fluidos corpóreos, e os cuidados específicos recomendados para manipulação e descarte de materiais contaminados por material orgânico (ALMEIDA; PAGLIUCA; LEITE, 2005).

Uma das formas de evitar acidentes é o uso de EPI, que constitui uma barreira protetora para o trabalhador, pois reduz efetivamente, mas não elimina o risco de exposição ocupacional. Mas o EPI só será considerado adequado se impedir que sangue ou outros materiais potencialmente infecciosos atinjam roupas e/ou mucosas das pessoas envolvidas. Portanto, o seu uso tem a finalidade de reduzir a exposição dos profissionais de saúde aos materiais biológicos, às secreções dos pacientes e aos produtos químicos hospitalares.

Em relação aos trabalhadores entrevistados, ao serem questionados sobre o uso de EPI, constatamos que é uma prática comum a todos uma vez que em todos os discursos, os mesmos referiram usar todos os equipamentos, tendo sido os mais citados, as máscaras e as luvas.

Dependendo do procedimento que eu vou realizar, se eu for me expor aos riscos biológicos, como secreções eu uso a luva, óculos de proteção, dependendo se for de contágio respiratório a máscara específica.

(Esmeralda)

Os que são disponibilizados a gente utiliza como máscaras, luvas, capotes e óculos. Todos os equipamentos a gente usa.

(Topázio)

Mais freqüentemente (uso) as luvas e as máscaras. E completo mesmo só quando precisa ou quando o procedimento requer o uso de todos os equipamentos.

(Ametista)

Capote, máscara, luvas, gorros e até mesmo o propé, quando a gente vai realizar um banho no leito em um paciente com muitos ferimentos se protege o máximo que pode. Eu mesmo às vezes uso duas luvas e duas máscaras, eu não uso essas máscaras N95, pois eu fico sufocada.

(Diamante)

A gente tem aqui o que se preconiza muito e que se trabalha muito é a máscara 3M, que ela filtra até o bacilo da tuberculose. A máscara a gente utiliza quando entra em contato direto com o paciente, por exemplo, quem trabalha na enfermaria de tuberculose usa direto, mas você só pode usar 30 minutos essa máscara porque ela é muito inconveniente, tem história de tirar batom, maquiagem; você sua muito com a máscara, então onde você for tem que ter todo cuidado, porque se você não tiver esse cuidado com a máscara você está sem proteção nenhuma. Tem gente que não agüenta ficar mais de meia hora com ela.

(Zircônia)

Quando a gente vai manusear com o paciente a gente usa, capote, luvas, todo o material de biossegurança usa tudo: óculos, luvas e propé. Luvas quando a gente vai tocar no paciente como no banho, curativos, tudo que a gente tem que usar luvas e óculos, capote no banho, na punção a gente usa mais a luva.

(Jaspe)

Uso luvas, capote, máscara. Uso mais esses três. No caso de luvas, em procedimentos de sinais vitais eu uso também por causa de escabiose. Curativo também, eu uso muita máscara porque eu não sei como estão todos os pacientes, o capote mais no banho e no curativo. Mas a luva é constante e a máscara também.

(Citrino)

Ao analisarmos essas falas, chegamos à conclusão que os profissionais de enfermagem desta instituição estão bastante sensibilizados quanto à importância do uso dos EPIs, particularmente no que se refere à prevenção dos riscos biológicos que são constantes na referida instituição, por se tratar de um hospital de referência em doenças infectocontagiosas.

Devemos considerar também que a instituição tem um papel primordial nesse panorama, quando disponibiliza ininterruptamente os equipamentos, não deixando que faltem, dessa forma, estando o EPI sempre à mão, cria o hábito de uso e valoriza a sua importância quando, na presença do risco, o mesmo não se acidenta por estar usando o equipamento.

Muito embora tenhamos constatado que o uso de EPI, de acordo com os entrevistados, seja uma prática rotineira entre os mesmos, e que, apesar disto, ainda ocorram acidentes perfurocortantes com esses profissionais, concluímos que apenas o uso adequado desses equipamentos não é suficiente para prevenir esse tipo de acidente. De acordo com Belei et al. (2001), tão importante quanto colocar os EPIs à disposição, é promover a educação permanente para a conscientização dos profissionais sobre a manipulação e descarte adequado dos materiais perfurocortantes. Portanto, as precauções padrão, através do uso de EPI, podem reduzir, mas não eliminam o risco de exposição ocupacional.

Balsamo e Felli (2006) corroboram esta afirmação quando confirmam que muitas instituições adotaram as precauções padrão como medida de proteção aos trabalhadores, porém, estudos recentes realizados, tanto no Brasil como no exterior, têm demonstrado que, mesmo assim, a exposição e a infecção continuam ocorrendo de maneira elevada. De fato, a aplicação das precauções não é suficiente para garantir as medidas de prevenção, devendo fazer parte das estratégias as reflexões a respeito das mudanças de comportamento e as causas dos acidentes.

No entanto, Caixeta e Barbosa-Branco (2005) constataram, em seu estudo, que a relação entre o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde ao uso de barreiras de proteção não foi significativa. Foi demonstrado que eles têm o conhecimento, mas não aderem às medidas e possuem uma percepção fraca de risco, pois fazem uso de barreiras apenas mediante o diagnóstico de soropositividade para HIV. Este é um dos aspectos mais preocupantes, uma vez que esta falsa segurança aumenta significativamente o risco da transmissão de doenças.

Além disso, Bulhões (1998) revela ainda que estudos sobre acidentes de trabalho têm mostrado que as regras de segurança são insuficientes, caso os materiais não tenham correta utilização, e a organização do trabalho não favoreça a sua prática. Cita ainda a ocorrência de acidentes, como ferimentos com agulhas e lesão nas mãos pela exigüidade de espaço,

luminosidade comprometida e inexistência de material adequado para transporte de seringas após o uso, fatores relacionados à organização do trabalho que precisam ser apreciados cuidadosamente, visando à segurança do trabalhador.

Dessa forma, Lopes, Moromizato e Veiga (1999) sugerem que a adesão às medidas de precaução padrão devam ser avaliadas e revistas continuamente através de atualizações e educação permanente, considerando que algumas práticas, como a lavagem das mãos e o descarte adequado de materiais perfurocortantes demonstram ser mais difícil sua incorporação, devendo ser considerados de abordagem prioritária nas ações que visam promover a adesão às precauções padrão.

Deve-se, no entanto, observar o tipo de treinamento, sua qualidade, sua adequação ao tipo de ambiente e de categoria profissional que se pretende atingir. Além de propor a implantação de um programa de educação permanente, que possa constantemente mobilizar os profissionais quanto às ações de proteção dos profissionais de saúde, principalmente as que dizem respeito à prevenção de acidentes envolvendo material biológico potencialmente infectante (CAIXETA; BARBOSA-BRANCO, 2005).

Bulhões (1998) concorda com os autores supracitados quando enfatiza ainda que a prevenção e o controle de riscos biológicos estão baseados em diversos fatores, principalmente naqueles envolvendo biossegurança, higiene e educação, administração, engenharia e legislação. Todavia, estudos vêm demonstrando que a educação é o principal elemento, inclusive para a utilização adequada das normas e a identificação de riscos no trabalho, sem a qual os profissionais ficam a mercê de seu próprio destino.

5.6 VACINAÇÃO OCUPACIONAL: SIGNIFICADOS E VALORES ATRIBUÍDOS.

Nas formas de prevenção das doenças infecciosas no ambiente hospitalar, para os profissionais de saúde, incluem-se as medidas de precaução padrão, o uso de equipamentos de proteção individual e um programa de imunização ativa contra as principais doenças imunopreveníveis, aos quais esses profissionais estão susceptíveis.

A imunização ocupacional tem por objetivo reduzir o risco de aquisição de doenças imunopreveníveis nos profissionais de saúde após algum contato acidental e, dessa forma, diminuir a incidência de afastamentos desnecessários do trabalho, garantindo uma melhoria na qualidade de vida a esses trabalhadores (REZENDE et al., 2002; MEDEIROS; MARINO, 2000).

A vacinação ocupacional possibilita ainda uma diminuição significativa da morbidade e mortalidade de doenças preveníveis por vacina entre os adultos. Além disso, ela é importante se considerarmos que algumas doenças imunopreveníveis têm maior incidência e gravidade na população adulta. Pessoas que não tiveram difteria, tétano, caxumba, rubéola e sarampo na infância e não receberam as doses adequadas de vacinas, continuam sob o risco de adoecer e desenvolver complicações e seqüelas dessas doenças (REZENDE et al., 2002).

Os programas de imunização custam somas consideráveis, mas não são tão caros se comparados com os custos de tratamento da doença infecciosa: desde o alto custo do absenteísmo ao trabalho até os custos incalculáveis do sofrimento e das vidas perdidas em decorrência do processo desgastante da doença. Todavia, os benefícios que reportam os programas de imunização são bem mais evidentes (REZENDE et al., 2002).

Portanto, é fundamental o procedimento de vacinação em profissionais de saúde, pois, além de reduzir a incidência de afastamento do trabalho, bem como todos os problemas relacionados ao controle de um surto de uma doença infecciosa que poderia ser prevenida pela imunização, garante mais satisfação ao trabalhador que se sente mais cuidado e valorizado (MEDEIROS; MARINO, 2000).

Na presente pesquisa, todos os profissionais entrevistados, ao serem indagados sobre qual a importância da vacinação em relação aos riscos biológicos presentes no seu ambiente de trabalho, responderam de forma positiva e enfática, considerando a vacinação de extrema necessidade e importância pelas atividades que realizam e pelos riscos que correm.

É super importante porque já é uma preocupação a menos em caso de acidente você já tem uma retaguarda que é a vacina, apesar do profissional não dá muita importância de fazer, aqui no hospital tem disponível algumas vacinas como hepatite B, a de tétano, tem a influenza. E quando se faz campanha é necessário fazer uma chamada nominal para o comparecimento, a procura não é muito espontânea não, é quase que obrigatória.
(Esmeralda)

É importantíssimo para se criar barreiras de proteção às doenças e também para a produção de anticorpos.
(Água Marinha)

É muito importante isso, pois a gente tem como se prevenir em relação aos agentes microbianos é de fundamental importância, eu acho que tinha que ser essencial num serviço, a pessoa tem que fazer profilaxia é importante mesmo.
(Topázio)

Eu acho que é muito importante, principalmente nesse hospital que tem muitas doenças como hepatite, essas doenças que precisam de vacinas. Eu sou consciente disso, só que na prática mesmo eu não tomo, mas acho importantíssimo.

(Jade)

É tudo né, pois como esse hospital é de doenças infecto-contagiosas, inclusive como eu trabalho em setor fechado, tem que estar em dia com a vacinação. Tem que tomar todas as vacinas e usar todos os equipamentos que são muito importantes.

(Olho de tigre)

Essas falas evidenciam um visível interesse e atribuição de valor à vacinação, além de demonstrarem conhecimento na relação direta da vacinação e a imunidade adquirida para as doenças contra as quais essas vacinas protegem. Isso demonstra que há uma compreensão clara desses profissionais de saúde quanto à importância da vacinação como medida de biossegurança.

No entanto, ao compararmos com a situação vacinal dos mesmos, observamos certa incoerência dos que falam e os que praticam, em termos de adesão às vacinas oferecidas pelo serviço de saúde ocupacional da instituição da qual fazem parte. De acordo com os depoimentos dos profissionais entrevistados, podemos constatar que a cobertura vacinal dos mesmos ainda é baixa e/ou incompleta.

A valorização atribuída à vacina por parte dos trabalhadores entrevistados também foi confirmada quando a grande maioria demonstrou em suas falas que eles se sentiam seguros quando se vacinavam, porque acreditavam na eficácia das vacinas.

Confio. Pela minha formação e o conhecimento que eu tenho sobre o assunto me permitem entender e confiar nas vacinas.

(Água Marinha)

Confio nas vacinas que eu tomei, mas não deixando de me proteger, por exemplo, eu tenho o esquema da hepatite B completo, mas não me descuido com o uso de equipamento.

(Ametista)

Sinto-me correndo menos risco. De está com mais segurança. Porque a gente sabe que as vacinas é uma prevenção contra as doenças. Caso a gente chegue a ter não vai ser uma coisa tão complicada, a gente se sente segura.

(Opala)

Sinto-me (segura), assim eu fico mais tranqüila com as (vacinas) da Hepatite B e do Tétano. Eu sei que não estou correndo tanto risco estando vacinada. Porque a vacina é uma prevenção aí se você faz sua prevenção, já se sente mais segura, é isso que eu me sinto segura. Sei que pode ter falhas, mas sei pelo menos que tentei, estou tentando me proteger.
(Safira)

Estas falas, mais uma vez, confirmam que os entrevistados sentem segurança quanto às vacinas que tomaram, pois confiam nas mesmas, nos permitindo constatar que existe um conhecimento desses profissionais em relação à eficácia e efetividade das vacinas e à utilização das mesmas como medida de biossegurança, o que possibilita ou possibilitará uma melhor adesão desses profissionais às vacinas preconizadas como de interesse ocupacional.

Confio só para as doenças aos quais elas protegem, pois existem outras doenças em que não são disponibilizadas as vacinas e nós ficamos desprotegidas. Eu confio na vacina, porém, o fato de confiar na vacina, não diminui a minha responsabilidade em usar as outras medidas de segurança.
(Esmeralda)

Observamos ainda que, apesar da confiança e importância externada pelos entrevistados, existe um entendimento que a segurança relacionada à vacinação é específica para as doenças consideradas imunopreveníveis, ou seja, o profissional só estará protegido contra as doenças para as quais ele se vacinou. Portanto, o fato de que ele esteja vacinado não invalida a necessidade de fazer uso das outras medidas de biossegurança, igualmente importantes.

No entanto, encontramos uma fala que divergiu da maioria, o que demonstra que ainda existem profissionais que apresentam desconfiança e medo em relação às vacinas.

Eu tenho dúvidas, eu tenho minhas dúvidas... Por que eu acho que não confio assim principalmente às reações, quando você toma a (vacina) de gripe tem pessoas que se dá com ela e tem pessoas que não se dá, mas até agora não confio, mas também não deixo de confiar.
(Citrino)

Nesta fala, observamos sentimentos de desconfiança e confusão em relação às vacinas, talvez ocasionados pelo conhecimento superficial sobre o assunto ou até mesmo por alguma experiência negativa em relação às mesmas. Apesar dos grandes avanços na vacinologia e na

produção de vacinas cada vez mais eficazes e menos reatogênicas, ainda existem muitos estigmas e tabus relacionados às vacinas, até mesmo entre os profissionais de saúde.

No estudo de Martins e Barreto (2003) foi constatado que o principal motivo pelo qual os profissionais não se vacinam ou têm vacinação incompleta é a necessidade de maiores esclarecimentos ou informações sobre as mesmas, daí ser essa situação mais comum entre os profissionais que apresentaram menor frequência de reciclagem profissional e mais tempo de formado. Portanto, a falta de informação, possivelmente relacionada à menor atualização profissional, parece ser um dos principais fatores limitantes da adesão à vacinação, especialmente entre os profissionais de saúde.

Essa realidade também se reflete na análise da situação vacinal dos profissionais entrevistados, quando indagados quanto às vacinas que fizeram uso como forma de prevenção aos riscos biológicos, conforme observamos na tabela abaixo.

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DAS VACINAS UTILIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ENTREVISTADOS, NATAL-RN/2006.

TIPO DE VACINAS	Nº.	%
Contra difteria e tétano	22	100
Contra hepatite B	20	90,9
Contra gripe	18	81,8
Contra sarampo e rubéola	6,0	27,3
Contra tuberculose	6,0	27,3
Contra febre amarela	2,0	9,1
Contra varicela	1,0	4,5
Contra raiva	1,0	4,5
Contra meningite	1,0	4,5

Fonte: Roteiro de entrevista

De um modo geral, observamos que há uma baixa cobertura vacinal dos profissionais entrevistados em relação à maioria das doenças imunopreveníveis com as quais os mesmos estão, cotidianamente, em contato no seu ambiente de trabalho. Ao analisarmos individualmente, constatamos ainda coberturas vacinais heterogêneas, de acordo com as diferentes vacinas citadas pelos mesmos.

Em relação à vacina bivalente contra difteria e tétano, obtivemos uma excelente cobertura vacinal com 100% dos profissionais vacinados. Isto se deve principalmente por ser uma das vacinas que vem sendo oferecida gratuitamente há mais tempo no Brasil, além da facilidade de acesso e de aceitação da mesma, que, de uma forma geral, não apresenta eventos adversos nos indivíduos vacinados.

A vacina contra hepatite B apresenta cobertura vacinal também considerada ótima, em que 90,9% dos entrevistados referem ter tomado as 3 doses da mesma. Essa cobertura é maior do que a cobertura da população em geral que no Brasil ainda é de menos de 30%, considerada baixíssima pelo Ministério da Saúde, que pretende atingir uma cobertura de no mínimo 95% em adultos para que se reflita na diminuição da morbidade/mortalidade causada por essa doença.

Essa cobertura, de acordo com Martins e Barreto (2003), é compatível com a de países como a Inglaterra (93%) e Canadá (91%) que também oferecem gratuitamente essa vacina aos profissionais de saúde. Portanto, reflete um importante bloqueio na cadeia de transmissão ocupacional dessa doença, visto que, atualmente, a hepatite B é considerada uma das mais prevalentes infecções ocupacionais contraídas no ambiente hospitalar, constituindo-se assim num importante fator de risco para o profissional de saúde.

Na Bélgica, a vacinação contra a hepatite B em profissionais de saúde foi bem sucedida. Entre 1982 e 1986, foram vacinados 40.000 profissionais. A ampla cobertura vacinal foi realizada graças a três fatores fundamentais: a existência de uma extensa rede de serviços para os profissionais de saúde, uma legislação que obriga as instituições de saúde a dispor e oferecer a vacina aos mesmos, além do programa de vacinação subsidiado pelo fundo belga para doenças ocupacionais (YOSHIDA, 1996).

No Brasil, a vacina contra a hepatite B encontra-se disponível comercialmente desde 1982, tendo sido recomendada desde então aos profissionais de saúde. No entanto, Lopes et al. (2001) referem que, em Goiânia, a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizou esta vacina aos profissionais a partir de 1992 e, mesmo assim, esses autores verificaram em seu estudo que somente 59,2% dos participantes tinham recebido as três doses recomendadas, o que demonstrou um baixo percentual de cobertura vacinal quando comparado com os resultados encontrados em outras investigações pelos autores citados.

Nesse sentido, Fernandes et al. (1999) afirmam a importância e a necessidade da realização de campanhas dirigidas a esses profissionais, visando conscientizá-los da utilização permanente dos equipamentos de proteção, assim como da prevenção da hepatite B através de vacinação.

O estudo de Silva et al. (2003) reforça a necessidade de programas orientados para a disponibilização de vacina entre os profissionais de saúde e a constante atualização na área de saúde, com o objetivo de diminuir as exposições ocupacionais. Considerando que a imunização é segura e eficaz, e que os profissionais de saúde são trabalhadores com risco ocupacional, os autores reforçam a necessidade de promover a imunização deste grupo, pois, segundo os mesmos, os programas de vacinação podem diminuir o número de profissionais expostos à infecção, reduzindo, desta forma, os indicadores de morbidade/mortalidade relacionados com a hepatite B.

Ciorlia e Zanetta (2005) concordam com os autores citados, quando afirmam que a vacina contra a hepatite B, além de fornecer imunidade à doença, previne indiretamente contra o hepatocarcinoma. Durante os últimos anos, o Serviço Americano de Inspeção de Saúde demonstrou uma diminuição na incidência de hepatite B em profissionais de saúde, provavelmente devido ao uso das vacinas, recomendando-as como medida de segurança.

Em relação à vacina contra a gripe, obtivemos uma cobertura de 81,8%, no entanto, essa vacina tem periodicidade anual, o que invalida essa informação como adequada para uma análise mais aprofundada, pois a maioria dos profissionais entrevistados referiu ter tomado essa vacina em um ou outro ano e não somente no ano do estudo em questão. Ou seja, se fizermos a cobertura vacinal do ano de 2006, daria aquém do esperado para esses profissionais.

No que se refere à cobertura vacinal contra sarampo e rubéola, foi constatado que a mesma encontra-se baixíssima (27,3%) nesses profissionais, visto que a situação epidemiológica dessas doenças tem demonstrado uma mudança de faixa etária de incidência das mesmas, conhecida como deslocamento etário, possivelmente ocasionado pelos adultos susceptíveis, uma vez que estes ou não tiveram a doença ou não foram vacinados na infância. Essa situação tem ocasionado surtos de sarampo e rubéola em adultos, causando complicações, como a síndrome da rubéola congênita em crianças cujas mães tiveram rubéola durante a gestação.

No Brasil, a vacinação contra o sarampo foi instituída no início da década de 1960 e incluída no PNI em 1973. Inicialmente era administrada em dose única aos 8 meses; em 1976 passou a ser aos 7 meses; em 1982, tornou-se obrigatória aos 9 meses; e na década de 1980, foi incluída uma segunda dose aos 15 meses de idade, que era oferecida com a vacina trivalente contra sarampo, caxumba e rubéola. Atualmente, a vacina trivalente passou a ser dada em dose única, a partir de 12 meses de idade, com reforço de 4 a 6 anos de idade (GUERRA et al., 1999).

Em meados de 1996, o Estado de São Paulo teve um surto epidêmico no segundo semestre. Foram notificados 57.649 casos suspeitos de sarampo e confirmados 20.921, em que 18.933 destes aconteceram na Grande São Paulo, com 23 óbitos, tendo sido 19 casos na Grande São Paulo. A distribuição por faixa etária mostrou maior coeficiente de incidência (871,5/100.000 hab.) nos menores de um ano, seguidos dos entre 20 e 29 anos (314,3/100.000 hab.) e de 1 aos 4 anos (93,4/100.000 hab.). Percentualmente, 47,4% dos casos ocorreram em indivíduos de 20 a 29 anos e 14,7% nos menores de 1 ano (GUERRA et al., 1999).

O sarampo, quando ocorre em adultos, tem maior probabilidade de complicações, principalmente as de trato respiratório relacionadas à superinfecção bacteriana que ocorre no tecido já danificado pelo vírus e pela ação viral na imunidade celular. A encefalite, que pode ocorrer durante o período de convalescença, é grave, com grandes taxas de seqüelas, mas é menos comum que as complicações respiratórias. Enquanto a encefalite ocorre em 1/100.000 casos, as complicações respiratórias em adultos acontecem em 60% dos casos (GUERRA et al., 1999).

Os profissionais de saúde, susceptíveis, têm um risco cerca de 13 vezes maior que o da população em geral de adquirir essa doença. Por isso, além do risco pessoal de infectarem-se, esses profissionais podem atuar como agente disseminador da doença na comunidade, transmitindo o vírus aos seus familiares, colegas de trabalho e pacientes (GUERRA et al., 1999).

Nesse sentido, analisando as informações dos profissionais entrevistados, constatamos que os mesmos devem ser considerados susceptíveis, uma vez que 72,7% dos mesmos referiram não ter tomado nenhuma dose das vacinas – monovalente ou bivalente ou trivalente – e a maioria referiu não dispor de seu cartão de comprovação vacinal da infância, pois, conforme Lima (2005), os adultos sem comprovação vacinal ou sorológica são considerados suscetíveis, portanto, devem ser vacinados.

Essa informação é bastante preocupante, uma vez que essas doenças ainda são consideradas epidemiologicamente importantes no que se refere à sua incidência, além do fato de os profissionais entrevistados atuarem em uma instituição que atenda pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, o que torna essa realidade ainda mais perigosa.

Além disso, de acordo com Fernandes et al. (2005), a presença de grupos populacionais susceptíveis pode possibilitar a reintrodução de patógenos em uma comunidade. Portanto, o fato de os profissionais de saúde estarem mais expostos a certas doenças transmissíveis torna ainda mais relevante a necessidade de os mesmos estarem

adequadamente imunizados para minimizar o risco de aquisição de doenças infecciosas, especialmente as imunopreveníveis.

Em relação à imunização contra a tuberculose, uma pequena parcela dos profissionais entrevistados (27,3%) referiu ter tomado a vacina na idade adulta, no entanto, a maioria confirmou ter tomado a dose, oferecida na infância, o que nos leva a crer que, por terem sido vacinados quando crianças, muitos não cogitaram a necessidade de realizar o PPD para a detecção de imunidade ou não da doença.

No entanto, os profissionais de saúde que atuam com pacientes com doenças infectocontagiosas, prioritariamente os pacientes portadores de tuberculose e de HIV/AIDS, necessitam realizar esse exame, isto porque, mesmo os indivíduos que tomaram a vacina BCG na infância, com o passar dos anos vai diminuindo a sua imunogenicidade à doença. Portanto, há indicação de revacinação para induzir um aumento na imunogenicidade desses profissionais, principalmente os que, após realizarem o teste cutâneo de sensibilidade – PPD – apresentarem reator fraco (nódulo entre 5 e 9 mm) ou não sejam reatores (nódulo menor que 5 mm) além de obviamente aqueles que não apresentam cicatriz vacinal.

Essa preocupação justifica-se, de acordo com Ayub e Lopes (2003), devido ao recrudescimento da tuberculose nos países em desenvolvimento, ao aparecimento de novos casos em locais onde a doença já estava sob controle, ao surgimento da AIDS e ao aumento da desigualdade social, conseqüência da pior distribuição de renda; dessa forma, a preocupação cresceu entre aqueles cuja profissão os mantém em contato com esses pacientes.

No caso dos profissionais entrevistados, por atuar a sua maioria em escala extra nos diversos setores da referida instituição, essa necessidade inclui todos, pois os mesmos atuam em diferentes setores, inclusive nas enfermarias dos pacientes portadores dessa patologia; deste modo, todos os profissionais que se encontram nessa situação têm indicação para realizar o exame e, dependendo do resultado, receber a vacina.

5.7 VACINAÇÃO OCUPACIONAL: CONSCIÊNCIA OU OBRIGAÇÃO?

Quanto à informação sobre a utilização das vacinas por uso espontâneo ou por orientação da instituição, constatamos que a maioria (77,3%) dos entrevistados afirmou ter procurado espontaneamente o serviço de saúde ocupacional para a aquisição das vacinas.

Eu tomei espontaneamente à medida que as vacinas eram disponibilizadas na instituição, apesar de atrasar as doses de vez em quando.
(Esmeralda)

Espontaneamente, quando a instituição ofereceu, eu aproveitei e tomei.
(Diamante)

Não, eu tomei porque eu mesma quis tomar, procurei.
(Jaspe)

Espontaneamente mesmo, o hospital sugere mais a gente toma se quiser.
(Olho de Gato)

Espontâneo. Saiu no quadro de aviso quem quisesse tomar vacina contra Hepatite aí eu fui.
(Citrino)

No entanto, observamos que houve algumas falas que divergiram em relação à maioria e a esse aspecto.

As que eu tomei aqui foi por orientação da instituição, por que na época eu fazia parte da sala de vacina, aí a gente fez junto com a saúde ocupacional fez todo o esquema de vacinas e todo ano é oferecida a vacina contra a gripe, a gente faz aquela orientação aos funcionários para tomarem as vacinas. A instituição também orienta, mas o que eu sinto aqui é que a coisa meio aberta, meio vago. Na outra instituição que eu trabalho eles têm que se vacinar, é mais amarrado. Como é uma instituição privada, né? Eles ficam com receio e se vacinam, ficam até esperando o dia de se vacinar, pois é um dia só. Aqui não, tem todos os dias, de rotina, na hora que você chegar lá tem vacina para tomar.
(Zirconia)

A instituição oferece algumas vacinas, mas eu não tomo, só se for obrigatório.
(Jade)

Embora a instituição estudada ofereça algumas vacinas para os seus trabalhadores, pudemos observar que a referida instituição tem que utilizar estratégias, tais como: campanhas, chamadas coletivas e individuais para melhorar a adesão desses profissionais. Ainda assim existem profissionais que se recusam a fazer uso das vacinas.

Esta situação reflete ainda uma desinformação de alguns profissionais quanto à importância da imunização na diminuição dos riscos ocupacionais, além da crença perigosa de que nunca será vítima de um acidente ocupacional ou que o uso do EPI é suficiente para impedir ou prevenir o risco.

Medeiros e Marino (2000) afirmam que a adesão às vacinas pelos profissionais é maior quando a vacinação é obrigatória, porém a história mostrou que a obrigatoriedade da vacinação aumentou o estigma e a repulsa da população quanto ao uso das vacinas no episódio conhecido como “a revolta da vacina”, ocorrido em 1904, quando o médico Oswaldo Cruz instituiu a obrigatoriedade da vacina contra febre amarela no Rio de Janeiro.

Essa experiência demonstrou que mais do que obrigar as pessoas a fazerem uso de algo que elas pouco ou nada conhecem, não devemos subestimar a capacidade de as mesmas entenderem a importância da promoção e da prevenção como medida mais efetiva e racional nos aspectos econômicos e sociais, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população como um todo.

Essa situação reflete o grau de desinformação desses profissionais, possivelmente ocasionada pela ausência de educação permanente sobre essa temática nas instituições de saúde, pois, na verdade, o despertar sobre a saúde do trabalhador ainda está longe do ideal, uma vez que essa área encontra-se pouco valorizada e até mesmo esquecida pelas políticas públicas, de um modo geral, e o pouco conquistado ainda não foi colocado em prática.

Observamos isso claramente quando analisamos as falas dos trabalhadores entrevistados quanto à participação dos mesmos em cursos sobre imunização ou até mesmo a abordagem dessa temática nos cursos de biossegurança, dos quais eles participaram.

Não. Só o que eu vi no curso técnico de enfermagem.
(Ametista)

Sim. A enfermeira já deu um curso aqui sobre biossegurança e eu acho que todos aqui participaram. Durou uma semana, mas nunca sobre vacinação.
(Diamante)

Sim, (tivemos) dois cursos. Mas eu não lembro quando, acho que três dias, uma semana. Mas sobre vacinação nunca teve, só no curso técnico.
(Jade)

Já, mas não lembro quanto tempo, fiz uns dois (cursos) que falam em biossegurança, às vezes tem palestra que fala do assunto. Nada sobre vacinação, só no curso (técnico).
(Jaspe)

Já, uns 2 ou 3(cursos de biossegurança). Que durou em torno de 1 semana, 12 ou 15 dias e um de 3 meses pelo Ministério da Saúde que foi realizado no antigo CEFOPE, perto do laboratório central. Mas sobre vacinação só no período do curso técnico.
(Olho de Tigre)

Dessa forma, acreditamos que a educação é uma estratégia fundamental e adequada à promoção da saúde ocupacional, especialmente sobre vacinação, e deve fazer parte do cotidiano desses serviços, de forma permanente, superando a forma fragmentada e insuficiente dos cursos pontuais e palestras ocasionais, aliando dinamicidade e criatividade às ações educativas e práticas sobre a temática.

Tão importante quanto oferecer as vacinas de interesse ocupacional é sensibilizar os profissionais de saúde quanto à importância das mesmas, de forma que eles sintam segurança e valorizem essa medida de biossegurança que já demonstrou enorme sucesso no controle de muitas doenças imunopreveníveis e até mesmo na erradicação de outras, como no caso da varíola e da poliomielite.

Para tanto, é necessário que procuremos, na prática da educação permanente, respostas às nossas inquietações e incertezas para transformar essa realidade a partir da transformação das pessoas, por elas mesmas, ao invés de buscarmos em decisões verticalizadas e impositivas tomadas por burocratas em gabinetes fechados.

Santos et al. (2006) afirmam ainda que tanto as instituições de ensino e de saúde quanto os educadores também têm um compromisso ético na proposição de uma política em que seja dada ênfase necessária à prevenção de doenças infecciosas que se adquire ocupacionalmente, e de tanta importância para os profissionais da área da saúde.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação com os riscos ocupacionais dos trabalhadores da saúde vem sendo discutida e estudada há várias décadas por diversos autores e pesquisadores da área. No entanto, essa preocupação tornou-se mais evidente e despertou o interesse dos pesquisadores a partir do advento da AIDS, no mundo, que suscitou pânico e apreensão em relação aos riscos biológicos, especificamente pelo medo da exposição ocupacional.

Entretanto, os riscos no trabalho há muito mais tempo vêm sendo motivo de preocupação e interesse por parte de historiadores e estudiosos, principalmente após a revolução industrial que modificou radicalmente a forma de organização do trabalho e descaracterizou o trabalhador, que perdeu a dimensão geral do seu processo de trabalho, fragmentando seus atos e despersonalizando suas ações.

1) Em relação à análise sobre os riscos, no que tange ao entendimento e a vivência dos trabalhadores entrevistados, pudemos constatar que:

- O entendimento sobre riscos, entre os entrevistados, ainda está muito limitado aos riscos biológicos presentes no ambiente de trabalho;
- A preocupação limitada aos riscos biológicos se reflete também no entendimento dos mesmos em relação às atividades que consideram de riscos no exercício cotidiano de suas funções, que os fazem ignorar as demais dimensões de risco, como os ergonômicos, químicos e outros;
- Esse caráter na restrição do entendimento sobre os riscos ocupacionais pode tornar os profissionais mais vulneráveis aos demais riscos, uma vez que os mesmos não desenvolvem atitudes de prevenção e de cuidado quanto àqueles presentes no seu ambiente de trabalho.

2) Quanto aos acidentes de trabalho vivenciados por esses trabalhadores foram identificados que:

- Houve uma incidência de 40,9% dos profissionais entrevistados que foram vítimas de acidente de trabalho;
- A maioria (80%) sofreu acidente com perfurocortante ou com material biológico, o que confirma a literatura existente quando ratifica ser o tipo de acidente mais freqüente entre os trabalhadores de enfermagem;

- Os trabalhadores de enfermagem de nível médio foram os mais vitimados (60%) por esse tipo de acidente, confirmando mais uma vez o que diz a literatura sobre a temática;
- A maioria dos acidentados (77,8%) seguiu o que preconiza o Ministério da Saúde em relação à conduta após o acidente, demonstrando com isso que a instituição em estudo segue também essas normas, oferecendo aos profissionais acidentados apoio clínico e emocional;
- A maioria dos profissionais que sofreu acidente (77,8%) apresentou reações emocionais, como medo, preocupação, ansiedade e revolta. São reações consideradas comuns entre os profissionais que passam por essa experiência, refletindo na vida social, familiar e profissional dos mesmos;
- No entanto, alguns profissionais apresentaram sentimentos de indiferença e banalização, atribuindo certa naturalidade à ocorrência do acidente, como se o mesmo fosse inerente à sua prática. Esta atitude é considerada como um mecanismo de defesa utilizado pelo trabalhador que, nesse caso, pode ser justificada pelo desconhecimento, fatalidade ou ainda ao conhecimento parcial dos riscos presentes no ambiente de trabalho e da responsabilidade institucional na sua prevenção.

3) Em se tratando do uso de equipamento de proteção individual, de acordo com as falas dos entrevistados, constatamos que:

- Ser uma prática comum a todos, pois citaram os equipamentos usados, em que ocasiões usavam e citaram mais frequentemente as máscaras e as luvas;
- Demonstraram estar bastante sensibilizados quanto à importância do uso dos EPI, particularmente no que se refere à prevenção dos riscos biológicos bastante frequentes na instituição estudada;
- A instituição disponibiliza os EPIs de forma ininterrupta, o que cria o hábito de uso e a valorização pelos profissionais quanto ao uso dos mesmos;
- Apenas o uso sistemático e adequado de EPI pelos profissionais estudados reduz os riscos, mas não eliminam os acidentes com perfurocortante, sendo necessário uma conscientização dos profissionais sobre a manipulação e descarte adequado desses materiais, constatação corroborada pela literatura;
- Além da prática do uso de EPI, outras medidas de precauções padrão devem ser continuamente revistas e avaliadas através da educação permanente, para que sejam incorporadas, principalmente as que dizem respeito à prevenção de acidentes envolvendo material biológico.

4) No que concerne à vacinação ocupacional entre os profissionais entrevistados, observamos, em suas falas, que:

- Afirmaram de forma positiva e enfática considerar a vacinação como de extrema necessidade e importância pelas atividades que ali realizam e pelos riscos que correm;
- Demonstraram entendimento na relação direta da vacinação e a imunidade adquirida para as doenças contra as quais elas protegem, o que evidenciou uma compreensão quanto à importância da vacinação como medida de biossegurança;
- Reforçaram essa valorização quando referem que se sentem seguros quando se vacinam, porque acreditam na eficácia das vacinas;
- Há certa incoerência no conhecimento e valorização que assinalaram em suas falas, porém não demonstraram uma efetiva adesão à oferta de vacinas possibilitada pela instituição em estudo. Essa realidade é constatada ao analisamos a cobertura vacinal desses profissionais.

5) Em relação às vacinas utilizadas pelos entrevistados, verificamos que:

- Ao analisarmos as vacinas individualmente, encontramos coberturas vacinais heterogêneas e discrepantes;
- A vacina contra difteria e tétano apresentou a melhor cobertura, pois a totalidade dos entrevistados afirma ter tomado as três doses da vacina e a maioria, inclusive, o reforço preconizado;
- A vacina contra hepatite B também teve uma boa cobertura (90,9%), compatível com as coberturas ocupacionais observadas em países como Inglaterra e Canadá; isso se deve principalmente às campanhas realizadas pelo serviço de saúde ocupacional;
- A vacina contra o vírus influenza apresentou igualmente uma cobertura considerada boa (81,8%), no entanto, essa vacina tem periodicidade anual e os informantes não referiram ter tomado uma dose por ano, o que nos impossibilitou uma análise mais aprofundada e precisa. Entretanto, o que pudemos notar, a partir das falas dos entrevistados, é que a maioria referiu não considerar essa vacina prioritária, uma vez que a gripe não é tão grave quanto as outras doenças;
- A cobertura vacinal contra sarampo e rubéola ainda é muito baixa na população estudada, uma vez que apenas 27,3% referem ter tomado uma dose dessa vacina; isso se deve, muito provavelmente, ao fato de não ser uma das vacinas mais difundidas entre os profissionais de saúde, como de interesse ocupacional;

- A vacinação ocupacional contra tuberculose através da BCG também foi considerada muito baixa, uma vez que apenas 27,3% afirmam ter tomado a vacina na idade adulta, geralmente após o resultado do teste PPD ter dado não reator ou reator fraco; os demais afirmam nunca ter realizado teste, pois a instituição considerou a vacina da infância como suficiente para a prevenção da doença; no entanto, observamos que um dos entrevistados não apresentava cicatriz vacinal e nunca tinha feito o teste.
- Outras vacinas consideradas de interesse ocupacional não foram citadas pelos entrevistados, possivelmente por não serem oferecidas pelos serviços públicos como forma de prevenção, como é o caso da vacina contra varicela e hepatite A.

6) Em relação ao uso espontâneo ou por orientação da instituição, verificamos que:

- A maioria dos entrevistados (77,3%) refere ter procurado espontaneamente o serviço de saúde ocupacional da referida instituição ou outra unidade para fazer uso da vacina, como forma de prevenção;
- Os outros referem que, embora tenha sido a instituição que os encaminha para a aquisição das vacinas, eles aderiram ao uso das mesmas por vontade própria e apenas um referiu só tomar vacinas se fosse obrigado pela instituição;
- Por outro lado, segundo a fala de um dos entrevistados, a instituição tem que se utilizar de estratégias como campanhas, chamadas coletivas e individuais, para melhorar a adesão dos profissionais às vacinas oferecidas. Ainda assim existem trabalhadores que resistem ou se recusam a aderir.

De acordo com os resultados apresentados, constatamos que os trabalhadores de enfermagem entrevistados estabelecem de forma clara e objetiva, nas suas falas, uma relação direta entre vacinação e biossegurança, além de atribuírem um significado de grande importância quanto ao uso das vacinas em suas vidas profissionais, no que se refere ao controle e diminuição dos riscos, sobretudo os biológicos, aos quais se encontram expostos no exercício cotidiano de suas funções.

No entanto, ao analisarmos a situação vacinal desses trabalhadores, verificamos que a cobertura vacinal ainda se encontra aquém do esperado para as vacinas de interesse ocupacional, com destaque apenas para as vacinas contra difteria e tétano e a contra hepatite B, que apresentaram coberturas consideradas muito boas e acima da média nacional.

Consultando os prontuários desses trabalhadores, constatamos que as informações relacionadas à situação vacinal dos mesmos confirmavam os depoimentos dos entrevistados.

Dos 22 entrevistados encontramos 10 prontuários com essas informações. Porém 12 desses trabalhadores não tinham prontuário ou estes estavam sem informações relevantes. Indagados sobre essa falta de registro, os profissionais responsáveis pelo setor de Saúde Ocupacional, justificaram que os trabalhadores que dispunham de plano de saúde privado não procuravam o setor de saúde ocupacional do hospital.

Diante desse quadro, consideramos que a instituição, embora tenha um serviço de saúde ocupacional atuante e a instituição ofereça algumas vacinas de interesse ocupacional, ainda apresenta um trabalho de pouca mobilização, no que se refere à sensibilização e educação permanente dos trabalhadores quanto à necessidade e importância da vacinação ocupacional, não só para a proteção dos seus trabalhadores como também como medida no controle de infecção e, portanto, como segurança para os seus pacientes/clientes.

Entendemos que esse tipo de trabalho ainda não se transformou em política orientada pelos Ministérios da Saúde ou do Trabalho, porém, cabe as instituições que trabalham pelo interesse da saúde dos trabalhadores, lutarem por toda e qualquer ação e mobilização que tenham como objetivo proteger os trabalhadores dos riscos no seu ambiente de trabalho.

6.1 RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

Os resultados e conclusões do presente trabalho trazem implicações que remetem a formulações de propostas e/ou sugestões para contribuir na transformação da realidade posta:

1) À direção e administração da instituição, objeto deste estudo, propomos as seguintes sugestões:

- Trabalho de educação permanente entre o serviço de saúde ocupacional e a CCIH com os diversos profissionais de saúde de seus quadros, abordando questões relacionadas à segurança ocupacional, riscos, vacinação de interesse ocupacional, entre outros assuntos pertinentes à saúde do trabalhador;
- Parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, através do Centro de Referências de Imunobiológicos Especiais (CRIE), objetivando a oferta de outras vacinas de interesse ocupacional para os profissionais de saúde do hospital através da implantação de um programa de vacinação para trabalhadores, como proposta de promoção da saúde e proteção específica, fazendo cumprir o que recomenda a NR 32;

- Inclusão de conteúdos sobre vacinas de interesse ocupacional nos cursos sobre biossegurança e/ou sobre segurança ocupacional oferecidos pela instituição;
- Busca ativa de trabalhadores que se encontram susceptíveis ou com vacinas em atraso, através do cartão espelho ou do prontuário do trabalhador, por meio do serviço de saúde ocupacional;
- Implantação da análise coletiva de acidentes, como estratégia para diminuir os riscos de acidentes no trabalho, solicitando pareceres dos técnicos de segurança no trabalho e da CCIH;
- Desenvolvimento de estratégias de monitoramento da situação imunológica dos trabalhadores, através de parcerias com o laboratório central e o centro de saúde do trabalhador do Estado.

2) À Secretaria Estadual de Saúde:

- Implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) para minimizar o déficit salarial e proporcionar a ascensão profissional, estimulando e valorizando a educação permanente dos profissionais de saúde;
 - Processo de educação permanente destinado aos profissionais da saúde, através do Pólo de Educação Permanente do Estado, a partir das necessidades advindas da sistemática de trabalho, da dinâmica da assistência prestada nos diversos níveis de atenção à saúde, assim como em atendimento às expectativas dos serviços dos seus quadros de servidores;
 - Implantação de um programa estadual de imunização ocupacional, através de parcerias com o Centro de Referências de Imunobiológicos Especiais e o Ministério do Trabalho e Emprego;
 - Promoção de uma ampla discussão com perspectivas de elaboração de propostas para melhoria das condições de trabalho e de remuneração, contribuindo para a diminuição na busca pelo multiemprego e o prolongamento da forma de trabalho por parte dos servidores públicos do setor saúde, através do fórum estadual de desprecarização do trabalho em saúde.
- Portanto, concluímos que precisamos assumir um posicionamento político, crítico e consciente em defesa da saúde, pelo direito ao trabalho livre de riscos, e em defesa da adoção de medidas preventivas específicas, reivindicando, conjuntamente com outros profissionais ou setores, a elaboração de políticas públicas saudáveis. Assim, a promoção da saúde no trabalho pode ser firmada como uma política de saúde capaz de responder a algumas questões e lacunas que a atual política de saúde do trabalhador não responde, propondo-nos, portanto, novas questões em busca de outros desafios nesta área.

“O prazer no trabalho aperfeiçoa a obra.”
Aristóteles



Referências

“A educação faz parte do processo de cuidar e pode gerar profunda mudança pessoal, favorecendo a construção da autonomia. Na dimensão humanística, a educação favorece o estabelecimento de relações entre os seres humanos, de transações que buscam atingir objetivos comuns.”

Zampieri

REFERÊNCIAS

ABREU, E; ALFREDO, M. L. Imunização. In: SOUZA, Márcia de. **Assistência de enfermagem em infectologia**. São Paulo: ATHENEU, 2004.

ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, S.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALMEIDA, C.B.de; PAGLIUCA, L.M.F; LEITE, A.L.A. e S.. Acidentes de trabalho envolvendo os olhos: avaliação de riscos ocupacionais com trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.35, p.708-716, set./out. 2005.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez; 2000.

_____. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.

ASSUNÇÃO, A.A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, 2003.

AYUB, M.A; LOPES, H.V. **Imunização dos profissionais de saúde**. *Pediatria Moderna*. Rio de Janeiro, v.35, n.6, p. 302-313, 2003.

BAGNATO, M.H.S; COCCO, M.I.M; De SORDI, M.R.L.(org.) **Educação, saúde e trabalho:** antigos problemas, novos contextos outros olhares. Campinas (SP): Editora Alínea, 1999.

BALSAMO, A.C; FELLI, A.E.A. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.3, p.346-353, maio/jun. 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977

BARBOZA, D.B; SOLER, Z.A.S.G. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.2, p.177-183, mar/abr 2003.

BELEI, R.A; CARRILHO, C.M.D.de M.C; PAIVA, N.da S; GUASSI, D.N. et al. O impacto do acidente com material biológico na vida de profissionais e alunos de um hospital universitário. **Espaço para a saúde**, Paraná, v.2, n.2, jun 2001.

BEZERRA, Sandra Viana. **Acidentes de trabalho**: panorama vivenciado por profissionais de enfermagem num hospital estatal. [dissertação] Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: programa saúde da família. Saúde do Trabalhador. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. 4. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 2001.

_____. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001.

_____. **Manual de vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós-vacinação**. Brasília, 1998.

_____. **Capacitação pedagógica ao monitor do treinamento de pessoal da sala de vacinação**. Brasília, 1993.

_____. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.

_____. **Programa nacional de imunização**: 30 anos. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma regulamentadora Nº 32 - segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. Portaria nº 485, de 11 de Novembro de 2005 (DOU de 16/11/05 – Seção 1).

BLOOM, D.E; CANNING, D; WESTON, M. The value of vaccination. **World economics**, v. 6, n. 3, jul./set. 2005.

BOLICK, D. et al. **Segurança e controle de infecção**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

BOLYARD, Elizabeth A. et al. **Guideline for infection control in health care personnel**. New York: The hospital infection control practices advisory, 1997.

BORGES, L. de O. (Org.). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005.

BORENSTEIN, Miriam Susskind. A Enfermagem, sua origem e evolução. **Fundamentando o exercício Profissional do auxiliar de enfermagem**. Florianópolis: NFR/SPB, CCS-UFSC, 1997.

BRAGA, D. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas**. 2000. 75f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

CAIXETA, Roberta de Betânia; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, maio/jun. 2005.

CARVALHO, A. I. de. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 34, 1996.

CASTIÑEIRAS, T. M. P. P; PEDRO, L. G. F; MARTINS, F. S. V. **Varicela**. Centro de Informação em Saúde para Viajantes. Disponível em: <<http://www.vacinaonline.fmb.unesp.br/index.asp>>. Acesso em: 24 maio 2006.

CAVALCANTE, N.J.F; MONTEIRO, A.L.C; BARBIERI, D.D. **Biossegurança: atualidades em DST/AIDS**. São Paulo: Programa Estadual de DST/AIDS, 2003.

CAVALCANTE, C.A.A; ENDERS, B.C; MENEZES, R.M.P. de; MEDEIROS, S.M. de. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v.5, n.3, p.88-97 jan./abr. 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Immunization of Health-care Workers**: recommendations of the Advisory Committee on immunization Practices (ACIP) and Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Atlanta(GA): MMWR, 1997.

_____. **Update**: recommendations to prevent hepatitis B virus transmission – United States: MMWR, 1995.

_____. **Guidelines for infection control in health care personel**. MMWR, 1998.

_____. **Guidelines for infection control in hospital personel**. MMWR, 1983.

COCOLO, A.C. Equipes médica e de enfermagem menosprezam riscos de acidentes. **Jornal da paulista**, ano 15, n.174, dez. 2000.

COCCO, G. **Trabalho e cidadania**: produção e direitos na era da globalização. São Paulo: Cortez, 2001.

COCCO, M.I.M. Trabalho e educação: novas possibilidades para antigos problemas. In: BAGNATO, M. H. S.; COCCO, M. I. M.; DE SORDI, M. R. L. (Org.) **Educação, saúde e trabalho**: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas (SP): Editora Alínea, 1999.

COELHO, Elza B. Salema; BLANK, Vera L. G; SOUZA, Maria de Lourdes de. A saúde pública e a Enfermagem. **Contextualizando o Auxiliar de Enfermagem no ambiente social**: Estudos regionais e de saúde pública. Florianópolis: NFR/SPB, CCS-UFSC, 1997.

CORDEIRO, R. et al. Incidência de acidentes do trabalho não-fatais em localidade do sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.387-393, fev. 2006.

CORTES, G. **Imunizações e profissionais de saúde** Disponível em:
<http://www.lincx.com.br/lincx/orientacao/imunizacao/imun_trabalhadores.html>. Acesso em: 15 abr. 2002.

COSTA, M. A. F. da. **Qualidade em biossegurança**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

CIORLIA, L.A.S; ZANETTA, D.M.T. Hepatitis B in healthcare workers: prevalence, vaccination and relation to occupational factors. **Brazilian Journal of Infections Diseases**, v. 9, out. 2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

FARIAS, S.N.P. de; MAURO, M.Y.C; ZEUTOUNE, R.C.G. **Riscos no trabalho e agravos a saúde do trabalhador de enfermagem de saúde pública**. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2005.

FERNANDES, J.V.et al. Prevalência de marcadores sorológicos do vírus da hepatite B em trabalhadores do serviço hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n. 2, p. 122-128, 1999.

FERNANDES, S. M. B. de A. **Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual**: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras de uma instituição hospitalar pública. 2005. 265 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

FERNANDES, G.C. et al. **Possível suscetibilidade a doenças imunopreveníveis em médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro**. 2002. Disponível em: <<http://www.riscobiologico.org/imuniza/imuniza.htm>>. Acesso em: 04 jul. 2005

FRANÇA, G. V. de. Riscos ocupacionais da equipe de saúde – aspectos éticos e legais. **Medicina Legal**: artigos científicos. Disponível em: <www.A:/Medicina%20Legal%20-%20Artigos.htm>. Acesso em: 04 jul. 2005.

FRIGOTTO, G; CIAVATTA, M. (Orgs.). **A experiência do trabalho e a educação básica**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

FRIGOTTO, G. (Org.). **Educação e crise do trabalho**: perspectiva de final de século. 4. ed. Petrópolis (RJ): VOZES, 1998.

GELBCKE, F. L.; LEOPARDI, M. T. Perspectiva para um novo modelo de organização do trabalho da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n.2, p. 193-7, mar./abr. 2004.

GUERRA A. L. et al. Soroprevalência de sarampo entre pediatras de um hospital-escola. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.4, ago. 1999.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GOMES, C.M. et al. **Trabalho e conhecimento: dilemas da educação do trabalhador**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

HAAG, G.S. et al. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

ISTÚRIZ, O. F. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, 2003.

KANTORSKI, L.P. As transformações do mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n.2, p.5-15, abr. 1997.

LAURELL, C. La salud enfermedad como processo social. **Revista Latinoamericana de salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LEOPARDI, M.T.(Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: UFSC, 1999.

LIMA, Eduardo Fonseca. **Vacinação em profissionais de Saúde**. Informativo IMIP. Disponível em: <www.imip.org.br/ensino/dreduardo/38546;34020;0524;0;0.asp>. Acesso em: 11 out. 2005.

LOPES, M. J. M. A saúde das trabalhadoras da saúde: algumas questões. In: HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. da S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2. ed., Goiânia: AB, 2001.

LOPES, C. L. R. et al. Perfil soroepidemiológico da infecção pelo vírus da hepatite B em profissionais das unidades de hemodiálise de Goiânia-Goiás, Brasil Central. **Rev. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.34, n.6, nov./dez. 2001.

LOPES, Lílian Kelly de Oliveira. et al. Atendimento aos profissionais vítimas de acidentes com material biológico em um hospital de doenças infecto contagiosas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.3, p. 324-329, 2004.

LOPES, M.H.B. de M.; MOROMIZATO, S.S.; VEIGA, J.F.F. da S. Adesão às medidas de precaução-padrão: relato de experiência. **Rev. latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 83-88, out. 1999.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LEOPARDI, Maria Thereza. **O trabalho da enfermagem**: sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande: FURG, 1999.

MACHADO, A.A.; RISSI, M.R.R. Aspectos psicológicos associados ao acidente ocupacional com material biológico potencialmente contaminado. In: MASTROENI, M. F. **Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MACÊDO, M. L. F. de. **Trabalho Noturno em Saúde: história de mulheres trabalhadoras de enfermagem**. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, Maria Aparecida. **Manual de infecção hospitalar**: epidemiologia, prevenção e controle. 2 .ed. Belo Horizonte: MEDSI, 2001.

MARTINS, A.M.E. de B.L; BARRETO, S.M. Vacinação contra hepatite B entre cirurgiões dentistas. **Revista Saúde Pública**, v.37, n.3, p.333-338, 2003.

MARZIALE, M. H. P. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsável pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n.3, p. 1, maio 2001.

MARZIALE, M. H. P.; NISHIMURA, K.Y.N.; FERREIRA, M.M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n.1, jan. /fev. 2004.

MARZIALE, M. H. P; RODRIGUES, C.M. A produção científica sobre acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.4, p. 571-577, jul. /ago. 2002.

MASTROENI, M. F. **Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MEDEIROS, E.A.S.; MARINO, C.G.G. de. Vacinação em profissionais de saúde. In: FARHAT, C.I. K. et al. **Imunizações**: fundamentos e prática. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 239-247

MEDEIROS, S. M. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n. 2, p. 399-409, 2004.

MEDEIROS, S.M. de. **As novas formas de organização do trabalho na terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde**: Estudo em Natal-RN. 2000. 215f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

MELO, C. **Divisão social do trabalho em enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. (Série saúde e sociedade).

MENDES, René. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2001.

MENDES, R; DIAS, E.C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola. 1996.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MORAES, M.M.L. de. **O direito à saúde e segurança no meio ambiente de trabalho**: proteção, fiscalização e efetividade normativa. São Paulo: LTR, 2002.

MMWR. Quickguide. Recommended adult immunization Schedule – United States. **Weekly**, United States, v. 54, n. 40, out. 2005.

NOGUEIRA, R.P. **Perspectiva da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NAPOLEÃO, A. A. et al. Causas de subnotificação de acidentes de trabalho entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n.3, p. 119-120, 2000.

NISHIDE, V.M; BENATTI, M.C.C; ALEXANDRE, N.M.C.A. Ocorrência de acidente de trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n.2, p. 204-211, mar./abr. 2004.

NICOLETE, M. das G. de P. **Acidentes de Trabalho: um estudo de conhecimento e ocorrência acidentária entre trabalhadores de enfermagem de um hospital geral do RN.** 2001. 203f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

OLIVEIRA, B.R.G. de; MUROFUSE, N.T. **Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104>>. Acesso em: 15 de nov. 2006.

OSSELKA, Gabriel. **Vacina contra varicela.** Disponível em: <<http://www.vacinaonline.fmb.unesp.br/index.asp>>. Acesso em: 24 maio 2006.

OSÓRIO, C; MACHADO, J.M.H; MINAYO, C. G. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 517-524, mar./abr. 2005.

PARANÁ, Secretaria de Estado de Saúde. Programa de Imunização e a sala de vacina. In: **Boletim Epidemiológico**, Paraná, n. 11, 2000. Disponível em: <<http://saude.pr.gov.br/BoletimEpidemiológico/Primavera.Progrm.Imunizacao.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2002.

PEREIRA, A.C. de M. et al. Acidentes de trabalho com material perfurocortante em profissionais da equipe de enfermagem da rede hospitalar pública de Rio Branco – Acre-Brasil. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 2004. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn.303pereiraetal.htm>. Acesso em: 16 dez. 2006..

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI et al. (Org.). **O Processo de trabalho em Saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: UFSC, 1999.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Annablume, 1998.

_____. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930.** São Paulo: Cortez, 1989.

PITTA, A.M.F. **Hospital: dor e morte como ofício.** 5. ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

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

PRADO, M.L. do; REIBNITZ, K.S. **Saúde e globalização: desafios futuros para o cuidado de enfermagem**, [s/l], 2004.

RAPPARINI, C.; CARDO, D.M. Principais doenças infecciosas diagnosticadas em profissionais de saúde. In: MASTROENI, M. F. **Biossegurança aplicada a laboratórios e serviços de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

REZENDE, F. M. de. et al. **Vacinas de interesse ocupacional**. 2002. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, Associação Médica de Mato Grosso do Sul, Sociedade Universitária Estácio de Sá, Campo Grande, 2002.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n. 2, Rio de Janeiro, mar./abr. 2004.

ROBAZZI, M.L. do C. C.; MARZIALE, M.H.P. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p. 834-836, 2004.

ROYAS, A. D. V.; MARZIALE, M.H.P. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p. 102-108, jan. 2001.

ROCHA, S. M. et al. Tendências de los modelos de intervención en enfermería: impactos de la tercera revolucion industrial. **Horizonte de Enfermería**, v.9, n.1, p. 22-32, 1998.

SANTOS, S. de L. V. et al. O papel das instituições de ensino superior na prevenção das doenças imunopreveníveis. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 1, p. 91– 98, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_12.htm>. Acesso em: 15 nov. 2006.

SÊCCO, I.A. de O. et al. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. **Rev. Espaço para Saúde**, Londrina, v.4, n.1, 2003.

SILVA, R.J.O. et al. Vacinação Anti-Hepatite B em Profissionais de Saúde. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.15, n.3, p. 51-55, 2003.

SILVA, L.J. da. A vacinação no contexto hospitalar. In: COLOMBRINI, M.R.C.; MUCKE, A.G.; FIGUEIREDO, R.M. de. **Enfermagem em Infectologia: cuidados com o paciente internado**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 219-225.

SILVA, D.M.P.P. da; MARZIALE, M.H.P. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.

SILVA JUNIOR, J. dos R.; GONZALEZ, J.L.C. **Formação e trabalho**: uma abordagem ontológica da sociabilidade. São Paulo: Xamã, 2001.

SILVA, P.A. et al. Seroprevalence of hepatitis infection and seroconversion to anti-HbsAg in laboratory staff in Goiânia. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, v. 38, n.2, p.153-156, mar./abr. 2005.

SIQUEIRA, C.E.; CASTRO, H.; ARAÚJO, T.M. de. A globalização dos movimentos sociais: resposta social a globalização corporativa neoliberal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Riscos biológicos e segurança dos profissionais de saúde. **Boletim de atualização da Sociedade Brasileira de Infectologia**, ano 1, n. 2, jan. / mar. 2006. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br/anexos/Infecto%20Hoje%2002.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2006.

_____. Patógenos veiculados pelo sangue são os principais riscos. **Boletim de atualização da Sociedade Brasileira de Infectologia**, ano 1, n. 2, jan. / mar. 2006. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br/anexos/Infecto%20Hoje%2002.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2006.

_____. Segurança e saúde ocupacional. **Boletim de atualização da Sociedade Brasileira de Infectologia**, ano 1, n. 2, jan. / mar. 2006. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br/anexos/Infecto%20Hoje%2002.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÃO. **Calendário de vacinação ocupacional**. Disponível em: <<http://www.sbim.org.br>>. Acesso em: 24 maio 2006.

SOUTO, D.F. **Saúde no trabalho**: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2004.

SOUZA, Márcia de. **Assistência de Enfermagem em Infectologia**. São Paulo: ATHENEU, 2004.

SOUZA, M. de; ARANTES, D.V.; ABREU, E. Biossegurança. In: SOUZA, Márcia de. **Assistência de Enfermagem em Infectologia**. São Paulo: ATHENEU, 2004.

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

TEIXEIRA, E. R.; TAVARES, C. M. Reflexões sobre a crise do paradigma científico na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 271-290, set./dez. 1997.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VAZ, M. R. C. Trabalho em Saúde: expressão viva da vida social. In: LEOPARDI et al (Org.). **O Processo de trabalho em Saúde: organização e Subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem / UFSC, 1999.

VERAS, V. S. D. **Aumento da jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores de enfermagem?** 2003. 88f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

YOSHIDA, Clara F.T. Hepatite B como doença ocupacional. In: TEIXEIRA, P.; VALLE, S. (Orgs.). **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este estudo intitulado “*Vacinação e Biossegurança: o olhar dos profissionais de enfermagem*” tem por objetivo analisar as concepções e as práticas dos trabalhadores de Enfermagem sobre a relação entre vacinação e biossegurança. Este é um tema importante por haver poucos estudos sobre esse assunto no Rio Grande do Norte.

Para a realização da pesquisa será utilizada a entrevista individual com roteiro, a qual será gravada. Os riscos para as participantes desta pesquisa serão mínimos, e os benefícios serão bem maiores uma vez que os resultados poderão contribuir no entendimento da importância da imunização como medida de biossegurança para os mesmos, o paciente e para os demais colegas de trabalho.

Ressaltamos que a sua participação é voluntária, não trazendo gastos ou prejuízos financeiros e pessoais. Você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, tendo o direito de se recusar a responder a qualquer pergunta, além de desistir em qualquer etapa sem penalidades ou prejuízos; havendo necessidade de ressarcimento, a pesquisadora se responsabiliza por possíveis custos solicitados pelas participantes da pesquisa. Havendo algum dano causado pela pesquisa você será indenizado desde que fique comprovada legalmente sua necessidade.

Os resultados obtidos por esta pesquisa serão utilizados para fins científicos, e as pesquisadoras reafirmam o compromisso em manter o sigilo e o anonimato de todas as participantes.

Esta pesquisa terá o acompanhamento e assistência de Cleonice Andréa Alves Cavalcante, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, professora da Escola de Enfermagem de Natal, desta Universidade, e da Prof^a.dr^a. Soraya Maria de Medeiros, membro da Base de pesquisa intitulada Enfermagem nos Serviços de Saúde.

Se você tiver dúvidas em relação à pesquisa, poderá chamar a pesquisadora no endereço Escola de Enfermagem de Natal, Campus Universitário Lagoa Nova, Natal/RN, ou pelo telefone 3215-3774. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa/UFRN pelo telefone 3215-3135 ou pelo endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, CEP 59072-970.

Agradecemos a sua atenção, e caso aceite participar, solicito a sua confirmação neste documento.

Natal, ____ de _____ de 2006.

Sujeito da pesquisa

Pesquisadora responsável

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I

IDENTIFICAÇÃO:

- Idade: _____ Estado civil: _____
- Tem filhos? () Sim () Não N.º. e idade dos filhos: _____
- Escolaridade: _____
- Categoria profissional: _____
- Tipo de vínculo empregatício: _____
- Tem outro(s) vínculo(s) empregatício(s)? () Sim () Não
Em caso afirmativo:
 - Tipo de vínculo: _____
 - Tipo de trabalho: _____ - Horário: _____
 - Escala de trabalho: _____

PARTE II

- 1) Há quanto tempo você trabalha na enfermagem?
- 2) Para você o que significa risco no trabalho?
- 3) Das atividades que você realiza neste hospital qual (is) você considera de risco (biológico, físico ou químico)?
- 4) Você utiliza algum equipamento de proteção individual? SIM () NÃO()
Se negativo, por quê?
Se positivo, quais EPI e quando os utiliza?
- 5) Você já sofreu algum acidente de trabalho com risco de se contaminar? SIM()NÃO()
Se sim, quantas vezes _____
Que tipo de acidente?
Qual a conduta adotada após o acidente?
Como você se sentiu após o acidente?
- 6) Você já participou de treinamento ou curso em serviço sobre biossegurança ou vacinação?
Fale sobre o curso (quando, tempo de duração, conteúdo etc)

PARTE III

- 1) Você é vacinada (o)? () SIM ()NÃO () NÃO LEMBRO
- 2) Você tem carteira de saúde? () SIM ()NÃO () PERDEU

Qual (is) vacina(s) você tomou?

- contra o tétano N° de doses _____
- contra varicela N° de doses _____
- contra meningite N° de doses _____
- contra tuberculose N° de doses _____
- contra hepatite B N° de doses _____
- contra difteria e tétano N° de doses _____
- dupla viral N° de doses _____
- contra gripe N° de doses _____
- contra pneumonia N° de doses _____
- tríplice viral N° de doses _____
- febre amarela N° de doses _____
- Outras. Especifique: _____

Se **NÃO**, por quê?

3) Em sua opinião, qual a importância da vacinação em relação aos riscos biológicos presentes no seu ambiente de trabalho?

3) Você tomou a(s) vacina(s) espontaneamente ou por orientação da instituição?

4) Sente-se protegido após o uso da(s) vacina(s)? SIM () NÃO()

Por quê?

ANEXO A



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

**Parecer Consubstanciado
(Final)**

Prot. nº	036/06 – CEP-UFRN
Folha de Rosto	87689 – CAAE- 0038.0.051.000-06
Título do Projeto	Biossegurança e Vacinação: olhar dos profissionais de enfermagem.
Área de Conhecimento	Centro Ciências Saúde - Departamento de Enfermagem
Pesquisador Responsável	Soraya Maria de Medeiros
Instituição Onde Será Realizado	UFRN - -Departamento de Enfermagem
Início	Abril/2006
Término	Dezembro/2006
Revisão Ética	02 de junho de 2006

Relato

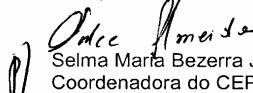
Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

- 1 – entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
 - 2 – desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
 - 3 – apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
 - 4 – apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);
- O formulário para o relatório final encontra-se na página do CEP. (www.etica.ufrn.br)

Natal, 02 de junho de 2006


Selma Maria Bezerra Jerônimo
Coordenadora do CEP-UFRN

ANEXO B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO

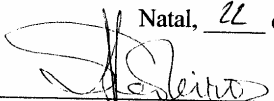
Ilma Sra. Dra. Yvelise Castro de Andrade
Diretora do Hospital Gizelda Trigueiro

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu programa de pós-graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Cleonice Andréa Alves Cavalcante irá realizar pesquisa intitulada *Biossegurança e vacinação: olhar dos profissionais de enfermagem*, necessitando, coletar dados que subsidiem este estudo neste conceituado hospital.

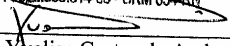
Assim sendo, solicitamos de V.S.a. a valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso da referida mestranda, nas dependências deste hospital para iniciar o processo de coleta de dados, que será realizada após parecer favorável do Comitê de Ética/UFRN. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho de Vossa Senhoria, agradecemos antecipadamente.

Natal, 22 de maio de 2006.


Prof.ª Dr.ª Soraya Maria de Medeiros
(Coordenadora da pesquisa)

- () Não concordamos com a solicitação
() Concordamos com a solicitação e citação do nome da instituição no relatório final.

Yvelise Castro de Andrade
Diretora Geral / HGT
CPF: 322.869.814-63 - CRM 894-BN

Dra Yvelise Castro de Andrade
Diretora do Hospital Gizelda Trigueiro

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

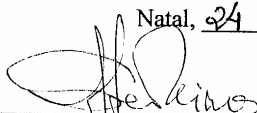
TERMO DE CONSENTIMENTO

Ilma Sr.^a Dr.^a Maria Lúcia da Silva Lima
Chefe do Setor de Enfermagem do Hospital Gizelda Trigueiro

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu programa de pós-graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Cleonice Andréa Alves Cavalcante irá realizar pesquisa intitulada *Biossegurança e vacinação: olhar dos profissionais de enfermagem*, necessitando, coletar dados que subsidiem este estudo neste conceituado hospital. Assim sendo, solicitamos de V.S.a. a valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso da referida mestranda, nas dependências deste hospital para iniciar o processo de coleta de dados; que será realizada após parecer favorável do Comitê de Ética/UFRN. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho de Vossa Senhoria, agradecemos antecipadamente.

Natal, 24 de março de 2006.



Prof.^a Dr.^a Soraya Maria de Medeiros
(Coordenadora da pesquisa)

- Não concordamos com a solicitação
 Concordamos com a solicitação e citação do nome da instituição no relatório final.

Maria Lúcia da S. Lima
Enfermeira
COREN/RN: 30407



Dr.^a Maria Lúcia da Silva Lima
Chefe do Setor de Enfermagem do Hospital Gizelda Trigueiro

ANEXO D

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO

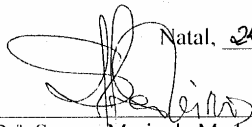
Ilma. Sra. Dra.
Francisca Francimar Fernandes
Chefe do Setor de Recursos Humanos Hospital Gizelda Trigueiro

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu programa de pós-graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Cleonice Andréa Alves Cavalcante irá realizar pesquisa intitulada *Biossegurança e vacinação: olhar dos profissionais de enfermagem*, necessitando, coletar dados que subsidiem este estudo neste conceituado hospital.

Assim sendo, solicitamos de V. Sª a valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso da referida mestranda, nas dependências deste hospital para iniciar o processo de coleta de dados, que será realizada após parecer favorável do Comitê de Ética/UFRN. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho de Vossa Senhoria, agradecemos antecipadamente.

Natal, 24 de março de 2006.



Prof.ª Dr.ª Soraya Maria de Medeiros
(Coordenadora da pesquisa)

- Não concordamos com a solicitação
 Concordamos com a solicitação e citação do nome da instituição no relatório final.

P/ Francisca Francimar Fernandes
Chefe do Setor de Recursos Humanos
Mat. 65.076-5

msgeal
32260