

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-
FACENE/RN

RUI TER SÁVIO ALMEIDA DA SILVA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM
BIOSSEGURANÇA DURANTE OS PROCEDIMENTOS DE PARTO EM HOSPITAIS
PÚBLICOS DE MOSSORÓ.**

MOSSORÓ

2016

RUITER SÁVIO ALMEIDA DA SILVA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM
BIOSSEGURANÇA DURANTE OS PROCEDIMENTOS DE PARTO EM HOSPITAIS
PÚBLICOS DE MOSSORÓ.**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Me. Andreza Rochelle do Vale Morais

MOSSORÓ

2016

RUITER SÁVIO ALMEIDA DA SILVA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM
BIOSSEGURANÇA DURANTE OS PROCEDIMENTOS DE PARTO EM HOSPITAIS
PÚBLICOS DE MOSSORÓ.**

Monografia apresentado pelo aluno RUITER SÁVIO ALMEIDA DA SILVA do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: 09 / 12 / 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Andreza Rochelle do Vale Morais (FACENE/RN)

Orientadora

Prof. Esp. Lívia Helena Morais de Freitas (FACENE/RN)

Membro

Prof. Me. Débora Nair Jales Rodrigues (FACENE/RN)

Membro

Dedico primeiramente a DEUS, que me deu forças, coragem e sabedoria para chegar até aqui, e a minha **FAMÍLIA** por ter me apoiado em todos os momentos. A minha **ESPOSA** que com muita paciência, me ajudou a desenvolver esse trabalho. Essa conquista é graças a vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me ajudado dando coragem, força e sabedoria para enfrentar todos os obstáculos até aqui, sem a permissão dele nada disso teria acontecido, que não me deixou faltar forças nesses longos anos de Academia.

Aos meus pais: Fatima Oliveira e Francisco, vocês são os responsáveis por eu estar aqui. Obrigado por tudo que fizeram por mim e por sempre estarem ao meu lado, ajudando-me a superar cada dificuldade, nos momentos mais difíceis estiveram sempre ao meu lado me dando forças, fazendo sacrifícios para realização de um sonho. Passamos por momentos difíceis pelo meu acidente, onde perdi um semestre, os sacrifícios de sair de mudança para Limoeiro do Norte-CE, quando viajava uma hora e meia a duas horas para chegar à faculdade em Mossoró-RN e logo depois fiz novamente mais uma mudança, vindo morar em Mossoró. Obrigado por tudo que fizeram, mesmo sem poder, sacrificando tantas coisas, abrindo mãos de muitas coisas, obrigado.

A minha Irmã: Larisse Mara, por sempre estar ao meu lado me dando força. Obrigado por ser presente na minha vida e por sempre estar disponíveis a me ajudar quando mais precisava.

Quero agradecer a todos da família que ajudaram a chegar neste sonho, avôs e avós, tios, tias, primos e primas, enfim, não vou citar nomes porque serei injusto.

A Eirilândia Paz, minha esposa, obrigado pela paciência e compreensão dos momentos em que tive ausente, por me desejar sucesso e felicidades nessa caminhada, por aguentar meus estresses. Obrigado por existir e estar sempre ao meu lado. Amo você!

Agradeço a Deus pelas amizades construídas, que foram fortalecidas no decorrer desses quatro anos. Fabia, Ana Cristina, Bruno, Rayane, Yara, Nicolay, Allison, Ana Célia, Pamyly, bem enfim, quero agradecer a todos que fizeram parte desses quatro anos. Fabia que me deu forças para continuar, sempre me ajudando, levando e trazendo dos estágios, que sempre abriu as portas da sua casa para me receber, sou grato as Deus pela sua vida, que a cada dia Deus esteja lhe abençoando amiga e que nossa amizade possa continuar e fortalecer cada vez mais, obrigado amiga por sempre me ajudar, Aninha e Marcio obrigado

por sempre serem prestativos, sempre me ajudando nas caronas assim que voltei para faculdade, sempre dispostos a ajudar as pessoas e não seria diferente comigo; Pamyra Michelle obrigado por sempre me ajudar, em meio ao estresse e as loucuras, correrias, quero também agradecer a seus pais Sr. Pedro e Cigana, que sempre abriram as portas de sua casa com muita alegria para me receber; Yara que tivemos a oportunidade de conhece melhor, nesses dois últimos semestres, continue sendo essa pessoa que você é bem. Enfim, obrigado a todos vocês da sala, levarei comigo, com muito carinho e vai deixar saudade.

Também quero agradecer por três pessoas que me ajudaram muito no processo de coleta de dados, tive o prazer de ser monitor em cirúrgica II, onde pude ensinar e aprender muito com elas, obrigado meninas por me ajudarem e darem essa força que foi essencial para conclusão da pesquisa, Raika, Paula, Nailma, profissionais excelentes, pessoas que adoro que vou levar sempre comigo, obrigado a cada uma por tudo.

A minha orientadora Elaine Viana, por ter aceitado o convite, pela paciência, dedicação, pela confiança a mim depositada, pelos conhecimentos e experiências repassadas nos momentos de orientação, mas infelizmente não podemos continuar até o fim, Deus reservou algo melhor, obrigado professora por esse semestre e meio está junto comigo, me aturando, perturbando, mas foi e é muito gratificante ter a senhora como minha orientadora.

Mediante a saída da minha orientadora, teve uma pessoa muito especial que de imediato e sem hesitar aceitou o convite para me acompanhar não só como orientadora, mas como membro dessa banca Professora Patrícia Helena, obrigado professora por fazer parte da minha formação acadêmica, por me tornar o profissional que sou hoje, por sempre dizer que andasse direitinho, por que se não ia dizer na diretoria que tinha errado a nota e voltaria à gente para o 5º período, obrigado professora.

Também quero agradecer a professora Andreza Rochelle, que esse últimos meses começou a me orientar neste processo, quero agradecer pela dedicação, pelo esforço, de me ajudar, não tive muito contato com você, foi pouco tempo, mas deu para conhecer um pouco sobre você, obrigado professora por tudo.

Também quero aqui falar sobre uma pessoa que me deu uma oportunidade ímpar, que confiou em mim, que abriu as portas, que não mediu

esforço para me ajudar, que teve um papel fundamental na minha graduação, um exemplo de pessoa, de profissional, amiga, que esteve sempre presente, incentivando a passar pelos obstáculos, e enfrentar com toda força e determinação, obrigado professora Lívia Helena, que apostou em mim, me deu a oportunidade e eu agarrei com unhas e dentes, hoje sou monitor de Cirúrgica II, porque a senhora me deu essa oportunidade e sou muito grato, que Deus a cada dia possa te recompensar, porque não tenho como fazer isso, essa dívida não tenho como pagar.

Quero agradecer a todos os professores que me deram oportunidade de crescer como pessoa e como profissional, ao relatar os professores acima, não quero desmerecer os demais, pelo contrário cada um me ajudou a crescer e teve sua importância, Professor Thiberio, Tatiana, Joseline, Thiago Enggle nosso coordenador, Anna Cristina Arrais, Kalídia, Gisele, Evilamilton, Gildenberto, Fausto Guzen, Wesley, Michelline, Lázaro, Laura, Sarah, Rúbia Mara, Amélia Resende, Verusa Fernandes, Karla Cartaxo, enfim a todos que participaram desse momento, muito obrigado por tudo.

Quero Agradecer a Natália, Leidivan e Eliza, que me receberam de braços abertos no laboratório de Cirúrgica II, obrigado meninas por terem sempre paciência comigo, me ajudarem e sempre está presente nestes quatro anos, Continuem com essa garra e humildade que vocês têm. Sentirei saudades. Raimundo o vulgo Raimundão, obrigado por tudo que você fez por mim, as brincadeiras, as conversas jogada fora, às risadas, continue assim Raimundo sendo essa pessoa que você é, que nossa amizade dure para sempre, Vanessa da biblioteca que sempre esteve à disposição para ajudar com as referências, na procura dos livros, monografia enfim, obrigado por sempre me atender quando precisei tanto na faculdade, como fora dela, E aos demais funcionários da FACENE que tenho imenso carinho e apego. Obrigado por tudo.

Obrigado a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desse sonho.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin.

RESUMO

O parto é conhecido como ato fisiológico, um evento natural da mulher, realizado por parteiras nos séculos passados. Com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM, essa realidade começou a mudar, trazendo para a sociedade uma assistência para o parto, trazendo para os hospitais. O enfermeiro no trabalho de parto requer uma atenção primordial, tanto para o cuidado para gestantes, puérperas e para os profissionais. Por ter um nível alto de contaminações, observou-se a importância no uso do Equipamento Proteção Individual (EPI), oferecendo assistência melhor qualidade e de proteção. Sendo assim, ao analisar conhecimento sobre biossegurança dos profissionais de enfermagem na assistência as gestantes no parto. Surgiu o interesse em descrever na opinião dos profissionais de Enfermagem entrevistados os cuidados dos profissionais de saúde nas puérperas com relação à biossegurança; averiguar na opinião dos profissionais de Enfermagem entrevistados os conhecimentos quanto a biossegurança e a sua proteção individual durante a assistência ao pré-parto, parto e pós-parto; identificar na opinião dos profissionais de Enfermagem entrevistados os desafios quanto ao uso dos EPIs em urgências obstétricas. O estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com caráter descritivo e com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa é estabelecida como um processo sistemático de investigação, permitindo a aquisição de novos conhecimentos. A população do estudo constituiu-se de 20 profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalhavam nos centros obstétricos, os dados foram coletados por um instrumento de coleta. Os profissionais de saúde no decurso das suas atividades têm enfrentado diversos obstáculos devido à fragilidade de transmissão de doenças. Isso provocou a necessidade de se debater e adotar mecanismos de proteção, tanto para os profissionais envolvidos no atendimento em saúde, quanto para os usuários. Em 1996, mantendo-se a essência de considerar o risco universal, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças-CDC preconizou uma nova proposta, que substituiu o termo "Precauções Universais" por PP, "Precauções Padrões". As instituições precisam formar o comitê de biossegurança que tem como função identificar os casos de infecção hospitalar, dominar as principais infecções hospitalares. Ao entrevistar os profissionais foi observado que 60% das instituições possuem um comitê de biossegurança, 30% ainda não possuem e 10% dos profissionais desconhece a existência de um comitê de biossegurança nas instituições. Este resultado mostra-se como é alarmante, uma vez que a falta da presença de um comitê de biossegurança pode deixar de evitar sérios danos que venham a aparecer contra a vida dos profissionais da instituição, bem como dos pacientes. Dessa forma as instituições hospitalares devem providenciar a Comissão de Controle de Infecções Hospitalar-CCIH, que tem por função vistoriar, fiscalizar, orientar, e desenvolver estratégias para o controle de infecções e a qualidade de trabalho dos profissionais.

Palavras - Chave: Enfermagem. Biossegurança. Obstetrícia.

ABSTRACT

Childbirth is known as a physiological act, a natural event of the woman, performed by midwives in the past centuries. With the implementation of the Program of Integral Assistance to Women's Health-PAISM, this reality began to change, bringing to society a care for childbirth, bringing to hospitals. The nurse in labor requires a primordial attention, both for care for pregnant women, puerperal women and for professionals. Because of the high level of contamination, the importance of using the Personal Protective Equipment (PPE) was observed, offering better quality and protection. Thus, when analyzing knowledge about biosafety of nursing professionals in assisting pregnant women in childbirth. The interest in describing in the opinion of the nursing professionals interviewed the care of the health professionals in the puerperas regarding biosafety; To ascertain in the opinion of the Nursing professionals interviewed the knowledge about biosafety and their individual protection during the attendance to the prepartum, delivery and postpartum; Identify in the opinion of the Nursing professionals interviewed the challenges regarding the use of PIDs in obstetric emergencies. The study is an exploratory type research with descriptive character and with quantitative-qualitative approach. Research is established as a systematic research process, allowing the acquisition of new knowledge. The study population consisted of 20 professionals, among nurses and nursing technicians working in the obstetric centers, the data were collected by a collection instrument. Health professionals in the course of their activities have faced several obstacles due to the fragility of disease transmission. This has caused the need to debate and adopt protection mechanisms, both for professionals involved in health care, and for users. In 1996, while retaining the essence of considering universal risk, the Centers for Disease Control and Prevention-CDC advocated a new proposal, which replaced the term "Universal Precautions" by PP, "Standard Precautions". Institutions need to form the biosafety committee whose function is to identify cases of nosocomial infection, to control the main hospital infections. When interviewing the professionals, it was observed that 60% of the institutions have a biosafety committee, 30% still do not have it and 10% of the professionals are unaware of the existence of a biosafety committee in the institutions. This result shows how alarming it is, since the lack of a biosafety committee can prevent serious damage that may occur against the life of the institution's professionals as well as patients. In this way, hospital institutions must provide the Hospital Infection Control Committee (CCH), whose function is to inspect, supervise, guide, and develop strategies for infection control and the quality of work of professionals.

Keywords: Nursing. Biosafety. Obstetrics

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção primária à Saúde
AVP – Acesso Venoso Periférico
CBS – Comissão de Biossegurança em Saúde
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC – Centros de Controle e Prevenção de Doenças
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPI – Equipamento de Proteção Individual
GAR – Gestaçã de Alto Risco
IH – Infecção Hospitalar
NR – Norma Regulamentadora
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCIH – Programa de Controle de Infecção Hospitalar
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVF – Sonda Vesical de Demora
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEM – Ministério do trabalho e Emprego
TVP – Trombose Venosa Profunda
UCINca – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
RN – Rio Grande do Norte

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Comparativo dos profissionais entrevistados do HM e do HAC com relação a quesitos biossegurança	58
Quadro 2: Comparação das instituições pesquisadas no HM e HAC com questões relacionadas a biossegurança.....	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapeamento de Risco	48
Figura 2: Dificuldades encontradas para utilizar os EPIs em procedimentos de parto no HM e HAC	55
Figura 3: Acidentes ocorridos com profissionais de enfermagem com materiais orgânicos do pacientes do HM e HAC	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Justificativa.....	17
1.2 Problemática.....	18
1.3 Hipótese	18
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 História do parto no Brasil - Política Pública Saúde da Mulher - PAISM.....	20
3.2 Redes de atenção à saúde.....	23
3.3 Rede cegonha.....	24
3.4 Parto	26
3.4.1 Parto normal.....	28
3.4.2 Parto cirúrgico	30
3.5 Biossegurança.....	32
3.5.1 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – CIPA	35
3.5.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.....	36
4 METODOLOGIA	38
4.1 Tipo de Estudo	38
4.2 Local da pesquisa	39
4.3 População e amostra	40
4.4 Instrumento de coleta de dados	41
4.5 Procedimento para coleta de dados	41
4.6 Análise dos dados.....	42
4.7 Considerações éticas	42
4.8 Financiamento	43
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS QUALI/QUANTITATIVOS	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A - Instrumento de Coleta	72
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	75
ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO

O parto é conhecido como ato fisiológico, um evento natural da mulher. No século XIX, a predominância dos partos era em domicílio, realizados por parteiras de suas localidades, as quais tinham um conhecimento prático sobre as técnicas utilizadas, a qual era passada de geração a geração adquirido pela a experiência, ou seja, conhecimento empírico. Nessa época, o ambiente hospitalar não era um ambiente seguro para a mulher dar à luz devido aos altos níveis de infecções. Somente em alguns casos, em que a parteira não conseguia realizar o parto devido às complicações, os médicos eram chamados para atender a parturiente. (LAITER, 2013).

Nessa época, a hospitalização do parto era algo novo para as mulheres brasileiras, em outros países mais desenvolvidos já era bem predominante o internamento de gestantes. No Brasil, o parto hospitalar passou a ser rotineiro somente após a década de 1960, com a crescente expansão da assistência hospitalar (MARTINS, 2005).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, sendo anunciado como uma nova abordagem da saúde da mulher. Pela primeira vez, o governo apresentou e implantou de forma parcial, um programa que beneficiava a saúde da mulher em âmbito geral. O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, adicionou também, os princípios que direcionaram a reforma sanitária, com a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, igualdade na atenção, bem como de participação social. Também propôs formas mais harmoniosas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a adaptação, autonomia e maior controle sobre a saúde da mulher (SANTOS, 2005).

Com a oficialização do PAISM em 1984 pelo Ministério da Saúde, o qual teve por título de “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, trazendo novas propostas para saúde da mulher, com a proposta de estabelecer, a constatação de que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde, dando ênfase ao seu período gravídico (OSIS, 1998).

O período da gravidez é um período profundamente marcante e sonhado por um grande número de mulheres, são momentos de dúvidas, angústias, felicidades e

de um novo aprendizado. O parto, por ser o momento mais importante de toda a gravidez, deve ser precedido de um pré-natal bastante minucioso. O parto normal é conjunto de fenômenos mecânicos e fisiológicos que levam à expulsão do feto e seus anexos embrionário do corpo da mãe, sendo considerado ideal para mulher, por não apresentar complicações obstétricas associado a aparecimentos de contrações uterinas. O sistema do parto é dividido em quatro fases, a primeira fase é o período da dilatação, segunda fase período expulsivo, terceira fase é o período da expulsão da placenta e quarta fase é período de Greenberg (MORAES et al, 2006).

O parto cesariano é realizado por procedimento cirúrgico que deve ser indicado para reduzir o risco de complicações maternas ou fetais, ou seja, deve ser realizado como uma emergência onde aparenta risco preeminente, mas isso não significa que fique desprovido de risco nessa operação, oferece segurança em caso de alta complexidade nas gestantes e bebês (PATAH; MALIK, 2011).

Na existência dos dois tipos de parto, o parto normal que é o parto fisiológico, preconizado Organização Mundial de Saúde – OMS, pelas vantagens de recuperação, por não passar por um processo cirúrgico, diminuindo os riscos de infecções. O parto cirúrgico que tem o objetivo de ser utilizado em gestação de alto risco como: mãe com pré-eclâmpsia, não tem dilatação total, mães com HIV. Mas, mediante a facilidade e comodidade, o parto cirúrgico passou a ser utilizado de forma desordenada retirando os critérios necessários para sua aplicação, tornando assim o meio mais viável para os médicos, pois dessa maneira podem agendar o dia do nascimento, evitando assim a demora desse processo (MIRANDA, 2008).

Mas, mesmo assim os níveis de infecções em parturientes e contaminação com profissionais de saúde eram muito altos, diante da problemática foram desenvolvidas técnicas assépticas para diminuir os riscos de infecções, começou a se conhecer mais sobre a biossegurança. Com esse desenvolvimento, foram estabelecidos leis e normas estatucionais para uso dessas técnicas em prol a proteção dos profissionais de saúde e das parturientes e para prevenção de infecções ao serem desenvolvidas foram realizados treinamento, capacitações e aprimoramentos nos conhecimentos das infecções e usos dos EPIs (XIMENES NETO et al, 2007).

A biossegurança inclui um conjunto de ações designadas para prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos essenciais para das atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente.

Desta forma, a biossegurança caracteriza-se como estratégica e essencial para a pesquisa e o desenvolvimento sustentável, sendo de fundamental importância para avaliar e prevenir os possíveis efeitos adversos de novas tecnologias à saúde (BRASIL, 2010b).

Segundo Ministério da Saúde, as ações de biossegurança em saúde são imprescindíveis para a promoção e manutenção do bem-estar e proteção à vida. O aperfeiçoamento cada vez mais rápido do conhecimento científico e tecnológico propicia condições favoráveis que possibilitam ações que colocam o Brasil em nível, onde a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza em relação à biossegurança em saúde. No país a biossegurança começou a ser institucionalizada a partir da década de 80, quando o Brasil tomou parte do Programa de Treinamento Internacional em Biossegurança, ministrado pela OMS que teve como objetivo estabelecer pontos focais na América Latina para o desenvolvimento do tema (BRASIL, 2010b).

A Norma Regulamentadora NR 32, que trata da segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde, apresenta as medidas de proteção para os trabalhadores da saúde, como capacitação, programas de prevenção de riscos ambientais, uso de vestimentas adequadas e vacinação preventiva (WADA, 2005).

Segundo Wada (2005), a NR 32 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, com destino a população em todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

1.1 Justificativa

A escolha do tema surgiu a partir das práticas integradoras da disciplina de Enfermagem obstétrica e Neonatal, onde foram observadas as dificuldades do uso de Equipamentos de proteção individual (EPI) pelos profissionais em suas atividades. Essa dificuldade se estabelecia, muitas vezes, pela falta de materiais e, nas urgências, em meio às pressas, não dava tempo de se paramentar para os procedimentos. A priori foi estabelecido como objeto de pesquisa unificar as

atividades obstétricas com os cuidados na biossegurança do profissional de Enfermagem.

O uso dos EPIs em meio a suas atividades tem como utilidade a proteção das parturientes, puérperas e dos profissionais envolvidos durante o procedimento não permitindo o contato com fluidos contaminantes e, assim também diminuindo os riscos de infecções.

Almeja-se observar a importância do cuidado com parturiente e puérpera, com relação a sua exposição e o uso de materiais estéreis tais como: luvas, capote, propés, pinças cirúrgicas, tesouras cirúrgicas, lâminas de bisturis, agulhas, fios de suturas, compressas, gases, que são usadas em partos cirúrgicos e normais. E também os materiais não estéreis como: luvas de procedimento, gorro, máscara, jalecos, sapatos impermeáveis, que devem ser usados tanto em procedimentos simples quanto puncionar veias, até como em processos mais complexos como em centro cirúrgicos, para garantir a segurança dos profissionais e das parturiente e puérpera.

Essa pesquisa é de suma importância para colaboração do conhecimento e aperfeiçoamento das informações adquiridas durante este período e para a ampliação das pesquisas acadêmicas.

1.2 Problemática

Diante dos argumentos apresentados, surgiu a problemática: Como ocorrem os cuidados dos profissionais de Enfermagem mediante ao conhecimento da biossegurança, durante assistência a parturiente e puérpera em hospitais públicos da cidade de Mossoró-RN?

1.3 Hipótese

Em meio à problemática apresentada, verificar-se-á o conhecimento do profissional de Enfermagem sobre os EPIs e sua correta utilização bem como o fator Biossegurança configura-se como parâmetro indispensável na rotina dos procedimentos obstétricos na enfermagem, necessitando, portanto, de maior

conhecimento e acessibilidade aos equipamentos, para assim se estabelecer o melhor cuidado entre os profissionais, parturientes e puérperas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o conhecimento sobre biossegurança dos profissionais de enfermagem na assistência das gestantes no parto.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever, na opinião dos profissionais de Enfermagem entrevistados, os cuidados dos profissionais de saúde para com as puérperas em relação à biossegurança;
- Averiguar, na opinião dos profissionais de Enfermagem entrevistados, os conhecimentos quanto a biossegurança e a sua proteção individual durante a assistência ao pré-parto, parto e pós-parto;
- Identificar, na opinião dos profissionais de Enfermagem entrevistados, os desafios quanto ao uso dos EPIs em urgências obstétricas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 História do parto no Brasil - Política Pública Saúde da Mulher - PAISM

No século XIX, a predominância dos partos era em domicílio, realizados por parteiras de suas localidades, as quais tinham um conhecimento prático sobre as técnicas usadas nos partos, a qual era passada de geração a geração, adquirido pela a experiência, ou seja, conhecimento empírico. Nessa época, o ambiente hospitalar não era um lugar seguro para a mulher dar à luz, pelos altos níveis de infecções. Em alguns casos em que a parteira não conseguia realizar o parto e que se tornavam mais complicados os médicos eram chamados para atender a parturiente (LAITER, 2013).

Na década de XX, iniciou a introdução dos partos nos hospitais, saindo do âmbito domiciliar para ambiente hospitalar, assistido de mudanças graduais nas culturas das mulheres. Sendo assim, adotando os costumes de frequentar consultórios obstétricos e pediátricos, a utilização de medicamentos e o consumo de produtos da indústria de higiene e alimentação infantil. Além disso, foram sendo acrescentados a oferta e o acesso aos serviços públicos de saúde maternos infantil com maior participação de instituições filantrópicas, paraestatais, patronais e de trabalhadores (IBGE, 2006).

A hospitalização do parto era algo novo para as mulheres brasileiras, em outros países mais desenvolvidos já era bem predominante o internamento de mulheres gestantes, como nos países: Estados Unidos, Inglaterra, França, Noruega e Suécia. A transição do parto domiciliar para o hospitalar se deu no início do século XX, no período entre as guerras, enquanto que no Brasil, o parto hospitalar passou a ser rotineiro somente após a década de 1960, com a crescente expansão da assistência hospitalar (MARTINS, 2005). Segundo o Ministério da Saúde, em meados de 1980 as mulheres começaram a expor suas reivindicações ao direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, discriminação do aborto, democratização da educação para a saúde e outras medidas entendidas na esfera da saúde pública, desta forma surgiu o interesse pelo tema Saúde da Mulher, que cresceu no país não apenas nos meios acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados (BRASIL, 2013).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi lançada pelo Ministério da Saúde em 1983, sendo anunciado como uma nova abordagem da saúde da mulher, pela primeira vez, o governo apresentou e implantou de forma parcial, um programa que beneficiava a saúde da mulher em âmbito geral. O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, adicionou também, os princípios que direcionaram a reforma sanitária, com a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, igualdade na atenção, bem como de participação social. Também propôs formas mais harmoniosas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a adaptação, autonomia e maior controle sobre a saúde da mulher (SANTOS, 2005).

Em 1984, foi oficializado pelo Ministério da Saúde o PAISM, durante um período de referência político e histórico. Em consequência, os movimentos feministas pelo direito ao atendimento à saúde integral, ou seja, ações de saúde encaminhadas para o atendimento global das demandas das mulheres, o qual teve por título: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, trazendo novas propostas para saúde da mulher, com a proposta de estabelecer, a constatação de que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde, limitando-se e dando ênfase ao seu período gravídico (OSIS, 1998).

Essa quebra de conceito foi essencial, pois contribuiu para que a mulher não tivesse apenas o aspecto de como quem engravida e tem filhos, mas também como indivíduo com direitos estabelecidos, ao atendimento e em outras temáticas de saúde, além de associadas à reprodução social e fisiológica. Ao mesmo tempo realizava-se o processo repopularização, bem como a aprovação da Constituição Federal de 1988 que, entre outros avanços, criou o Sistema Único de Saúde com base nos conceitos primários da universalidade do acesso, integralidade e equidade nas ações de saúde e com atuação social e com independência dos sujeitos (RATTNER, 2014). Segundo Ministério da Saúde o PAISM integrou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, visando a plenitude e a igualdade da atenção, no mesmo período, andava paralelamente o Movimento Sanitário, se contemplava a estrutura investigativa que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a).

As ações educativas permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, compreendendo a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no

climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST, câncer de colo de útero e de mama, estabelecendo uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004b).

No processo de abertura política, mulheres e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã, resultando em uma proposta concreta do Estado como resposta às reivindicações: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM (BRASIL, 2013).

Santos (2005) afirma que a assistência, em todos os estágios da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas. O conceito de assistência legítima, o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, compreender como as estratégias para a capacidade crítica e a autossuficiência das mulheres.

Tendo em vista as mudanças sobre as políticas voltadas à mulher, no cenário brasileiro, foi formulado no ano de 2004, a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM), que determina a programação para melhoria da saúde das mulheres, assegurando os direitos legalmente fundamentados, extensão do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, dentre seus objetivos (SÃO BENTO et al., 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) teve o entendimento de diversos componentes da sociedade científica, e organizações não governamentais, tendo em vista, políticas ajustadas com as necessidades das mulheres brasileiras e, assim, diminuir os casos de mortalidade, e morbidade evitáveis, na busca da melhor atenção na obstetrícia, melhor atenção ao planejamento familiar, enfrentar a violência doméstica e sexual, prevenção e tratamento das mulheres do Vírus da Imunodeficiência Humana-HIV, doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (PAZ; SALVARO, 2011).

Sendo assim, o PNAISM intensifica as melhorias na humanização, a qualidade da atenção à saúde da mulher, e as inúmeras políticas do século passado, onde era esquecido a integralidade da mulher como um ser. É indispensável conceituar, que a humanização vai além do que tratar bem o próximo,

tendo por importância a prerrogativa da acessibilidade aos três níveis da assistência, tecnologias necessárias, disponibilidade de informações, orientações e participação na avaliação dos serviços (SANTOS, 2014).

3.2 Redes de atenção à saúde

A dedicação pela construção de um Sistema Público de Saúde no Brasil, de acesso universal, com garantia integral e qualidade, faz parte dos sonhos e das conquistas da população brasileira. O SUS é a entonação, no campo da saúde, do anseio de um país justo e do compromisso com a cidadania (MENDES, 2011).

A rede caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, nos inúmeros níveis, com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS); e por incumbir a atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; e pela distribuição dos objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010b). Segundo Mendes (2011) diz que para sua implantação, exigiu sério compromisso dos gestores, trabalhadores e usuários. O processo destacado, até aqui alcançado, todavia, conserva-se a nos lembrar do que ainda temos por fazer. Um desses grandes desafios são as redes integrais de atenção em saúde com base na Atenção Primária (APS).

De acordo com a Constituição Federal de 1998 no Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurando mediante políticas sociais e econômicas que visem à atenuação do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e democrático às ações e serviços para sua melhoria, defesa e reabilitação (BRASIL, 2000).

Em 1994, na conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como:

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e seus processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade". "A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (CIPD, 1994) trecho extraído do livro Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde com a colocação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve a centralização do sistema, antes de 1988 a saúde era compromisso de vários ministérios, e descentralizou sua gestão. Deixou de ser específico do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada pelos Estados e municípios (BRASIL, 2004b). Baseado nos preceitos constitucionais, o SUS se regulamenta pelos seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade** - É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público.
- **Equidade** - É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante ao SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.
- **Integralidade** - É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

O empenho pela construção de um sistema Público de Saúde no Brasil, de acesso universal, com cobertura completa e qualidade, faz parte dos sonhos e das conquistas da população brasileira. O SUS é a expressão significativa, no campo da saúde, da aspiração de um país justo e do compromisso dos gestores, trabalhadores e usuários. O progresso admirável, até aqui alcançado, todavia, permanece a nos lembrar do que ainda temos por fazer. Um desses grandes desafios são as redes integrais de atenção em saúde com base na Atenção Primária (APS) (MENDES, 2011).

3.3 Rede cegonha

De acordo com Ministério da Saúde no final de 2010, respondendo à necessidade de alterações no modelo de atenção à saúde praticada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), institui-se, através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, as Redes da Atenção à Saúde – RAS determina diretrizes para a organização do cuidado, tendo em vista à superação da fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o andamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas certificar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

De acordo com Ministério da Saúde, a Rede Cegonha é uma organização estratégica para implementar uma rede de cuidados com o objetivo de garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2010).

Sendo assim, a Rede Cegonha é uma rede temática que foi instituída em 2011, como uma renovadora estratégia do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.459. Que tem por sustentação os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com Ministério da Saúde, a Rede Cegonha foi enunciada e desenhada como estratégia de atenuação das mortalidades materna e infantil, bem como para assegurar o respeito e a proteção dos Direitos Humanos em Saúde; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a certificar os direitos sexuais e atestar os direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, apresenta-se como estratégia político-assistencial em confronto ao modelo de atenção à saúde vigente, caracterizado pela fragmentação do cuidado em diferentes serviços de saúde, que pouco associam suas ações assistenciais e compõem, quando muito, serviços isolados, com organização insuficiente para executar em lógica de rede de cuidados progressivos. Além disso, prestam serviços com supremacia de práticas de atenção que pouco se baseiam em evidências científicas, marcadas por intensa medicalização, por intervenções supérfluo e potencialmente iatrogênicas, e pela não vinculação das gestantes ao

local de ocorrência do parto, que, em geral, peregrinam pelos serviços (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

3.4 Parto

Antigamente, o cuidado ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina, pois apenas as parteiras realizavam essa prática. Sabe-se que elas eram conhecidas na comunidade pela sua experiência, sem dominar nenhum conhecimento científico. Assim, os acontecimentos na vida da mulher aconteciam em sua residência, onde elas trocavam conhecimento e descobriam afinidades, sendo considerada desagradável à presença masculina durante o processo de parturição (GOMES et al., 2014).

No entanto, a institucionalização do parto ocorreu em 1940, a primeira política de saúde pública dirigida à mulher. A partir daí, a proteção da saúde materno-infantil tornou-se interesse das políticas governamentais. Nas últimas décadas, estabeleceram movimentos que apresentaram mudanças no processo dos cuidados e a assistência entre mãe e filho, analisando a forma como a tecnologia vem sendo desenvolvida e interrompendo a relação entre profissionais e clientes (SILVA et al., 2014).

Embora que, neste momento, os médicos iniciaram a participar do processo do parto, onde a mulher deixou de ser a pessoa mais significativa e operante daquele evento. Com isso, o parto apresentou-se como apenas um ato cirúrgico e a parturiente definitivamente passou a ser apenas a “paciente”. Os médicos começaram a realizar cada vez mais procedimentos invasivos e intervencionistas, indagando um menor tempo e uma maior funcionalidade em suas atividades. Após alguns anos nessa posição, as atividades das enfermeiras obstetras começaram a ser realizadas, com o objetivo de realizar a prática do parto humanizado, modificando assim o significado de medo e da dor, relacionado ao parto normal, em consequência, diminuindo os altos índices de nascimentos por cesarianas, que poderiam ser realizados, simplesmente, por um nascimento de modo natural, menos doloroso e mais saudável (MORAES et al, 2006).

O parto e o nascimento são papéis centrais na reprodução da vida e da proteção das espécies. A espécie humana é beneficiada de inteligência, tendo a

capacidade de se comunicar e de se reproduzir, no entanto o sistema de parir tem se modificando muito do século passado até os dias atuais, em virtude dos grandes avanços das tecnologias e a necessidade de utilizar o tempo reduzido para realização hospitalar, abandonando, assim, aquele padrão do nascimento em ambiente domiciliar com a presença de familiares, passando a ser um modelo mais preocupado, apenas com o processo fisiológico da mulher e o relacionado com a expulsão do conceito, não se preocupando com as exigências da mãe e do recém-nascido. Diante destes acontecimentos, brota a necessidade de dar uma assistência mais acolhedora e mais humanística ao processo parto e nascimento (GONÇALVES et al, 2011).

Diante disto, o parto é umas das etapas mais importantes na vida de uma mulher, onde, neste processo, faz-se a expulsão do feto pelo processo natural da mulher, ou seja, fisiológico, e pelo procedimento cirúrgico o parto Cesário, sendo um dos momentos mais importantes de grandes significados, envolvendo toda a família, em uma experiência marcante (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

O processo do parto é estabelecido pela saída do bebê, que pode ocorrer entre a 37^a a 42^a semana, onde a 40^a semanas de gestação é a idade perfeita para expulsão do bebê, podendo também acontecer com 37 semanas ou em 42 semanas, onde são estabelecidos o limite máximo. O nascimento acontece pelo canal vaginal, passando pelo processo de maneira mais natural possível, durante todo o período de trabalho do parto, com os procedimentos necessários, de forma que minimize a intensidade da dor sentida pelo processo do parto, e diminuindo as complicações e os riscos de infecções para ambos (BRASIL, 2011).

A mulher começa a entrar em trabalho de parto voluntariamente, entre as 37 (trinta e sete) e as 40 (quarenta) de gestação, com rompimento da bolsa e saída do líquido amniótico e com a expulsão do rolhão mucoso, na qual a mulher passa a manifestar contrações irregulares, que aumenta a cada minuto que passa, até permanecerem regulares e com intervalos de contração a cada 10 (dez) minutos de uma para outra. Nas intervenções, utiliza-se introdução de soros com medicações que aumenta o estímulo das contrações, e a dieta é suspensa durante todo processo, podendo acontecer alguma complicação e precisar de procedimento cirúrgico, já está preparada para o procedimento (ALMEIDA et al., 2005).

No trabalho de parto, a puérpera apresenta 3 (três) fases, que antecedem a expulsão do feto, a primeira fase é definida por fase latente que é evidenciada pela

dilatação do canal de parto, inicialmente pode começar de 2 a 3 cm, que leva de 12 (doze) a 16 (dezesesseis) horas, ocasionando dores em consequência das contrações; a segunda fase é a fase ativa, neste momento a mulher está mais próxima de atingir 8 a 10 cm de dilatação, dessa forma a gestante começa fazer esforços para a descida do bebê ajudado no trabalho do parto. Com a ampliação do canal vaginal, o profissional de saúde auxilia no trabalho usando compressas na região do períneo para prevenir a laceração do tecido durante a passagem do bebê ou a utilização do procedimento de episiotomia que é o corte realizado na região do períneo, logo após realizado, espera-se a saída do bebê e, logo após, espera-se a saída da placenta voluntariamente, que é conhecida como segundo parto, ou com ajuda do médico ou enfermeiro obstetra, tracionando de forma leve e sempre inspecionando a integridade da placenta, se não está faltando algum resíduo, após é realizado a administração de anestesia local, para realizar a incisão no períneo (área muscular entre a vagina e o ânus). Realizando a episiorrafia que a sutura da incisão que pode ser realizada pelo médico obstetra ou pelo o enfermeiro obstetra (CARRARO et al., 2006).

3.4.1 Parto normal

De acordo com Ministério da Saúde, o conceito de atenção humanizada acarreta simultâneos conhecimentos, práticas e atitudes que visa a evolução do parto, do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. A atenção humanizada se promove no pré-natal e procura assegurar que a equipe de saúde realize procedimentos benéficos para a mulher e o bebê, evite intervenções desnecessárias e preserve a privacidade e a autonomia da mulher. Esse processo leva a uma experiência especial no mundo da mulher, sua família e a comunidade (BRASIL, 2016).

O processo da humanização reside, também, nas convivências interpessoais, e de modo pessoal entre o profissional, cliente e o acompanhante. O padrão de assistência obstétrica no Brasil é caracterizado por vários processos de intervenções do parto, o que tem auxiliado para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal (GOMES et al, 2014).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído em 2000 pelo Ministério da Saúde (MS), expõe duas particularidades básicas: a integralidade

da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher. O objetivo central é a reestruturação do cuidado ofertado com a junção do pré-natal ao parto e puerpério, onde a uma grande melhoria ao acesso e a qualidade da realização de um mínimo de procedimentos (BRASIL, 2010a).

Uma assistência com menos intervenção compreende o que é a humanização no centro obstétrico, além de provocar mais motivação, respeito à dignidade, aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. A humanização pode ser evidenciada como o aumento da promoção de saúde, transformações da atenção e dos processos de trabalho, tem como conceitos a conversão e construção de saberes, trabalho em equipe e consideração aos interesses dos diferentes setores do campo da saúde (COELHO, 2015).

De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem - COREN (2009), parto humanizado significa o direito que toda gestante tem de passar por pelo menos seis consultas de pré-natal e ter sua vaga garantida em um hospital na hora do nascimento. Para um grupo de médicos, significa permitir que o bebê permaneça sobre a barriga da mãe por alguns minutos após o parto, antes de ser levado para o berçário. Em alguns hospitais públicos, significa salas de partos individuais, presença de um acompanhante, alojamento conjunto, incentivo à amamentação, dentre outros benefícios.

Frello e Carraro (2010) ressaltam que no parto humanizado faz-se necessário dar liberdade às escolhas da parturiente, prestar um atendimento focado em suas necessidades, aliviar seus anseios, esclarecer as suas dúvidas, e para que exista uma relação de confiança entre a parturiente e a equipe deve estar baseada no diálogo, na afetividade, no prazer em servir o outro e na atenção dispensada; não se preocupar apenas em crenças e mitos, acompanhando essas escolhas, intervindo o mínimo possível, para que possa se desenvolver um processo natural e tranquilo.

Para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem-estar físico e emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações. Para tanto, o respeito ao direito da mulher à privacidade, à segurança e ao conforto, com uma assistência humana e de qualidade (COELHO, 2015).

O apoio emocional de um acompanhante de escolha da parturiente é eficaz para que a mulher possa suportar a dor e a tensão. Neste sentido, o acompanhante necessita do apoio e colaboração dos profissionais de saúde na condução adequada da assistência à mulher. É importante que os profissionais de saúde estejam

sensibilizados quanto à relevância da presença do acompanhante para parturiente no decorrer do trabalho de parto, como também precisam estar preparados para executarem suas atividades junto ao acompanhante e parturiente (FRELLO; CARRARO, 2010).

3.4.2 Parto cirúrgico

O Parto Cesário é um procedimento cirúrgico que tem por finalidade a extração do feto por uma incisão abdominal e da parede do útero, realizado sob anestesia peridural ou raquimedular. Antigamente, este procedimento, tinha a finalidade exclusiva para mulheres que estava em óbito e que tinha a possibilidade do feto está vivo, com destinação de salvar o feto, mas com a diminuição da taxa de mortalidade, as indicações de cesariana tiveram um aumento e passaram a ser um dos tipos de partos mais usados (FERRARI, 2010).

Sendo associada a maior morbimortalidade materna e infantil aqui no Brasil e em outros países, como todo procedimento cirúrgico, envolve a questão dos riscos, que devem basear-se entre os riscos e os benefícios. É um procedimento cirúrgico desenvolvido para salvar a vida da mãe e do bebê, caso ocorra complicações durante a gravidez ou parto, tem sido utilizada de forma abusiva e sem muitos benefícios para as mulheres. Em relação ao parto vaginal, quando comparada a taxa de infecção é mais alta (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Dessa forma o parto Cesárea é um procedimento bem indicado de acordo com a necessidade da paciente, torna-se um fator indispensável no cuidado obstétrico, podendo reduzir a mortalidade materna e neonatal. Ao ser usado de forma indevida, pode trazer riscos à saúde dessa mulher como, por exemplo, lacerações acidentais, hemorragias, infecções puerperais, podendo assim influenciar de forma negativa futuras gestações (IORRA et al. 2011).

No entanto, o ato cirúrgico ao ser realizado é mais rápido, o seu tempo é de, aproximadamente, 45 minutos a uma hora, onde a gestante é mantida acordada, sobre efeito da anestesia, impossibilitando os movimentos da parte inferior do corpo, também são usados monitorização cardíaca, respiratória, realizado Acesso Venoso Periférico-(AVP) e uso da sonda vesical de Foley-(SVF). Normalmente, o bebê nasce nos primeiros 15 minutos e faz-se necessário mais 30 minutos para

realizações para todo o procedimento (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

Dessa forma, a cesárea pode ser marcada com objetivo de trazer conveniência e segurança, além do tempo, pois, de forma antagônica do parto normal, pode ter a durabilidade de mais de 8 horas. De acordo com algumas narrativas de médicos ginecologistas, com a cesárea eles se sentem mais seguros, por ter o controle da situação. Um outro fator que leva a gestante a escolher a cesárea é o medo do desconhecido, por muitas vezes ouvirem relatos de várias mulheres que falam sobre a dor na hora do parto, isso tem se estabelecido em nossa cultura em nosso país. A cesárea é conhecida como uma cirurgia de médio porte e não é tão promissor assim para a mulher, pois pode sobrevir os riscos de infecções e perda sanguínea, porém é muito prática para os médicos e hospitais (RÊGO et al., 2013).

Contudo, existem pontos positivos e pontos negativos entre os tipos de partos, para a mulher a cirurgia é um modo de evitar a dor, com relação ao parto cirúrgico é escolhida por ser mais conveniente e mais vantajosa pelo tempo exposto ao atendimento, mas os fatores de risco associados ao parto cesáreo incluem maior risco de infecções, de trombose nos membros inferiores, podendo causar uma Trombose Venosa Profunda - TVP, maior risco de hemorragias, risco de reações ao anestésico e complicações durante o ato cirúrgico e durante o puerpério como endometrite; infecção de parede abdominal; hipotonia ou atonia uterina; acretismo placentário e sua recuperação mais demorada, após seu trabalho de parto, com dor intensa depois do procedimento cirúrgico. Dessa forma, atingindo o bebê, trazendo complicações respiratórias nos pós-parto imediato e taquipneia (GAMA et al., 2014)

Altas taxas de parto cesáreo não querem dizer que essas gestantes estão sendo acompanhadas com qualidade, é necessário desenvolver programas que possam esclarecer a população leiga sobre os riscos e os benefícios das vias de parto. Existe a necessidade de um trabalho conjunto entre pediatras e obstetras que possam debater sobre os riscos de cesáreas eletivas para a mãe e o bebê. Mas, para isso, precisamos de condições adequadas de trabalho, remuneração apropriada, uma equipe técnica treinada para fazer o trabalho de parto mesmo demorado (IORRA et al., 2011).

Sendo assim, a puérpera, após o procedimento, requer alguns cuidados em um período maior de tempo, a paciente fica em observação no hospital de dois a

três dias e só poderá fazer qualquer tipo de atividade física de maior esforço e atividade sexual após um mês de repouso. No parto normal a alta ocorre em aproximadamente 24 horas (NAGAHAMA;SANTIAGO, 2011).

Mediante ao procedimento cirúrgico tem que ser realizados os cuidados necessários nos pós-cirúrgicos, a puérpera será acompanhada na amamentação, devido à demora na recuperação e também pelos seus movimentos restritos, dificultando ainda mais seu autocuidado (RÊGO et al., 2013).

3.5 Biossegurança

Os profissionais de saúde, no decorrer das suas atividades, têm encarado diversos obstáculos devido à vulnerabilidade de transmissão de doenças em nível ocupacional, demandando assim uma reflexão sobre as práticas de controle de contaminação cruzada. Doenças susceptíveis a transmissão, no âmbito de trabalho passaram a requerer preocupação para que haja medidas que atenuem esses riscos. Isso acarretou a necessidade de se debater e adotar mecanismos de proteção, tanto para os profissionais envolvidos no atendimento em saúde, quanto para os usuários (PIMENTEL et al., 2015).

Tendo em vista o risco profissional, criou-se a Portaria N°37 de 06/12/2002, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) que instituiu a Norma Regulamentadora N°32 (NR 32) – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde –, definindo a implementação de medidas de proteção à segurança e a saúde do trabalhador em serviços de saúde, principalmente voltados para os riscos a que esses profissionais estão expostos que, juntamente com a NR 6, que depara sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual, cabe ao empregador fornecer o equipamento adequado ao risco de cada atividade, exigir seu uso (RIBEIRO et al., 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, a biossegurança é um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, conter ou eliminar riscos intrínsecos às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio aonde vivem. Desta forma, a biossegurança caracteriza-se como método essencial para a pesquisa e a promoção sustentável, sendo de grande relevância para avaliar e prevenir os possíveis efeitos antagônicos de novas tecnologias à saúde (BRASIL, 2010b).

Dessa forma a biossegurança é de grande relevância em Serviços de Saúde, não só por discutir sobre parâmetros de Controle de Infecções, para proteção da equipe de Assistência e Usuários da Unidade, mas por ter uma função importante na promoção da Consciência Sanitária na Comunidade, onde trabalham os profissionais da Saúde, como também a proteção e preservação do meio ambiente. A Biossegurança em Saúde favorece substancialmente para a qualidade, promoção e proteção à saúde, garantidos nos princípios básicos do SUS (PIMENTEL et al., 2015).

Desde sua criação, a finalidade da Comissão de Biossegurança em Saúde-CBS é objetivar estratégias de atuação, avaliação e orientações das ações ligadas à biossegurança, de forma a ter a melhor compreensão entre o Ministério da Saúde com órgãos e entidades relacionadas ao tema. Tem como principais competências como:

participar e acompanhar nos ramos nacional e internacional, da formação e na reformulação de normas de biossegurança; proceder ao levantamento e análise das questões referentes à biossegurança, visando identificar seus impactos e suas correlações com a saúde humana; propiciar debates públicos sobre biossegurança, por intermédio de reuniões e eventos abertos à comunidade; estimular a integração de ações dos diversos órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS), nas questões de biossegurança em saúde; e assessorar, nas atividades relacionadas à formulação, à atualização e à implementação da Política Nacional de Biossegurança (BRASIL, 2010b, p. 17).

No entanto, as ações de biossegurança em saúde são indispensáveis para a promoção e manutenção do bem-estar e proteção à vida. O desenvolvimento, cada vez mais ágil do conhecimento científico e tecnológico, proporciona condições favoráveis que viabiliza ações que posiciona o Brasil em nível preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação à biossegurança em saúde. No Brasil, a biossegurança iniciou a ser institucionalizada a partir da década de 80, quando o país começou a fazer parte do Programa de Treinamento Internacional em Biossegurança ministrado pela OMS, que foi estabelecido como objetivo os pontos focais da América Latina para o desenvolvimento do tema (BRASIL, 2010b).

A partir desse momento, se iniciou uma sequência de cursos, debates e implantação de medidas para acompanhar e conduzir os avanços tecnológicos em biossegurança. No ano de 1985, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) organizou o primeiro curso de biossegurança na área da saúde e passou a realizar medidas de

segurança como parte do processo, que desencadeou uma série de cursos sobre o tema. No mesmo ano, o Ministério da Saúde deu início ao Projeto de Capacitação Científica e Tecnológica para Doenças Emergentes e Reemergentes, visando instrução das instituições de saúde em biossegurança. Dessa forma, estabelecendo debates sobre biossegurança, que não apenas contribuíram para solidificação das ações e o exercício das competências na área de biossegurança, foi em 1995 que aconteceu a publicação da primeira Lei de Biossegurança, a Lei no 8.974, de 5 de janeiro de 1995, subseqüentemente revogada pela Lei no 11.105, de 24 de março de 2005. A discussão da biossegurança trouxe resultados e avanços ao tema (BRASIL, 2010b).

De acordo com Vasconcelos, Reis e Vieira (2008), a adesão ao uso dos EPIs traz consigo benefícios à saúde do trabalhador e aos empregados, tais como: maior produtividade, diminuição do número de licenças e redução dos gastos em hospitais, sendo assim os usos dos EPIs devem ser adequados às necessidades do procedimento, avaliando o conforto, o tamanho do equipamento e o tipo de risco envolvido para não resultar em despesas para a instituição e comprometer a execução do procedimento. Em contrapartida, a não adesão aos equipamentos, quando necessários, pode resultar em prejuízos afetando as relações psicossociais, familiares e de trabalho, contribuindo para que os acidentes de trabalho continuem ocorrendo.

De acordo com Pimentel et al. (2015), as estratégias essenciais para a atenuação das infecções obtido no ambiente de trabalho são as prevenções da exposição a materiais biológicos potencialmente infecciosos, bem como a proteção através da imunização. A conciliação de procedimentos padrão, modificações na prática de trabalho, uso dos vários recursos tecnológicos e educação continuada são as melhores opções para diminuir exposições ocupacionais. As normas e procedimentos que simplifica ativa a comunicação, avaliação, aconselhamento, tratamento e Assistência dos acidentes de trabalho com instrumentos biológicos deve estar disponível para os profissionais de saúde. Essas normas devem estar de acordo com as exigências federais, estaduais e municipais.

Frente ao exposto, percebe-se que as falhas na prática profissional decorrem de uma lacuna na aplicação prática dos profissionais de enfermagem, haja vista que a educação em Biossegurança é inserida nas disposições legais da formação destes profissionais.

Seguindo todos os pré-requisitos básicos para admissão da gestante na unidade hospitalar, é importante lembrar que a sala de parto deve estar preparada, antes da chegada da parturiente. A limpeza, organização estrutural e de recursos humanos e materiais é imprescindível. Assim como todo o material que venha a ter contato com o canal de parto deve estar esterilizado. Toda a equipe de saúde na sala de parto deve utilizar medidas de biossegurança (BURROUGHS, 1995). Cabendo assim, uma assistência contínua, visando a todo o trabalho de parto, referente às medidas de biossegurança que devem ser sempre cumpridas, rigorosamente, pelo profissional da área de saúde.

Sabendo da importância da educação em Biossegurança na formação dos profissionais de Enfermagem, e que esta possibilita a esses profissionais condições seguras de trabalho durante e após os procedimentos de parto, este estudo identifica a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a temática e, através dos resultados, avalia os fatores e o impacto que o conhecimento da Biossegurança na prática profissional.

3.5.1 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA é regulamentada pela Norma Regulamentadora 5 (NR5), que a torna obrigatória às empresas com mais de 20 colaboradores. Contudo, nesta NR não há interdição que agregue à comissão novos valores, embora determina quais são suas atribuições. Dessa forma, as organizações podem engrandecer seu trabalho, aproveitando uma equipe que deve existir por obrigatoriedade, desde que aceite a razão da sua principal existência que é a Saúde e Segurança no Trabalho (COSTA et al, 2012).

De acordo com Ministério do Trabalho na década de 70, em companhia com as ações que eram tomadas para a atenuação do acidente do trabalho, o Ministério do Trabalho e Emprego aprova a Norma Regulamentadora 5 - NR 5, que aborda sobre a criação da Comissão Interna de Prevenção de Acidente do trabalho – CIPA. Toda empresa, seja esta pública, privada, sociedade de economia mista, órgão de administração direta ou indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras organizações que admitam trabalhadores como

empregados devem preservar um serviço de CIPA por empresa e mantê-los regularmente funcionando (BRASIL, 2016).

Sendo assim, a CIPA tem por finalidade de “prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar comportável permanentemente ao trabalho com a prevenção da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Dentro deste contexto, a CIPA terá a atribuição de identificar os riscos do ambiente do trabalho e minimizá-los onde os mesmos possam encontrar e verificar quais as doenças essenciais daquela função ocupacional e executar a sua prevenção por meio de ações que possam promover a saúde física e mental do trabalhador, tanto dentro do ambiente do trabalho, como em seu ambiente social e familiar (BRASIL, 2016).

3.5.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH

A internação hospitalar, muitas vezes, é inelutável para a realização de tratamentos de saúde. Entretanto, a exposição do usuário a esse ambiente torna-o susceptível a desenvolver processos infecciosos por micro-organismos hospitalares, que estão presentes nesse espaço. Para reverter essa situação, são indispensáveis medidas que tornam o ambiente hospitalar pouco nocivo e a Infecção Hospitalar (IH) possa ser prevenida e/ou controlada (DUTRA et al., 2015).

Dessa forma a Infecção Hospitalar-IH é definida como uma síndrome infecciosa contraída, posteriormente, à internação ou ao procedimento ambulatorial, podendo suceder-se após a alta e estar relacionada com algum procedimento executado no espaço de internação e tratamento. No meio hospitalar, a precaução com o controle da infecção deve ser ponto primordial entre os profissionais da saúde, envolvendo, de forma constante, todas as atividades e procedimentos a que o usuário for submetido (PEREIRA, 2005).

A Lei Federal nº 9431 de 1997 estabelece a imprescindibilidade da existência da CCIH e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH). A Portaria 2616 de 12 de maio de 1998 determina as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares e define que a CCIH deverá ser constituída por profissionais da área da saúde, de nível superior, formalmente nomeados e divididos em membros consultores: serviços médico, de enfermagem,

farmácia, laboratório, administração e executores, sendo, preferencialmente, um enfermeiro e outro profissional de nível superior (BRASIL, 1997).

De acordo com Ministério da Saúde compete ao CCIH elaborar, programar, manter e avaliar o PCIH apropriando-o às características e necessidades da instituição; aprimorar as ações de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, educação e treinamento das equipes e controle do uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares. Na condição de executor do PCIH o enfermeiro efetua uma função fundamental na implementação de todas as medidas e mudanças necessárias ao controle da IH (BRASIL, 1998).

De acordo com Burmester, 2001, a missão da CCIH é decorrência dos seus valores, dos valores dos seus membros que retrata aqueles manifestados nas leis específicas acima como valores da sociedade e, por extensão, dos valores do hospital. Valores são “um padrão ou qualidade de princípios conceituados em si, válidos ou desejáveis”. São profundos, emocionais e dão força às pessoas e às organizações, porque lhes dão o poder de agir. A observação dos valores pessoais e organizacionais nos concedi agrupá-los em seis distintas categorias: os valores ligados à responsabilidade social; à competência; ao autodesenvolvimento; ao relacionamento; à continuidade (no caso da CCIH); e ao estilo de vida prevalente ou desejável na Comissão.

Dessa forma, os valores são os fundamentos e princípios que orientam como a CCIH conduz suas atividades; em caso de dúvida, são os valores que norteiam o caminho a seguir. A incumbência é o propósito central para o qual ela foi criada. E a visão é a representação da excelência a que a CCIH aspira como sua melhor hipótese de futuro. É a base para sua elaboração estratégica. Sem uma visão clara que sublinhe as ações da CCIH, seus membros serão deixados com poucas opções, a não ser refazer condutas bem-sucedidas no passado, até que alguém lhes dê um novo comando e suas motivações para mudança serão sempre reacionais. Porque não sabem para onde ir, se dedica em devaneios de onde estiveram no passado e, por fim, as políticas básicas da CCIH determinaram as diretrizes da Comissão para sua própria conduta, bem como aquelas recomendadas para o hospital no sentido de prevenir a infecção hospitalar (BURMESTER, 2001).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

O estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com caráter descritivo e com abordagem quanti-qualitativa. Segundo Gil (2009), a pesquisa é estabelecida como um processo respeitoso e sistemático de investigação, apresentando metodologia científica, permitindo, assim, a aquisição de novos conhecimentos no campo da realidade social, tendo em vista o principal objetivo, encontrando respostas para os problemas apresentados.

De acordo com Gil (2009) a entrevista tem a possibilidade de discorrer sobre o tema apresentado, sem resposta ou sem imposições prefixas pelo pesquisador, permitindo assim ao informador, as respostas claras e espontâneas com relação ao tema abordado.

Dessa forma, a pesquisa é empregada com o objetivo de colher informações ou conhecimentos a respeito de algum problema, buscando respostas ou hipóteses para evidências. A pesquisa exploratória é uma metodologia usada por experiências vividas, com o propósito de elaborar questões ou problemas, e com a finalidade de desenvolver hipóteses, relacionar-se com o fenômeno que está sendo investigado e para construção de futura pesquisa mais detalhada (MARCONI, LAKATOS, 2010).

A pesquisa descritiva tem por meta descrever características de determinada população, fenômeno ou estabelecer relações por meio de variáveis, fundamentando-se nos fatos que serão observados, registrados, explorados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira (RICHARDSON, 2010).

Segundo Mendonça (2006), a pesquisa quantitativa expõe métodos quantitativos, por meios de estatísticas desde a mais simples até a mais complexa, trazendo dados, indicadores e tendências, para assim analisar, classificar e interpretá-la. Já conforme Minayo (2010), a pesquisa qualitativa é identificada como a tentativa de percepção minuciosa de situações apresentadas pelos entrevistados como as relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia e no Hospital Maternidade Almeida Castro. As escolhas dos locais foram definidas a partir das vivências ocorridas durante os estágios de enfermagem obstetrícia e neonatal. Tendo assim como referência no atendimento as regiões Oeste e Vale do Açu.

De acordo com Marconi e Lakatos (2009), a pesquisa em campo tem como finalidade conhecer ou contrair conhecimentos acerca do problema apresentado, com base na observação dos fatos para deliberação do que será coletado.

Inaugurado em 9 de março de 2012, em Mossoró/RN, o Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, localizada na Rua Francisco Bessa, Nº 168, na cidade de Mossoró/RN. Teve seu primeiro atendimento registrado no dia 12 de março do mesmo ano, onde Hospital da Mulher, atualmente, oferece atendimento clínico desde o acolhimento, até o âmbito de internamento para o pré-natal, partos de alto risco, disponibilizando 36 leitos para ginecologia obstétricas, 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI neonatal, 7 leitos de cuidados intermediários do recém-nascido de médio riscos e 9 leitos de UTI adulto.

Outro local da pesquisa foi o Hospital Maternidade Almeida Castro, localizado na Rua Juvenal Lamartine, Nº 334, na cidade de Mossoró/RN. A escolha do local deu-se para uma ampliação da pesquisa, isto é, um resultado mais fidedigno na pesquisa que foi realizada. A Maternidade atende 67 cidades do Oeste do Rio Grande do Norte. Inaugurada em 16 de outubro de 1947, sob a direção dos médicos João Marcelino e Maltez Fernandes, sendo uma referência no acompanhamento a gestantes e recém-nascidos do interior do Rio Grande do Norte. A equipe atende, por mês, cerca de 400 pacientes, sendo 70% de Mossoró e 30% de outros 22 municípios, tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como por meio de convênios e particulares. De janeiro até agosto de 2015, já foram realizados 2.904 atendimentos obstétricos, sendo 2.542 pelo SUS e 372 conveniados e particulares, além de 620 cirurgias eletivas (MOSSORÓ HOJE, 2015).

O Hospital Maternidade Almeida Castro é uma instituição filantrópica mantida pela assistência e Proteção à Maternidade e à Infância de Mossoró (APAMIM). Também fazem parte do complexo a Casa de Saúde Dix-Sept Rosado e o Hospital Infantil Cid Augusto. Edilene Torquato uma das palestrantes da Maternidade Almeida Castro destaca dois programas de fundamental importância nos serviços

prestados: o Parto Feliz e o Aleitamento Materno. O primeiro consiste em, pelo menos, seis consultas de pré-natal, exames básicos, acompanhamento psicológico, enquanto o segundo é um programa de incentivo às mães a amamentarem os bebês (MOSSORÓ HOJE, 2015).

O Hospital Maternidade Almeida Castro oferece um atendimento clínico desde o acolhimento, até a internação da paciente, aos partos de alta complexidade, estando disponível para população 100 leitos no centro geriátrico; o alojamento conjunto com 34 leitos, onde as mulheres ficam com seus filhos após o seu nascimento; o serviço de setor de Gestação de Alto Risco (GAR) com 6 leitos; UTI neonatal com 8 leitos; Unidade Intermediários Canguru (UCINca); centro cirúrgico com 4 salas; uma sala destinada para cirurgias ortopédicas; pós-cirúrgico com 32 leitos, para planos de saúde e partos particulares está sendo preparado 25 leitos, UTI adulto com 10 leitos (MOSSORÓ HOJE, 2015).

4.3 População e amostra

Segundo Gil (2009), a população é a mostra de princípios que apresentam pelo menos um aspecto em comum. Sendo assim, estabelecido como amostra, um subconjunto da população mediante à característica estabelecidas das mesmas.

A população para efetivação da pesquisa foram os profissionais de enfermagem, que trabalham nas salas de partos Normais e Cesáreos no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia e no Hospital Maternidade Almeida Castro.

A amostra foi estabelecida por 10 (dez) profissionais de enfermagem que atuam nos partos normais, sendo 5 (cinco) enfermeiros(as) e 5 (cinco) técnicos(as) de enfermagem e 10 (dez) profissionais de saúde de enfermagem que atuam nas salas do Centro Cirúrgico, sendo 5 (cinco) Enfermeiros(as) e 5 (cinco) técnicos(as) de enfermagem, totalizando uma amostra de 20 participantes, por meio da técnica de amostra aleatória.

Assim, foi estabelecido como critério de inclusão os profissionais que trabalhem nos hospitais selecionados, não importando o sexo, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam diretamente nos procedimentos dos partos normais e cesáreos nos hospitais, os quais concordem com a participação voluntária, embasados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Sendo assim como critério de exclusão foram os profissionais que não atuam na área da enfermagem, profissionais de enfermagem que não tem o contato direto com os procedimentos dos partos, participantes que não tenham o interesse em participar da pesquisa e não assinem o TCLE.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para alcançar os objetivos da investigação foi utilizado como instrumento um questionário semiestruturado, visando coletar informações relacionadas à temática em questão, sendo composto por vinte e cinco (25) perguntas abertas e fechadas.

Onde o pesquisador conduziu um conjunto de questões previamente definidas. O entrevistador ficou em alerta para dirigir a discussão. Sendo assim, o método de entrevista mais usado com o objetivo de circunscrever o volume das informações (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004).

4.5 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados foi adotada, após a providencia ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE de João Pessoa, onde foi avaliado. Posteriormente a aprovação, foi encaminhado um ofício pela administração do Curso de Enfermagem da FACENE, MOSSORÓ/RN, a direção administrativa do Hospital da Mulher Parteira Maria Correia e Hospital Maternidade Almeida Castro, que foi comunicado que a pesquisa se encontra a ser realizada.

A entrevista semiestruturada foi aplicada de acordo com a disponibilidades dos enfermeiros e técnicos de Enfermagem selecionados, nos turnos manhã, tarde e noite, no qual os participantes que consentiram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assim o estudo e a fase de coleta de dados iniciou-se nos meses de outubro e setembro de 2016.

Antes da aplicação do instrumento para coleta dos dados, os participantes foram comunicados quanto aos objetivos e metodologia da pesquisa, bem como em relação ao direito do sigilo, a renúncia em participar da pesquisa em qualquer momento, sem sofrer nenhum dano e o anonimato das informações, que constam na

resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, Nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

Mediante a assinatura do TCLE os participantes responderam ao questionário, sendo convidados a se submeterem de forma voluntária e foram encaminhados para um local calmo e livre de ruídos dentro da instituição para aplicação do questionário.

4.6 Análise dos dados

Os dados da pesquisa foram averiguados de forma quanti-qualitativa. O método é utilizado por meio de habilidades apresentado de forma sucinta e precisa para obtenção de uma melhor avaliação, empregado na forma de gráficos analíticos ou informativos (MARCONI, LAKATOS, 2010).

Dessa forma, tendo uma compreensão melhor dos dados quantitativos, foram realizadas técnicas estatísticas, representadas por tabelas e subsequentes a interpretação, oferecendo ao pesquisador uma melhor percepção da literatura (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Segundo Gil (2009), os dados qualitativos foram avaliados através de técnicas analíticas do discurso por categorização, esse método é incorporado por uma identificação de elementos que constituem um conjunto, estando a distinção, seguida de regulamento por intervenção do gênero, pautado em critérios anteriormente definidos.

Sendo assim, a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2007) utilizada é composta por três etapas: a fase de organização que é composta pela pré-análise, prosseguindo da exploração do material onde os dados são codificados a partir das unidades registradas. A especificação dos elementos por suas semelhanças e por diferenciações, concluindo com o reagrupamento de acordo com as peculiaridades de cada um, sendo assim demonstrado pela categorização.

4.7 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de João pessoa/PB, através da Plataforma Brasil com parecer de número 58711916.6.0000.5179.

Nesta pesquisa foram obedecidos aos aspectos éticos envolvendo seres humanos, dessa forma preconizando as exigências éticas e científicas fundamentais que foi redigido e guiado na forma estabelecida pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, incluindo esse projeto (BRASIL, 2012).

Embasamo-nos, também, pela Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), pois a mesma aprova os profissionais de enfermagem, em seu código de ética, para fazerem pesquisa com seres humanos e os orientar quanto ao seu comportamento no seu campo de pesquisa e a respeitar todas as formas éticas na sua legalidade (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

O referido estudo apresentou riscos mínimos ao participante, ligados ao constrangimento de responder os questionamentos, por meio de dúvidas. Os benefícios, por sua vez, são proporcionar o conhecimento científico para a área de enfermagem e para a academia de forma geral superaram esses riscos. Para minimizar a possibilidade de risco, os pesquisadores esclareceram todas as dúvidas sobre a pesquisa, informando que haverá anonimato dos depoentes e que poderão desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano.

4.8 Financiamento

Todas as despesas acarretadas pela realização desta pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador associado, dentre outros gastos que surgiram no decorrer do estudo. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, ofereceu importantes contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa, como total uso do acervo bibliográfico, orientador e bibliotecária.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS QUALI/QUANTITATIVOS

A coleta de dados, realizada no mês de novembro de 2016, com profissionais de saúde dos centros obstétricos do Hospital da Mulher Parteira Maria Correia e do Hospital Almeida Castro, que ficam localizados no município de Mossoró do interior do Estado do Rio Grande do Norte, totalizaram uma amostra de 20 profissionais, sendo 10 de cada hospital, onde os pesquisados não se negaram a responder ao questionário e tiveram seu anonimato garantido.

A amostra é categorizada por 50% de enfermeiros e 50% de técnicos de enfermagem de cada hospital que atuam nos partos Normais e Cesáreos, com predominância de profissionais do sexo feminino (85%) e uma média de idade de $34,75 \pm 6,927$ anos.

Cem por cento dos profissionais entrevistados sabem os significados de biossegurança e tem conhecimento em biossegurança no ambiente hospitalar. Estes conhecimentos adquiridos durante as suas formações profissionais, por meio de palestras ministradas em ambientes de trabalho, de manuais que ficam disponíveis nos setores implantados pelo comitê de biossegurança. Mediante a estas informações observamos que os profissionais de saúde têm o conhecimento sobre significado dos equipamentos de proteção individual e sobre biossegurança em ambiente hospitalar.

Os profissionais de saúde no decurso das suas atividades têm enfrentado diversos obstáculos devido à fragilidade de transmissão de doenças em nível ocupacional, necessitando assim de uma reflexão sobre as práticas de controle de contaminação cruzada. Doenças susceptíveis a transmissão, no ambiente de trabalho passaram a demandar preocupação para que haja medidas que diminuam esses riscos. Isso provocou a necessidade de se debater e adotar mecanismos de proteção, tanto para os profissionais envolvidos no atendimento em saúde, quanto para os usuários (PIMENTEL et al., 2015).

Os profissionais dos Hospitais que foram entrevistados consideram como equipamento de proteção individual no ambiente de trabalho, os equipamentos como: máscaras, gorros, propés, luvas e capotes, citados como equipamentos.

[...] destinados à proteção do trabalhador que são gerados durante a assistência. “São eles: Máscara, gorros, pro-pés, luvas e capotes, além de óculos.” Profissional Enf III

[...] utilizados com o objetivo de proteger contra acidentes e contra riscos capazes de ameaçar a segurança e a saúde do trabalhador. ” Profissional Enf I

Em 1996, mantendo-se a essência de considerar o risco universal, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças-CDC preconizou uma nova proposta, que substituiu o termo "Precauções Universais" por PP, "Precauções Padrões", as quais incluíram o uso dos equipamentos de proteção individual (luva, máscara, protetor ocular e avental) sempre que for previsto o contato com sangue, sêmen, secreções vaginais, líquidos amniótico, cérebro-espinhal, pericárdico, peritoneal, pleural e sinovial, além de outros fluidos corporais com sangue, independentemente da situação sorológica do paciente (Galon T, Marziale MHP, Souza WL, 2011).

Mediante às respostas, os profissionais de enfermagem consideram os equipamentos de proteção individual luvas, óculos de proteção, máscara, sapatos fechados e aventais como medidas essenciais, que evitam ou reduzem os riscos de exposição no meio de trabalho. Portanto, esse conceito assemelha-se ao proferido pela ANVISA, em que os EPIs são todos os dispositivos que envolvem o uso individual no ambiente de trabalho, destinados, exclusivamente, a proteção de riscos que podem ameaçar ou colocar em risco a segurança e a saúde do trabalhador e do paciente, com o objetivo de proteger e cuidar, diminuindo assim os riscos encontrados nas transmissões de doenças (ANVISA).

O conhecimento a respeito de EPIs podem ter sido alcançados pela participação desses profissionais em palestras sobre biossegurança, uma vez que os resultados mostraram que 90% dos participantes da pesquisa já assistiram a tais palestras. Enquanto que o restante dos profissionais que negaram a participação, podem estar mais propícios a acidentes, por não conhecerem como usar os equipamentos de proteção individual, nem suas atualizações e modificações, sendo assim torna-se importante o conhecimento dos profissionais para diminuir a quantidade de acidentes de trabalho.

Dessa forma, observou-se a importância das instituições realizarem treinamentos sobre biossegurança para os profissionais, a fim de que tenham melhor conhecimento e desempenho em suas atividades. Através dos resultados foi

possível observar que 85% das instituições realizam esta estratégia de orientação, no entanto 15% relatam que as instituições não realizam treinamentos, fato, este, que pode aumentar os riscos de acidentes.

As instituições precisam formar o Comitê de Biossegurança, que tem como função identificar os casos de infecção hospitalar; dominar as principais infecções hospitalares identificadas no serviço e interpretar se a ocorrência destes acontecimentos está dentro de padrões aceitáveis; traçar normas de padronização, para que os procedimentos executados na instituição sigam uma técnica asséptica; contribuir no treinamento de todos os profissionais da saúde no que se refere à prevenção e monitoramento das infecções hospitalares (PENNA, et al, 2010), e fiscalizar o uso dos equipamentos de proteção individual. Ao entrevistar os profissionais foi observado que, apesar de 60% das instituições possuírem um comitê de biossegurança, 30% ainda não possuem e 10% dos profissionais desconhecem a existência deste tipo de comitê nas instituições. Este resultado mostrou como é alarmante, uma vez que a falta da presença de um comitê de biossegurança pode evitar sérios danos que venham a aparecer contra a vida dos profissionais da instituição, bem como dos pacientes (PORTO E MARZIALE, 2016).

Sendo assim, é de grande relevância a implantação do comitê de biossegurança para controle de infecção hospitalar, órgão normativo, que centraliza o problema, proporcionando o composto reconhecimento das epidemias nas diversas áreas do hospital, bem como indicação das medidas de prevenção e controle e para providências de controle e tratamento da infecção hospitalar, tendo como principal finalidade zelar pelo bem-estar do paciente, buscando diminuir a delonga no hospital, e diminuir o custo do paciente (PERREIRA, BORBA, JURBERG, 2009).

Além disso, o comitê de biossegurança tem como função atividades de orientação através de materiais educativos e manuais de biossegurança para que os profissionais possam tirar dúvidas ou, até mesmo, adquirir mais conhecimento sobre o que assunto, ou, ainda, como evitar acidentes de trabalho com uso dos seus equipamentos de proteção individual, conhecendo os tipos de produtos que trazem riscos para a saúde dos profissionais (ANVISA 2011). A instrução dos profissionais de saúde é a principal estratégia utilizada para aceitação de práticas seguras no ambiente de trabalho, contribui para os trabalhadores conscientizem sobre suas práticas e a adesão as medidas de biossegurança. Essas estratégias podem ser

usadas de várias formas, pela distribuição de materiais ou até mesmo realização de treinamentos, realizando educação continuada com os profissionais.

A entrevista realizada aponta que 50% dos profissionais relatam que as instituições disponibilizam materiais educativos, porém 35% não disponibilizam e 15% desconhecem sobre a disponibilidade destes materiais. Este resultado também é importante, uma vez que a educação permanente é de extrema importância para que o profissional esteja sempre atualizado, treinado para suas atividades e adquirir conhecimentos (BRASIL, 2005).

A norma regulamentadora NR 32 mostra uma ampla relação com a educação continuada e a qualificação dos profissionais da área de saúde. Relatam-se às medidas de proteção, informações sobre a qualificação relativa aos riscos biológicos que deve suceder antes do começo de suas atividades e de forma continuada. A qualificação deve ser aplicada durante a trajetória de trabalho por profissionais de saúde acostumados com os riscos essenciais a agentes biológicos. (BRASIL, 2005).

Portanto, os resultados, no que concernem ao acesso a estes materiais e as palestras realizadas pelo comitê de biossegurança, corroboram com a ampla maioria (95%) encontrada na pesquisa sobre os conhecimentos dos riscos oferecidos pelos produtos químicos, físicos e biológicos no trabalho. Contudo é importante salientar que a porcentagem de profissionais que não conhecem estes riscos, apesar de muito pequena, pode acarretar sérios problemas.

Os profissionais se expõem a esses riscos diariamente, quando não utilizam os equipamentos de proteção individual, e o não uso traz consequências, como contaminações com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-HIV, Hepatites, Tuberculose e inalação de produtos químicos, irritações na pele. De acordo com Porto e Marzaiale (2016), no meio hospitalar os riscos ocupacionais biológicos, físicos, químicos, mecânicos, ergonômicos, psicossociais são presentes, no entanto, os riscos biológicos são, frequentemente, identificados e compreendidos pela sua potencialidade causadora de periculosidade e insalubridade em virtude da proximidade e permanência dos profissionais de saúde com pacientes, e o manejo dos objetos contaminados por patógenos responsáveis por doenças fatais como as Hepatites C e B e HIV.

Os profissionais entrevistados também relataram os riscos por falta de uso desses equipamentos, como pode ser visto a seguir.

Contaminações em geral como: HIV, hepatites B, tuberculose, hepatites virais, produtos químicos inalados por falta de máscaras. Profissional Enf. IV

Riscos químicos, Biológicos e Físicos. Profissional Enf. XXII

O comitê de biossegurança, além de fazer os treinamentos, realiza a avaliação de cada setor estabelecendo assim seus níveis de risco, dessa forma um comitê atuante nas instituições melhora a qualidade de vida dos profissionais e minimiza os riscos (CABRAL; SILVA, 2013). Neste contexto, foi abordado no questionário, a presença desse mapeamento nas instituições, sendo observado que 35% dos profissionais reportaram o mapeamento nas instituições, 35% dizem que não possui e 30% desconhece se as instituições possuem mapeamento de risco. Na qual existe um risco de ampliar infecções associadas à assistência, seja pela realização de processos incluindo artigos críticos ou materiais biológicos, pela realização de procedimentos invasivos ou não invasivos e pela existência de pacientes com sensibilidade aos agentes infecciosos ou portadores de patógenos nestes locais (CABRAL; SILVA, 2013).

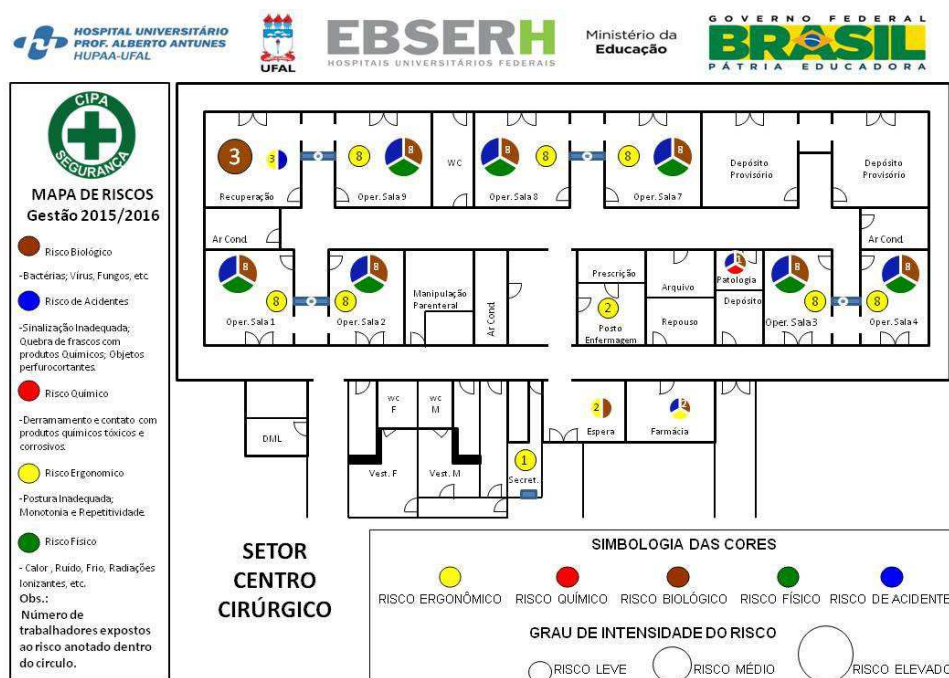


Figura 1: Mapeamento de Risco

Fonte: trabalhadoresdaebserh.blospot.com.br

Os riscos podem acarretar várias consequências, algumas que podem ser revertidas e outras não, dependendo do tipo de contaminação - riscos biológicos estão relacionados ao contato do homem com vírus, bactérias, protozoários, parasitas, bacilos e outras espécies de microrganismos; os riscos químicos, que são caracterizados por substâncias capazes de contaminar o meio de trabalho, como: vapores, névoas, poeiras, gases, neblinas, fumos, substâncias, compostos ou outros produtos químicos; os riscos físicos são interpretados por fatores ou agentes que encontram-se no meio ambiente de trabalho que podem atingir a saúde dos trabalhadores, tais como: umidade, pressões anormais, radiações, frio, calor, vibrações e ruídos, os riscos de acidentes são diversos e existe em toda a estrutura física inadequado, pisos pouco resistentes ou irregulares, material ou matéria-prima fora de especificação, máquina e equipamentos sem proteção; e os riscos ergonômicos estão presos à execução de tarefas, à sistematização e as relações de trabalho ao esforço físico intenso, posturas incorretas, trabalho em turno noturno, jornadas de trabalho alongadas e ocorrências causadoras de estresse (PAVAN e SAVI, 2011).

Sendo assim, é de grande relevância o conhecimento do profissional sobre o mapeamento de risco, para tomar as precauções necessárias como, por exemplo, usar máscaras, luvas, jaleco, todos os EPIs necessários, evitando contaminação.

Apesar das várias precauções a ser tomadas, a fim de evitar acidentes, quando e se ocorrerem devem ser reportados ao comitê de biossegurança, para que sejam realizadas as providências necessárias com relação aos acidentes, e fazer o registro, evitando futuros acidentes. Portanto, foi questionado aos profissionais se eles tinham o conhecimento sobre a existência de registro das doenças e eventuais acidentes ocorridos no ambiente hospitalar. Observou-se que 75% dos profissionais têm o conhecimento sobre a existência do registro, 10% dos profissionais não têm conhecimento da existência desse registro e 15% desconhece, podendo acarretar uma falha nos registros de acidentes ou falta dele, comprometendo as tomadas de precauções necessárias, para que aquele erro não aconteça novamente, deixando assim o profissional ainda mais vulnerável, trazendo para o profissional doenças infectocontagiosas, ou transmissíveis. Sobre o registro, esse percentual pode estar relacionado à falta de treinamento, a falta de comitê de biossegurança presente, como foi possível observar com os resultados anteriores.

O conhecimento do uso dos EPIs foi avaliado. Uma vez que seu conceito está intimamente ligado à biossegurança, foi possível observar que a maioria dos profissionais (95%) conhecia sobre os EPIs, o que é de extrema importância para sua proteção e a do paciente. Essa parcela que não conhece demonstrar a importância de se ter um comitê atuante, fornecendo treinamentos contínuo.

Além disso, os entrevistados enfatizaram a importância pelo conhecimento dos riscos que expõe o paciente pelo não uso dos EPIs,

Contaminação do paciente, caso o trabalhador seja portador de alguma doença, também pode transmitir vários microorganismos do meio ambiente se não usar luvas, [...]. Profissional Enf I

Risco de contaminação por agentes (bactérias, fungos e vírus) que podem causar infecções graves e sistêmicas principalmente em pacientes imunodeprimidos [...]. Profissional Enf IX

Uma das finalidades do comitê de biossegurança é fazer, periodicamente, a fiscalização dos EPIs, para garantir a validade e a qualidade dos materiais utilizados nas atividades. Os participantes da pesquisa foram questionados sobre essas vistorias, obtendo-se um resultado de 55% que afirmavam a realização destas, enquanto que 25% negavam esta prática e outros 20% dos profissionais desconheciam se o procedimento era realizado.

Mediante a finalidade das funções da Comissão de Controle de Infecções Hospitalar-CCIH, as vistorias e fiscalizações são consideradas a partir dos dados relacionados à sua essência e abrangência, tipos de atendimento, referência e contrarreferência, comissões internas, estrutura gerencial, unidades assistenciais, equipamentos, equipamentos de proteção individual, Centro de Esterilização de Material, Farmácia, Unidade de Nutrição e Dietética, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Serviço de Apoio Técnico, recursos humanos, dados de produção do serviço e publicidade (BRASIL, 2001).

A falta de vistoria e de fiscalização traz consequências graves para o profissional e o paciente, aumentando os riscos de acidentes e os níveis de contaminações, por isso reforça-se a importância da fiscalização e o controle no uso dos EPIs. Por esse motivo foi questionado se a instituição realiza o controle e fiscalização do uso de EPIs. Os relatos feitos pelos profissionais mostram que 75% dos profissionais afirmam que as Instituições realizam controle e fiscalização, 10%

falam que não realiza e 15% dos profissionais falam que desconhece sobre o controle e fiscalização do uso dos EPIs.

Por isso a importância de um órgão fiscalizador como CCIH na instituição, que é uma associação liberativa que tem a finalidade de prevenção e controle de infecções hospitalares por parte dos usuários e profissionais, tendo relevância por fiscalizar, vistoriar, elaborar e aprovar o regimento interno, cooperar com o treinamento e a educação continuada, nos setores existentes nas instituições, a importância das fiscalizações é para minimizar a infecções, e estabelecer o conhecimento dos profissionais, a qualidade de vida e de trabalho (EBSERH, 2016).

Outro fator relevante que também deve ser observado pelo comitê com relação aos EPIs é se eles trazem desconforto na sua utilização nas atividades dos profissionais, visto que muitos profissionais deixam de usá-los por esse motivo, aumentando a exposição ao perigo. Apesar da grande maioria (75%) expressar conforto ao utilizar os EPIs, é muito expressivo a quantidade dos que se sentem desconfortáveis (20%) com o uso, e ainda há aqueles que não relataram se há algum desconforto (5%). Uma forma de tentar evitar que esses profissionais deixem de utilizar o EPIs devido ao desconforto, é tentar trocar o tipo de material, além de que palestras devem ser constantemente realizadas, para que, mesmo com o desconforto, o material não deixe de ser utilizado.

O uso dos EPIs é umas das formas mais importantes para proteger o profissional da saúde e o paciente. O não uso desses equipamentos submete o profissional aos riscos encontrados em suas atividades (DIAS et al., 2016). Por isso, a importância do conhecimento sobre sua utilização, quais os riscos encontrados, os treinamentos realizados, os manuais a disposição dos profissionais nos setores e a importância dos mapas de riscos distribuídos nos setores das instituições.

Setores que requerem uma atenção maior são as salas de partos, onde os níveis de contaminações são altos, existindo várias formas de contaminação como, por exemplo, quando a placenta se rompe e cai nos pés dos profissionais. O líquido amniótico, pode contaminá-los com qualquer tipo de doença, como, por exemplo, sífilis, HIV, hepatites, caso não estejam utilizando sapatos fechados e impermeáveis. Mediante a esta exposição os profissionais que atuam nas salas de partos foram questionados qual seu conhecimento frente ao uso dos EPIs durante o parto normal. 90% dos profissionais mostraram que tem conhecimento do uso dos EPIs na hora do parto, 5% diz não conhecer o uso destes e 5% tem pouco conhecimento. Com

relação ao parto cesáreo, todos os profissionais que atuam nas salas mostram ter conhecimento frente ao uso dos EPIs durante o parto.

No entanto, mesmo os profissionais tendo conhecimento sobre o uso dos EPIs no momento do parto normal, encontra-se ainda dificuldades no uso destes, principalmente nas urgências, dificultando assim a sua paramentação para prestar a assistência ao paciente, como por exemplo, quando a mãe chega ao hospital para ser realizado o parto normal, na urgência, não há tempo do profissional se preparar para realizar o parto. Neste momento, o profissional tem que fazer a escolha: paramentar-se ou segurar rapidamente o bebê. No que concerne este assunto, foi questionado aos profissionais quais as dificuldades encontradas nas salas de partos para utilizar EPIs, e obteve-se a resposta que as urgências (45%) são onde se encontra mais relatos de dificuldades, enquanto o restante diz não encontrar nenhuma dificuldade no uso do EPIs no momento do parto. No processo do parto cesáreo, a estatística mostra apenas 15% da dificuldade nas urgências. Os EPIs usados nas salas são as luvas de procedimento, luvas estéreis, máscaras, gorro, propés, capotes, campos estéreis, sapatos impermeáveis e fechados.

Essas dificuldades encontradas pelos profissionais foram enfrentadas de forma mais hábil possível, mas em alguns momentos a decisão se torna predominante. Seguem relatos dos profissionais

No momento da urgência não tem como usar, porque na hora do parto você tem que escolher se paramentar ou segurar o recém-nascido [...] Profissional Enf. II

Na urgência não tem como se paramentar, como o nome mesmo fala urgência [...] Profissional Enf. VI

No parto cesáreo, umas das dificuldades enfrentadas foi à agilidade na paramentação dos profissionais, uma vez que, por ser um procedimento estéril, precisa de uma atenção maior para não contaminar os materiais utilizados no momento da cirurgia. Portanto, no parto cesáreo, os profissionais enfrentam dificuldades tais como esta relatada abaixo.

Procurei me paramentar o mais rápido possível e corretamente e orientar a equipe. *Profissional Enf. VIII*

Com relação ao acesso dos materiais no parto normal e cesáreos não foram encontradas grandes dificuldades que influenciassem na utilização dos EPIs, em que apenas 5% dos profissionais relataram esse problema. Normalmente, a falta de organização destes materiais dificulta o seu encontro, e se de fácil acesso, o tempo de procura, no momento da paramentação, seria reduzido, tornando mais ágil o momento da urgência e em outros momentos.

Uma das formas para conseguir superar essa dificuldade é a organização de forma que a equipe conheça os locais onde se encontram os EPIs, e possam mantê-los organizados. Sendo esta uma das formas para enfrentar estes problemas conforme relatos dos profissionais

Organizar os materiais de forma que o acesso seja mais rápido e fácil, realizar a assistência [...]. *Profissional Enf. III*

Deixando os EPIs estrategicamente disponíveis aos olhos e com informação. *Profissional Enf. IX*

Dessa forma a organização dos equipamentos tem por finalidade ofertar materiais apropriados, em porção necessária, no prazo e local certos, para a produção de produtos e fornecer serviços, a administração de materiais e o sistema produtivo devem estar relacionados, de modo a segurar o processo da realização dos produtos, serviços de qualidade, contribuindo com uma melhor gestão de materiais colaborando para uma melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde (BOGO, 2013).

Outro entrave muito comum nos hospitais em geral para o uso de EPIs é a falta desses materiais para poder usar em suas atividades do dia a dia (SILVA, 2013). Mesmo sendo comum a falta de materiais, 75% dos profissionais afirmam que, em salas de partos normais, não há problemas relacionados a isto. Enquanto que, em salas de parto cesáreo, a porcentagem de profissionais relatando a falta de materiais aumenta para 35%. Dessa forma, estes resultados mostram como os hospitais sempre encontram dificuldades no fornecimento de insumos, em que, muitas vezes, essas dificuldades vêm pelo descaso dos governos que não repassam as condições necessárias para que os hospitais venham suprir as necessidades dos profissionais em seus atendimentos (SILVA, 2013).

Uma das formas encontradas pelos profissionais para suprir a necessidade de materiais, é fazer deslocamentos de materiais de outros setores, procurando se proteger de contaminações existentes no ambiente de trabalho. Este fato pode ser visualizado nos relatos dos profissionais

Tentando remanejar de outros setores e economizando ao máximo.
Profissional Enf. IV.
A equipe multidisciplinar contornou a situação sem que colocasse mãe e filho em risco [...]. Profissional Enf. VIII.

O remanejamento dos materiais é uma das formas mais rápidas para solucionar tal problema, mas dessa forma pode causar as mesmas dificuldades em outros setores.

O descuido com o uso de EPIs em suas atividades é outra dificuldade encontrada por profissionais da saúde. Esse descuido muito vezes acontece pela carga horária de trabalho excessiva, trazendo vários malefícios a este profissional, como, por exemplo, o cansaço e estresse, dessa forma diminuindo a eficácia em suas atividades, mas, mesmo assim, 15% dos profissionais, tanto de salas de partos normais como cesáreos, relatam que é pelo descuido que encontram dificuldades em utilizar os EPIs em suas atividades.

Uma das dificuldades relatadas pelo profissional IX é o profissional não achar que o uso dos EPIs é importante nas suas atividades, relatando que não precisa usar os equipamentos para sua proteção, conforme o relato:

A maior dificuldade é no descuido para utilizar os EPIs, principalmente com profissionais que acham que não necessitam desses EPIs. *Profissional Enf. IX*

Dessa forma, o profissional está se expondo a vários tipos de contaminação e colocando a sua vida e a do paciente em riscos sem necessidade. A instituição pode resolver esse problema realizando orientações com o profissional e, até mesmo, advertindo, para que o profissional reconheça o seu erro e conscientize-se quanto ao uso dos EPIs. A administração dos hospitais, junto com os comitês de biossegurança tem que procurar uma forma para minimizar esta situação.

Pode-se observar as dificuldades encontradas nos procedimentos de partos normais e cesáreos na figura 2 abaixo.

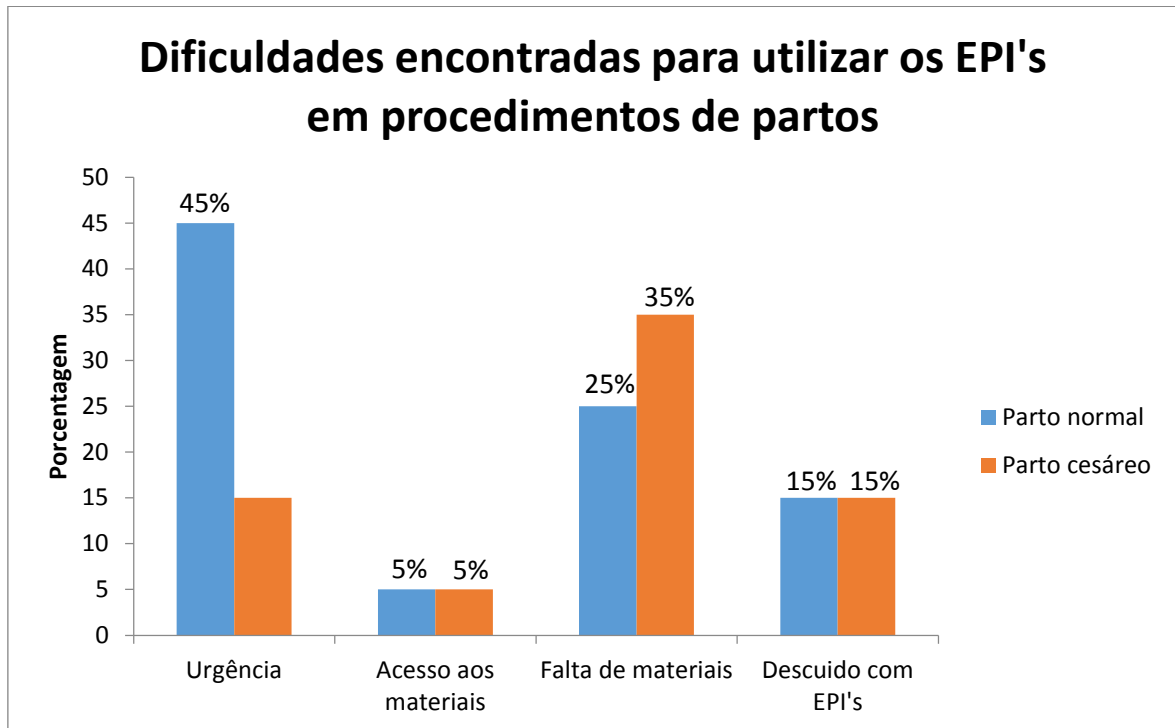


Figura 2: Dificuldades encontradas para utilizar os EPIs em procedimentos de parto no HM e HAC
Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Em meio às dificuldades encontradas ao uso de EPIs, os riscos de contaminações acabam aumentando pela falta de materiais nos setores e nos momentos das urgências, obrigando o profissional a ter uma agilidade maior em sua paramentação. Diante disso, 35% dos profissionais pesquisados relataram que já sofreram acidentes em suas atividades tendo contato com material orgânico do paciente durante os procedimentos. Os acidentes envolveram materiais como: urina, sangue, fezes e secreções diversas, desses, 5% dos profissionais se contaminaram apenas com urina, 10% apenas com sangue, 5% apenas com secreções, como também 5% se contaminaram com urina e sangue, e 10% se contaminaram com sangue e secreções, de acordo com a figura 3.

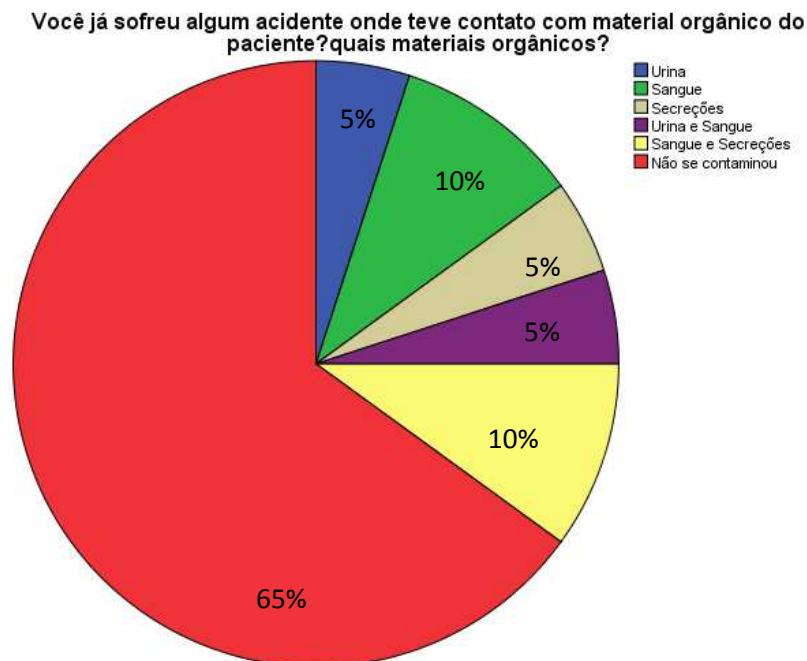


Figura 3: Acidentes ocorridos com profissionais de enfermagem com materiais orgânicos do pacientes do HM e HAC

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Mediante aos acidentes ocorridos, é de extrema importância à comunicação do acidentado com órgão responsável, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes-CIPA, para que seja realizado o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT e encaminhado para o hospital de referência, como Hospital Rafael Fernandes que se localiza na cidade de Mossoró-RN, essa medida é realizada para que a saúde do profissional seja mantida.

De acordo com a Previdência Social, a Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT é um documento que registra o acidente do trabalho, a ocorrência ou o agravamento de doença ocupacional, mesmo que não tenha sido estabelecida a desocupação do trabalho, sendo seu registro primordial para a formação de análises estatísticas que avaliam o grau de acidentabilidade existente nas empresas e para a aceitação das medidas preventivas e repressivas cabíveis (BRASIL, 2013).

Os materiais que são usados nos procedimentos de partos normais e partos cesáreos precisam ser descartados em locais apropriados como, por exemplo, os perfurocortantes, como agulhas, bisturis, agulha de suturas, que são usadas em episiorrafia, no parto normal e, como também, em sutura da incisão cirúrgica são desprezadas em Caixa de papelão resistente (Descarpack); as placentas desprezadas em lixos biológicos; as gazes e compressas devem ser colocadas em

sacos de plástico, na cor branca, com indicação de material contaminado para todos os produtos que não sejam perfurocortantes; os panos cirúrgicos, que são os campos cirúrgicos, capotes devem ser levados para lavanderia para, logo após, serem lavados e encaminhados para o Centro de Materiais e Esterilização-CME, como também as pinças utilizadas (RODRIGUES; TOLENTINO; MONTEIRO, 2014). Dessa forma, encontramos nos setores os recipientes adequados para fazer o desprezo dos materiais, porém, através de relatos desse estudo, foram observados que o tipo de saco usado não é o correto.

Em Baldes identificados, porém os sacos que a instituição nos oferece são sacos pretos, e não sacos específicos para cada lixo. Profissional Enf. V

Ponto de coletas específica coleta e segregação dos resíduos por empresa específica. Profissional Enf. III

Os materiais são selecionados conforme o risco de contaminação. Profissional Enf.VII

É de grande relevância o conhecimento dos profissionais de saúde sobre como se deve desprezar esse materiais, sendo o enfermeiro responsável pela organização e pelo gerenciamento das salas e da equipe de enfermagem como de todo o setor.

Adicionalmente, descartar o lixo hospitalar de forma correta é de extrema importância, para não trazer prejuízos à saúde. O lixo hospitalar é constituído por medicamentos, seringas, material para higienização de ferimentos, materiais orgânicos, antibióticos, entre outros que, se acomodados de forma imprópria, podem trazer riscos à saúde com consequências imprevistas daquelas que entram em contato direto com esses despejos hospitalares como, por exemplo, os catadores, o meio ambiente e os profissionais de saúde (RODRIGUES; TOLENTINO; MONTEIRO, 2014).

De acordo com a pesquisa realizada nos hospitais, foram encontradas algumas diferenças, que trazem comparativo de grande relevância para o estudo, mostrando assim falhas e dificuldades e como solucionar cada uma delas. Segue o quadro 1 que faz um comparativo dos profissionais sobre o conhecimento em biossegurança e a forma como as instituições têm se comportado com atuação da CCIH nos setores.

Quadro 1: Comparativo dos profissionais entrevistados do HM e do HAC com relação a quesitos biossegurança

		Profissão		Total
		Enfermeiro	Técnico de enfermagem	
Tem conhecimento sobre significado de biossegurança?	Sim	10	10	20
Já assistiu palestra sobre biossegurança?	Sim	9	9	18
	Não	1	1	2
Você conhece os perigos oferecidos pelos produtos químicos, físicos ou biológicos utilizados no trabalho?	Sim	9	10	19
	Não	1	0	1
Qual o seu conhecimento frente ao uso de EPI's?	Sim	10	8	18
	Não	0	1	1
	Desconhece	0	1	1
Qual o seu conhecimento em biossegurança hospitalar?	Sim	10	10	20
Os EPI's disponíveis são considerados confortáveis?	Sim	7	8	15
	Não	2	2	4
	Desconhece	1	0	1
Tem conhecimento frente ao uso dos EPI's durante o parto normal?	Sim	10	8	18
	Não	0	1	1
	Pouco	0	1	1
Tem conhecimento frente ao uso dos EPI's durante o parto cesáreo?	Sim	10	10	20
Já sofreu algum acidente onde teve contato com material orgânico do paciente?	Sim	4	3	7
	Não	6	7	13

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Quadro 2: Comparação das instituições pesquisadas no HM e HAC com questões relacionadas a biossegurança

		Hospital		Total
		HAC	HM	
Em seu trabalho são realizados treinamentos sobre biossegurança?	Sim	9	8	17
	Não	1	2	3
Existe um comitê de biossegurança na instituição?	Sim	9	3	12
	Não	0	6	6
	Desconhece	1	1	2
Há um manual de biossegurança e materiais educativos disponíveis no setor de trabalho?	Sim	5	5	10
	Não	2	5	7
	Desconhece	3	0	0
O hospital possui mapeamento de riscos	Sim	5	2	7
	Não	1	6	7

ambientais?	Desconhece	4	2	6
Existe registro das doenças e eventuais acidentes ocorridos no ambiente hospitalar?	Sim	6	9	15
	Não	1	1	2
	Desconhece	3	0	3
Os EPI's são vistoriados periodicamente?	Sim	7	4	11
	Não	1	4	5
	Desconhece	2	2	4
Os EPI's são considerados confortáveis?	Sim	9	6	15
	Não	1	3	4
	Desconhece	0	1	1
A instituição realiza controle e fiscalização do uso de EPI's?	Sim	7	8	15
	Não	1	1	2
	Desconhece	2	1	3

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou analisar as concepções dos profissionais do Hospital da Mulher Parteira Maria Correia e o Hospital Maternidade Almeida Castro, a saber sobre biossegurança e foi constatado que os profissionais de saúde da equipe de enfermagem detêm conhecimentos sobre os equipamentos utilizados nos procedimentos de partos normais e cesáreos.

De acordo com o estudo, foi observado que os profissionais dos dois hospitais têm conhecimento do uso dos EPIs em suas atividades e a importância em utilizá-los para sua segurança, isso retrata o saber em biossegurança. Esses saberes muitas vezes são adquiridos em suas graduações, que, com o passar do tempo, acabam por deixar-se absorver pela rotina dos procedimentos.

Dessa forma, as instituições hospitalares devem providenciar a Comissão de Controle de Infecções Hospitalar-CCIH, que tem por função vistoriar, fiscalizar, orientar, e desenvolver estratégias para o controle de infecções e a qualidade de trabalho dos profissionais. A falta de um órgão atuante pode levar ao aumento de acidentes e contaminações dentro dos setores, tanto para os profissionais como para os pacientes. Neste contexto, observa-se que as instituições pesquisadas possuem falhas como a falta de insumos, a falta de fiscalização dos profissionais, a falta de conhecimento nos usos dos EPIs, a falta de treinamentos e orientações e a falta de órgãos responsáveis nos hospitais, as dificuldades encontradas nas urgências nas horas dos partos, essas falhas acarretam o aumento de acidentes.

Os acidentes podem trazer consequências irreversíveis à saúde humana, como por exemplo doenças transmissíveis tais quais: HIV, Hepatites Virais e Sífilis. As fontes de contaminações podem ser diversas, como materiais perfurocortantes, gases, compressas, que estejam contaminados com agente biológicos como, por exemplo, sangue, secreções, ou até mesmo com produtos químicos que são usados para limpeza dos setores. Estes acidentes acontecem frequentemente com profissionais, nas instituições pesquisadas, uma vez que possuem carência da atuação constante da CCIH. Sendo assim, é de grande importância que os profissionais cobrem da administração uma CCIH mais atuante, que seja preparada para ministrar palestras, fazer orientações, registros de acidentes para que possa tomar as medidas necessárias, minimizando, dessa maneira, os acidentes e dar toda assistência aos profissionais e aos pacientes.

Por isso a importância da CCIH realizar o mapeamento de riscos nos setores, para identificar o grau de riscos encontrados, e assim manter informados os profissionais. Bem como disponibilizar materiais educativos, como manuais sobre os riscos de contaminações, para que possam ter acesso ao saber acerca de quais os procedimentos e qual o órgão deve ser procurado quando acontecer algum tipo de acidente.

O mais importante é o conhecimento que o profissional deve ter aos riscos que ele corre nos setores, a carga horária de trabalho, o estresse do dia a dia, os obstáculos encontrados nas urgências, a falta de insumos nas instituições, retirando de outros setores para suprir a necessidade, os descuidos dos profissionais em não usar os EPIs e os contratempos no acesso aos materiais.

Todas essas dificuldades encontradas na pesquisa podem ser resolvidas. É necessário as instituições, junto a CCIH, desenvolvam, de forma correta, organizada, coerente, suas atividades, proporcionando aos profissionais uma qualidade de vida no trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A. M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n.1, p.32-38, jan/fev. 2005.
- ANVISA 2011. Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde. v.1 n. 1, 2011. Brasília: **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>. Acesso em: 11 NOV. 2016.
- Anvisa. **Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/214604/816023/Cartilha+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+Respirat%C3%B3ria+contra+Agentes+Biol%C3%B3gicos+para+Trabalhadores+de+Sa%C3%BAde.pdf/58075f57-e0e2-4ec5-aa96-743d142642f1>. Acesso em: 3 NOV. 2016
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2007.
- BOGO, Priscila Conde. **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DE MATERIAIS EM HOSPITAIS DE ENSINO DO PARANÁ**. 2013. 137 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wp-content/uploads/sites/9/2016/01/A-ATUAÇÃO-DO-ENFERMEIRO-NO-GERENCIAMENTO-DE-MATERIAIS-EM-HOSPITAIS-DE-ENSINO-DO-PARANÁ.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016
- BRASIL. Casa Civil. **Constituição Federal**: Artigos 196 a 200. Seção II DA SAUDE. Brasília, 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao_federal.pdf> Acesso em: 06 maio 2016.
- BRASIL. Casa Civil. Lei n. 9.431, de 6 de janeiro de 1997. **Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País**. Brasília, DF, 1997. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9431.htm Acesso em: 12 jul. 2016
- BRASIL. Previdência Social . **Comunicação de Acidentes de Trabalho**. Brasília, 2013. Disponível em :<<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/comunicacao-de-acidente-de-trabalho/>>. Acesso em: 3 dez. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. Manual de fiscalização e roteiros de vistorias. Brasília. **Conselho Federal de Medicina**. p. 257, 2016. Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/saude/temas-em-saude/inspecao_e_vigilancia_sanitaria/manualfiscalizacaoeroteirosdevistoriais.pdf>. Acesso em: 16 NOV 2016

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS –SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf>. Acesso em: 02 maio 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Biossegurança em Saúde: Prioridades e Estratégias de Ação**. Brasília, 2010b. Disponível em :<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca_saude_prioridades_estrategicas_acao_p1.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde Ministério da Saúde. **Revista eletrônica**, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>> Acesso em: 05 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. **Revista CONITEC**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_DiretrizPartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 05 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 40 p. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento>>. Acesso em: 02 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 05 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2616, de 12 de maio de 1998. **Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html Acesso em: 12 jul. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da]**

República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://goo.gl/PkrXAJ>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília,

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Manual CIPA – A nova NR 5**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://acesso.mte.gov.br/data/files/8A7C816A53F2E1830155164D354510E2/Manual-da-CIPA-atualizacao.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

BURMESTER, Haino. Modelo de gestão para a CCIH. **RAS**, v. 3, n. 11, abr./Jun. 2001.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CABRAL, Francisco Williams; SILVA, Maria Zildênia Oliveira. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES NO AMBIENTE HOSPITALAR. **SANARE**, Sobral, v. 12, n. 1, p.59-70, 2013. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/330/264>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

CARRARO, T. E. et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p.97-104, 2006.

COELHO, Nayara Rubia; VERGARA, Lilian Maureira. Teoria de Paterson e Zderad: Aplicabilidade humanista no parto normal. **Revista cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n.20, p.829-836, out/dez, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução nº 311/2007, de 09 de fevereiro de 2007. **Aprovada a reformulação do código de ética dos profissionais de Enfermagem**. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 29 maio 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN – SP. Parto natural e parto normal: quais as diferenças? **Revista Enfermagem**, São Paulo – SP, v.10, n. 81, jul. 2009. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf>. Acesso em: 05 maio 2016.

COSTA, Marcio Roberto da et al. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA): Uma proposta de inclusão da NR 5 (CIPA) no Sistema de Gestão Integrada. **Interfacehs: Rev/ista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**, v. 7, n. 2, p.1-31. 2012. Disponível em:<<http://www.revistas.sp.senac.br/index.php/ITF/article/viewFile/275/244>>. Acesso em: 20 de julho de 2016.

DIAS, Josivânia Alves et al. CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) USADOS NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, João Pessoa-PB. v. 14, n. 4, p.4-14, Abr. 2016. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/1.-Conhecimento-de-acadêmicos-de-enfermagem_PRONTO.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

DUTRA, Gelson Garcia et al. Controle da infecção hospitalar: função do enfermeiro. **J. res.: fundam. care. Online**, v.7, n.1, p.2159-2168, jan./mar. 2015. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3571/pdf_1471 Acesso em: 12 jul. 2016

EBSERH. Boletim de Serviço. Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares-EBSERH. Cuiabá-MT. N. 89. Jul 2016. Acesso em : 16 NOV. 2016.

FERRARI, José. Preferencias pela via de parto nas parturientes em hospitais público na cidade de Porto Velho. Rondônia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, a.10, v.2, p. 409-412, dez. 2010.

FRELLO, A. T; CARRARO, T. E. **Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto**. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.12, n. 4, pp. 660-8, 2010. Disponível em:<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7056/8487>>. Acesso em: 06 maio 2016.

GALON T, MARZIALE MHP, SOUZA WL. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes. **Rev. bras. enferm.** 2011 jan/fev;64(1):160-7.

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à cesariana e entre primíparas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 117-127, 2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, Ana Rita Martins et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Recien: Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 11, p.23-27, nov. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>>. Acesso em: 03 maio 2016.

GONÇALVES, R. et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v,45, n,1. p. 62-70. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Anuário Estatístico do Brasil: 1949-1971**. Rio de Janeiro (RJ): Disponível em: <<http://seculoxx.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 abril 2016.

IORRA, M. R. K. et al. **Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário: Aspects regarding childbirth delivery preferences at a university hospital**. Artigo Original, Porto Alegre, v. 3, n. 55, p.260-268, set. 2011. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/55-03/0000045956-Revista_AMRIGS_3_artigo_original_aspectos_relacionados.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, Joaçaba, v. 21, n.3, p. 509-517, 2013.

LEISTER, Nathalie; GONZALEZ RIESCO, Maria Luiza. Assistência ao parto: História oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 166-174, jan./mar. 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnica de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

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

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnica de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS APV. Memórias maternas: Experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. **História Oral**, 2005. Disponível em: <www.revista.historiaoral.org.br>. Acesso em: 05 abr. 2016.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de Atenção à saúde**. Brasília: Organização pan-americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao_mendes2.pdf>. Acesso em: 02 maio 2016.

MENDONÇA, C. O. L. **Subsídios para a realização da pesquisa científica e de trabalhos acadêmicos**. João Pessoa: Cmendo, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. Ed. São Paulo: Hucetec, 2010.

Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de Novembro de 2005. NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf>. Acesso em: 16 NOV. 2016.

MIRANDA, D. B. D. et al. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.2, p.337-346. 2008. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a05.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

MORAES, J. F.; GODOI, C. V. C.; FONSECA, M. R. C. C. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. **Saúde em Revista**, v. 8, n. 19, pp. 13-19, 2006. Disponível em:< <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude19art02.pdf>>. Acessado em 03 maio 2016.

MORAES, L.C. A. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Recien: Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 11, p.23-27, nov. 2014. Disponível em:<<http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/73>>. Acesso em: 03 maio 2016.

MOSSORÓ HOJE: **Maternidade Almeida Castro fez 1.929 partos nos seis meses de 2015**. Mossoró, 21 jul. 2015. Disponível em:<<http://www.mossorohoje.com.br/noticias/2318/21-07-2015/Maternidade-Almeida-Castro-fez-1.929-partos-nos-seis-meses-de-2015->>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silva Maria. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Maternidade Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p. 15-425 out./dez. 2011.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.44-57, set./dez. 2004.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco an abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p.25-32, 1998.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. de A.; MARTINS, C.P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, Brasília, DF, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PATAH LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista Saúde Pública**, 2011.

PATAH LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista Saúde Pública**. 2011.

PAVAN. Juliane Salvaro. SAVI, Clovis Roberto. MAPA DE RISCO DO CENTRO CIRURGICO DE UM HOSPITAL PARTICULAR DA CIDADE DE CRICIÚMA, **UNESC**. Fev. 2011. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/227/1/Juliane%20Salvaro%20Pavan.pdf.>>> Acesso em: 16 Nov. 2016.

PAZ, Ana Paula Bazo; SALVARO, Giovana Ilka Jacinto. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**: Número Monográfico, p.121-133, out. 2011. Disponível em:<<http://www.revistareid.net/monografico/n1/REIDM1art8.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

PAZ, Lilia Silva; FENSTERSEIFER, Lísia Maria. Equipe de enfermagem e o acompanhante no parto em um hospital público de Porto Alegre. **Revista Interdisciplinar Novafapi**, Terezina, v. 4, n. 1, p.9-13, jan/fev/mar 2011.

PENNA .P. M. M et al; BIOSSEGURANÇA:UMA REVISÃO; Arq. Inst. Biol, São Paulo. V-77; n-3; p-465; 555. Jul/Set. 2010. Disponível em: http://www.biologico.sp.gov.br/docs/arq/v77_3/penna.pdf. Acesso em 15 Nov. 2016

PEREIRA, M. E. C; BORBA, C. M; JURBERG, C. O papel da comissão interna de biossegurança: a experiência do instituto Oswaldo Cruz. **R. Eletr. de. Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, V-3; n-4, p.226-233. Dez 2009. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiubrhhqzQAhWFgpAKHeFZAcgQFgghMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.vigilanciasanitaria.sc.gov.br%2Findex.php%2Fdownload%2Fcategory%2F153-ccih%3Fdownload%3D817%3Aportaria-gm-n-2616-1998&usq=AFQjCNEMKJx4xJjzF8TG5tLDjeAs56JiiA&sig2=mJK7TquYu2MNXR1qUHoTJw&bvm=bv.138493631,d.Y2l>. Acesso em 15 Nov. 2016

PEREIRA, Milca Severino et al. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.2, p.250-257, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016

PIMENTEL, Beatriz Jatobá et al. **Manual de biossegurança enfermagem**. Maceió-AL: Centro Universitário Cesmac, p.1-46, 2015. Disponível em:<<http://www.cesmac.edu.br/admin/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Biosseguranca-do-Curso-de-Enfermagem-Finalizado-3.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2016.

Porto JS, Marziale MHP. Motivos e consequências da baixa adesão as precauções padrão pela equipe de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** 2016 jun;37(2). Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/57395/37324>. Acesso em 16 Nov 2016

RATTNER, Daphne. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Actas de Saúde Colet**, Brasília, v. 2, n. 8, p.103-108, jun. 2014. Disponível em:<<http://www.cesmac.edu.br/admin/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Biosseguranca-do-Curso-de-Enfermagem-Finalizado-3.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2016.

RÊGO, de Castro Leão, Míriam et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p. 2395-2400, ago. 2013.

RIBEIRO, Luana Cássia Miranda et al. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n.2, p. 325-332, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8282/6083>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

RICHARDSON, Roberto Jarry, **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. Ed. São Paulo: editora atlas, 2010.

RODRIGUES, Juliana Lima; TOLENTINO, Lorena Batista; MONTEIRO, Isabella Pearce. A POLITICA NACIONAL DE RESIDUOS SÓLIDOS: O descarte incorreto de lixo hospitalar e os problemas causados aos catadores e ao meio ambiente. **Revista do Ceds: Periódico do Centro de Estudos em Desenvolvimento Sustentável da UNDB**, São Luiz-ma, v. 1, n. 1, p.1-12, dez. 2014. Disponível em: <http://www.undb.edu.br/publicacoes/arquivos/rev._ceds_n.1_-_a_politica_nacional_de_residuos_solidos_o_descarte_incorreto_de_lixo_hospitalar_e_os_problemas_causados_aos_catadores_e_ao_meio_ambiente_-_lorena_batista_e_juliana_rodrigues.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

SANTOS, Joselito. Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., São Luís, p.1-9, 26 ago. 2005. **Anais...** São Luís, 2005. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br>>. Acesso em: 05 abr 2016.

SANTOS, Maria Rejane Rosa dos. **Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram**. Porto Alegre, 2014. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SÃO BENTO, P.A.S. et al. O Câncer do Colo do Útero Como Fantasma Resistente a Prevenção Primária a Detecção Precoce. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 2, n. 2, p. 776-786, abr./jun. 2010.

SILVA, Gislainne Almeida da. **USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS: UMA REVISÃO**. 2013. 19 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Ergonomia, Saúde, Universidade Cruzeiro do Sul Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada Especialização em Ergonomia, Saúde e Trabalho, Goiânia, 2013. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwixtN3lyq7QAhWDW5AKHYcwBH8QFggbMAA&url=http://www.ceafi.com.br/publicacoes/download/af3b38ad5a1fa179bd4ecd5c0e027a27f&usq=A_FQjCNEQwFqrHJez9bh0qe5BXBDLG2wS7w&sig2=y2eWc4zpzfiXNUfdM3zViv&bv m=bv.139250283,d.Y2l>. Acesso em: 16 nov. 2016

SILVA, Natália Chantal Magalhães da et al. **Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação obstétrica**. Enfermagem em foco: revista do Conselho Federal de Enfermagem, Alfenas - MG, v. 2, n. 4, p.88-91, 16 maio 2014. Disponível em:<<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/518201>>. Acesso em: 03 maio 2016.

VASCONCELOS, Bruno Moraes; REIS, Ana Luiza Rafael de Miranda; VIEIRA, Marcia Seixas. Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do Município de Coronel Fabriciano. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 1, n. 1, p. 99-111, 2008. . Disponível em:<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/bruno_vasconcelos_e_marcia_vieira.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2016.

VELHO, M, B; SANTOS, K, A; COLLAÇO. Winia Sorgatto. Parto Normal e Cesária: Apresentações Sociais de Mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 67, p.282-284, 2014.

WADA, Célia. **NR 32**: Norma do Ministério do Trabalho, 2005. Disponível em:<<http://www.cmqv.org/website/artigo.asp?cod=1461&idi=1&id=4220>>. Acesso em: 07 abr. 2016>.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Biossegurança na assistência ao parto: uma análise dos saberes dos acadêmicos de enfermagem. **Enfermagem Global**: Revista eletrônica semestral de enfermagem, n.11, nov. 2007. Disponível em:<<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/348/509>>. Acesso em: 5 maio 2016.

APÊNDICES

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

3.1 - O que você considera Equipamento de Proteção Individual (EPI)?

3.2 – Qual seu conhecimento em frente ao uso dos EPIs?

Tenho Conhecimento () SIM () NÃO () POUCO

Não tenho Conhecimento () SIM () NÃO () POUCO

Quais os riscos você expõe o paciente pelo não uso dos EPI?

3.3 - Quais os riscos que você se expõe por não usar EPI?

3.4 - Os EPIs são vistoriados periodicamente?

() SIM () NÃO () DESCONHECE

3.5 - Os EPIs disponíveis são considerados confortáveis?

() SIM () NÃO () DESCONHECE

3.6 - A instituição realiza controle e fiscalização do uso dos EPIs?

() SIM () NÃO () DESCONHECE

3.7 - Qual seu conhecimento em frente ao uso dos EPIs durante o parto normal?

Tenho Conhecimento () SIM () NÃO () POUCO

Não tenho Conhecimento () SIM () NÃO () POUCO

3.8 - Quais são as dificuldades encontradas para utilizar os EPIs nas práticas em parto normal?

Nas Urgências () SIM () NÃO

Pela dificuldade ao acesso dos materiais () SIM () NÃO

Pela falta de matérias () SIM () NÃO

Pelo descuido com o uso dos EPIs () SIM () NÃO

Como você enfrentou essas dificuldades? _____

3.9 - Como tem sido descartado os materiais contaminados após os procedimentos?

3.10 - Qual seu conhecimento em frente ao uso dos EPIs durante o parto Cesário?

Tenho Conhecimento () SIM () NÃO () POUCO

Não tenho Conhecimento () SIM () NÃO () POUCO

3.11 - Você já sofreu algum acidente onde teve contato com material orgânico do paciente?

() SIM () NÃO

Se SIM, quais materiais orgânicos?

() Urina () Sangue () Fezes () Secreções

3.12 - Quais são as dificuldades encontradas para utilizar os EPIs nas práticas em parto Cesário?

Nas Urgências () SIM () NÃO

Pela dificuldade ao acesso dos materiais () SIM () NÃO

Pela falta de matérias () SIM () NÃO

Pelo descuido com o uso dos EPIs () SIM () NÃO

Como você enfrentou essas dificuldades? _____

3.13 - Como tem sido descartado os materiais contaminados após os procedimentos?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a):

Eu, Andreza Rochelle do Vale Morais¹, pesquisadora responsável e professora do Curso de Graduação em Farmácia e em Biomedicina da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE, e o aluno Ruitter Sávio Almeida da Silva estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título:

“CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM BIOSSEGURANÇA DURANTE OS PROCEDIMENTOS DE PARTO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE MOSSORÓ-RN.”

Os objetivos da pesquisa são: Geral - Analisar conhecimento sobre biossegurança dos profissionais de enfermagem na assistência as gestantes no parto. Específicos - Descrever na opinião dos profissionais de Enfermagem entrevistados os cuidados dos profissionais de saúde nas puérperas com relação à biossegurança; Averiguar na opinião dos profissionais de Enfermagem entrevistados os conhecimentos quanto a biossegurança e a sua proteção individual durante a assistência ao pré-parto, parto e pós-parto; - Identificar na opinião dos profissionais de Enfermagem entrevistados os desafios quanto ao uso dos EPIs em urgências obstétricas.

Justifica-se que a escolha do tema surgiu a partir das práticas integradoras da disciplina de obstetrícia, onde foram observadas as dificuldades do uso dos EPI's pelos profissionais em suas atividades. Essa dificuldade se estabelecia muitas vezes pela falta de materiais e nas urgências em meio às pressas não dava tempo de se paramentar para os procedimentos, a priori foi estabelecido como objeto de pesquisa unificar as atividades obstétricas com os cuidados na biossegurança do profissional de Enfermagem. Essa pesquisa é de suma importância para colaboração do conhecimento e aperfeiçoamento das informações adquiridas durante este período e para a ampliação das pesquisas acadêmicas.

Convidamos o (a) senhor (a) a participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dados pessoais e dados relacionados ao entendimento frente conhecimento do uso do EPI. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do senhor (a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de

¹ Endereço residencial da pesquisadora responsável: Rua Pedro Valamira Fernandes, 2150, apto 09 - Bairro Alto de São Manoel- Mossoró- RN – Brasil CEP:59628-245. Fone: (84) 98171-6960. E-mail: ercviana@gmail.com

desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. O referido estudo poderá apresentar apenas riscos mínimos ao participante, ligados a constrangimento em responder aos questionamentos de qualquer natureza. Mas os benefícios, como proporcionar o conhecimento científico para a área de enfermagem e para a academia de forma geral superaram esses riscos. Para minimizar a possibilidade de risco, os pesquisadores irão esclarecer todas as dúvidas sobre a pesquisa, informando que haverá anonimato dos depoentes e que poderão desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano. O(s) pesquisador(es) estará(ão) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma.

Declaro também que os pesquisadores me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/LTDA².

Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, _____ de _____ de 2016.

Andreza Rochelle do Vale Morais
Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa

² Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

ANEXOS



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 4ª Reunião Extraordinária realizada em 31 de Agosto 2016, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM BIOSSEGURANÇA DURANTE OS PROCEDIMENTOS DE PARTO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE MOSSORÓ**", Protocolo CEP: 113/2016 e CAAE: 58711916.6.0000.5179. Pesquisadora Responsável: ELAINE RENATA DE CASTRO VIANA PEREIRA e das Pesquisadoras Associadas: LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS, PATRÍCIA HELENA DE MORAIS CRUZ MARTINS E RUITER SÁVIO ALMEIDA DA SILVA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2016, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 29 de Setembro de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE