

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUANA CÁSSIA MIRANDA RIBEIRO

**MUDANÇA ORGANIZACIONAL PLANEJADA PARA GESTÃO DO
ATENDIMENTO AO ACIDENTADO COM MATERIAL BIOLÓGICO**

GOIÂNIA, 2016

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS
(TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☐ Dissertação ☒ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Luana Cássia Miranda Ribeiro				
E-mail:	luaufg@yahoo.com.br				
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? ☐ Sim ☒ Não					
Vínculo empregatício do autor	Conselho Regional de Enfermagem de Goiás				
Agência de fomento:	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás	Sigla:	FAPEG		
País:	Brasil	UF:	GO	CNPJ:	
Título:	MUDANÇA ORGANIZACIONAL PLANEJADA PARA GESTÃO DO ATENDIMENTO AO ACIDENTADO COM MATERIAL BIOLÓGICO				
Palavras-chave:	Pesquisa em Administração de Enfermagem; Recursos Humanos de Enfermagem; Exposição a Agentes Biológicos; Educação Continuada em Enfermagem				
Título em outra língua:	ORGANIZATIONAL CHANGE PLANNED FOR MANAGING THE CARE OF VICTIMS OF ACCIDENTS WITH BIOLOGICAL MATERIAL				
Palavras-chave em outra língua:	Nursing Administration Research; Nursing Staff; Exposure to Biological Agents; Education, Nursing, Continuing				
Área de concentração:	A enfermagem no cuidado à saúde humana				
Data defesa:(dd/mm/aaaa):	29/03/2016				
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem				
Orientador (a):	Denize Bouttelet Munari				
E-mail:	boutteletmunari@gmail.com				
Coorientador (a):					
E-mail:					

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para disponibilização?¹ ☒ total ☐ parcial

Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões:

☐ Capítulos. Especifique: _____

☐ Outras restrições: _____

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: ____ / ____ / ____

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

LUANA CÁSSIA MIRANDA RIBEIRO

**MUDANÇA ORGANIZACIONAL PLANEJADA PARA GESTÃO DO
ATENDIMENTO AO ACIDENTADO COM MATERIAL BIOLÓGICO**

*Tese de Doutorado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás para obtenção do título de
Doutor em Enfermagem.*

Área de concentração: A enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Gestão em saúde e em enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Denize Bouttelet Munari

GOIÂNIA, 2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Ribeiro, Luana Cássia Miranda

Mudança organizacional planejada para gestão do atendimento ao
acidentado com material biológico [manuscrito] / Luana Cássia
Miranda Ribeiro. - 2016.
170 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Denize Boutelet Munari.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de
Enfermagem (FEN) , Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Pesquisa em administração de enfermagem. 2. Recursos humanos
de enfermagem. 3. Exposição a agentes biológicos. 4. Educação
continuada em enfermagem. I. Munari, Denize Boutelet, orient. II.
Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUANA CÁSSIA MIRANDA RIBEIRO

MUDANÇA ORGANIZACIONAL PLANEJADA PARA GESTÃO DO ATENDIMENTO AO ACIDENTADO COM MATERIAL BIOLÓGICO

*Tese de Doutorado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás para obtenção do título de
Doutor em Enfermagem.*

Aprovada em 29 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Denize Bouttelet Munari – Presidente da Banca
FEN/UFG

Prof^a. Dr^a. Adenicia Custodia Silva e Souza – Membro Efetivo
FEN/UFG

Prof^a. Dr^a. Katiane Martins Mendonça – Membro Efetivo, Externo ao Programa
IFG/GO

Prof. Dr. Lucieli Dias Pedreschi Chaves – Membro Efetivo, Externo ao Programa
EERP/USP

Prof^a. Dr^a. Ana Lucia Queiroz Bezerra – Membro Efetivo
FEN/UFG

Prof^a. Dr^a. Dulcelene de Sousa Melo – Membro Suplente
FEN/UFG

Prof^a. Dr^a. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva – Membro Suplente
FEN/UFG

AGRADECIMENTOS

Obrigada a todos que participaram dessa jornada em minha vida, em especial...

À Deus por sua infinita misericórdia e bondade;

Aos meus pais Lucilene e Cássio, não tenho palavras capazes de expressar um agradecimento digno a vocês. Meus grandes exemplos de vida;

As minhas famílias de sangue e de coração por serem a base do ser humano e aguentarem minhas ausências no decorrer desse tempo;

Ao Nêmo, meu “aumigo”, companheiro inseparável de todas as horas;

À Denize Bouttelet Munari, uma pessoa maravilhosa que tive a honra de conhecer e compartilhar momentos de vida. Sua amizade, conhecimento e visão de futuro lhe faz uma pessoa tão diferenciada e especial;

À Lucieli Dias Pedreschi Chaves, minha referência na Universidade de São Paulo. Obrigada por toda delicadeza, atenção e prontidão para participar dessa jornada conosco;

À Adenicia Custódia Silva e Souza, obrigada por participar dos meus primeiros movimentos enquanto pesquisadora. Seu direcionamento foi muito importante para minha formação profissional;

Aos membros das bancas de qualificação e defesa pela dedicação do tempo dispensado à leitura desse trabalho e as contribuições, com certeza sem vocês esse trabalho não seria o mesmo. Obrigado professoras Adenicia Custódia Silva e Souza, Ratiane Martins Mendonça, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Ana Lucia Queiroz Bezerra, Ana Elisa Bauer de Carmargo e Silva e Dulcelene de Sousa Melo.

Às amigas Myrian, Keliny, Zilah, Christiane e Viviane, de longe ou perto, o apoio de vocês foi substancial na minha vida e para a concretização desse trabalho;

À turma de doutorado 2012 pela convivência durante esse período e por compartilhar as dores e amores dessa experiência;

Ao Coren-Goiás por meio de seus dirigentes que flexibilizaram os horários para que eu tivesse a oportunidade de cursar o Doutorado;

Aos colegas do setor de fiscalização do Coren-Goiás que compreenderam minhas ausências e me apoiaram na realização desse trabalho;

Aos servidores técnicos administrativos e professores da FENMG e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelo compromisso de formar profissionais éticos, sérios e competentes, qualidades raras no mundo atual;

Ao CERPES, representado por Hebe Macedo, Tatiana Luciano Sardeiro e Suseley Americo Mendes que estiveram comigo desde as ideias iniciais desse estudo. O envolvimento de vocês foi muito importante para o sucesso da pesquisa;

Aos participantes da pesquisa, trabalhadores e usuários que acolheram a proposta e não mediram esforços para promover as mudanças almejadas;

À FAPGG pelo apoio financeiro dispensado para a realização desse estudo;

A todos que de alguma forma fizeram parte desse sonho de vida!

Carinhosamente,

Luana

*"Saber não é suficiente, é preciso aplicar.
Boa vontade não é suficiente, é preciso fazer".*

(Johann Goethe)

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	11
LISTA DE TABELAS	13
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	14
RESUMO.....	16
ABSTRACT	17
RESUMEN.....	18
APRESENTAÇÃO	19
INTRODUÇÃO	23
OBJETIVOS.....	29
1. Objetivo Geral	30
2. Objetivos Específicos	30
REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	31
1. Gestão do atendimento ao acidentado com material biológico	32
2. Tendências na gestão de pessoas e mudanças: desafios no contexto da saúde	41
3. A mudança organizacional planejada	48
PERCURSO METODOLÓGICO	53
1. Tipo de estudo	54
2. Contexto do Estudo.....	55
3. Participantes do Estudo	56
4. Coleta dos Dados.....	59
5. Análise dos dados	66
6. Aspectos éticos	68
RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
1. Avaliação dos usuários pré-intervenção	71
2. Descongelamento	77
3. Ação	83
4. Recongelamento	90
5. Avaliação dos usuários pós-intervenção.....	104
6. Articulação política para a intervenção	117

CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICES.....	147
ANEXOS	159

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Etapas da mudança organizacional planejada segundo a proposta de Kurt Lewin (1946, 1965).	49
Figura 2. Fases da pesquisa com enfoque qualitativo participativo. Goiânia-GO, 2014-2015	54
Figura 3. Representação esquemática das fases de coleta de dados do estudo. Goiânia-GO, 2015	60
Figura 4. Fluxograma das fases do desenvolvimento do estudo. Goiânia-GO, 2015	70
Figura 5. Distribuição dos participantes nos encontros grupais segundo categoria profissional. Goiânia-GO, 2015	86
Figura 6. Fluxograma na versão eletrônica disponibilizado para a unidade de saúde e CEREST. Goiânia-GO, 2015	120
Figura 7. Fluxograma e orientações referentes à prescrição medicamentosa pós-acidente disponibilizada para a unidade de saúde e CEREST. Goiânia-GO, 2015	121
Quadro 1. Aspectos da organização e temas dos encontros da intervenção e pesquisa com os trabalhadores que atuam na unidade sentinela. Goiânia-GO, 2015	62
Quadro 2. Avaliação pré-intervenção do atendimento ao acidentado com material biológico pelos usuários do serviço. Goiânia-GO, 2014.....	72
Quadro 3. Diagnóstico situacional do atendimento de acidentados com material biológico na perspectiva dos profissionais-chave. Goiânia-GO, 2015	79

Quadro 4. Avaliação do aprimoramento profissional/capacitação na perspectiva dos participantes da pesquisa. Goiânia-GO, 2015.....	91
Quadro 5. Avaliação da intervenção realizada pelos profissionais-chave do estudo. Goiânia-GO, 2015	96
Quadro 6. Avaliação pós-intervenção do atendimento ao acidentado com material biológico pelos usuários do serviço. Goiânia-GO, 2015.....	106
Quadro 7. Mudanças evidenciadas pelos usuários do serviço de atendimento ao acidentado com material biológico após a intervenção. Goiânia-GO, 2015	110
Quadro 8. Quadro referente às reuniões realizadas no decorrer do estudo com os diversos parceiros envolvidos para implementação da MOP. Goiânia-GO, 2014-2015	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Notificações de acidente com material biológico encontradas no CEREST referente a unidade investigada de acordo com os meses e ano a partir das fichas de registro de acidente com material biológico. Goiânia-GO, 201457

Tabela 2. Notificações de acidente com material biológico encontradas no CEREST referente a unidade investigada de acordo com os meses e ano a partir das fichas de registro de acidente com material biológico. Goiânia-GO, 201558

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAIS - Centro de Assistência Integral à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIAMS - Centros Integrados de Assistência Médico-Sanitária
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRDT – Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica
DSL – Distrito Sanitário Leste
EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPI - Equipamentos de Proteção Individual
FAPEG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás
FEN - Faculdade de Enfermagem
G – Encontros Grupais
GF – Grupo Focal
HBV - Vírus da Hepatite B
HCV - Vírus da Hepatite C
HDT - Hospital Anuar Auad/Hospital de Doenças Tropicais
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
MOP - Mudança Organizacional Planejada
MS – Ministério da Saúde
NEPEGETS - Núcleo de Pesquisa em Enfermagem na Gestão, Desenvolvimento de Pessoas e da Tecnologia de Grupo no Contexto do Trabalho em Saúde
NEPIH – Núcleo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem em Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde
NR – Norma Regulamentadora
PEP - Profilaxia Antirretroviral Pós-exposição
SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC - Técnica de Incidente Crítico

UABSF - Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família

UFG - Universidade Federal de Goiás

USP – Universidade de São Paulo

VISA – Vigilância Sanitária

RESUMO

Introdução: Os acidentes com material biológico representam um importante problema para os trabalhadores devido às consequências envolvidas. Para tanto, é necessário atendimento qualificado a esses trabalhadores, o que se apresenta como um desafio de gestão para os órgãos e profissionais envolvidos no seu controle/execução. Diversas variáveis devem ser analisadas e disponibilizadas para que o atendimento ocorra de forma qualificada e eficaz de acordo com as normativas vigentes. **Objetivo:** Demonstrar o processo de desenvolvimento e implementação da mudança organizacional planejada na gestão do atendimento ao acidentado com material biológico. **Metodologia:** Estudo de intervenção desenvolvido com base nos fundamentos da pesquisa ação, organizado em três fases. A primeira consistiu em uma avaliação pré-intervenção do atendimento ao acidentado com material biológico realizada com usuários do serviço baseada na técnica do incidente crítico (TIC). A segunda foi a intervenção propriamente dita realizada por meio da pesquisa ação/mudança organizacional planejada (MOP) realizada com os trabalhadores envolvidos no atendimento. A terceira, uma avaliação pós-intervenção com os usuários do serviço, a partir da TIC conforme descrito na primeira fase. A análise dos dados foi feita mediante os pressupostos da análise de conteúdo. **Resultados:** As principais mudanças verificadas foram relacionadas à elaboração do fluxograma de atendimento ao acidentado com material biológico focado na realidade e adaptado à instituição, elaborado pelos próprios profissionais envolvidos no atendimento bem como sua utilização no decorrer da prática do atendimento, a elaboração de uma ficha de orientações relacionada ao tema e a sua implantação no serviço, mudanças de impressos padronizados para a organização do atendimento, realização de orientações sistematizadas e condizentes com as normativas, comprometimento de toda a equipe em relação ao tema e algumas questões organizacionais relacionadas à entrega de exames e demais pontos que dificultavam o atendimento. A avaliação dos usuários realizada em etapa pré e pós-intervenção, após cinco meses, apontou melhorias no atendimento no que se refere às orientações recebidas, organização e agilidade para realização da consulta, bem como mudança da atitude dos profissionais em todo processo de atendimento, sinalizada como mais adequada e humana. As mudanças ocorridas em relação à gestão do atendimento ao acidentado com material biológico em uma unidade de saúde sentinela, a partir da intervenção desenvolvida por meio da MOP foram possíveis devido à escolha metodológica e a perspectiva teórica adotada com base na gestão participativa. A MOP, pelo envolvimento dos participantes desde a sua concepção, estimulou um clima de aprendizado coletivo e colaborativo, razão pela qual se mostrou eficiente para a consolidação das mudanças desejadas. **Considerações Finais:** Essa articulação favoreceu a instituição por promover mudanças organizacionais desejadas, os envolvidos pela sensibilização e conhecimento compartilhado e também por estimular a mudança de cultura possibilitando o desenvolvimento das características das organizações que aprendem. A melhoria da qualidade do atendimento oferecido aos usuários acidentados com material biológico na unidade sentinela, referendada pelos próprios atores fortalece e legitima o sucesso da intervenção.

Palavras-chave: Pesquisa em Administração de Enfermagem; Recursos Humanos de Enfermagem; Exposição a Agentes Biológicos; Educação Continuada em Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Accidents with biological material represent an important issue for workers because of the consequences involved. Therefore, qualified care of these workers is required, despite representing a management challenge for institutions and professionals involved in its monitoring and development. Several variables should be analyzed and provided so that care occurs in a qualified and effective way, according to the current regulations. **Objective:** To demonstrate the development and implementation process of the organizational change planned for managing the care of victims of accidents with biological material. **Methodology:** An intervention study was developed based on action research, organized in three stages. The first stage consisted of a pre-intervention evaluation of the care provided to victims of accidents with biological material conducted with patients, based on the clinical incident technique (CIT). The second was the intervention itself, by means of the action research and planned organizational change (POC), conducted with workers involved in the care. The third stage was a post-intervention evaluation with patients based on the CIT as described in the first stage. Data analysis was conducted based on the principles of content analysis. **Results:** The main changes verified were associated with the drawing of a flowchart of care provided to victims of accidents with biological material, focused on the reality and adapted to the institution, made by the professionals involved, as well as its use during practice, the development of a guideline form regarding the issue and its implementation in service, changes in standardized printed materials for the organization of care, development of systematized guidelines and in line with regulations, commitment of the whole team regarding the issue and organizational matters associated with the delivery of exams and other aspects that made care difficult. The evaluation of patients conducted in the pre- and post-intervention stages after five months showed improvements in care regarding the guidelines received, organization and agility for medical appointments, as well as changes in professionals' attitude in the whole care process, identified as becoming more suitable and human. The changes regarding the management of care provided to victims of accidents with biological material in a sentinel healthcare unit based on the intervention developed, by means of the POC, were possible because of the adopted method and theoretical perspective based on participatory management. Because of the participants' involvement since its conception, the POC encouraged a collective and cooperative learning environment, which is the reason it proved to be effective for the desired consolidation of changes. **Final Considerations:** This coordination favored not only the institution, for promoting desired organizational changes, but also those involved, by fostering awareness and shared knowledge and for encouraging a cultural change, providing the development of characteristics that make organizations evolve. The improvement of quality in the care offered to victims of accidents with biological material in sentinel care, reported by those involved, strengthen and legitimize the success of the intervention.

Key words: Nursing Administration Research; Nursing Staff; Exposure to Biological Agents; Education, Nursing, Continuing.

RESUMEN

Introducción: Los accidentes con material biológico representan un importante problema para los trabajadores, debido a las consecuencias acarreadas. Consecuentemente, se necesita de atención calificada para dichos trabajadores, lo cual constituye un desafío de gestión para los organismos y profesionales involucrados en su control/ejecución. Deben analizarse y ponerse a disposición diversas variables para que la atención transcurra de modo calificado y eficaz, conforme las normas vigentes. **Objetivo:** Mostrar el proceso de desarrollo e implementación del cambio organizacional planificado en la gestión de la atención del accidentado con material biológico. **Metodología:** Estudio de intervención desarrollado en base a fundamentos de investigación-acción, organizado en tres fases. La primera constituyó en una evaluación previa a la intervención de la atención al accidentado con material biológico, realizada con usuarios del servicio; basada en la técnica del incidente crítico (TIC). La segunda fue la intervención propiamente dicha, realizada mediante investigación acción/cambio organizacional planificada (MOP), con los trabajadores involucrados en la atención. La tercera, una evaluación postintervención con los usuarios del servicio, a partir de la TIC, conforme descrito en la primera fase. Datos analizados según análisis de contenido. **Resultados:** Los principales cambios verificados fueron los relativos a la elaboración del flujograma de atención al accidentado con material biológico, enfocado en la realidad y adaptado a la institución, elaborado por los propios profesionales involucrados en la atención, así como su utilización durante la práctica de atención, la confección de una ficha de indicaciones relacionada al tema y su implantación en el servicios, cambios de impresiones estandarizadas para la organización de la atención, determinación de indicaciones sistematizadas y concordantes con las normativas, compromiso de todo el equipo con el tema, y algunas cuestiones organizacionales relativas a entrega de análisis y otros puntos que dificultaban la atención. La evaluación de los usuarios, realizada en etapa previa y posterior a la intervención, después de cinco meses, expresó mejoras de atención en lo referente a indicaciones recibidas, organización y agilidad para realización de la consulta, así como cambio de actitud de los profesionales durante todo el proceso de atención, señalada como más adecuada y humanizada. Los cambios ocurridos en relación a la gestión de la atención al accidentado con material biológico en una unidad centinela a partir de la intervención desarrollada mediante la MOP fueron posibles debido a la elección metodológica y la perspectiva teórica adoptada, basada en la gestión participativa. La MOP, por el involucramiento de los participantes desde su concepción, estimuló un clima de aprendizaje colectivo y colaborativo, por lo que se mostró eficiente para consolidar los cambios deseados. **Consideraciones Finales:** Esta articulación favoreció a la institución, por promover cambios organizacionales deseados y por estimular un cambio de cultura, posibilitando el desarrollo propio de las organizaciones que aprenden. La mejora de calidad de atención ofrecida a los usuarios con material biológico en el servicio centinela, refrendada por los propios actores, fortalece y legitima el éxito de la intervención.

Palabras clave: Investigación en Administración de Enfermería; Personal de Enfermería; Exposición a Agentes Biológicos; Educación Continua en Enfermería.

APRESENTAÇÃO

O presente estudo constituiu uma tese de doutorado derivado da Área de Concentração: “A enfermagem no cuidado à saúde humana” e da Linha de Pesquisa “Gestão em saúde e em enfermagem” vinculadas ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Especificamente, ligado à temática: “Desenvolvimento e avaliação do trabalho em equipe no contexto do trabalho em saúde e enfermagem”, desenvolvida sob orientação da Profa. Dra. Denize Bouttelet Munari.

O trabalho foi desenvolvido no município de Goiânia/GO com objetivo de qualificar o atendimento ao acidentado com material biológico, tendo em vista que esse tema é um desafio para os pesquisadores e profissionais dessa área e que, precisa ser enfrentado para promover a segurança dos profissionais e usuários que atuam em serviços de saúde. Em particular, trata de um assunto que permeou minha formação, desde a graduação, e que marcou minha carreira profissional.

Desde o início da graduação, me envolvi com atividades de pesquisa vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem em Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - NEPIH, onde participei de um estudo sobre a influência da exposição a material biológico e o uso dos equipamentos de proteção individual (RIBEIRO et al., 2010). Ainda no mesmo núcleo, dei continuidade aos estudos nessa temática, desenvolvendo no Mestrado uma pesquisa cujo objetivo foi descrever a experiência dos trabalhadores que se acidentaram na busca do atendimento (RIBEIRO, 2012). Mediante os resultados do Mestrado, senti-me provocada a pensar em como poderia intervir nesse atendimento de forma a torná-lo menos laborioso e negativo aos que vivenciam a experiência, proposta efetivada nesse trabalho de doutorado.

Para dar subsídio a essa trajetória, realizei após a graduação duas importantes atividades que consolidaram meu interesse por essa temática. Em 2011 fiz um Curso de Especialização relacionada à Saúde do Trabalhador e em 2013 fui convidada a ser docente em um Curso de Aprimoramento para os trabalhadores da saúde do Estado de Goiás, oferecido pela Universidade Federal de Goiás, na modalidade de ensino à distância.

Em 2012, ao ingressar no Doutorado, me vinculei ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem na Gestão, Desenvolvimento de Pessoas e da Tecnologia de Grupo no Contexto do Trabalho em Saúde - NEPEGETS, uma vez que acreditava ser fundamental essa inserção para desenvolver uma intervenção que mudasse a

realidade do atendimento aos profissionais acidentados por exposição a material biológico em uma abordagem relacionada à perspectiva organizacional.

Além das experiências acumuladas no NEPIH, a proposta metodológica empreendida no doutorado, que envolvia a mudança organizacional planejada, exigia que eu me apropriasse do trabalho com grupos, a fim de buscar os melhores resultados a serem alcançados a partir do desenvolvimento da pesquisa. Assim, em 2012 me inscrevi no Curso Básico de Dinâmica de Grupo realizado pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama (SOBRAP-Goiás), com carga horária de 160 horas. O curso me possibilitou ter mais conhecimento e habilidades para o trabalho com grupos, especialmente, na compreensão em como melhorar o desempenho de equipes, sobretudo, para potencializar a coesão, fortalecer objetivos em comum e estabelecer metas concretas para o aprimoramento desse trabalho.

Desde o início da proposta do doutorado, uma parceria com uma docente do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Hospital e Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) possibilitou aprofundar o projeto de pesquisa e ainda viabilizou a realização de um Doutorado Sanduíche junto à EERP/USP, o qual se apresentou como uma oportunidade de aprendizado e aprofundamento da discussão do trabalho.

Importante ressaltar que o estudo recebeu fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) e teve também a intenção de contribuir a partir de uma visão diferenciada na perspectiva qualitativa com a “Rede Goiana de Pesquisa em Exposição de Profissionais da Área da Saúde a Material Biológico”, a qual se dedica a aprimorar o fluxograma de atendimento ao acidentado com material biológico no Estado de Goiás.

Inspirado pela epígrafe de Johann Goethe *"Saber não é suficiente, é preciso aplicar. Boa vontade não é suficiente, é preciso fazer"* o estudo se inicia com sua apresentação, seguida da introdução que descreve o problema, justificativa e os objetivos gerais e específicos. O referencial teórico metodológico articula três grandes eixos, um referente à gestão do atendimento ao acidentado com material biológico, outro referente à gestão de pessoas e a implementação de mudanças e o terceiro apresenta a mudança organizacional planejada. Após esses tópicos conceituais, o percurso metodológico descreve o tipo de estudo, o contexto em que fora realizado, os participantes, a coleta e análise dos achados e também os

aspectos éticos. A seguir os resultados e discussão são apresentados em seis subtópicos: avaliação dos usuários pré-intervenção, descongelamento, ação, recongelamento, avaliação pós-intervenção e articulação política. Por fim são apresentadas as considerações finais do estudo, referências utilizadas, apêndices e anexos.

INTRODUÇÃO

O cenário laboral da área da saúde, por sua natureza, expõe os trabalhadores a diversos riscos ocupacionais, dentre eles, destaca-se o risco biológico pela possibilidade real de acidentes.

Os acidentes ocupacionais envolvendo material biológico consistem em exposição a sangue e outros fluidos orgânicos, ocorridos com profissionais durante o desenvolvimento de seu trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2008). Dentre os micro-organismos passíveis de transmissão, aqueles de maior destaque epidemiológico que gera preocupação entre os acidentados, são os vírus da imunodeficiência humana (HIV), da hepatite B (HBV) e da hepatite C (HCV) (CDC, 2001, 2005, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2006, 2010, 2015; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2008; SIEGEL et al., 2007).

Os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estimaram a ocorrência de aproximadamente 385.000 acidentes/ano envolvendo material perfurocortante nos Estados Unidos (CDC, 2001, 2008). A Organização Mundial de Saúde por meio dos autores Prüs-Üstun, Rapiti e Hutin (2003) estimaram em torno de três milhões de acidentes percutâneos por ano, o que poderia resultar em 66.000 casos de HBV, 16.000 de HCV e 1000 de HIV. Entre os anos de 1995 e 2007 foram notificados nos Estados Unidos um total de 30.945 casos de exposição ocupacional a material biológico (CDC, 2011). No Brasil, em levantamento entre os anos de 2006 a 2010 foram notificados 105.182 casos de acidentes com material biológico, sendo um dos agravos mais notificados pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) regionais e municipais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). No Estado de Goiás, levantamento realizado no período de 1989 a 2010 registrou um total de 6039 acidentes envolvendo material biológico (BARROS, 2012).

Apesar do esforço para obter o diagnóstico acerca dos acidentes envolvendo materiais biológicos, há ainda dificuldade de se verificar a prevalência desse tipo de acidente (LUO et al., 2010; MUROFUSE; MARZIALE; GEMELLI, 2005; SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008; VALIM; MARZIALE, 2011; VALIM et al., 2014).

Esses acidentes representam importante problema para os trabalhadores, pois podem trazer sérias consequências, como a possibilidade de agravos infecciosos (BRUM et al., 2013). Há de se considerar também as consequências relacionadas aos aspectos psicoemocionais, profissionais e sociais vivenciadas

pelos trabalhadores em decorrência da experiência do acidente que são descritas em diversos estudos (BORBA BRUM et al., 2013; CASTANHA; MACHADO; FIGUEIREDO, 2007; CASTRO; FARIAS, 2009; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; DAMASCENO et al., 2006; GREEN; GRIFFITHS, 2013; GIOMO et al., 2009; LIMA; PINHEIRO; VIEIRA, 2007; MEDEIROS et al., 2012; MELO, 2014; NAGHAVI; SHABESTARI; ALCOLADO, 2013; O'CONNOR, 2011; RICH, 2012; SANTANA et al., 2006; SÊCCO et al., 2008; WALD, 2009; WANG et al., 2012; ZHANG; YU, 2013).

Além das implicações individuais, é descrito também que o acidente envolve o sofrimento da família, além de custos financeiros e sociais (CDC, 2008). Rich (2012) refere que o impacto financeiro dos acidentes envolvendo materiais biológicos foi estimado em 500.000.000 de dólares. Estudo publicado na Nova Zelândia estimou custo médio de 71 a 4838 dólares por exposição (O'MALLEY et al., 2007). Já na República da Coreia, esse valor foi de 884.385 dólares (OH et al., 2013).

Diante de todos os valores tangíveis e intangíveis que envolvem o assunto, aliados a falta de diagnóstico fidedigno e real da ocorrência desse tipo de acidente no Brasil, é indispensável a adoção de medidas de prevenção e controle dos mesmos, além de dispor de atendimento adequado ao acidentado visando minimizar as consequências.

Para que esse atendimento seja efetivo é necessária organização mínima do processo de trabalho. As instituições devem dispor de infraestrutura para a realização da primeira consulta, recursos materiais (medicações, vacinas e exames) e humanos que possuam conhecimento técnico-científico acerca do assunto para tomar as decisões imediatas. Esses aspectos são reconhecidos nos documentos normativos como fundamentais para a qualidade da assistência a ser oferecida aos trabalhadores acidentados com material biológico (CDC, 2001, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2006, 2010, 2015).

Dessa forma, há de se considerar que o acidente com material biológico se apresenta como um desafio de gestão para os órgãos e profissionais envolvidos no controle/execução, por dispor de diversas variáveis a serem analisadas e disponibilizadas para que o atendimento ocorra de forma qualificada e eficaz de acordo com as normativas vigentes.

No Estado de Goiás, a organização do atendimento ao profissional acidentado com material biológico se deu com base em unidades referenciadas de

acordo com regionais previamente organizadas segundo a Resolução da Comissão Intergestores Bipartite nº 017/2006 que aprova a implantação da Rede de Serviço Sentinela para notificação dos agravos relacionados ao trabalho (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS, 2006).

No município de Goiânia/GO, capital do Estado, que detém a grande demanda de profissionais de saúde, sendo referência para o Estado, esse serviço é coordenado pelo CEREST, que determinou quatro unidades de referência (sentinelas) em diferentes distritos de saúde para realizar o primeiro atendimento ao acidentado.

Tendo em vista a normatização sobre o assunto, verifica-se que o atendimento está, teoricamente, bem estabelecido atualmente. Entretanto, a partir dos achados na literatura, observação da prática profissional e dos achados advindos de Ribeiro (2012), a realidade vivenciada demonstra fragilidade do atendimento por diversos motivos e falhas que se relacionam à gestão e organização do trabalho, o que leva ao descrédito do serviço.

Além das lacunas evidenciadas a partir da prática e indicadas em estudos (LUIZE et al., 2015; PIMENTA et al., 2013; RIBEIRO, 2012; RIBEIRO et al., 2014), foi constatado que a literatura sobre o tema é escassa, no que se refere à produção científica sobre a gestão do atendimento ao acidentado com material biológico a partir de uma visão ampliada do processo com foco na gestão de pessoas. A produção científica relacionada ao tema é restrita ao próprio acidente, sua identificação, caracterização e potencial de risco (BALSAMO; FELI, 2006; CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; GIANCOTTI et al., 2014; GIOMO et al., 2009; MARQUES et al., 2015; MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004; MUROFUSE; MARZIALE; GEMELLI, 2005; SANTOS; COSTA MACARENHAS, 2013; SASAMOTO et al., 2010; SÊCCO et al., 2008; VALIM et al., 2014; VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

A partir dessas evidências verifica-se que é comum a ocorrência desse tipo de acidente e que envolve custos mensuráveis e imensuráveis, demonstrando a necessidade de colocar em prática o que está em “tese” bem estabelecido para o atendimento das recomendações previstas sobre o tema dispostas nos manuais normativos dos órgãos regulamentadores (CDC, 2001, 2005, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2006, 2010, 2015; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2008; SIEGEL et al., 2007).

Assim, essa investigação foi pensada na perspectiva de tratar os aspectos relacionados à dimensão subjetiva da ação dos trabalhadores envolvidos no atendimento, especialmente, no processo de gestão ampliada, envolvendo aspectos de organização, avaliação, qualidade, gerenciamento do serviço de atendimento aos acidentados e a formação dos profissionais que atuam nesses serviços.

O objeto de estudo consiste, portanto, no atendimento ao acidentado com material biológico a partir de um olhar qualitativo, com observação da realidade e intervenção objetivando analisar e intervir nos entraves existentes durante o processo. A proposta consiste em provocar reflexão junto aos profissionais envolvidos no atendimento, verificando as fortalezas e fragilidades, e propor mudanças para conseqüente melhoria desse serviço prestado aos trabalhadores da saúde.

A justificativa, além dos aspectos citados, baseia-se também na ideia de que o atendimento é uma necessidade de saúde dos profissionais, definida a partir dos indicadores epidemiológicos referentes ao número, conseqüências e custo dos acidentes (CDC, 2008). Caso o atendimento não seja realizado conforme proposto nas diretrizes vigentes, há fragilidade nesse processo em âmbito institucional em relação à saúde dos trabalhadores, o que os coloca em situação de vulnerabilidade.

Devido à importância do assunto e diante as dificuldades descritas, a proposta de desenvolvimento desse trabalho de Doutorado descreve como se pode qualificar e promover um atendimento ao acidentado com material biológico adequado aos profissionais, já que se trata de um tema complexo que exige ações simultâneas com diferentes focos (vítima, trabalhador envolvido no atendimento, condições organizacionais, local de trabalho, capacitação, local de atendimento, exames e medicações).

Para o seu desenvolvimento foi escolhida uma das unidades sentinelas que realizam o primeiro atendimento ao profissional acidentado da capital do Estado de Goiás. A proposta foi trabalhar com os profissionais envolvidos no atendimento a partir do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais para o olhar integral do profissional acidentado, prevendo fortalecimento da gestão do processo de trabalho, para integrar a dimensão objetiva e subjetiva do atendimento.

Assim, pretende-se por meio dessa pesquisa promover um impacto na gestão do atendimento aos profissionais acidentados, bem como trazer contribuições para o ensino em serviço e comunidade, para a formação acadêmica

do enfermeiro, por meio da metodologia escolhida e ainda contribuições para a ciência pelo desenvolvimento da tese e de artigos a partir da abordagem utilizada. Além de oferecer subsídio para a elaboração de políticas públicas na área da saúde do trabalhador.

OBJETIVOS

1. Objetivo Geral

- Demonstrar o processo de desenvolvimento e implementação da mudança organizacional planejada na gestão do atendimento ao acidentado com material biológico.

2. Objetivos Específicos

- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores na gestão do atendimento ao acidentado com material biológico, na perspectiva dos profissionais envolvidos no atendimento ao acidentado com material biológico;
- Descrever o desenvolvimento da intervenção realizada com os profissionais envolvidos na gestão do atendimento ao acidentado com material biológico;
- Avaliar o atendimento ao acidentado com material biológico oferecido pelos profissionais de saúde, antes e depois, do desenvolvimento da mudança organizacional planejada na perspectiva do usuário.

REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

1. Gestão do atendimento ao acidentado com material biológico

Conceitualmente, o risco biológico é caracterizado pela exposição derivada da atividade laboral dos profissionais a sangue e outros fluidos corpóreos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2006, 2010; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2008).

As exposições que mais acometem os profissionais são do tipo percutâneas que dizem respeito aos acidentes por meio de perfuração por objetos perfurocortantes (ALMEIDA; BENATTI, 2007; CDC, 2001, 2005, 2008; HIMMELREICH et al., 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, 2004, 2006, 2010, 2015; RAPPARINI et al., 2009; RAPPARINI, 2010; SIEGEL et al., 2007; VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011), mas há que se considerar também a exposição através das mucosas, via cutânea e por mordeduras humanas (CDC, 2001, 2005, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2006, 2010, 2015; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005, 2008; SIEGEL et al., 2007).

Em relação aos agentes contaminantes, o material biológico com maior risco de transmissão de patógenos é o sangue. Os manuais/guias sobre o assunto também consideram a via respiratória (gotículas ou aérea) e também, a transmissão por contato como sendo passíveis de contaminação (CDC, 2001, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2006, 2010, 2015; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005; SIEGEL et al., 2007).

De acordo com Tarantola, Abiteboul e Rachiline (2006) os profissionais acidentados com sangue ou outros fluidos corpóreos estão expostos a 60 diferentes tipos de agentes infecciosos, desses, compreendem 26 vírus, 18 bactérias/*rickettsias*, 13 parasitas e três leveduras. Outros autores também descrevem os inúmeros patógenos que podem ser veiculados por materiais biológicos (BORBA BRUM et al., 2013; MEDEIROS et al., 2012; RAPPARINI; REINHARDT, 2010; TOMKINS et al., 2012). Entre eles chamam a atenção pela importância epidemiológica envolvida o HIV, HBV e HCV (CDC, 2001, 2005, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, 2004, 2006, 2010; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2008; SIEGEL et al., 2007). O risco de transmissão após exposição percutânea por via sanguínea é de 0,3% para o HIV, aproximadamente 1,8% para o vírus da hepatite C e pode chegar até mais de 30% para o HBV dependendo da

quantidade de vírus circulante (1% a 6% HBeAg negativo e >30% HBeAg positivo) (CARDO et al., 1997; CDC, 2001).

Diante da gravidade das doenças que podem ser transmitidas por meio do acidente envolvendo material biológico, e ainda, do comprometimento psicoemocional que pode ser oriundo desse acidente, o atendimento realizado com qualidade torna-se indiscutível na busca pela minimização das consequências para os profissionais acidentados.

Segundo Weirich et al. (2009) e Ministério da Saúde (2011a), a qualidade deve ser enfatizada nos serviços de saúde. Para tanto, é necessária uma gestão eficiente e eficaz em sintonia com as atuais diretrizes operacionais. Entre essas diretrizes, é importante ressaltar o Pacto pela Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), o qual propõe um termo de compromisso organizado em alguns eixos que fazem parte da promoção dessa qualidade, entre os eixos previstos estão a redução dos riscos e agravos e o aprimoramento dos mecanismos de gestão.

Estudo aponta a relevância de construção de modelos de gestão em saúde (BARRETO et al., 2010), em particular, relacionados à gestão do risco com estratégias de prevenção e atenção aos acidentes com material biológico (CDC, 2008; RIBEIRO et al., 2014; VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011), com vistas a contemplar a perspectiva da redução dos riscos e agravos oriundos desse tipo de acidente.

Tendo em vista os dados epidemiológicos referentes ao alto número de acidentes e o risco envolvendo material biológico, deve-se repensar um modelo de gestão do risco e do atendimento ao acidente desenvolvido em rede envolvendo os locais de trabalho em que os profissionais estão sujeitos à ocorrência dos acidentes, as unidades sentinelas responsáveis pelos primeiros atendimentos, bem como os estabelecimentos que deveriam cuidar do acompanhamento desses trabalhadores.

Nessas três esferas de atuação é importante considerar para a gestão do risco e do atendimento, as questões relativas ao planejamento, recursos humanos e materiais, métodos de prevenção do acidente envolvendo material biológico, fluxograma de ações a serem tomadas diante desse tipo de acidente, educação permanente e avaliação do serviço prestado para que se ofereça uma assistência de qualidade.

No que se refere às ações de gestão relacionadas aos locais de trabalho, as estratégias que devem ser trabalhadas pelo gestor são a conscientização sobre a

importância do acidente, responsabilização pelo ato de se proteger, educação continuada/permanente com reconhecimento dos riscos e fatores associados, além de formas de prevenção e uso de precauções padrão, com ênfase na adesão aos equipamentos de proteção individual (EPI), descarte adequado de perfurocortantes e vacinação dos trabalhadores.

Estudos demonstram a baixa ou não adesão às medidas preventivas (precauções padrão) e afirmam a importância dessas para a prevenção dos acidentes envolvendo material biológico (BREVIDELLI; CIANCIARULO, 2006; CUTTER; JORDAN, 2012; EFSTATHIOU et al., 2011; FOSTER et al., 2010; LI et al., 2011; MELO et al., 2006; MENDONÇA, 2010; PAULINO; LOPES; ROLIM, 2008; RAPPARINI; REINHARDT, 2010; RIBEIRO et al., 2010; SOARES et al., 2013; SOUZA, 2001; TIPPLE et al., 2013; VOIDE; DARLING; KENFAK-FOGUENA, 2012).

Além da adesão às precauções padrão, nos locais de trabalho, o gestor deve considerar também como estratégia de prevenção o princípio da hierarquia de controles proposto pelo CDC, que tem como prioridade reduzir/eliminar o uso de perfurocortantes nos estabelecimentos, seguida de controle de engenharia do ambiente e do dispositivo para reduzir o risco de acidente e implementação de mudanças na prática do trabalho, além do uso de EPI (CDC, 2008).

Outra estratégia atualmente utilizada é o uso de dispositivos de segurança, o qual foi regulamentado no Brasil pela Portaria nº 939 de 2008 (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2008b). Diversos autores comprovam o impacto no uso desses dispositivos, com resultados que demonstram a minimização da ocorrência dos acidentes a partir de sua utilização (HANAFI et al., 2011; HANMORE et al., 2013; HOFFMANN; BUCHHOLZ; SCHNITZLER, 2013; MENEZES et al., 2014; PERRY et al., 2012; PHILLIPS et al., 2013).

No processo de gestão institucional dos locais de trabalho, os dirigentes devem também dispor de fluxograma organizado e operante com a descrição de todo o protocolo de atendimento e acompanhamento com a devida notificação. Esse fluxograma deve conter de forma clara e objetiva a conduta do profissional diante da ocorrência do acidente, os locais responsáveis pela realização da primeira consulta de atendimento e o local do acompanhamento. O ideal seria que todos os estabelecimentos oferecessem o suporte necessário para um atendimento qualificado no próprio local do acidente (MINISTÉRIO DO TRABALHO E

EMPREGO, 2005), entretanto, essa não é uma situação vivenciada na atualidade, o que dificulta o acesso (RIBEIRO, 2014).

O protocolo de atendimento deve contemplar orientações referentes aos cuidados locais após o acidente, atendimento para avaliação da lesão, exposição e sorologias disponíveis, acompanhamento pós-exposição com as devidas recomendações conforme preconizadas nos artigos científicos referentes à temática e manuais do Ministério da Saúde (BALSAMO; FELLI, 2006; CDC, 2001, 2003, 2008; CHAIWARITH et al., 2013; MELO, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2006, 2010, 2015; MUROFUSE; MARZIALE; GEMELLI, 2005; RIBEIRO et al., 2014; SIEGEL et al., 2007; TIPPLE et al., 2004). Essas informações devem ser de fácil acesso e apresentadas de forma clara e segura, sendo repassadas a todos os trabalhadores dos serviços de saúde (BALSAMO; FELLI, 2006; LUIZE et al., 2015; MELO, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, 2010; RIBEIRO et al., 2014; WALD, 2009).

Segundo os manuais que normatizam o assunto (CDC, 2001, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, 2004, 2006, 2010, 2015; SIEGEL et al., 2007), as condutas pós-exposição relacionadas aos locais de trabalho envolvem os cuidados imediatos com a área exposta, por meio da higienização com água e sabão e, em determinados eventos, é recomendado o uso de soro fisiológico, avaliação do paciente fonte e encaminhamento para atendimento. A avaliação do paciente-fonte é feita por meio da coleta sanguínea e transportada até o local onde realiza o atendimento, para tal ressalta-se a observância da Resolução de Diretoria Colegiada nº 20/2014 que regulamenta a realização do transporte de material biológico humano e dispõe sobre as definições, embalagem, acondicionamento e rotulagem desse material, além de estabelecer as responsabilidades de todos os envolvidos (ANVISA, 2014).

Para que sejam realizadas as condutas adequadas no local de trabalho, é importante que os profissionais sejam capacitados para que os mesmos se empoderem de conhecimentos e autonomia no processo de tomada de decisão. Autores apontam a necessidade de desenvolvimento de educação permanente e capacitações sobre o acidente com material biológico, envolvendo desde a prevenção até as condutas adequadas diante de sua ocorrência (CAVALCANTE et al., 2006; LOPES et al., 2004; SALDARIA et al., 2012; TIPPLE et al., 2013).

Kobayashi e Leite (2010) sinalizam que o planejamento dos gestores deve também incluir programas de aprimoramento abordando a revisão do processo de trabalho, considerando os riscos e possíveis formas de enfrentamento de dificuldades, valorizando os avanços conquistados como parte do processo de mudança.

Para realizar o planejamento com vistas ao processo de mudança, o gestor precisa conhecer as estratégias de gestão, bem como ter conhecimento científico e legal sobre o processo de trabalho a ser desenvolvido. Portanto, para realizar a gestão do atendimento ao acidentado com material biológico é indispensável a incorporação das propostas previstas na norma regulamentadora nº 32 (NR-32) publicada por meio da Portaria nº 485, de 11/11/2005, do Ministério do Trabalho e Emprego (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005).

Essa norma dispõe sobre a segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde e define os parâmetros adequados para exercer o trabalho na área da saúde. Dentre esses parâmetros estão as ações relacionadas a prevenção dos acidentes por perfurocortantes (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005).

Outra regulamentação necessária, nesse assunto, é a Portaria 1748 que complementa a NR-32 e determina que o empregador deve elaborar e implementar um Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, conforme diretrizes previamente estabelecidas na norma (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2011). Assim, nesse plano deve estar disposto o protocolo completo de atendimento e acompanhamento ao acidentado com material biológico.

Segundo a NR-32, qualquer estabelecimento, público ou privado deve dispor de estrutura para fazer o atendimento, notificação e acompanhamento do acidente, sendo a mesma totalmente responsável pelo seu trabalhador vítima de acidente (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2005). Entretanto, essa não é uma realidade vivenciada na atualidade.

Estudos apontam que há poucas unidades estruturadas para a realização do atendimento e acompanhamento ao acidente com material biológico, além de não dispor também de programa de educação permanente sobre o tema (CAVALCANTE et al., 2006; LOPES et al., 2004; SALDARIA et al., 2012; TIPPLE et al., 2013). Sasamoto et al. (2010) ressalta a necessidade de reestruturação dos locais para a

realização do atendimento, além de se investir no serviço de notificação visando a melhoria do acompanhamento das vítimas.

Apesar da NR-32 dispor da necessidade de realização do atendimento no próprio local do acidente, no Estado de Goiás o atendimento é restrito a quatro unidades sentinelas vinculadas ao Sistema Único de Saúde, em algumas regiões da capital e nas macrorregiões que compõem o Estado, estas estão dispostas nos municípios de Rio Verde, Jataí, Aparecida de Goiânia, Goiás, Iporá, São Luiz dos Montes Belos, Catalão, Caldas Novas, Itumbiara, Ceres, Niquelândia, Formosa, Luziânia, Campos Belos, Porangatu, Minaçu e Anápolis.

A rede de atendimento foi estruturada em 2006 por meio da Resolução CIB 017/2006 que estabelece os serviços sentinela, os quais tem o papel de identificar, investigar e notificar casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho. A rede é composta pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), hospitais de média e alta complexidade e serviços de atenção básica (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS, 2006).

Esse tipo de organização oferece condições para a realização do atendimento nas unidades sentinelas, facilitando a assistência e promovendo a saúde dos trabalhadores. Segundo Souza (2009) a gestão das organizações de saúde, além de promover melhoria da assistência, faz parte da luta política pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, as estratégias de gestão mais ou menos facilitadoras do seu avanço.

No que tange à gestão das unidades sentinelas responsáveis pelo primeiro atendimento, proposta desse estudo, importante reconhecer que o acidente com material biológico se configura como situação de emergência devido à necessidade de uso imediato de quimioprofilaxia e/ou imunoprofilaxia, as quais devem ser iniciadas nas primeiras duas horas e no máximo até 72 horas após o acidente, diminuindo gradativamente a eficácia com o passar do tempo (CDC, 2001, 2003; KUHAR, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2006, 2010, 2015).

Diante dessa emergência, García e Blank (2008), Valim e Marziale (2011) e Luize et al. (2015) descrevem a importância de ter profissionais qualificados nas instituições para realizar o atendimento conforme recomendado envolvendo a avaliação do paciente-fonte (se conhecida), solicitação dos testes sorológicos necessários (fonte e vítima), quimioprofilaxia quando indicada, aconselhamento com as devidas orientações, notificação e acompanhamento da vítima.

Dentre as condutas pós-exposição padronizadas, há o uso de medicamentos antirretrovirais para a exposição envolvendo HIV. Para a hepatite B existe vacinação eficiente e ainda a gamaglobulina hiperimune, mas para a hepatite C não há medida específica disponível, apenas o acompanhamento do caso, visando a redução das consequências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2006, 2010). Há ainda descrita a importância do acompanhamento clínico laboratorial relacionado a esses vírus, incluindo o da hepatite C, visando a identificação precoce e a realização do protocolo clínico de acordo com as diretrizes vigentes do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No final do ano de 2015 foi lançado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição (PEP) de Risco para Infecção pelo HIV, o qual apresenta como objetivo atualizar e simplificar as recomendações referentes à PEP. O documento dispõe que a escolha pela utilização do esquema profilático deve ser baseada na avaliação do risco de exposição, a considerar quatro aspectos principais: o tipo de material biológico envolvido, tipo de exposição, tempo entre exposição e atendimento e a condição sorológica para o HIV da vítima e fonte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Após as medidas a serem tomadas nos locais de trabalho e o primeiro atendimento realizado, é importante ressaltar que o acompanhamento pós-acidente com material biológico é recomendado para todas as vítimas expostas a agentes contaminantes, independente do paciente fonte e conduta adotada no momento do primeiro atendimento (CDC, 2001, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, 2004, 2006, 2010, 2015; SIEGEL et al., 2007). Para o atendimento anti-HIV, é necessária a avaliação sorológica imediata e o acompanhamento (CDC, 2001). Entretanto, pesquisas apontam a baixa procura do atendimento clínico especializado relacionado à exposição a material biológico (LOUREIRO et al., 2009; LUIZE et al., 2015; MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004; PIMENTA et al., 2013), o que é preocupante diante das possíveis consequências advindas do acidente.

Estudo realizado em serviço especializado de São Paulo apontou que 69,6% dos profissionais completaram o seguimento clínico indicado, desses 30,4% fizeram uso de quimioprofilaxia (LOUREIRO et al., 2009). Outra pesquisa relacionada às condutas pós-exposição com profissionais de enfermagem verificou que apenas 57,3% procuraram o atendimento clínico especializado (LUIZE et al., 2015). Revisão sistemática aponta que a adesão ao tratamento completo de antirretrovirais

compreendendo o período de 28 dias é baixa e que devem ser tomadas medidas para solucionar esse problema (FORD et al., 2014).

Apesar do uso do medicamento antirretroviral, há ainda a possibilidade de soroconversão e essas vítimas do acidente com material biológico estão sujeitas a repercussões biológicas, psicológicas e emocionais. Pesquisas apontam a insegurança, o medo da contaminação, raiva, preocupação, preconceito, desgaste emocional, problemas de ordem econômica e sociais e o medo da morte como situações advindas desse tipo de exposição que necessitam ser trabalhadas pelos profissionais e estabelecimento (BORBA BRUM et al., 2013; CASTANHA; MACHADO; FIGUEIREDO, 2007; DAMASCENO et al., 2006; GREEN; GRIFFITHS, 2013; JONES; HUGHES; BARTON, 2012; LIMA; PINHEIRO; VIEIRA, 2007; MEDEIROS et al., 2012; MELO, 2014; NAGHAVI; SHABESTARI; ALCOLADO, 2013; O'CONNOR, 2011; SÊCCO et al., 2008; WALD, 2009; ZHANG; YU, 2013).

Outro ponto importante é a notificação do acidente regulamentada historicamente pela Portaria 777 do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b) a qual descreve que o acidente com material biológico é agravo de notificação compulsória e também prevê o uso da ficha de notificação padronizada pelo Ministério da Saúde para a notificação compulsória, segundo o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) nas redes sentinelas.

As Portarias nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b) e a nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b) reafirmam o acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho como sendo de notificação compulsória. Apesar de ser estabelecido pela lei e da grande importância da notificação desses acidentes, na prática, ainda há subnotificação (ALVES et al., 2013; CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; DAMASCENO et al., 2006; FACHIN et al., 2013; OSÓRIO; MACHADO; MINAYO-GOMEZ, 2005; TIPPLE et al., 2004; TIPPLE et al., 2013; VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

Ante o exposto, estratégias de prevenção e atenção aos acidentes com material biológico são fundamentais para resguardar o direito do trabalhador, no que tange à sua proteção e segurança no ambiente de trabalho. Por essa razão, o planejamento das ações de gestão deve contemplar as três esferas (local de trabalho, unidades sentinelas e instituições responsáveis pelo acompanhamento) com iniciativas que promovam mudanças no sentido de diminuir riscos de acidentes

e prestar atendimento digno, adequado e eficiente a todo acidentado com material biológico (CDC, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, 2010).

Considerando a gestão como uma ferramenta cuja dimensão estratégica pode possibilitar a transformação do processo de trabalho em saúde (KAWATA et al., 2009), nessa pesquisa, defende-se a necessidade de aprimoramento dos profissionais envolvidos no atendimento ao acidentado com material biológico nas unidades sentinelas, na perspectiva da reorganização do processo de trabalho e do ambiente para adaptar-se às demandas exigidas.

Nesse contexto, há necessidade de incorporar modelos de gestão correspondentes às demandas atuais e tendências no contexto da saúde, reduzindo a visão autocrática e burocrática e implementar modelos participativos, nos quais as pessoas são amplamente envolvidas no processo, visando a transformação do ambiente de trabalho e consequentemente das organizações de saúde.

2. Tendências na gestão de pessoas e mudanças: desafios no contexto da saúde

As rápidas mudanças nos contextos sociais, econômicos, políticos e tecnológicos em todo o mundo tem desafiado instituições de todos os setores a modificar sua metodologia de trabalho visando atender as necessidades contemporâneas.

No âmbito da saúde, por se tratar de um ambiente excepcionalmente complexo, com dificuldades estruturais e organizacionais explícitas, há de se considerar os movimentos atuais da busca pela qualidade, que se reflete na perspectiva da segurança do paciente e saúde dos trabalhadores. Esse tipo de organização necessita de mudanças radicais em seus processos de trabalho.

Campos (1999) afirma que as instituições de saúde necessitam de modificações organizacionais que sejam capazes de refletir sobre a cultura organizacional e a subjetividade dos trabalhadores dessa área de forma a tornar o trabalho mais produtivo e agradável. Apesar de explícita a necessidade de mudança na área da saúde, é importante considerar que os processos de inovação nessa área são complexos, por ser um campo arraigado de conceitos menos atuais em relação às tendências de gestão (DRUCKER, 1999).

Diante desse cenário, a mudança consiste em um marco contemporâneo e para que as mudanças organizacionais tenham sucesso, as instituições devem se reconfigurar e avaliar na sua reestruturação os aspectos relacionados ao ambiente, organização e indivíduo (SANTOS, 2014).

Por essa razão, os processos de mudanças exigem análise que engloba compreender os desafios atuais, decorrentes das pressões internas e externas vivenciadas pelas empresas, apontando constantemente a quebra de paradigmas para implementação das mudanças. Essas devem ser enfrentadas como um processo natural dentro das organizações (DRUCKER, 1999; HESSELBEIN et al., 1996).

Para que se tenha sucesso nas mudanças é necessário que o líder da atualidade tenha como base a concepção participativa e deve ser orientado para a aprendizagem.

Senge (2013) em seu *best seller* “A quinta disciplina” afirma que as empresas devem estar voltadas para a aprendizagem e para isso, cinco disciplinas

são fundamentais. A primeira refere-se ao domínio pessoal que trata da visão particular de cada um no processo, a segunda versa sobre os modelos mentais com novas ideias e propostas de mudanças de paradigmas, a terceira apresenta a visão compartilhada entre todos os componentes da empresa, a quarta aborda a aprendizagem em equipe com foco nos processos grupais e por fim, a quinta que integra as demais que é o pensamento sistêmico.

Os recursos de aprendizagem visando as mudanças devem envolver o pensamento sistêmico, o aprimoramento dos modelos conceituais, a comunicação e diálogo e a visão pessoal e compartilhada do processo (BITENCOURT, 2010). Por meio dessas ferramentas os sujeitos têm a capacidade de adquirir novos conceitos e habilidades necessários para a mudança.

Para Santos (2014) a mudança organizacional tem como objetivo obter consequências na eficiência e eficácia, melhorando os aspectos da organização para adaptar à realidade e ambiente, com vistas a potencializar mudanças no comportamento dos envolvidos.

A mudança é caracterizada pela implementação de novos processos e devem ser vistas como oportunidades de inovação. É alcançada por meio de esforços extras e especiais, além de trabalho duro que promove a ação de abandono de velhos hábitos e posturas (DRUCKER, 1999).

Os processos de mudanças são influenciados por diversos fatores que se relacionam internamente aos sujeitos envolvidos no processo, aos recursos disponíveis, a percepção da necessidade da mudança, a cultura organizacional, o modelo de gestão, ao envolvimento dos indivíduos, bem como as variantes externas relacionadas à situação política, econômica, legal, tecnológica e social.

As mudanças são inevitáveis para as empresas, não podendo ser gerenciáveis. Geralmente apresentam-se desconfortáveis, dolorosas e arriscadas, pois ela desinstala, desafia as ideias e exige realização de tarefas de modo diferente (DRUCKER, 1999). Os indivíduos envolvidos no processo de mudanças devem aprender a desaprender velhos hábitos, o que envolve o repensar de paradigmas, o que consiste em uma árdua tarefa que gera ansiedade.

Ellman (2012) afirma que mudar é bom, mas não é uma tarefa fácil, entretanto, quando se opta por seu enfrentamento abrem-se novas oportunidades. Segundo Drucker (1999) a mudança é complexa, pois juntamente com a novidade, existe a necessidade de abandonar os antigos comportamentos. Esse abandono é

controverso e necessita de atenção de como agir e o que abandonar. Nesse sentido, a tarefa das organizações consiste em liderar as mudanças, a fim de evitar a paralisação dos sujeitos diante do processo.

Nesse contexto, um obstáculo importante para se realizar as mudanças organizacionais é a resistência. Lewin (1946) descreveu que as mudanças são necessárias no contexto organizacional, entretanto existe uma resistência natural sistêmica devido as forças sociais que coexistem, as quais conduzem as pessoas a um patamar de equilíbrio.

A resistência é um desafio que necessita ser superado e que envolve tanto questões individuais como hábitos, segurança, fatores econômicos, método desconhecido, incerteza, processamento seletivo de informações, interesse dos indivíduos, falta de entendimento, avaliações e metas distintas, como questões organizacionais relacionadas à própria inércia estrutural, foco limitado de mudança, inércia do grupo, ameaça à especialização, às distribuições de recursos e relações de poder (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2010).

Para superar todas as questões apresentadas, a mudança deve ser pensada com base em um planejamento que leve em conta os agentes de mudança e as possíveis causas de resistência (SANTOS, 2014). Margarido (2013) e Neves (2010) afirmam que se os colaboradores não forem envolvidos no processo de mudança, aumenta a possibilidade de resistência e desconfiança, o que leva ao seu insucesso.

Bernardes et al. (2015) em estudo que analisou um processo de implantação de gestão participativa, concluiu que a resistência é um obstáculo, principalmente quando a mesma é associada a limitação para a tomada de decisões.

Robbins, Judge e Sobral (2010) elencam oito táticas para os gestores lidarem com a resistência, sendo essas a educação e comunicação, participação, apoio e comprometimento, desenvolvimento de relações positivas, implementação de mudanças de forma justa, manipulação e cooptação, foco nas pessoas que aceitam mudanças e coerção.

Diante de todas as dificuldades existentes para a implementação de mudanças, Drucker (1999) reitera que para que essas sejam eficazes deve-se pensar em políticas voltadas para o futuro, possuir um método sistemático para buscar e prever as mudanças, refletir acerca da maneira certa para introduzir as

mudanças, ter políticas para equilibrar as mudanças alcançadas e promover sua continuidade.

Além disso, também é recomendado para a implementação de um processo de mudança, a realização de teste piloto prévio a fim de organizar a introdução das mudanças, bem como reduzir seus riscos. As estratégias para realização desse teste piloto consistem em fazê-lo com sujeitos que realmente desejam as novidades e em organizações que encarem essa necessidade (DRUCKER, 1999).

Nesse sentido, as instituições de saúde, para terem sucesso na implementação de mudanças, necessitam repensar a forma de fazer gestão atendendo às perspectivas atuais da sociedade emergente que consistem na evolução tecnológica, na agilidade das informações (interatividade), na rapidez na mudança de perfil das pessoas, o que consequentemente exige novas maneiras de pensar, ouvir e ver os modelos de gestão (HESSELBEIN et al., 1996).

A gestão contemporânea caracteriza-se por um trabalho criativo, flexível, com aprendizado contínuo, realizado de forma descentralizada, colaborativa, com foco nas pessoas e informação (WOOD, 1994), buscando a harmonia entre os membros. Ela possui o desafio de preservar a humanidade em um ambiente resistente à diversidade que envolve aspectos intangíveis (BITENCOURT, 2010).

As demandas atuais na gestão em saúde exigem modelos de gestão capazes de promover mudanças, avançando para além dos modelos teóricos da administração clássica, tal como o taylorismo que é baseado na desumanização por tratar os indivíduos como máquinas, com total falta de identidade e robotização das tarefas, apesar desse modelo apresentar resultados positivos em outros aspectos. Matos e Pires (2006) apontam que esse tipo de teoria é limitada para enfrentar os desafios atuais na gestão da saúde.

O modelo de gestão que atende às características hodiernas, deve compreender a competição global associada a virtualidade que aproximou as distâncias e informações com compartilhamento de visão horizontalizada, modelo de organização política em rede e incentivo à autonomia dos envolvidos, tendo foco central nas pessoas (HESSELBEIN et al., 1996).

Para Bitencourt (2010) e Senge (2013) a gestão contemporânea de pessoas apresenta o desafio de buscar redefinições a partir da análise da complexidade e da consciência do que é mais importante para a organização no momento. Deve ter como base as pessoas com diferentes aspirações, perspectivas, condições sociais e

culturas. Assim, o papel da gestão se constitui em organizar tudo em um processo homogêneo visando resultados positivos.

Refletindo acerca das mudanças relacionadas ao estilo de gestão, Garcia et al. (2015) afirmam que é importante considerar a cultura da organização, pois quanto menor a rigidez hierárquica da empresa, maior a possibilidade de implementação de gestão com base no coletivo, o que influencia diretamente nas mudanças organizacionais.

Assim, ao se pensar em mudanças deve-se dar o devido valor a liderança envolvida no processo (PINTO; SOUZA, 2009). Hesselbein et al. (1996) afirmam que as mudanças devem ser realizadas por meio do compromisso e não com base na liderança focada na hierarquia de poderes. Esse modelo reforça a obediência, o que não condiz com as características do processo de aprendizado, o qual exige o repensar acerca das maneiras de agir, novas crenças e atitudes, sendo a mudança de caráter pessoal e não imposta por terceiros.

Pesquisa que objetivou apresentar a implementação do modelo de gestão coletiva e descentralizada afirmou que a partir dessa decisão houve melhorias organizacionais internas que gerou repercussão positiva para os usuários (BERNARDES et al., 2011).

Um dos modelos a se considerar nessa perspectiva é a gestão participativa que envolve os sujeitos, busca a satisfação dos trabalhadores e usuários, pressupõe compromisso constante com o trabalho e consegue se adaptar às mudanças inerentes e necessárias ao serviço. Segundo Munari et al. (2015) esse tipo de gestão tem foco e comprometimento com os objetivos da organização aliado ao compartilhamento das informações, decisões e compromissos.

A gestão participativa intensifica a comunicação, partilha de poder e tomada de decisão, o que favorece a motivação dos grupos, bem como os processos de mudanças (BERNARDES et al., 2011).

Para se implementar um processo de gestão participativa, vários aspectos devem ser considerados como a cultura e política organizacional, uma vez que ela não se concretiza se não houver confluência de interesses da organização e das pessoas. Além disso, o modelo de liderança a se adotar para garantir os pressupostos da gestão participativa é fundamental, pois o modelo hierárquico, não acolhe as demandas contemporâneas, pois priva os colaboradores de utilizarem a

experiência e informações em benefício dos clientes, o que hoje, levaria ao fracasso pela inflexibilidade diante das novas situações que estão presentes constantemente.

O estilo de liderança capaz de viabilizar a gestão participativa deve ser o que tem capacidade de se reinventar, a partir de uma visão clara, crença na diversidade, entusiasmo, metas definidas, perseverança, gentileza, honestidade, integridade, renovação contínua, comunicação, senso de humor e auto-conhecimento (MELENDEZ, 1996).

Segundo Drucker (1999) a liderança pode ser desenvolvida e capacidades devem ser aprendidas para o processo de liderar. Esse autor aponta quatro características fundamentais de um líder, a primeira consiste em formar seguidores, a segunda ter foco nos resultados, a terceira ter visibilidade e ser exemplo e a quarta responsabilidade para com o trabalho.

O líder deve ter alta capacidade focada no futuro e ser capaz de trabalhar com base na observação e ênfase nas necessidades, exercendo a habilidade da autoridade com comprometimento, responsabilidade e foco total nas pessoas, já que esse capital intelectual é parte ativa no processo que faz toda a diferença para o sucesso das organizações (DRUCKER, 1999; HESSELBEIN et al., 1996).

Nesse sentido, o maior desafio da liderança é a capacidade de mobilização das pessoas (BITENCOURT, 2010; DRUCKER, 1999; HESSELBEIN et al., 1996). Para que o líder consiga atingir essa expectativa deve dispor de profundo conhecimento sobre a matéria, ter uma forma inovadora de trabalho e, sobretudo, relacionar-se bem com as pessoas. Além disso, o trabalho do líder deve ser embasado em princípios, caráter e competência a partir de visões e processos de justiça social com base nos valores nobres em benefício do ser humano.

A partir da descrição das características de líderes que conseguem influenciar pessoas, percebe-se que o desempenho do líder atual extrapola as características técnicas da profissão e têm importância para a vida das pessoas, vinculando o conhecimento às relações com responsabilidade moral e ética. Essa influência exercida pelo líder é fator fundamental para o sucesso das mudanças que só ocorrem a partir das pessoas por serem os protagonistas no processo de transformação (BITENCOURT, 2010).

Uma das ferramentas indispensáveis para esse estilo de liderança é o trabalho em equipe. As equipes potencializam as ações na condução dos processos de mudanças (SHIREY, 2012). O trabalho em equipe exige ênfase em objetivos

claros e compartilhados, comunicação verdadeira, confiança, respeito e cooperação (MOSCOVICI, 2013). As condições essenciais para as equipes de excelente desempenho são possuir metas e propósitos em comum, realizar trabalho conjunto com responsabilidade, compromisso, cooperação e comunicação aberta e efetiva (BIEHL, 2010).

O líder de uma equipe deve conduzir o trabalho de forma a favorecer o clima, incentivando a integração entre os membros, o que resulta em maiores resultados nas tarefas e criatividade aflorada (BIEHL, 2010). Também deve ser capaz de servir, comunicando os valores, compreendendo a dinâmica do grupo e criando energia a fim de transformar as aspirações em realidade com foco na colaboração, único caminho eficaz para enfrentamento dos desafios (HESSELBEIN et al. 1996).

Sendo assim, diante das tendências atuais na gestão de pessoas e o desafio da implementação de mudanças, são necessárias experiências de enfrentamento na perspectiva coletiva que consigam resultados positivos a fim de promover mudanças para atender aos valores morais, éticos e os pressupostos legais. Além disso, a liderança do processo deve ter visão de futuro e flexibilidade na condução, sobretudo, buscando o melhor potencial das pessoas.

Com base nesse referencial, esse trabalho foi conduzido a fim de buscar a melhoria do atendimento ao acidentado com material biológico em uma instituição de saúde.

3. A mudança organizacional planejada

Uma das abordagens capazes de promover avanços na gestão organizacional é a mudança organizacional planejada (MOP), viabilizada por meio da pesquisa ação ancorada nos princípios de Kurt Lewin. A MOP mobiliza as pessoas a pensarem o processo de mudança identificando as potencialidades do ser humano como o grande agente da mudança (SHIREY, 2013).

Surge a partir dos fundamentos da pesquisa ação proposta por Kurt Lewin (1946, 1965), que consiste em uma investigação que conduz à ação social e tem como objetivo principal o de promover, por meio das relações intergrupais, a mudança de comportamento dos envolvidos. A teoria de Lewin tem essência colaborativa, permite associar o processo de investigação à possibilidade de aprendizagem e possui enfoque na informação, interação e colaboração para resolução de problemas.

Segundo Tripp (2005, p. 446-447) a pesquisa ação consiste em uma “[...]forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática [...]” O autor também defende o método em suas características peculiares em ser inovadora, contínua, pró-ativa estrategicamente, participativa, intervencionista, problematizada, deliberada, documentada, compreendida e disseminada.

No contexto organizacional, a pesquisa ação é realizada por meio da Mudança Organizacional Planejada (MOP), baseada na compreensão dos processos de mudanças nas situações sociais, sendo ferramenta prática e inteligente para a realização de mudança institucional bem sucedida, oferecendo uma lente analítica útil aos gestores para tornar o serviço mais eficaz (LEWIN, 1946, 1965; MEDLEY; AKAN, 2008).

Lewin (1946) propôs essa abordagem como uma inovação em métodos de pesquisa que envolvia a experimentação sistematizada no sentido de promover mudanças e estudar resultados no desenvolvimento dos grupos em um processo cíclico. O autor também indica que essas mudanças são mais facilmente realizadas quando os autores estão envolvidos em processos grupais (LEWIN, 1965).

Esse tipo de pesquisa incentiva a relação pesquisador/pesquisado, compreendendo a participação do último como sujeito ativo no processo de pesquisa. Trata-se de uma metodologia que cultiva a democracia, permite aos

indivíduos a compreensão, reestruturação de suas percepções do mundo e mobilização para o compromisso com a mudança, especialmente, porque ela é proposta a partir do ponto de vista e das necessidades reconhecidamente importantes para os sujeitos do processo.

Assim, a pesquisa ação por meio do envolvimento direto das pessoas pode promover a valorização da capacidade de aprendizado, a produção de conhecimento e da participação no processo de tomada de decisões do grupo participante, além de transformações seja no contexto organizacional ou social (FRANCO, 2010; KEMMIS; MCTAGGART, 2005; LEWIN, 1946, 1965; STRINGER, 2007).

Essas transformações ocorrem de forma reativa. Assim, o monitoramento da mudança é fundamental, pois esse processo é ampliado e envolve entre os implicados, a compreensão da própria prática, dos aspectos da situação e das pessoas que estavam inertes antes da intervenção (TRIPP, 2005).

A pesquisa ação por meio da MOP prevê três etapas que se desenvolvem de forma cíclica, sendo o **descongelamento** (das percepções dos participantes, resultante do domínio e análise das forças impulsoras e restritivas no contexto organizacional), a **ação** (movimento para aprender novas formas de comportamentos e propor mudanças) e o **recongelamento** (recongelar as novas percepções em busca de equilíbrio para garantir novos comportamentos) (LEWIN, 1946, 1965; MEDLEY; AKAN, 2008) conforme Figura 1.

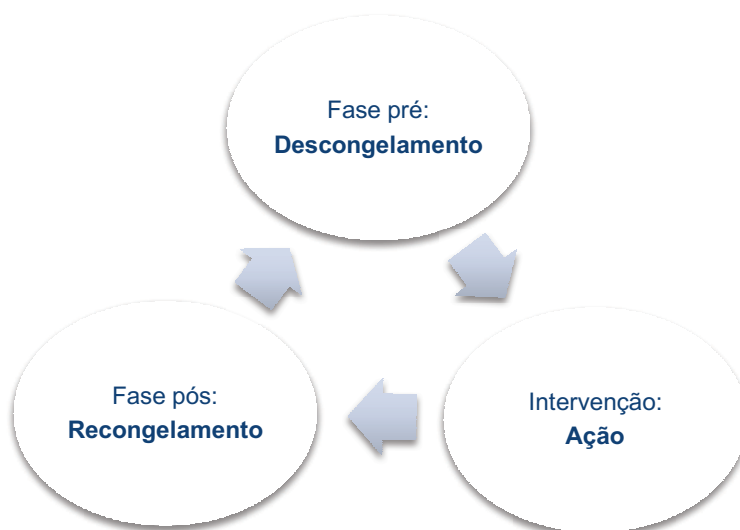


Figura 1. Etapas da mudança organizacional planejada segundo a proposta de Kurt Lewin (1946, 1965).

O primeiro passo desse processo é o diagnóstico (descongelamento), o segundo envolve o planejamento da mudança propriamente dito (ação) e o terceiro é a averiguação da mudança (recongelamento) (LEWIN, 1946, 1965).

O diagnóstico se produz no descongelamento do campo de forças existentes da situação real investigada. Lewin entende que conhecer o comportamento humano é o ponto de partida para avaliar o que impulsiona e o que restringe os grupos, indicando os caminhos a serem adotados. Em seus estudos o autor enfatiza que o comportamento está baseado em um equilíbrio que denominou de quase-estacionário, o qual necessita ser desestabilizado para promover o processo de mudança, e é por meio do descongelamento que se inicia o processo de desestabilização, preparando as pessoas para a adoção de novos comportamentos (LEWIN, 1946, 1965).

Assim, o descongelamento não se finda em si mesmo, ele proporciona a motivação, facilitando o processo de aprendizagem, pois é capaz de diagnosticar as potencialidades do trabalho do grupo, reconhecendo o esforço coletivo, os talentos e potenciais já existentes, bem como as fragilidades.

O movimento que prevê a mudança a partir do planejamento é a segunda etapa referente a ação, na qual os indivíduos ressignificam os elementos identificados no diagnóstico, levantam suas necessidades de conhecimento e iniciam o processo de mudança propriamente dito (LEWIN, 1946, 1965).

Com as duas primeiras etapas realizadas, os objetivos referentes a mudanças comportamentais geralmente são alcançados. Porém, para a consolidação da mudança é necessário que sejam avaliadas e monitoradas a ocorrência de incorporação de novas formas de compreender e fazer o trabalho, a aquisição real de novos conhecimentos e ainda, a pertinência das novas formas pensadas para a organização, a partir das novas experiências implantadas. A última etapa foi conceituada de recongelamento, que prevê inclusive, o início de um novo ciclo, se necessário, para diagnosticar e intervir em novos aspectos identificados a partir da proposta de mudança (LEWIN, 1946, 1965).

Lewin (1946, 1965) menciona que a mudança é mais bem sucedida quando realizada em grupo, pois a mudança a partir de uma coletividade tem mais sustentação que uma ação individual, tendo em vista que o próprio processo grupal facilita a adoção e a permanência de boas práticas acordadas entre os membros. As forças grupais positivas de coesão, compromisso e pertencência é que facilitam e

mantém os novos acordos implementados com a mudança proposta. Além disso, nesse ambiente em que é cultivada a co-responsabilidade, há espaço para a expressão e incorporação da criatividade e de potencialização do compromisso entre as pessoas envolvidas.

Assim, o objetivo da MOP é discutir as questões por meio de comunicação aberta e participação dos envolvidos, promovendo um ambiente de aprendizagem a fim de que os mesmos reflitam os seus conceitos e tenham comportamentos mais adequados com as novas demandas.

A base desse processo é garantir que a reflexão coletiva ocorra durante todo o ciclo da pesquisa ação (MOP), perpassando a etapa do planejamento, implementação e avaliação visando as transformações almejadas, apesar dessa não se constituir em uma etapa por si só (TRIPP, 2005).

Para que se alcancem as mudanças desejadas, é importante se constituir uma rede com todos os envolvidos da organização, apesar desse processo não ocorrer de forma linear e harmônica o tempo todo. Os movimentos não favoráveis, os conflitos e obstáculos na realização do processo de mudança são esperados, uma vez que os grupos, assim como as organizações são dinâmicas e movidas por forças positivas e negativas (LEWIN, 1946, 1965).

Considerando esses movimentos, Tripp (2005) conceitua cinco modalidades de pesquisa ação: técnica, prática, política, socialmente crítica e emancipatória. A técnica refere-se a uma abordagem mecânica que utiliza uma prática existente e a incorpora na sua realidade. A prática diferencia-se da técnica pelo pesquisador escolher previamente as mudanças a serem feitas. A política relaciona-se à mudança organizacional, envolvendo outros indivíduos e a questão do poder. A socialmente crítica é um tipo de pesquisa ação política que tem o objetivo de superar limitações. A emancipatória também é um tipo de pesquisa ação política que tem a intenção de promover mudança em grupo social ampliado. Essas devem ser escolhidas de acordo com o objeto do estudo e mudança esperada.

Nesse estudo, pelo seu desenvolvimento e necessidade optou-se pela pesquisa ação política; entretanto, independente da modalidade escolhida, a pesquisa ação, além de sua eficiência nas mudanças organizacionais, ainda permite aprendizado constante para os envolvidos pela própria forma de ação e investigação a respeito da prática em que se desenvolve esse tipo de estudos.

Segundo Shirey (2013) o uso da MOP consiste em um dos modelos mais antigos de gestão da mudança e, embora seu tempo de existência, ela se aplica e consiste em alicerce para os processos de mudança modernos, sendo considerada atual.

Isto posto, diante da importância e necessidade da mudança organizacional, os desafios a serem enfrentados para que a mesma se efetive e o uso da pesquisa ação como referencial de base para a consolidação da mudança, propõe-se a realização desse trabalho que visa desenvolver de forma coletiva e participativa, consciência crítica nos envolvidos em relação ao atendimento ao acidentado com material biológico.

PERCURSO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudo

Estudo de intervenção desenvolvido com base nos fundamentos da pesquisa ação (PA) (KURT LEWIN, 1946, 1965) e organizado em três fases.

A primeira consistiu em entrevista de avaliação do atendimento baseada na técnica de incidente crítico (TIC) proposta por Flanagan (1954) realizada com os usuários do serviço em estudo. A segunda fase foi constituída de uma pesquisa ação segundo os pressupostos de Kurt Lewin (1946, 1965) realizada no contexto organizacional, por meio da Mudança Organizacional Planejada (MOP). A terceira, uma reavaliação do atendimento a partir da TIC conforme pressupõe a primeira fase.

A Figura 2 ilustra a organização dessas fases, bem como o público envolvido, objetivo e estratégia aplicada. Vale ressaltar que os usuários mencionados nas fases 1 e 3 consistiram nos trabalhadores que sofreram acidente com material biológico e foram atendidos na unidade sentinela, na qual foi realizada a intervenção. Já os trabalhadores descritos na fase 2 foram os servidores envolvidos no atendimento, lotados na instituição em que foi realizado o estudo.

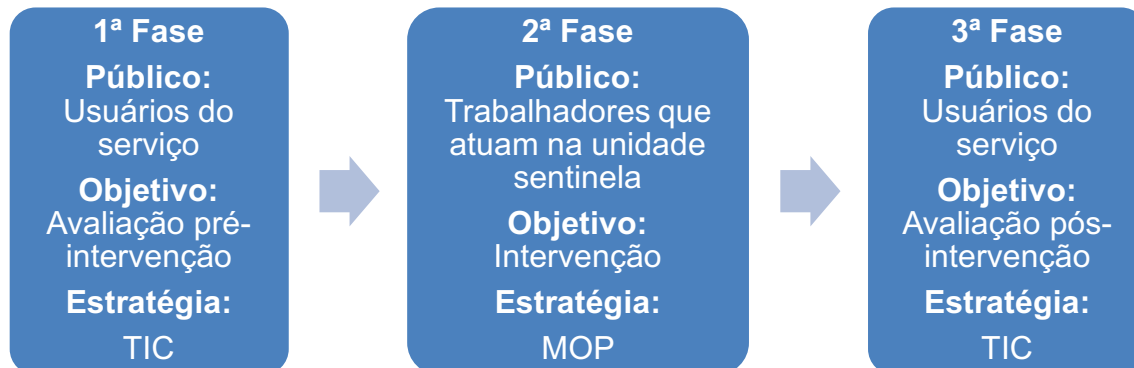


Figura 2. Fases da pesquisa com enfoque qualitativo participativo. Goiânia-GO, 2014-2015.

A articulação entre o método da pesquisa ação e da TIC foi pensada na intenção de compreender a organização e o serviço e revelar os sinais críticos para promover as mudanças necessárias na intervenção, ou seja, melhorar a qualidade do atendimento ao acidentado com material biológico. A consolidação da mudança, nessa perspectiva, foi avaliada tanto pelos participantes do processo de mudança

(trabalhadores) como pelos usuários da unidade sentinela em que a pesquisa foi realizada.

Assim, a avaliação mediada pela TIC, teve o objetivo de oferecer mais um elemento para análise da intervenção, uma vez que o objeto se centrava no atendimento ao acidentado com material biológico e a perspectiva daqueles que usam o serviço de saúde seria, em última instância uma evidência incontestável do impacto da intervenção.

2. Contexto do Estudo

O atendimento ao profissional acidentado com material biológico é realizado nas unidades sentinelas, que além das demais demandas da população local responsabilizam-se pelo primeiro atendimento a esse público.

O estudo foi desenvolvido em uma unidade sentinela para o atendimento ao acidentado com material biológico no município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, mais especificamente, em uma unidade sentinela referência para a realização do atendimento ao acidentado com material biológico, sendo essa um CAIS (Centro de Atenção Integral à Saúde).

O sistema de saúde público goianiense se organiza em sete distritos sanitários de saúde que são responsáveis pelos diversos tipos de unidades de saúde, sendo, UABSF (Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família), Centros de Saúde, Programas de Residência Terapêutica, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Centros de Referência, Pronto-Socorro Psiquiátrico, Ambulatório de Psiquiatria, Ambulatório de Queimaduras, Maternidade, CAIS (Centro de Assistência Integral à Saúde) e CIAMS (Centros Integrados de Assistência Médico-Sanitária). Ressalta-se que quatro distritos dispõem de unidades sentinelas para o atendimento ao acidentado com material biológico e se distribuem em diferentes regiões do município.

A escolha do CAIS para a realização do estudo se deu por esse atender a um maior número de acidentes envolvendo exposição a material biológico notificados no banco de dados do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) regional Goiânia/GO.

O estabelecimento em questão é um serviço público sentinela para o atendimento ao acidentado com material biológico no município de Goiânia/GO, que

realiza atendimentos em tempo integral aos usuários do sistema único de saúde, de média complexidade, em nível ambulatorial e urgência.

Sua estrutura física é composta, de forma geral, por ambulatório, bloco de urgência, reanimação, posto de enfermagem, observação feminina, observação masculina, observação pediátrica, sala de administração de medicamentos, sala de curativos e classificação de risco. O ambulatório dispõe de 13 consultórios médicos, cinco consultórios odontológicos, sala de imunização e três consultórios de enfermagem. No setor de urgência há três consultórios médicos, um odontológico, sala de urgência e emergência e sala de estabilização. Há ainda os setores de apoio como centro de material e esterilização, farmácia, laboratório e necrotério. Os locais da unidade em que se realizam o atendimento ao acidentado com material biológico é inicialmente no setor de urgência para a primeira consulta, depois ele é encaminhado ao laboratório para se realizar os exames e a seguir retorna à urgência para a avaliação final, conduta e encaminhamentos.

O fluxo da clientela atendida na instituição em estudo é por demanda espontânea e referenciada. Os serviços disponibilizados por esse estabelecimento são referentes à urgência e emergência da rede municipal de saúde e também, atenção em nível ambulatorial como os programas de saúde pública, curativos ambulatoriais, saúde bucal, exames laboratoriais e diagnósticos, pequenas cirurgias, fonoaudiologia, nutrição e serviço social. Os profissionais acidentados com material biológico são atendidos como demanda espontânea de urgência.

Há ainda que se ressaltar como contexto do estudo, que mediante a modalidade de pesquisa ação adotada (MOP) nessa investigação foi necessária uma articulação com os vários órgãos municipais envolvidos na gestão do atendimento ao acidentado com material biológico, a qual se encontra descrita no decorrer da pesquisa.

3. Participantes do Estudo

1ª Fase: Os participantes foram usuários que sofreram acidente com material biológico e foram atendidos na unidade sentinela em estudo, previamente à realização da intervenção.

Esses foram identificados pelas fichas de investigação de acidente de trabalho com exposição a material biológico proposta pelo Ministério da Saúde por

meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme previsto na Portaria n.º 104/2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A busca ocorreu nas fichas disponíveis no CEREST entre os dias 01/02/2014 e 14/02/2014 fevereiro conforme Tabela 1 a seguir.

Tabela 1. Notificações de acidente com material biológico encontradas no CEREST referente à unidade investigada de acordo com os meses e ano a partir das fichas de registro de acidente com material biológico. Goiânia-GO, 2014.

Mês	Ano	Nº de notificações
Janeiro	2013	24
Fevereiro	2013	21
Março	2013	20
Abril	2013	32
Maio	2013	37
Junho	2013	29
Julho	2013	22
Agosto	2013	31
Setembro	2013	27
Outubro	2013	29
Novembro	2013	26
Dezembro	2013	30
Janeiro	2014	31
TOTAL		359

Foi realizado o levantamento de janeiro de 2013 a janeiro de 2014 a fim de visualizar a quantidade de ocorrência dos acidentes no período de um ano. Os critérios de inclusão dos participantes da primeira fase do estudo foram: ter sofrido acidente prévio com material biológico, ter sido atendido na unidade sentinela em estudo, a ficha constar no CEREST e ter atendido a busca telefônica de até três tentativas realizadas em dias e horários diferenciados.

A busca dos participantes se deu por ordem cronológica de forma retroativa pela data de notificação. A escolha desse critério foi para garantir maior fidedignidade dos dados por meio da memória recente, considerando que pessoas

que sofreram recentemente o acidente teriam maior facilidade de se lembrarem com detalhes da situação que envolveu o atendimento prestado.

2ª Fase: Os participantes foram os trabalhadores da unidade sentinela em estudo, envolvidos no atendimento ao acidentado com material biológico. Destacam-se que entre esses trabalhadores estavam incluídos os profissionais-chave que foram enfermeiros que realizavam o atendimento com maior frequência, já haviam recebido curso específico e apresentaram disponibilidade para participar dos grupos da fase de descongelamento e primeiro momento da ação.

Os critérios de inclusão compreenderam ser profissional envolvido no atendimento aos trabalhadores acidentados com material biológico, independente do tempo de experiência e atuar na unidade sentinela eleita para a pesquisa. O critério de exclusão foi estar afastado do trabalho por qualquer motivo (licenças previstas ou não previstas) no período de realização da pesquisa.

3ª Fase: Os participantes foram usuários que sofreram acidente com material biológico, foram atendidos na unidade sentinela em estudo e identificados após o término da realização da intervenção com a disponibilização do fluxograma de atendimento.

A busca desses participantes se deu conforme a descrição da primeira fase do estudo. As fichas que se encontravam alocadas no CEREST até a data de 22/07/2015 e estão consolidadas na Tabela 2 a seguir. Essa tabela descreve as notificações de fevereiro de 2014 a junho de 2015 a fim de visualizar a ocorrência desse tipo de atendimento na unidade. Ressalta-se que a última etapa da intervenção (disponibilização do fluxograma para unidade em estudo) ocorreu em fevereiro de 2015 e a coleta da terceira etapa se deu cinco meses após essa data, ou seja, no terceiro trimestre de 2015.

Tabela 2. Notificações de acidente com material biológico encontradas no CEREST referente à unidade investigada de acordo com os meses e ano a partir das fichas de registro de acidente com material biológico. Goiânia-GO, 2015.

Mês	Ano	Nº de notificações
Fevereiro	2014	26
Março	2014	36
Abril	2014	32

Maio	2014	34
Junho	2014	28
Julho	2014	37
Agosto	2014	37
Setembro	2014	26
Outubro	2014	33
Novembro	2014	40
Dezembro	2014	29
Janeiro	2015	37
Fevereiro	2015	37
Março	2015	31
Abril	2015	24
Maio	2015	29
Junho	2015	20
TOTAL		536

4. Coleta dos Dados

A coleta dos dados ocorreu entre 2014 e 2015, sendo organizada em três fases esquematizadas na Figura 3 a seguir.

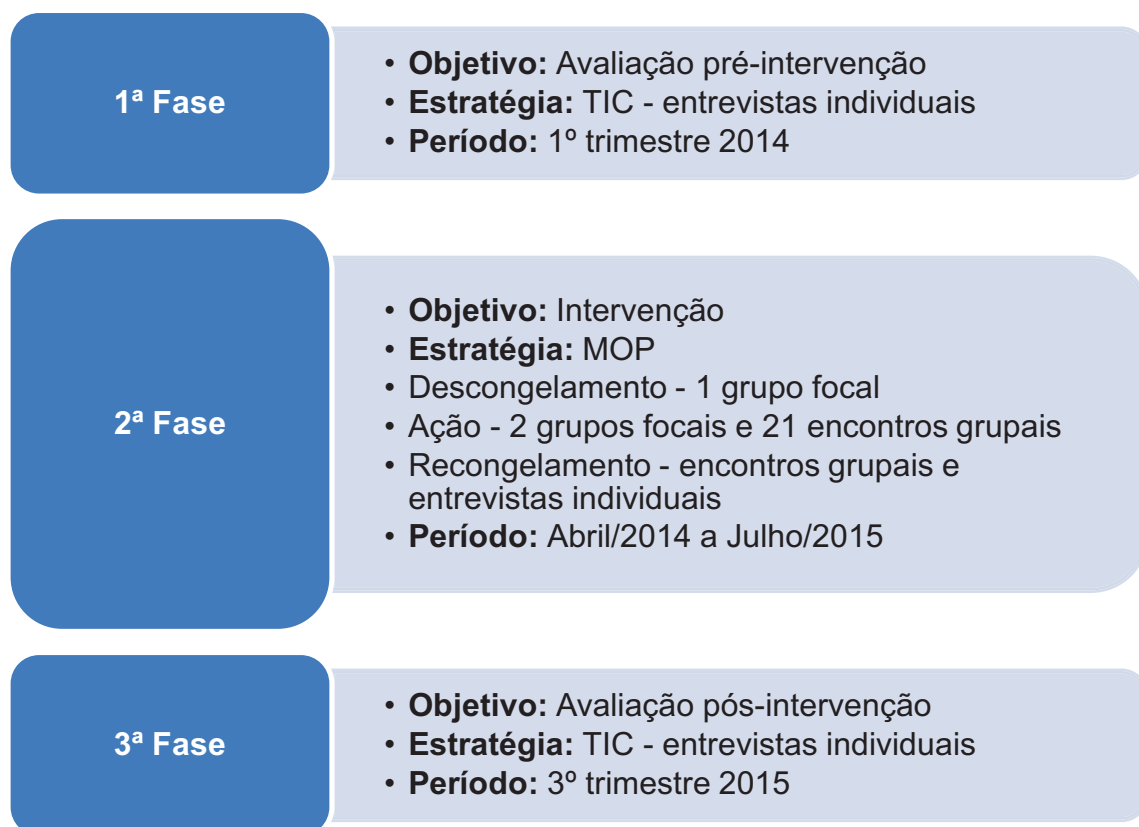


Figura 3. Representação esquemática das fases de coleta de dados do estudo. Goiânia-GO, 2015.

1ª Fase: Após a identificação, os participantes foram localizados por telefone, convidados a participarem do estudo e após anuência verbal, acordado local e horário de preferência. A técnica de coleta dos dados foi a entrevista semiestruturada com abordagem individualizada, conduzida por meio da técnica do incidente crítico (TIC) proposta por Flanagan (1954, 1973) realizadas no primeiro trimestre de 2014.

A TIC compõe-se de três elementos situação, comportamento e consequência e tem o objetivo de identificar as exigências para o desenvolvimento de uma determinada ação de forma qualificada (FLANAGAN, 1954, 1973).

Segundo Flanagan (1973, p. 100) incidente é “[...] qualquer atividade humana observável que seja suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato [...]”.

A escolha da TIC nesse estudo tem seu fundamento na análise dos incidentes críticos, buscando a avaliação e os problemas enfrentados pelos profissionais acidentados com material biológico no transcorrer de seu atendimento,

com vistas a elaborar um diagnóstico para ser trabalhado nas etapas subsequentes do estudo.

Para tal, foi utilizado um roteiro previamente estruturado contendo duas partes, a primeira referente ao perfil profissiográfico e a segunda baseada na TIC com questões norteadoras relacionadas às situações ocorridas durante o atendimento do profissional acidentado e a avaliação desse (Apêndice A).

O roteiro proposto foi submetido a especialistas na área de conhecimento que após a avaliação aparente referentes à forma e conteúdo, além de sua adequação aos objetivos propostos. Após, foi realizado um teste piloto, aplicando esse instrumento a pessoas que não consistem na população descrita, a fim de verificar sua operacionalidade e eficiência.

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador conforme recomenda Flanagan (1973), considerando que ele deve ser capaz de realizar questionamentos sobre os incidentes de forma a contemplar os três elementos que compõem a TIC.

Como interessava a análise qualitativa do relato de acordo com a TIC, a coleta foi encerrada mediante a saturação teórica dos dados de acordo com os princípios de Fontanella, Ricas e Turato (2008) e Fontanella et al. (2011), na qual o pesquisador avalia os dados e considera que a inclusão de novos participantes não contribui para o aperfeiçoamento da reflexão sobre o tema.

2ª Fase: A 2ª fase consistiu na intervenção propriamente dita, realizada com base na pesquisa ação, por meio da MOP. Inicialmente, os trabalhadores foram convidados a participar da pesquisa visando constituir grupos de discussão no próprio auditório do local de trabalho, os quais foram conduzidos em sistema de co-coordenação com auxiliares de pesquisa. A equipe de pesquisadores foi supervisionada e orientada por especialista em gestão e coordenação de grupos. A segunda fase foi realizada entre abril/2014 e julho/2015.

A coleta dos dados se deu por meio de grupos focais, encontros grupais e entrevistas registrados em diários de campo e gravação autorizada em áudio.

A estratégia empregada foi desenvolvida basicamente em três etapas que ocorreram de forma cíclica e interdependente: **descongelamento, ação e recongelamento** (LEWIN, 1946, 1965), as quais estão organizadas e descritas no quadro a seguir.

Quadro 1. Aspectos da organização e temas dos encontros da intervenção e pesquisa com os trabalhadores que atuam na unidade sentinela. Goiânia-GO, 2015.

Etapas da MOP	Encontro/ Período	Participantes	Método	Objetivo
Descongelamento	1º Abril/2014	Profissionais-chave	Grupo focal 1 (GF1)	Nucleação, diagnóstico situacional e avaliação pré-intervenção
Ação	2º Abril a agosto/2014	Profissionais-chave	Grupo focal 2 (GF2)	Elaboração do fluxograma de atendimento ao acidentado com material biológico
	3º Abril a agosto/2014	Profissionais-chave	Grupo focal 3 (GF3)	Encerramento da elaboração do fluxograma e construção das propostas para o aprimoramento/capacitação
	4º a 24º Abril a agosto/2014	Trabalhadores da unidade em estudo	Encontros grupais (G1 a G21)	Aprimoramento/capacitação da equipe
Recongelamento	Após cada encontro grupal realizado Abril a agosto/2014 e Entrevistas Julho/2015	Trabalhadores da unidade em estudo e Profissionais-chave	Encontros grupais e Entrevistas individuais	Avaliação dos profissionais ao término dos grupos e após algum tempo da realização do aprimoramento/capacitação

A etapa do **descongelamento** foi realizada, após aquiescência dos participantes, por meio de uma sessão de grupo focal (WESTPHAL; BÓGUS;

FARIA, 1996) integrada por profissionais-chave com vistas a apresentar os resultados da primeira fase do estudo e também, averiguar o diagnóstico situacional dessa realidade a partir da perspectiva do grupo.

Os profissionais-chave foram enfermeiros responsáveis pelo atendimento na unidade de referência, os quais realizavam o atendimento com maior frequência e já haviam recebido curso específico por parte do CEREST. Além disso, também apresentaram disponibilidade para participar dos encontros, para estudar o protocolo do Ministério da Saúde e discuti-lo em grupo adaptando-o para a realidade do estabelecimento em questão.

Nessa etapa, para nortear as discussões do grupo focal foram apresentados aos profissionais os resultados encontrados no estudo de Ribeiro (2012) que mostravam de forma sucinta as fragilidades do atendimento, tais como a falta de orientações, a desproteção dos profissionais acidentados e ainda, problemas relativos às lacunas no gerenciamento da unidade responsável pelo atendimento. Também foram apresentados os dados levantados na primeira fase do estudo que ratificavam os achados descritos, momento em que era solicitado uma reflexão sobre os achados na realidade, estimulando o grupo a discutir o quanto os resultados eram reconhecidos como problemas significativos. Foram levantados, na oportunidade, os fatores intervenientes, as potencialidades e as limitações encontradas na gestão do atendimento ao acidentado com material biológico a fim de tomarem consciência da problemática. Finalmente, nessa etapa, o grupo demonstrou disposição para trabalhar o tema com vistas a implementar mudanças na forma de realização do atendimento aos profissionais acidentados.

A etapa do descongelamento foi desenvolvida no primeiro encontro do grupo, momento em que foram esclarecidos os objetivos da investigação e estabelecidos os termos do contrato grupal para se proceder à continuidade do trabalho. Essa ocasião foi também para decidir em conjunto com os profissionais-chave a delimitação do tempo previsto para realização dos encontros para o alcance dos objetivos. O estudo foi realizado após o acolhimento e explicitação dos objetivos da pesquisa e os esclarecimentos éticos envolvendo pesquisa em seres humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) para aqueles que concordaram.

Por meio do descongelamento foram levantados os fatores que influenciavam o desenvolvimento das estratégias de gestão do atendimento ao acidentado com material biológico, evidenciados pelos profissionais-chave, os quais foram planejados para serem discutidos em grupos nas etapas seguintes.

Após a etapa do descongelamento, procedeu-se a etapa da **ação**, realizada em sessões de grupo focal e encontros grupais.

As duas sessões de grupo focal realizadas junto aos profissionais-chave tiveram o objetivo de discutir, bem como refletir conjuntamente a forma de resolver os problemas levantados no descongelamento. Esses grupos focais consistiram no momento de definir a forma de trabalhar com os envolvidos no atendimento. A partir das discussões, os participantes propuseram a elaboração de um fluxograma institucional de atendimento que teve como objetivo conduzir a etapa do aprimoramento/capacitação, bem como traçaram os temas e estratégias que seriam utilizadas posteriormente. Esses encontros iniciais utilizaram como base os fluxogramas propostos pelo Ministério da Saúde.

Após o arrolamento dos temas e elaboração do fluxograma, os pesquisadores necessitaram de uma articulação com outros órgãos a fim de buscar o apoio institucional com vistas a promover a implementação das mudanças propostas. Para tal foram feitas reuniões com as diversas instâncias envolvidas no estudo (Secretarias Municipal e Estadual de Saúde), os órgãos de gestão municipal (CEREST, distritos sanitários, vigilância sanitária e centro de referência em diagnóstico e terapêutica) e participantes com vistas a definir o plano da ação/intervenção previsto a partir do estabelecimento dos temas e estratégias previamente traçados. A partir desses encontros, foi elaborada pelos pesquisadores uma programação de cada momento, desde a recepção dos participantes, método de desenvolvimento de cada tema de forma a alcançar o objetivo, avaliação das impressões acerca da atividade grupal e fechamento da sessão, as quais se encontram dispostas como apêndice do estudo.

Mediante os acordos realizados, procedeu-se a realização de vinte e um encontros grupais referentes ao aprimoramento/capacitação de todos os profissionais envolvidos no atendimento ao acidentado com material biológico, perpassando pela recepção até o atendimento final. Essa etapa foi realizada no segundo semestre de 2014 nos diversos turnos de funcionamento da unidade a partir da apresentação e discussão do fluxograma de atendimento e apresentação

dos temas elencados anteriormente. Após essa etapa, foi dedicado tempo para a disponibilização da versão final desse fluxograma para a instituição e órgãos colaboradores, considerando as observações dos grupos realizados no aprimoramento/capacitação, bem como a elaboração gráfica.

Todo o processo de mudanças acordado com os participantes, a partir das necessidades identificadas, contou ainda com diversos níveis de gestão para o aprimoramento do capital intelectual do grupo, dentre esses, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, equipe do CEREST, do Distrito Sanitário e da Vigilância Sanitária, além dos gestores da unidade onde a pesquisa foi realizada. Esse processo teve o objetivo de discutir mudanças possíveis que integravam todo o processo de gestão. A articulação entre as instâncias envolvidas no processo foi fundamental para se garantir o sucesso da intervenção e da incorporação das mudanças propostas pelos profissionais, a partir de metas para melhoria da qualidade do atendimento ao acidentado.

O registro dos dados dos grupos se deu por meio das anotações realizadas em diários de campo dos acontecimentos vivenciados, dos painéis elaborados e apresentados, além da gravação em áudio com a finalidade de registrar os conteúdos desenvolvidos nos grupos.

Essa ação foi desenvolvida de forma a conhecer e responder ativamente às pessoas envolvidas, atentando-se para a linguagem para haver uma compreensão mútua entre pesquisador/pesquisado e compartilhamento de experiências.

A cada encontro realizado os pesquisadores analisaram o material produzido, principalmente, no que tange à avaliação da atividade grupal para verificar a necessidade de mudanças no planejamento das sessões subsequentes. Essa análise foi mediada pelo pesquisador, auxiliar de pesquisa e executada em conjunto com os participantes da pesquisa que envolveu também, os órgãos de gestão municipal que se responsabilizam pela questão do atendimento ao acidentado com material biológico de Goiânia/GO.

O **recongelamento** consistiu no monitoramento e avaliação da implementação das mudanças definidas pelo grupo que foram incorporadas no trabalho. Essa etapa foi desenvolvida a partir de avaliação dos momentos grupais, acompanhamento individual e coletivo sistemático para garantir que dúvidas fossem sanadas no processo de implantação das mudanças propostas por meio de

disponibilidade em correio eletrônico, telefone e encontros presenciais de acordo com a necessidade dos participantes da pesquisa.

Uma primeira avaliação formal junto aos participantes da pesquisa ocorreu logo após a realização de cada encontro grupal para verificar a implementação das mudanças. Essa se constituiu em um espaço aberto, com o intuito de sensibilização, levantamento das pendências e objetivos não alcançados, em que, havendo necessidade, as questões e problemas fossem retomados, já que a pesquisa ação é um processo cíclico no desenvolvimento de todas as suas etapas.

A segunda avaliação que compôs a etapa do recongelamento foi realizada a partir de entrevistas individuais semi-estruturadas com os profissionais-chave do estudo com questões buscando avaliar o atendimento oferecido após a intervenção, bem como verificar as mudanças que ocorreram e o que ainda era necessário aprimorar no serviço para avançar na qualidade do atendimento oferecido. Essa coleta referente a avaliação foi feita no mês de julho do ano de 2015, após cinco meses do término da realização da intervenção com a disponibilização do fluxograma de atendimento para a instituição em estudo.

3ª Fase: A coleta de dados referente a terceira e última fase da pesquisa foi realizada no 3º trimestre de 2015 conforme descrição da primeira fase do estudo, por meio entrevista semi-estruturada com abordagem individualizada, conduzida pela TIC, com objetivo de realizar a avaliação do atendimento pelos usuários e verificar se a intervenção proposta na segunda fase teve o efeito desejado e os resultados alcançados.

5. Análise dos dados

Considerando a natureza qualitativa dos dados gerados em todas as fases da investigação e a importância da análise processual dos dados para dar continuidade às etapas da pesquisa, estes foram analisados de forma descritiva e, também utilizando recursos do método da análise de conteúdo, modalidade temática, na qual se realiza inicialmente uma leitura flutuante do material para extrair as ideias centrais, posteriormente, os núcleos de sentido e, por fim, as categorias temáticas dos dados (BARDIN, 2011). Para esse processo os dados foram transcritos, derivados dos registros do diário de campo do processo do grupo, bem como das produções destes e a transcrição das gravações em áudio.

Para a análise da primeira e última fase do estudo, os dados das entrevistas foram transcritos de acordo com os elementos da TIC (situação, comportamento e consequência), diferenciados em polaridades positivas e negativas, segundo a indicação do entrevistado, atendendo os pressupostos de Flanagan (1973). Importante ressaltar que, após a transcrição, os dados foram avaliados e validados por pesquisadores com experiência na técnica, com o objetivo de verificar se os mesmos caracterizaram os três elementos: situação, comportamento e consequência e se estes estavam devidamente alocados em cada elemento.

O banco de dados para análise qualitativa se compôs a partir dos dados das entrevistas da TIC, da transcrição das falas dos grupos, dos registros nos diários de campo e das produções grupais.

Para sistematizar o processo de análise e realizar o gerenciamento dos dados textuais, foi utilizado o programa ATLAS.ti (ATLAS.TI, 2010). Assim, os dados, após lidos exaustivamente, foram codificados por meio da ferramenta “coding” (ideias centrais), esses códigos foram agrupados por proximidade - “code-link manager” (núcleos de sentido) e, por fim, congregados em famílias (categorias temáticas) por meio da opção “open family manager” (ATLAS.TI, 2010; BARDIN, 2011).

Todos os dados tanto individuais da primeira e terceira fases, como os grupais referentes à segunda fase foram identificados por código específico, seguidos por números relativos à ordem de sua realização. Em relação às entrevistas da TIC esse código se deu a partir da letra inicial da profissão, seguida pela ordem de realização da entrevista, exemplo, profissional técnico de enfermagem entrevista um – TE1. Já para os grupos, as identificações foram GF para grupo focal seguida do número do encontro grupal (1, 2 ou 3), foi adotado G para os encontros grupais seguida também da ordem de realização do grupo (1 a 21) e ainda PC para avaliação das entrevistas feitas junto aos profissionais-chave seguida do número de ordem de realização (1 a 7). Importante ainda esclarecer que as falas foram adequadas conforme a norma culta da língua portuguesa, sem interferência no conteúdo das mesmas.

6. Aspectos éticos

As fases um e três de avaliação do atendimento ao acidentado com material biológico por meio da TIC teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Anuar Auad/Hospital de Doenças Tropicais (HDT) protocolo nº 046/2009 (Anexo A), autorização pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO (Anexo B) e pelo CEREST (Anexo C). Para essa etapa foi utilizado previamente à entrevista um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e apenas participaram aqueles que consentiram com o estudo.

A segunda fase do projeto referente a intervenção foi submetida à apreciação e aprovação do Conselho Diretor da FEN/UFG (Anexo D) e também da Secretaria Municipal de Saúde via Escola Municipal de Saúde Pública (Anexo E). Assim, o mesmo foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa cadastrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por meio da Plataforma Brasil, sob nº CAAE 19885013.6.0000.5083, atendendo a todos os aspectos ético-legais preconizados para pesquisas com seres humanos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), o qual obteve parecer favorável para a execução sob protocolo 390.639 (Anexo F).

Todos os participantes da fase de intervenção do estudo concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), no qual é garantida a liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer etapa do processo, sem que isso lhe cause dano ou constrangimento.

O estudo contou com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) por meio do Edital Universal chamada nº 05/2012 e também com uma bolsa de doutorado pela FAPEG edital nº 003/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados de acordo com as fases de desenvolvimento do estudo, as quais estão dispostas na figura a seguir.

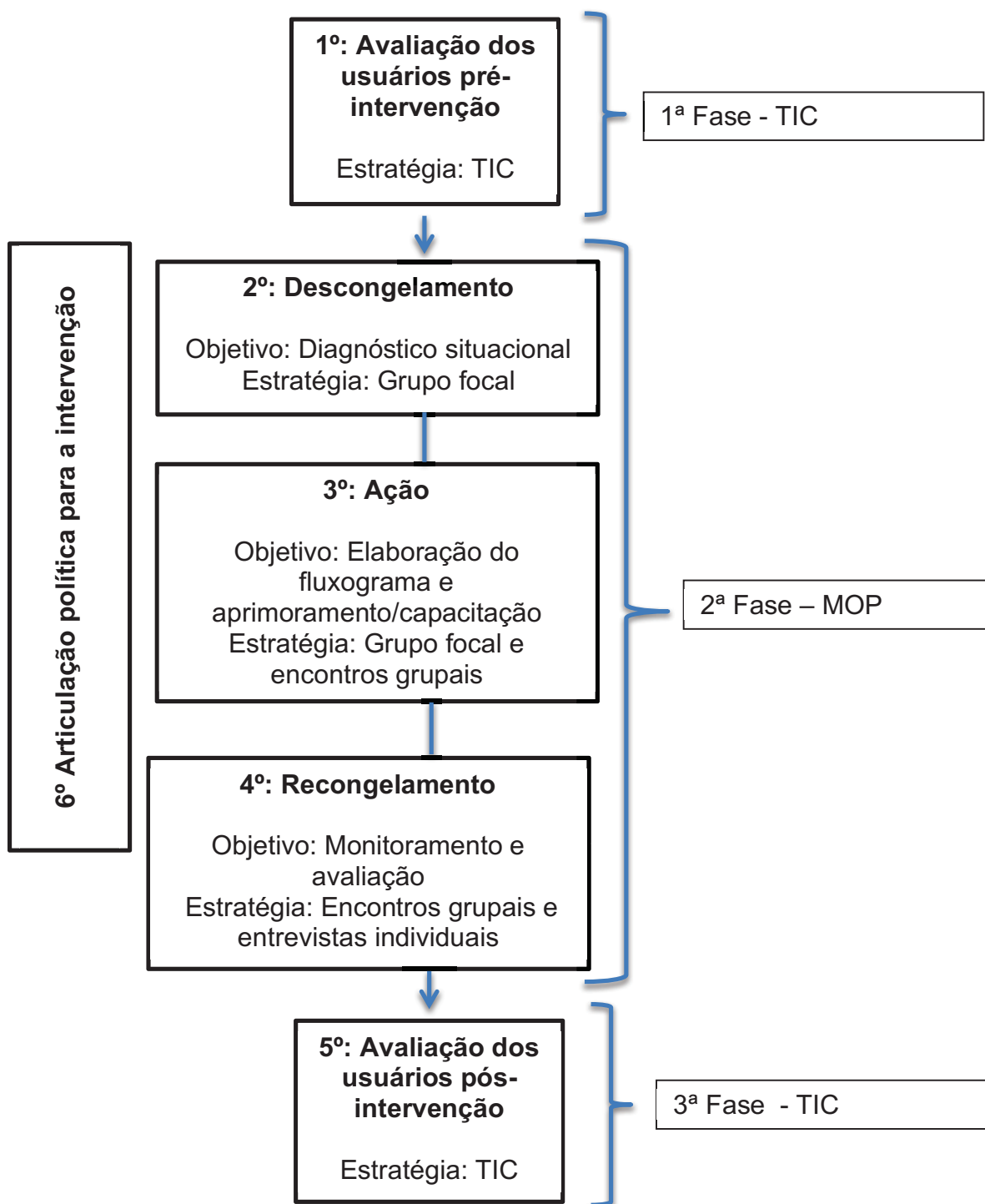


Figura 4. Fluxograma das fases do desenvolvimento do estudo. Goiânia-GO, 2015.

1. Avaliação dos usuários pré-intervenção

Na primeira fase do estudo, na avaliação do atendimento ao acidentado com material biológico pelos usuários (trabalhadores que sofreram acidente com material biológico e atendidos na unidade sentinela) foram realizadas dez entrevistas com duração média de quarenta minutos cada, momento que antecedeu a intervenção no serviço.

A maioria (nove) era do sexo feminino, dessas, cinco casadas, seis possuíam filhos. Em relação à profissão, sete eram técnicos em enfermagem, uma enfermeira e duas instrumentadoras com tempo de formação e exercício menores que dez anos. Sete informaram já ter recebido orientações sobre biossegurança. Oito pessoas informaram já ter sofrido outro acidente no decorrer da carreira e apenas cinco relataram conhecimento do fluxograma de atendimento. Todos realizaram a notificação no mesmo dia do acidente.

As falas dos profissionais refletiram a avaliação do momento de atendimento que haviam sofrido, apontando que a maioria das experiências foram consideradas positivas pelos participantes da pesquisa, seja pela experiência vivida, pelo atendimento qualificado, pela forma de organização, pelo conhecimento e aprendizado adquirido em relação ao protocolo de atendimento. Estão apresentadas a seguir:

“Eu acho que no CAIS é bom o atendimento, eles têm estrutura, acho que lá não tenho o que reclamar não” E1

“As orientações eu recebi tudo certinho, tudo correto, a enfermeira se empenhou muito, todos sabiam o que estavam falando e lá eu fui atendida, não demorou não em nenhum setor” TE6

“Em relação ao atendimento no CAIS, muito positivo, nossa eu não sei se é porque eles atenderam bem todo mundo, o pessoal que trabalha, povo muito gente boa mesmo, todos. Não tenho do que queixar, só falar que eles foram ótimos no momento que eu estava descabelando em lágrimas” TE9

Apesar dos profissionais ressaltarem os aspectos positivos do atendimento, também foram destacados aspectos que poderiam direcionar o aprimoramento do atendimento, bem como o desdobramento da intervenção. Tais aspectos, após análise, foram categorizados e ilustrados no quadro 2.

Quadro 2. Avaliação pré-intervenção do atendimento ao acidentado com material biológico pelos usuários do serviço. Goiânia-GO, 2014.

Categoria	Falas representativas
Falta de orientação no atendimento	<i>“Colhi o sangue e elas falaram, você pode trazer aqui [...] ou você pode se quiser levar no hospital mesmo [...] Eu já estou fazendo o acompanhamento aqui e não pediram para eu dar retorno nenhum no CEREST, nada” E1</i> <i>“A enfermeira não me deu nenhuma orientação [...] Eu não recebi nenhuma outra orientação lá a não ser ir no centro de referência” INST2</i> <i>“Eu não liguei no CRDT ainda não, isso eu não fiz não. Ele não me falou com quanto tempo eu ligaria lá [...] mas ele não me falou do acompanhamento” TE3</i> <i>“Não sabia que tinha que agendar a consulta e ninguém me falou quem ia agendar” TE6</i> <i>“Disseram que aqui por ser de grande porte eu podia acompanhar aqui e não ir no Centro de Referência” INST7</i>
Demora e desorganização para a realização do atendimento	<i>“Por causa do atendimento lá, porque demorou demais, quando a gente chegou ficou esperando mais de uma hora para ser atendido” INST2</i> <i>“Eu falei para a recepcionista que era acidente com material biológico, nós falamos de imediato o que tinha acontecido e tal, aí ela falou vai lá para aquele posto e fala com a enfermeira [...] fui para o atendimento médico que demorou também, uns quarenta minutos, quase uma hora” INST2</i> <i>“Essa experiência resultou que eu não volto por causa da demora” INST2</i> <i>“No CAIS o que desagradou foi a demora, o principal, mas também tem pouca organização” TE10</i>
Ausência de documentação formal no atendimento	<i>“Ele me disse que tinha que ir ao centro de referência, mas não me deu nenhum papel só falou que eu tinha que procurar” TE6</i> <i>“Eles falaram para fazer o acompanhamento com infectologista agora eu não sei quanto tempo, não lembro. Eles falaram onde é, mas também não lembro” TE8</i>
Falta de profissionalismo na realização do atendimento	<i>“Eu achei a experiência negativa, péssima, nota zero, atribuída a demora, falta de profissionalismo e falta de educação dos profissionais em geral, todos” INST2</i> <i>“Quando eu fui pegar o exame foram muito grossas comigo, sabe aquelas pessoas antigas de casa, acho que concursadas que deviam estar longe do paciente, pois é, foi assim que me atenderam no laboratório” INST7</i> <i>“Ficou a parte do médico, a ficha ficou pra trás, acho que esqueceram de me trazer” TE6</i>

Na categoria “falta de orientação no atendimento” foi elencado pelos sujeitos a falta de orientação acerca das condutas adequadas no decorrer do atendimento realizado na unidade sentinela. Essa falta de orientação é um problema sério ao tratar do atendimento e acompanhamento do profissional acidentado, pois é nesse momento que os profissionais conseguem esclarecer acerca dos procedimentos de forma adequada.

O relato dos profissionais acidentados mostrou inclusive, falta de orientação adequada em relação aos protocolos municipais, pois dispensá-los do acompanhamento na rede do sistema público prejudica todo o andamento, por não haver *feedback* das informações sorológicas e da condição do paciente após os acidentes, o que impossibilita o fechamento dos casos no sistema.

Na literatura é consenso a necessidade de orientação constante sobre o acidente com material biológico, bem como as medidas a serem tomadas frente sua ocorrência (OLIVEIRA; LOPES; PAIVA, 2009; SALDARIA et al., 2012; TIPPLE et al., 2013).

A segunda categoria referente a “demora e desorganização para a realização do atendimento” foram pontos críticos elencados que podem nortear a gestão, especialmente para o cumprimento do procedimento que possui um tempo como padrão ouro da assistência, sendo ele o de duas horas entre a ocorrência do fato e o uso de antirretroviral, se necessário (CDC, 2001, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2006, 2010, 2015).

Além disso, na maioria dos casos em que ocorre atraso para realizar o atendimento, os profissionais ficam desmotivados e tendem a não buscar os serviços de saúde em caso de recorrência do acidente, reforçando a taxa de subnotificação (RIBEIRO et al., 2014), fato que aumenta a preocupação em relação ao problema e dificulta ainda mais a tomada de ações institucionais e governamentais para melhoria da saúde do trabalhador no país.

A terceira categoria referiu-se à “ausência de documentação formal no atendimento”. Essa ausência se apresentou como um dificultador para o atendimento em dois aspectos, o do acidentado que não possuiu esse recurso em mãos para continuar com seu tratamento e para os profissionais que alegaram realizar todas as orientações preconizadas, entretanto, não possuem documento comprobatório de tal orientação.

Geralmente, o acidentado descreve que o atendimento é um momento em que se encontra fragilizado, com medo e desespero, o que afeta a questão da própria memória e não consegue absorver todas as orientações efetuadas pelos profissionais de acordo com o protocolo estabelecido. De acordo com Belancieri e Bianco (2004) diante de situações de estresse os trabalhadores de enfermagem apresentaram como um dos sintomas psicossomáticos predominantes, os problemas de memória.

Dessa forma, fez-se necessárias estratégias que facilitassem a realização do acompanhamento, como a implantação de um documento formal que continha a descrição das orientações a serem adotadas após o atendimento para o acidentado.

A quarta categoria “falta de profissionalismo na realização do atendimento” referiu-se a falta de polidez dos profissionais durante a realização do atendimento ao acidentado com material biológico. Assim como em qualquer outro tipo de atendimento, esse fato mostra uma fragilidade do serviço que merece atenção, pois provoca efeitos negativos em relação à qualidade do serviço prestado e também desestimula o retorno do acidentado ao serviço em caso de recorrência.

Importante lembrar que a reação dos acidentados frente ao acidente com material biológico envolve diversos sentimentos que geram sofrimento psíquico (DAMASCENO et al., 2006; LIMA; PINHEIRO; VIEIRA, 2007; MARZIALE et al., 2014; MELO, 2014; RIBEIRO et al., 2014; SÊCCO et al., 2008; ZHANG; YU, 2013). Esses profissionais por se encontrarem em um momento de vulnerabilidade, carecem de atenção no decorrer da realização do atendimento.

Assim, o acidente por se constituir em um momento de estresse exige do profissional que realiza o atendimento, além do conhecimento técnico sobre o tema, capacidades que extrapolam a questão objetiva e envolvem aspectos subjetivos como empatia para lidar com a pessoa que se encontra fragilizada.

Apesar dos locais de trabalho (ponto de origem dos acidentes) e acompanhamento não serem objetos do presente estudo, também compõem parte da problemática relacionada à gestão em rede do atendimento ao acidentado com material biológico. Os pontos negativos em relação a esses serviços (local do acidente e do acompanhamento) que interferiram no atendimento, mostraram-se como importantes lacunas que merecem estudos futuros.

Em relação aos locais onde ocorreram os acidentes, foram elencados como aspectos dificultadores, a falta de informação no momento do acidente, a falta de

apoio para o agendamento do acompanhamento, a ausência de transporte e a distância para a realização do atendimento como dispõem os relatos a seguir.

“Eu fiquei assim meio apavorada até por não ter orientação correta, a gente sabe, mas se não tiver orientação, nesse momento de uma pessoa que saiba te guiar fica meio difícil, o problema foi isso, falta de informação no momento do acidente” E1

“Eu que tinha que agendar e o serviço daqui não me auxiliou nisso, quanto a isso eu fiquei meio perdida, porque eu acho longe para eu ir lá [...] E eu acho que o CAIS é muito longe do hospital, muito longe” INST2

“Eu fui de carro próprio, por conta própria, demorou até eu chegar lá mais ou menos uma hora e meia” TE3

“E aí mandou eu ir para o CAIS, chamei meu irmão e ele me levou demorou essas coisas umas 3 horas” TE6

“Não tem como eu voltar para buscar o resultado dos exames, não tem jeito, porque eu moro muito longe [...] e nem todo mundo tem moto, tem carro, a gente depende de ônibus” TE10

A falta de transporte e a distância em relação aos serviços sentinelas que realizam o primeiro atendimento comprometem o cumprimento dos protocolos de assistência e colocam em risco a saúde dos trabalhadores por não terem os seus direitos devidamente assegurados. Esses dois fatores, pela questão financeira envolvida, além de prejudicar o tempo de realização do atendimento, interfere também na execução do acompanhamento conforme preconizado. Essas questões já foram apontadas em outros estudos como dificultadores para a realização do atendimento ao acidentado com material biológico (RIBEIRO, 2012; 2014).

No que tange às dificuldades sobre o acompanhamento conforme preconizado segue as falas abaixo.

“Eles falaram do retorno ao CEREST e eu disse que ia fazer na minha instituição” E1

“Ela disse que eu tinha que ir lá no centro de referência para consultar com um infectologista, isso? Foi aí, eu acho, que já passou esses 20 dias, mais de 20 dias e eu não fui olhar, não peguei o resultado, ela disse que eu que tinha que agendar” INST2

“Eu não liguei no CRDT (Centro de Referência em Diagnóstico e Tratamento) ainda não, isso eu não fiz não” TE3

“Eu ainda não fui lá fazer o acompanhamento [...] eu já falei que não iria lá [...] há a necessidade de ir lá né por ele ter dado negativo, aí ela falou é lá que você tem que ir, orientada eu fui né, sou bem grandinha” TE4

“Era para eu ligar e marcar, mas eu não marquei ainda [...] acho que é irresponsabilidade minha não ir pegar o resultado para saber” TE5

A falta de continuidade do acompanhamento apresenta-se como um sério problema para os profissionais acidentados por não terem os seus direitos amplamente atendidos, além de um problema para a gestão por não conseguir encerrar os casos e, conseqüentemente, dispor de fragilidade nos bancos de dados nacionais para estabelecimento de estatísticas e políticas públicas eficazes.

Estudo apontou que dos 636 profissionais que sofreram acidente com material biológico, 28,6% não procuraram o atendimento no serviço especializado (PIMENTA et al., 2013). O fato de se subestimar o risco é uma importante variável no que se refere à busca pelo acompanhamento de forma adequada (LUIZE et al., 2015; MELO et al., 2006).

Almeida et al. (2015) avaliaram o acompanhamento realizado pelos profissionais que se acidentaram com material biológico e identificaram taxas importantes de abandono, concluindo que os pacientes que mais compareceram ao seguimento foram aqueles que conheciam o paciente-fonte e apresentaram sorologias não reagentes.

Diante desse contexto, Oliveira, Lopes e Paiva (2009) sugeriram que são necessárias medidas de acompanhamento dos profissionais pós-acidente, bem como a implantação de protocolos e educação permanente a fim de minimizar a ocorrência dos acidentes e também promover acompanhamento adequado aos acidentados. Almeida et al. (2015) apontaram a necessidade de estratégias de conscientização dos profissionais sobre a importância do seguimento clínico.

Importante ressaltar que nesse estudo, após a realização das entrevistas procedeu-se às orientações sobre a necessidade de acompanhamento adequado conforme as diretrizes do Ministério da Saúde vigentes.

2. Descongelamento

A etapa do **descongelamento** contemplou o diagnóstico situacional realizado a partir de grupo focal com profissionais-chave, sendo esses, sete enfermeiras, que participaram de toda a intervenção, elaborando uma proposta de fluxograma e repensando toda a gestão do atendimento na unidade.

A escolha pela abordagem dos profissionais-chave para essa etapa teve a intenção de compor uma equipe homogênea que trabalhasse com objetivos claros e fosse fortalecida pelo relacionamento interpessoal positivo entre os componentes. Essa constituição favorece a confiança e, consequentemente a comunicação e cooperação para o alcance de maiores resultados (MOSCOVICI, 2013). Além disso, a homogeneidade, facilita a integração entre os membros e, consequentemente, a realização das tarefas com maior profundidade (BIEHL, 2010).

O grupo focal foi conduzido em co-coordenação de acordo com a programação prévia disposta no apêndice D e tinha como objetivo a realização do diagnóstico situacional com apresentação da síntese dos resultados de Ribeiro (2012); apresentação do resumo da avaliação na perspectiva do usuário (desenvolvida na primeira fase do estudo) e buscar a avaliação dos profissionais envolvidos no atendimento na unidade sentinela, além de traçar em conjunto as prioridades e estratégias para intervenção.

O grupo foi formado por enfermeiras com média de 30 anos de idade, com tempo de formação e atuação na profissão em torno de seis anos e possuíam formação específica sobre o tema oferecida pelo CEREST. O grupo de profissionais demonstrava boa articulação, alta capacidade para o trabalho em equipe e relações interpessoais produtivas. Além disso, vale destacar um clima organizacional favorável e aberto para a discussão das demandas visando a implementação de mudanças que levassem ao aprimoramento do atendimento ao acidentado por material biológico.

Essa etapa foi realizada de forma a intensificar as discussões, buscando o empoderamento dos sujeitos por meio dos grupos. Bernardes et al. (2011) afirmam que a comunicação, o compartilhamento do poder e tomada de decisão motivam os grupos e os conduzem às mudanças.

Do grupo, além da validação dos aspectos levantados na primeira fase do estudo referente à avaliação do atendimento pelos usuários, foi levantado também

um diagnóstico acerca dos pontos que influenciavam o atendimento, identificando as fortalezas e fragilidades na visão dos profissionais que atuavam na unidade sentinela, bem como as propostas para realização da intervenção.

Os resultados do grupo focal ao serem analisados foram organizados em três categorias e são apresentados sinteticamente no quadro 3 a seguir.

Quadro 3. Diagnóstico situacional do atendimento de acidentados com material biológico na perspectiva dos profissionais-chave. Goiânia-GO, 2015.

Categoria	Falas representativas
Aspectos dificultadores	<i>“Por ter muitas vezes um enfermeiro apenas no bloco de urgência, e este estando em atendimento de reanimação, o atendimento muitas vezes é atrasado pois o atendimento parte do enfermeiro” GF1</i> <i>“Despreparo da equipe da recepção” GF1</i> <i>“A unidade/chefia a qual o paciente acidentado faz parte/trabalha desconhece a necessidade do atendimento emergencial, não o encaminhando ao atendimento imediato, em uma unidade de referência” GF1</i> <i>“Demora no laboratório para realização do teste rápido, não há prioridade para este tipo de paciente no atendimento laboratorial” GF1</i> <i>“Falta de conhecimento do profissional médico [...] médicos não sabem conduta e nem quimioprofilaxia” GF1</i> <i>“Profissional não sabe o fluxo/protocolo de atendimento, dificultando o atendimento” GF1</i> <i>“A unidade a qual o profissional trabalha desconhece o fluxo de atendimento [...] desconhece unidades de referências que fazem o atendimento”. GF1</i> <i>“Às vezes o profissional chega na unidade sem o termo de consentimento e sem dados do paciente fonte [...] profissional não traz a CAT” GF1</i>
Aspectos facilitadores	<i>“Equipe de enfermagem unida e prestativa para discutir casos presentes na unidade” GF1</i> <i>“Capacitação da equipe” GF1</i> <i>“Autonomia do enfermeiro para realizar o primeiro atendimento” GF1</i> <i>“A equipe possui comunicação clara” GF1</i>
Propostas para alavancar as mudanças para melhoria do serviço	<i>“Fazer uma folha já impressa com as informações para procurar o CEREST no dia seguinte para consulta com o infectologista, com o número do telefone do CEREST assinada, para conferir o recebimento” GF1</i> <i>“A rede deve falar a mesma língua (se refere aos diversos serviços envolvidos do sistema público que tem a ver com a realização do atendimento, os diversos órgãos municipais)” GF1</i> <i>“Orientação/capacitação dos profissionais da nossa unidade [...] realizar a educação continuada” GF1</i> <i>“Todos os profissionais cientes do que é e de como fazer no horário de trabalho em todos os turnos” GF1</i> <i>“Toda equipe laboratorial, recepção, médico, saber o fluxo do atendimento, desta forma facilita o atendimento” GF1</i> <i>“Para resolver tudo temos que ter um fluxograma da unidade” GF1</i>

Entre os dificultadores para a realização do atendimento foram elencados pelos profissionais que atuavam na unidade sentinela, a falta de recursos humanos, a falta de apoio do laboratório, despreparo das diversas equipes envolvidas, falta de conhecimento sobre o assunto e de clareza quanto ao fluxo de atendimento por se tratar de uma situação de emergência, o rodízio de médicos não capacitados, além das questões referentes ao acesso para a realização do primeiro atendimento e as condutas necessárias por parte das instituições empregadoras. Todas essas situações foram elencadas como prejudiciais para a realização do atendimento de forma adequada.

Lima et al. (2014), por meio de uma revisão de literatura, elencaram os eventos que comprometem a segurança do paciente e dentre os citados foram mencionados a falta de padronização, o desconhecimento dos profissionais e a sobrecarga de trabalho. Portanto, essas situações, além de se apresentarem como dificultadores para os profissionais que atuam no serviço, também interferem diretamente na segurança dos pacientes atendidos na instituição.

Os aspectos positivos levantados pelo grupo trataram da disposição da equipe, capacitação, autonomia do enfermeiro e comunicação clara. Essas características elencadas pelo grupo são componentes essenciais para as práticas seguras na saúde. O trabalho em equipe, comunicação aberta, bom relacionamento interpessoal, prática da formação e a capacitação dos profissionais estão entre os eventos promotores da segurança do paciente (LIMA et al., 2014). Além disso, esses facilitadores são descritos na literatura como fatores que interferem diretamente nos processos de mudança (BITENCOURT, 2010; DRUCKER, 1999; HESSELBEIN et al., 1996).

As propostas para a qualificação do atendimento ao acidentado com material biológico emanadas pelo grupo foram referentes à elaboração de documentos necessários para o atendimento, à ampliação da proposta para as unidades de gestão que são responsáveis pelo atendimento na rede municipal, a orientação e aprimoramento/capacitação dos profissionais e a divulgação para toda a equipe.

Para se efetivar todas as propostas, foi idealizada a elaboração do fluxograma de atendimento adequado para a instituição, a fim de funcionar como um instrumento de gestão que apresenta a visão sistêmica do processo de trabalho de forma simples e que evita erros no decorrer da realização do atendimento. Essas

propostas visavam contemplar todas as dificuldades verificadas no estudo de forma a qualificar o atendimento na unidade de referência.

Diante das necessidades identificadas pelo grupo e das propostas para continuidade da intervenção foi necessário contatar os demais órgãos de gestão do município envolvidos no atendimento ao acidentado com material biológico (Distrito Sanitário, CEREST, CRDT, Vigilância Sanitária). Esse movimento levou à ampliação da ação proposta, para se avançar no desenvolvimento da pesquisa ação política que conforme os pressupostos de Tripp (2005) deve ser adotada quando se trabalha com parceiros que possuem poder acerca da matéria a fim de mudar o “sistema” pré-estabelecido.

Assim, nesse estudo, o descongelamento se constituiu no diagnóstico da situação do atendimento ao acidentado com material biológico na unidade, reunindo as informações dos profissionais-chave que vivenciavam os problemas, reforçando os aspectos positivos e refletindo acerca dos negativos que foram o foco da atuação para as mudanças. Na oportunidade, foram elencados os pontos relevantes que necessitavam de atenção da gestão para que houvesse as mudanças desejadas. Além disso, foi importante no momento, a reflexão dos envolvidos sobre seu papel e dos demais integrantes para que as mudanças pensadas se efetivassem, considerando que foram sujeitos ativos no decorrer de todo o estudo.

Segundo Shirey (2013) o descongelamento é a primeira etapa da teoria de Lewin, sendo a chave para a obtenção da mudança, pois é nessa oportunidade que se reconhecem os problemas, identificando as necessidades e mobilizando as pessoas para transformarem as situações.

Importante considerar que o descongelamento foi realizado na própria unidade sentinela, a partir de encontros grupais em que foram apontadas questões gerais para discussão. A condução do pesquisador restringiu-se a valorizar as relações de confiança do grupo, estimular a comunicação aberta com responsabilidade compartilhada e empoderamento dos membros para a resolução dos problemas, o que reflete a perspectiva do foco nas pessoas (BITENCOURT, 2010; DRUCKER, 1999; HESSELBEIN et al., 1996) e as necessidades atuais relacionadas à criatividade, flexibilidade, aprendizado, colaboração e comunicação.

Os grupos foram desenvolvidos com foco na participação com compromisso e responsabilidade. O envolvimento do coletivo de trabalhadores é imprescindível para a resolução de problemas e elaboração de propostas de melhorias, pois é por meio

desse envolvimento que eles se sentem corresponsáveis pelas decisões e facilitam os processos de mudança (HAYASHIDA et al., 2014).

O termo “descongelar” reflete essa movimentação, de visualização da situação e a reflexão de como poderia ser no futuro para se alcançar melhorias no serviço. Foi por meio desse “descongelar” que houve o direcionamento das demais etapas da mudança organizacional planejada.

A etapa do descongelamento foi imprescindível para promover a mudança de atitude ou comportamento, pois consistiu na oportunidade dos envolvidos expressarem os problemas, bem como trabalharem a disposição pessoal e coletiva, e as estratégias para a mudança.

O descongelamento foi encerrado com as propostas de mudanças elencadas pelos próprios participantes, as quais deixaram claro a necessidade de mudança no fluxo e processo de atendimento ao acidentado. A autonomia de decisão, associada à consciência do problema de forma coletiva e análise da complexidade é necessária para o alcance de resultados positivos (BITENCOURT, 2010)

Assim, diante do envolvimento dos participantes, da forma de condução dessa etapa, da abertura dos gestores para aprimorar o atendimento no serviço sentinela e ainda, da disponibilidade e interesse dos setores envolvidos na problemática, seguiu-se às demais etapas do estudo, para se implementar uma mudança organizacional, conforme descrito a seguir.

3. Ação

A ação é a segunda etapa da teoria de Lewin e deve ser compreendida como um processo e não evento pontual. Essa etapa depende de um plano de ação a fim de que as pessoas se envolvam, experienciem e discutam a transição para as mudanças propostas (SHIREY, 2013).

A etapa da **ação** foi desenvolvida em dois momentos com vistas a contemplar as propostas elencadas no descongelamento. O primeiro momento foi destinado à elaboração do fluxograma de atendimento adequado à realidade da unidade sentinela em estudo, com os profissionais-chave, e o segundo foi o período destinado ao aprimoramento profissional/capacitação que envolveu os diversos trabalhadores da instituição.

Para a **elaboração do fluxograma de atendimento** foram propostos dois grupos focais com os mesmos profissionais-chave da etapa do descongelamento. Esses encontros perfizeram um total de aproximadamente seis horas, nas quais houve a utilização de diversas estratégias e recursos conforme descrito nos apêndices E e F que correspondem às programações referentes à esses encontros.

Os resultados alcançados a partir desse momento foram: a elaboração do fluxograma de atendimento ao acidentado com material biológico a partir da realidade desses profissionais e instituição (Anexo G) e da ficha de orientações pós-acidente envolvendo material biológico (Anexo H) e ainda revisão do termo de consentimento utilizado pelo município para casos de acidente com material biológico (Anexo I).

Todos os documentos foram reelaborados pelos próprios participantes atentando para a realidade encontrada no diagnóstico situacional, sendo o fluxograma necessário para nortear as ações de cada profissional envolvido no atendimento. A ficha de orientações teve como objetivo resguardar o atendimento realizado por parte dos profissionais e também qualificar as orientações disponibilizadas aos pacientes atendidos. A revisão do termo de consentimento foi feita no intuito de rever alguns pontos que dificultavam e retardavam o atendimento, principalmente dados pessoais de documentação dos pacientes-fonte que eram necessários para a realização dos exames no laboratório.

Além desses resultados o grupo também refletiu acerca da forma de realização do momento seguinte referente ao aprimoramento profissional/capacitação. Nesse

aspecto foram tomadas as seguintes decisões: 1) aprimorar todos os trabalhadores envolvidos no atendimento ao acidentado nos diversos turnos do horário de trabalho (três plantões diurnos e três noturnos de cada categoria); 2) implantar o uso do fluxograma como norteador do aprimoramento; 3) desenvolver a cultura de prioridade para atendimento imediato ao acidentado. Para tanto foi proporcionado um espaço interativo para que todos os profissionais participassem de maneira efetiva e que oportunizasse o esclarecimento de dúvidas, contribuíssem com ideias e experiências, além de trabalhar com conteúdos específicos para cada categoria profissional (formação qualificada sobre o atendimento - **médicos e enfermeiros**; importância de receber e acompanhar o paciente da forma adequada - **peçoal de recepção**; orientações quanto à utilização da medicação prescrita da maneira correta - **peçoal da farmácia**; exames e documentações legais necessários para o acidente - **peçoal do laboratório**). O objetivo da capacitação dos profissionais foi mobilizá-los para que cada um reconhecesse seu papel, sua responsabilidade, além de deixar clara a atuação de cada um no decorrer do atendimento e acompanhamento ao acidentado com material biológico.

A seguir a essa etapa e, mediante o material produzido houve uma imersão do pesquisador na elaboração da versão eletrônica dos documentos e acordos com os órgãos municipais. Esse passo era fundamental para atender a proposta de envolvimento da rede de saúde, de forma que os órgãos envolvidos pudessem participar do período do aprimoramento profissional/capacitação. Além disso, para que o conhecimento e envolvimento desses órgãos na proposta pudesse estender nas demais unidades de saúde municipais. Esses acordos e reuniões realizados no decorrer de toda a pesquisa estão detalhadamente descritos, posteriormente, no tópico referente à articulação política na intervenção.

Em conjunto com esses parceiros foi dedicado tempo do pesquisador e das instâncias municipais vinculadas a esse atendimento para a elaboração do cronograma de aprimoramento profissional/capacitação para os profissionais da instituição.

O **aprimoramento profissional/capacitação** foi desenvolvido a partir de encontros grupais de acordo com a programação prévia estabelecida (Apêndice G) e elaborada para contemplar o fluxograma de atendimento da instituição. Importante ressaltar que na etapa do aprimoramento foi utilizada a versão eletrônica desse

fluxograma, a qual foi validada por e-mail pelos profissionais-chave responsáveis por sua elaboração (figura 6).

Os encontros grupais do aprimoramento/capacitação foram programados de acordo com as propostas e considerações elencadas no grupo focal, sendo elaborada uma estratégia que contemplasse todos os profissionais envolvidos no atendimento ao acidentado com material biológico (recepção, farmácia, enfermagem, medicina e laboratório) nos diversos turnos de atendimento na instituição, com abordagem participativa por meio de rodas de conversa. O fluxograma previamente elaborado foi utilizado como norteador dos encontros (figura 6). Foram planejados momentos teóricos e discussões de acordo com a necessidade de cada público sob o monitoramento da pesquisadora e dos parceiros envolvidos no estudo (CEREST, Centro de Referência em Diagnóstico e Tratamento – CRDT e distrito sanitário).

Mediante a programação, na fase de aprimoramento/capacitação foram realizados 21 encontros grupais, perfazendo 27 horas com 62 profissionais, sendo 33,9% da recepção, 24,1% do laboratório, 25,8% da enfermagem, 14,5% da farmácia e 1,7% da medicina, nos diferentes turnos matutino, vespertino e noturno visando abordar o máximo de trabalhadores no seu horário de trabalho, visto que a instituição se organiza em jornadas de trabalho diferenciadas. Há de se ressaltar que os profissionais-chave envolvidos na primeira etapa do estudo participaram ativamente de todo o processo e que o médico participante era diretor técnico da unidade e o mesmo ficou com a atribuição delegada pela diretoria de repassar as orientações aos demais integrantes da equipe médica.

Esses grupos foram construídos por meio do compromisso e responsabilidade, ressaltando a importância do papel de cada um, buscando a harmonização das ações, preservando as características de cada categoria profissional, a fim de minimizar a resistência natural existente nos indivíduos no decorrer dos processos de mudança (BITENCOURT, 2010; DRUCKER, 1999).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) até junho de 2015 os profissionais que se vinculavam ao serviço sentinela e às profissões trabalhadas no estudo compreendiam 79 trabalhadores.

A distribuição dos profissionais participantes do estudo está disposta na figura 5 a seguir.



Figura 5. Distribuição dos participantes nos encontros grupais segundo categoria profissional. Goiânia-GO, 2015.

Os encontros grupais foram organizados e mediados pela pesquisadora com a participação dos profissionais do CEREST e demais órgãos municipais. Para o início da capacitação foi previsto um momento de acolhimento dos profissionais, seguido da aplicação do TCLE, após explicitados os objetivos da pesquisa e, solicitada a assinatura do mesmo. Em sequência desse momento, foi feita a apresentação dos membros (pesquisadores e participantes) e distribuída aos participantes cópia do novo fluxograma criado em etapa anterior já descrita. Esse material serviu de base para a discussão teórico-prática, que gerou espaços para troca de experiências, análise das dificuldades vivenciadas pelas equipes, sugestões para modificações e esclarecimento de dúvidas, de modo a viabilizar a implantação do novo fluxograma e a mudança no atendimento.

Os encontros foram mediados utilizando-se metodologia participativa, proporcionando clima cordial e dinâmico, que favoreceu o incentivo à integração entre as pessoas e a participação efetiva dos membros dos subgrupos, garantindo que todas as intervenções fossem consideradas, sobretudo, reforçando os aspectos positivos que a unidade já desenvolvia no atendimento. Esses componentes segundo Biehl (2010) e Moscovici (2013) favorecem a dinâmica do grupo e

consequentemente o alcance dos resultados a partir do aperfeiçoamento constante promovido pelo próprio movimento grupal.

Esse modelo de metodologia participativa promove a comunicação ativa, partilhamento de informações e visão sistêmica que se tratam de elementos indispensáveis para o processo de aprendizado e, consequentemente, de mudanças (BITENCOURT, 2010).

O uso da ferramenta (fluxograma de atendimento proposto na primeira parte da ação) favoreceu a percepção do papel de cada envolvido mostram uma visão sistêmica do processo, bem como as responsabilidades de cada membro.

Importante pontuar que no decorrer do aprimoramento/capacitação, os parceiros envolvidos (CEREST, VISA, CRDT) foram sistematicamente se comprometendo com a proposta e sendo cada vez mais figuras ativas do processo, de modo que coube ao pesquisador atuar como mediador e facilitador da comunicação entre as instâncias envolvidas. Assim, o grupo ganhou autonomia, e gradativamente passou a funcionar em sistema de autogestão, tomando as decisões necessárias e importantes a fim de qualificar o atendimento ao acidentado com material biológico na instituição em estudo.

Após a realização desse momento do aprimoramento/capacitação, foram consolidadas as sugestões dos grupos quanto às observações no fluxograma de atendimento ao acidentado com material biológico utilizado nessa etapa. O mesmo foi revisto e providenciada a versão gráfica, sendo disponibilizado para a instituição em estudo (fevereiro/2015) e órgãos municipais envolvidos (março/2015).

A partir dessa disponibilização, a unidade sentinela passou a adotar o novo fluxograma de atendimento ao acidentado com material biológico.

A etapa da ação foi desenvolvida a partir da análise dos instrumentos de gestão visando o sucesso das mudanças desejadas. Ela foi planejada conforme o contexto real (na própria unidade sentinela com a realidade disponível), desenvolvida por meio da participação coletiva (todos envolvidos fizeram parte do processo), a partir das apresentações conceituais e práticas e com utilização de ferramentas (fluxograma de atendimento ao acidentado com material biológico).

O objetivo dessa etapa era que os indivíduos adotassem comportamentos e habilidades que contemplasse a exigência crítica do atendimento, colocando em prática a reflexão do próprio grupo (descongelamento) e desenvolvendo as pessoas para serem os agentes de mudanças.

Importante considerar que além do “novo” que se propõe as mudanças previstas, tem-se também que refletir acerca dos comportamentos adotados e seu abandono aos que não atendem às necessidades do serviço. Esse abandono é controverso e necessita de acompanhamento visando o sucesso da mudança (DRUCKER, 1999).

Portanto, essa etapa da ação é delicada, pois envolve incertezas e resistências, deve ser acompanhada de forma a superar os aspectos negativos em busca dos objetivos (SHIREY, 2013). Para garantir o sucesso da mudança, é necessário o trabalho profundo das pessoas nessa direção, o envolvimento delas no processo de tomada de decisão e na construção dos protocolos de mudança por meio do diálogo.

Somente após a percepção das ações inadequadas por parte dos envolvidos que é possível, por meio do diálogo, promover a aprendizagem para resolução dos problemas. A partir do aprendizado pressupõe-se a mudança em relação às condutas (BITENCOURT, 2010).

Assim, esse momento envolveu comunicação constante a partir de escuta atenta das ideias e proposições. As propostas feitas pelo grupo foram devidamente acatadas, desde a estratégia de realização dos encontros até os conteúdos a serem trabalhados em cada equipe. Hayashida et al. (2014) afirmaram a necessidade de estratégias educativas que visem o alcance efetivo, além do aprofundamento do conhecimento sobre o tema a fim de promover sustentação da prática, além da troca de experiência entre os envolvidos.

Importante destacar que a etapa da ação desenvolvida por meio de grupos na perspectiva participativa qualificou a intervenção, por permitir a expressão da coletividade por meio da comunicação espontânea, o que promoveu a coesão do grupo e adesão à proposta (MOSCOVICI, 2013). Além disso, esse movimento provocou a redução das dissonâncias de comportamentos existentes no decorrer do atendimento ao acidentado com material biológico, atendendo assim, as necessidades organizacionais e recomendações vigentes.

De certa forma o grupo envolvido no processo se abriu ao aprendizado, mostrando um movimento favorável ao que Senge (2013) sinaliza como aqueles adequados para as organizações que aprendem. Foi percebido no decorrer do estudo o estímulo para ampliar o domínio pessoal para além do que se tinha como certo e conhecido. A medida em que cada um precisou se comprometer e definir o

que era realmente importante para levar a cabo as mudanças propostas, o domínio pessoal de todos os envolvidos foi potencializado. Para que se conseguisse propor novas formas de desenvolver o trabalho e reestruturar antigos processos foi necessária a revisão de atitudes e paradigmas.

As mudanças só foram possíveis diante de uma nova visão do atendimento ao acidentado por material biológico. De igual forma a visão compartilhada do processo de atendimento e todas as suas variáveis facilitou a compreensão do que era preciso para implementar as mudanças propostas, sustentada por um pensamento sistêmico do quanto a ação de um refletia na ação do outro e mostrando a importância da sincronia e sintonia entre todos os agentes que atuam no atendimento. Dessa maneira, a aprendizagem em equipe consolidou as propostas, principalmente porque se estimulou a construção coletiva, onde cada um se viu no processo, compreendendo sua responsabilidade para que o todo fizesse, enfim, a diferença para as pessoas que procuram o serviço.