

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

**ARIADNA PIRES DAMACENO**

**Acidentes ocupacionais com material biológico:  
a percepção do profissional acidentado**

Goiânia

2005

**ARIADNA PIRES DAMACENO**

**Acidentes ocupacionais com material biológico:  
a percepção do profissional acidentado**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Controle e prevenção de infecções em instituições de saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Milca Severino Pereira.

Goiânia

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(GPT/BC/UFG)

Damaceno, Ariadna Pires.

**D154a      Acidentes ocupacionais com material biológico : a percepção do profissional acidentado / Ariadna Pires Damaceno. – Goiânia, 2005.**

**123 f.**

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2005.

Bibliografia: f. 112.

Inclui lista de siglas.

Apêndices.

Anexo.

1. Materiais (Biológicos) – Manuseio – Acidentes 2.  
Risco (Ocupacional) – Manuseio – Materiais (Biológicos)  
I. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem II. Título.

CDU: 616-083:331.46

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ARIADNA PIRES DAMACENO

### **Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado**

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem

Aprovado em: 21/ 03/ 2005

#### **Banca Examinadora**

Profª Drª Milca Severino Pereira

Instituição: Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Enfermagem

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profª Drª Elucir Gir

Instituição: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profª Drª Adenícia Custódia Silva e Souza

Instituição: Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Enfermagem

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

*A Deus pela oportunidade e força.*

*A minha família pelo apoio incondicional.*

*Aos meus amigos pelo incentivo.*

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a Deus, por minha vida e por ter me concedido a oportunidade de chegar até aqui vencendo tantos desafios que para alguns podem parecer pequenos;*

*À minha mãe, pelo exemplo de vida e de dedicação aos seus filhos;*

*Aos meus irmãos Walquíria e Dorival, pela paciência, apoio e compreensão nos momentos difíceis;*

*Ao meu namorado Aurélio, pelos anos de afeto, companheirismo e, principalmente, de cumplicidade;*

*À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Milca Severino Pereira, pela disponibilidade, compreensão e incentivo nos momentos difíceis;*

*Aos meus eternos professores da FEN, que tanto contribuíram para meu crescimento intelectual;*

*Às Prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup> Adenícia Custódia Silva e Souza e Anaclara Ferreira Veiga Tipple pelo apoio e dedicação durante todo o processo;*

*À Prof<sup>a</sup> Ms. Marinésia Aparecida do Prado pelo carinho e incentivo desde os tempos de bolsista de pesquisa na graduação;*

*À Profª Drª Denize Bouttelet Munari, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Stricto  
Sensu em Enfermagem, pelo compromisso e determinação em estruturar e implantar este  
programa na FEN/UFG;*

*A todos os professores do programa que se disponibilizaram a fazer parte deste desafio com  
dedicação e responsabilidade;*

*A todos os funcionários da Faculdade de Enfermagem da UFG pelos serviços que prestaram  
para concretização do programa;*

*Às minhas queridas colegas de curso que a princípio foram concorrentes mas hoje são  
companheiras, confidentes, amigas;*

*Aos profissionais que compõem o Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) do Hospital de  
Urgências de Goiânia (HUGO), na pessoa da Srª Maria Rita Antônia de Freitas Fonseca,  
pelo acolhimento, receptividade e disponibilidade em contribuir com esta pesquisa;*

*Aos profissionais que se prontificaram a fazer parte da pesquisa, tanto da primeira etapa  
quanto da segunda, apesar das adversidades enfrentadas no local de trabalho;*

*Aos colegas de trabalho do Centro de Saúde Fama que, desde o início, acompanharam minha  
trajetória dentro do programa;*

*A todos que de alguma maneira contribuíram para a concretização deste sonho.*

## RESUMO

DAMACENO, Ariadna Pires. **Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado**. 2005. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

Os acidentes ocupacionais envolvendo material biológico podem trazer conseqüências físicas e psicológicas para o profissional acidentado. Muitos profissionais costumam menosprezar esse tipo de acidente não adotando as medidas preventivas recomendadas para os procedimentos que representam riscos para sua saúde. Nosso objetivo foi relatar a percepção e a compreensão dos profissionais acerca do contexto envolvido no acidente com material biológico incluindo os sentimentos experienciados, reações e condutas adotadas. A pesquisa foi desenvolvida dentro dos pressupostos da pesquisa qualitativa e os dados analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo. Os dados foram coletados por meio de questionários aplicados aos profissionais de saúde vinculados a uma instituição de assistência a saúde, posteriormente, por meio de uma entrevista restrita aos profissionais acidentados de uma unidade de referência em atendimento de urgência e emergência da cidade de Goiânia. Inicialmente 382 profissionais de saúde responderam a um questionário para identificar aqueles que tiveram algum acidente, 39 dos profissionais acidentados participaram da entrevista abordando aspectos relacionados aos acidentes. As principais causas mencionadas para os acidentes foram: descuido, não adoção das medidas de prevenção, gravidade dos pacientes atendidos, pressão em função da sobrecarga de trabalho e deficiências relacionadas aos materiais, equipamentos e estrutura. Entre os sentimentos experienciados destacam: insegurança, medo da infecção, preocupação com a família, raiva e, até mesmo, tranquilidade. Praticamente metade dos profissionais declarou que o acidente não trouxe nenhuma conseqüência para suas vidas, os demais informaram que proporcionou aprendizagem e amadurecimento. Todos os profissionais informaram ter conhecimento dos riscos relacionados aos acidentes embora identificadas várias condutas inadequadas nas exposições descritas. 18 profissionais notificaram todos os acidentes sofridos, 12 nunca os notificaram e 9 notificaram apenas os considerados mais graves. Muitos manifestaram dificuldade em especificar os equipamentos de proteção utilizados no dia do acidente, principalmente, pelo tempo decorrido desde o fato até a data da pesquisa. A percepção dos profissionais sobre este fenômeno é bastante diversificada considerando-se o mesmo tipo de acidente. Os dados apontam para a necessidade de auto-valorização da saúde do trabalhador, bem como de programas dirigidos para a melhoria da segurança ocupacional.

**Palavras-chave:** acidentes ocupacionais, risco ocupacional, saúde ocupacional.



## ABSTRACT

DAMACENO, Ariadna Pires. **Occupational accidents with biological materials: the injured professional's perception.** 2005. 123 f. Dissertation (Master's Degree) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

Occupational accidents involving biological materials may bring physical and psychological consequences to the injured professional. Many workers commonly give less attention to such events not applying preventive steps as recommended for those procedures which represent risks to their health. This paper aims at reporting the workers' perception and understanding on the context involving the accident with biological material including experimented feelings, reactions, as well as actions taken. The research has been done according to the presumptions of qualitative research, and data was analysed in accordance with content analysis technique. Data was collected by using questionnaires applied to health-care workers linked with a health care institution, and later, by an interview with the injured workers from an emergency and urgency reference unit in the city of Goiânia. Firstly, 382 health-care workers answered a questionnaire in order to identify those who had already suffered an accident, 39 of those who had had an accident have participated in the interview concerning aspects related to the accidents. The main causes to the accidents mentioned were: unattention, non-adoption of preventive steps, severity of injured patients, hurry due to work overload, and appliance, structure and material-related deficiencies. Among the feelings experimented we could highlight: insecurity, fearing infection, worries about the family, rage, and even calmness. About half of the workers have reported that the accident had not brought any consequence into their lives. The others reported that it had provided them with learning and growth. All workers reported awareness of the risks related to the accident, however we could note several inadequate conduct in their reports. 18 professionals reported all the accidents they had, 12 never reported any, and 9 reported only those considered most serious. Many manifested some difficulty in specifying the protective equipment used on the day of the accident, mainly due to the amount of time from the day of the event to the research date. The workers' perception of such phenomenon is very different from one another regarding the same kind of accident. Data shows the need of worker's health self-valuing, as well as programs aimed at improving the occupational safety.

**Key words:** occupational accidents, occupational risk, occupational health.

## LISTA DE SIGLAS

<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>Anti-HBs</b>	Anticorpo contra o antígeno “s” do vírus da hepatite B
<b>Anti-HCV</b>	Anticorpos contra o vírus da hepatite C
<b>ARV</b>	Anti-retroviral
<b>CAT</b>	Comunicação de Acidente de Trabalho
<b>CCIH</b>	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>CME</b>	Centro de Material e Esterilização
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>EPC</b>	Equipamento de Proteção Coletiva
<b>EPI</b>	Equipamento de Proteção Individual
<b>HBeAg</b>	Antígeno “e” do vírus da hepatite B
<b>HBIG</b>	Gamaglobulina hiperimune contra hepatite B
<b>HBsAg</b>	Antígeno “s” do vírus da hepatite B
<b>HBV</b>	Vírus da Hepatite B
<b>HCV</b>	Vírus da Hepatite C
<b>HDT</b>	Hospital de Doenças Tropicais
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>PP</b>	Precaução Padrão
<b>PU</b>	Precaução Universais
<b>PVPI</b>	Polivinil Pirrolidona Iodo
<b>SCIH</b>	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
<b>SESMT</b>	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	36
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	37
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	37
4.2	CAMPO DE ESTUDO .....	37
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	38
4.4	PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS.....	39
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	40
4.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	41
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	43
5.1	PRINCIPAIS CAUSAS DOS ACIDENTES .....	45
5.2	SENTIMENTOS VIVENCIADOS .....	60
5.3	CONSEQÜÊNCIAS DOS ACIDENTES.....	74
5.4	RISCOS RELACIONADOS AOS ACIDENTES ENVOLVENDO MATERIAL BIOLÓGICO .....	85
5.5	CONDUTAS ADOTADAS APÓS OS ACIDENTES ENVOLVENDO MATERIAL BIOLÓGICO .....	90
5.6	MEDIDAS DE PROTEÇÃO UTILIZADAS.....	101
5.7	SITUAÇÃO VACINAL DOS PROFISSIONAIS .....	105
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	108
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	112
	<b>APÊNDICES</b> .....	119
	<b>ANEXO</b> .....	123

## 1 INTRODUÇÃO

A prática diária do controle de infecção hospitalar freqüentemente nos coloca frente a situações complexas, relacionadas ao comportamento humano que, necessariamente, nos levam a refletir em busca de soluções para abordá-las de maneira mais efetiva. Entretanto, os processos de mudança de comportamento são um desafio para os profissionais nas mais diferentes áreas do conhecimento humano e, conseqüentemente, não seria diferente nas instituições de saúde (STARLING, 2001).

A possibilidade de mudança de um determinado comportamento depende do seu estágio de desenvolvimento e do tempo que o mesmo encontra-se estabelecido. Comportamentos são considerados altamente mutáveis quando estão em estágios iniciais ou apenas incorporados superficialmente aos padrões culturais ou a um determinado estilo de vida. Por outro lado, um comportamento apresenta pouca possibilidade de mudança quando já está estabelecido por um longo período ou profundamente incorporado culturalmente (STARLING, 2001).

Apesar de todo conhecimento disponível, incluindo várias medidas profiláticas comprovadamente eficazes, permanece o desafio de torná-las práticas rotineiras nas instituições de saúde. Neste sentido, estudos vêm demonstrando a baixa adesão dos profissionais da área de saúde às medidas preventivas (TIPPLE et al., 2003).

Os acidentes ocupacionais envolvendo material biológico potencialmente contaminado estão entre os principais indicadores da resistência dos profissionais de saúde em relação à adoção de medidas recomendadas para a prevenção desses

acidentes que, ainda, ocorrem com uma freqüência muito grande em decorrência de causas perfeitamente evitáveis.

Esses acidentes podem acarretar prejuízos variados à instituição onde o fato aconteceu devido a sua responsabilidade legal, aos colegas pela conseqüente sobrecarga de trabalho em função de licenças médicas e, principalmente, ao próprio acidentado, podendo gerar graves conseqüências físicas e psicológicas (SOUZA; VIANNA, 1993).

De acordo com Osborne (2003), as conseqüências de uma exposição ocupacional a patógenos veiculados pelo sangue vão além do comprometimento físico a curto ou longo prazo e podem afetar outros aspectos da saúde do profissional de saúde, tais como: controle emocional, social e até financeiro.

Em algumas ocasiões, a ocorrência de acidentes ocupacionais representa a expressão concreta de um processo paralelo e contínuo de desgaste e sofrimento mental (MACHADO; RISSI, 2004).

Entretanto, os aspectos relacionados com a implicação psicológica da exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado tem sido pouco discutidos na literatura.

O ajustamento do ser humano ao meio ambiente está relacionado a fatores internos próprios do indivíduo e externos provenientes do meio em que este se encontra inserido. Fatores que provocam o desequilíbrio, entre a capacidade do indivíduo em atender às exigências do cotidiano podem gerar prejuízos a saúde do mesmo (FEIX; PONTALTI; FERNANDES, 1998).

Ainda de acordo com Feix, Pontalti e Fernandes (1998), somente o sofrimento físico costuma ser reconhecido e, o sofrimento mental é tratado com desdém e marginalização pela sociedade como se não fosse real. Brandão Júnior

(2000), também acredita que a dimensão psicossocial não é incorporada na compreensão dos agravos à saúde no trabalho hospitalar.

Em uma pesquisa sobre os acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes, alguns trabalhadores de enfermagem alegaram mais de um dano físico desencadeado no momento do acidente embora nenhum trabalhador tenha registrado algum tipo de dano moral ou psíquico, relataram abalo emocional com o ocorrido (SARQUIS; FELLI, 2002).

Segundo Marziale, Nishimura e Ferreira (2004), o acidente envolvendo material biológico potencialmente contaminado pode trazer repercussões psicossociais ao profissional acidentado, levando a mudanças nas relações sociais, familiares e de trabalho. Além disso, as reações psicossomáticas pós-profilaxia e o impacto emocional gerados, também são aspectos preocupantes.

Muitos profissionais de saúde que se expõem aos acidentes com material biológico potencialmente contaminado percebem as ameaças físicas e psicológicas com reflexo para sua vida social e familiar, o que acaba aumentando seu sofrimento (MACHADO; RISSI, 2004).

De acordo com Brandão Júnior (2000), as dimensões subjetivas do acidente se mostraram por meio de um processo dinâmico e complexo que envolve a organização e a precarização do trabalho hospitalar, as repercussões psicossociais pós-acidente no trabalho e na família e sua associação com HIV/ aids e as reações psicossomáticas pós-profilaxia.

Os fatos evidenciam que tanto o empregado quanto o empregador, costumam menosprezar esse tipo de acidente por não terem a real consciência dos riscos envolvidos nos acidentes com materiais biológicos que podem, ao longo do tempo, ser causadores de doença e até de morte do trabalhador.

Além disso, o fato de trabalhar em unidades de saúde tem sido encarado, muitas vezes, com naturalidade ou resignação pela maioria dos profissionais que desempenham atividades nessas instituições porque desconhecem ou menosprezam os riscos à saúde ou, se sabem da existência dos riscos, não sabem como ou não podem evitá-los (HOEFEL; SCHNEIDER, 1997).

Apesar dos inúmeros estudos sobre o comportamento dos profissionais de saúde, ainda não existe uma resposta clara que nos permita identificar os motivos pelos quais as rotinas, preconizadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), aparentemente óbvias, não são seguidas. O que em um primeiro momento pode parecer óbvio, em análises mais profundas, revela aspectos extremamente complexos do comportamento humano, os quais têm sido objeto de pesquisa de diferentes áreas das ciências humanas (STARLING, 2001).

De acordo com a Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (1998), o profissional irá aderir mais facilmente a um programa de controle de infecção se compreender as suas bases. Assim, a educação do profissional constitui elemento fundamental de um efetivo programa de controle de infecção.

Entre a ação educadora e a mudança do comportamento existe um longo e complexo percurso, com inúmeros fatores intervenientes. Estes fatores englobam o método educacional, aspectos individuais do profissional em treinamento e do educador, assim como, o ambiente onde realiza-se o processo (STARLING, 2001).

Em um estudo com discentes de um curso de enfermagem sobre educação e prevenção do risco ocupacional, constatou-se que os entrevistados tiveram acesso às informações, ou seja, tiveram conhecimento cognitivo mas não interiorizaram este conhecimento, conseqüentemente, não houve uma ação conscientizadora que

gerasse posicionamento crítico. Os alunos percebem o risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), conhecem as medidas de biossegurança, mas, não se posicionam adequadamente diante do mesmo (BARROSO et al., 1996).

De certa forma a maior parte das pesquisas e publicações a respeito dos acidentes com materiais biológicos ou mesmo com materiais perfurocortantes costuma focar os profissionais mais acometidos por esses acidentes, os locais/setores onde estes ocorrem mais freqüentemente entre outros aspectos. Pouco se tem preocupado em estudar os aspectos relacionados à percepção dos profissionais acidentados, sua visão e compreensão acerca de todo o processo envolvido nesses acidentes.

Compreender o momento anterior ao acidente, englobando o conjunto de elementos de risco que o compõem, é imprescindível para que as relações, estruturadas em torno da interação dos trabalhadores com esses elementos, ou seja, relações de risco, possam ser evitadas. Além disso, faz-se necessário que o acidente seja compreendido como um conjunto e não como ações isoladas (AZAMBUJA; KERBER; VAZ, 2003).

Percebemos que apesar da implantação de várias medidas preventivas, na maioria dos hospitais ainda se observa um grande número de acidentes, especialmente com agulhas. Entre os fatores que contribuem para que estas medidas não sejam adotadas, incluem-se a relutância do profissional em mudar sua rotina, a não-disponibilidade do material para proteção e a falta de apoio administrativo (QUEIROZ, 1998).

Sarquis e Felli (2002), consideram que pouca atenção é dispensada à problemática dos acidentes com materiais perfurocortantes quando avaliamos a sua grande freqüência, a sua significativa subnotificação e a necessidade de preveni-los,



principalmente, em função das graves conseqüências que acometem um grande número de trabalhadores expostos a esses acidentes.

Nesse contexto, buscamos compreender melhor os acidentes com materiais biológicos a partir da percepção do próprio profissional acidentado, para que possamos adotar medidas mais eficazes para a prevenção desses eventos que, certamente, estão associados ao comportamento humano.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Os profissionais que trabalham em unidades de saúde, sejam elas de grande, médio ou pequeno porte estão expostos a um maior risco de adquirir doenças ocupacionais, mesmo que não prestem assistência direta ao paciente (BARROSO et al., 1996; RAPPARINI; CARDO, 2004). Somente após a epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida, maior atenção tem sido dispensada à epidemiologia e prevenção das exposições aos agentes biológicos transmitidos pelo sangue (CARDO, 1997). Este é um fato constatado por inúmeras pesquisas relacionadas ao tema e comprovado estatisticamente por vários autores.

Historicamente os profissionais de saúde não foram considerados como categoria profissional com alto risco para acidentes de trabalho (RAPPARINI; CARDO, 2004). Além disso, a própria legislação trabalhista não faz referências às relações de trabalho que antecedem o momento da ocorrência do acidente, limitando a análise desses fatos, a conseqüências imediatas e individuais. Esta forma de expressão da lei dificulta o entendimento do acidente, como conseqüência do processo de trabalho, e não unicamente da ação individual do trabalhador. Nota-se um predomínio de ações voltadas a amenizar as conseqüências dos acidentes, sem qualquer alusão à prevenção dos mesmos (AZAMBUJA; KERBER; VAZ, 2003).

Os avanços tecnológicos relacionados aos equipamentos, materiais e procedimentos e, principalmente, à complexidade das atividades realizadas pelos profissionais de saúde os expõem a vários tipos de risco que se manifestam por meio de diferentes problemas de saúde (SARQUIS; FELLI, 2002).

Dentro da estrutura de uma unidade de saúde, os riscos ocupacionais devidos aos agentes biológicos estão universalmente distribuídos, sofrendo variações proporcionais aos contatos mais intensos e diretos com os pacientes, principalmente envolvendo sangue, secreções e outros fluidos corporais (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1998).

De acordo com Azambuja, Kerber e Vaz (2003), as possibilidades de ocorrência de acidentes são produzidas durante o processo de trabalho, como resultado das relações profissionais e interpessoais que são estabelecidas. A ação individual que leva um trabalhador a experimentar um acidente, reflete uma organização de trabalho que, por sua vez, reflete uma organização social.

Uma grande variedade de agentes infecciosos pode ser responsável pela contaminação dos profissionais de saúde, inclusive já foram descritos casos de infecção ocupacional envolvendo mais de 30 diferentes tipos de patógenos. Contudo, as infecções por patógenos de transmissão sangüínea representam os principais riscos para os profissionais de saúde (RAPPARINI; CARDO, 2004).

O risco de infecção ocupacional depende de vários fatores como: das atividades realizadas pelo profissional e os setores de atuação dentro dos serviços de saúde; da natureza e da freqüência das exposições; da probabilidade da exposição envolver material infectado pelos agentes infecciosos; da resposta imunológica do profissional exposto e da possibilidade de infecção após determinado tipo de exposição (GERBERDING, 1995).

Neste sentido, os profissionais de saúde estão constantemente expostos ao risco de aquisição de infecções devido ao grande número de contatos com sangue e outros fluidos orgânicos, fato este que se tornou ainda mais preocupante após o surgimento da aids (BREVIDELLI; ASSAYAG; TURCATO JÚNIOR, 1995). Esta

exposição cotidiana a situações de risco, freqüentemente gera preocupação para os profissionais, mas nem sempre conduz à implementação de medidas de proteção (AZAMBUJA; KERBER; VAZ, 2003).

A transmissão de doenças infecciosas depende, fundamentalmente, das vias de eliminação dos microrganismos, de sua resistência às condições ambientais e da porta de entrada no hospedeiro susceptível. Para ocorrer transmissão de agentes infecciosos com baixa capacidade de sobrevivência fora do corpo humano, faz se necessário o estabelecimento de um contato muito íntimo entre a fonte e o susceptível (AYUB; AYUB; RIBEIRO FILHO, 2000).

Nas infecções de curta duração, que evoluem com baixos níveis do agente infeccioso na circulação sangüínea e onde ocorre uma contenção da infecção pelo sistema imunológico, a possibilidade de contaminação do profissional acidentado durante o curto período de circulação sangüínea é improvável e, geralmente, estas doenças não são transmitidas por via sangüínea. Por outro lado, infecções que evoluem com a presença contínua ou intermitente da partícula infecciosa na corrente sangüínea, oferecem um risco contínuo de transmissão. Neste sentido, as bactérias, os fungos e os parasitas não têm tanta importância na transmissão sangüínea das doenças ocupacionais quando comparados aos vírus. O HIV, o vírus da hepatite B e o da hepatite C são os agentes mais importantes envolvidos nas infecções ocupacionais (RAPPARINI; CARDO, 2004).

A avaliação do risco de transmissão de agentes hematogênicos como o vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambientes de assistência à saúde, baseia-se em informação proveniente da vigilância de casos suspeitos de transmissão a profissionais de saúde e a pacientes, em estudos de soroprevalência entre estes indivíduos em

estudos de risco de soroconversão após exposição a sangue ou outros fluidos corpóreos de pessoas infectadas (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1998).

Segundo Tipple et al. (2003), quanto maior a manipulação de objetos perfurocortantes e de sangue ou de outros fluidos orgânicos, maior a exposição e maior o risco para doenças como a aids e as hepatites B e C. A prática profissional demonstra uma baixa percepção desse risco, revelada pela não adesão às medidas preventivas básicas. Cardo et al. (1997), acrescentam que mesmo com a implementação das medidas de precauções padrão e de algumas técnicas e dispositivos de segurança, as lesões percutâneas continuam ocorrendo. Este fato traz preocupação porque estas lesões representam o maior risco de transmissão de patógenos veiculados pelo sangue aos profissionais de saúde.

Dentre os acidentes ocorridos pelo contato com materiais biológicos humanos, os relacionados aos artigos perfurocortantes (agulhas, lâminas, etc) são os mais freqüentes (SARQUIS; FELLI, 2002). Estudos experimentais comprovaram que uma maior quantidade de sangue é transferida quando o acidente é profundo e com agulha de grande calibre. Além disso, a quantidade de vírus no sangue dos pacientes pode variar bastante, dependendo do estágio da doença e do uso de antivirais pelo paciente (HO; MOUDGIL; ALAM, 1989).

Os acidentes ocupacionais envolvendo os materiais perfurocortantes são os principais responsáveis pela exposição ocupacional ao sangue e, conseqüentemente, aos microrganismos associados a esse veículo tais como o HBV, HCV e HIV (CARDO, 1997; OLIVEIRA; SOARES, 1998; PEDROSA; NOGUEIRA, 1997).

Em um estudo realizado por Souza e Vianna (1993), que propunha verificar a incidência de acidentes de trabalho relacionado com a não utilização das Precauções Universais (PU), constatou-se que 71,8 % dos acidentes de trabalho ocorridos no hospital estudado, estavam relacionados aos materiais perfurocortantes.

Sarquis e Felli (2002), também verificaram uma maior predominância dos objetos perfurocortantes como causadores dos acidentes de trabalho, representando um percentual de 53,70% acidentes entre trabalhadores de enfermagem.

Dados semelhantes foram encontrados por Jorge et al. (2000), em um estudo realizado junto ao Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) do Hospital Universitário São Vicente de Paulo em Passo Fundo-RS. Foi constatado que no ano de 1998 o tipo de acidente mais prevalente foi o punctório em 60,6% dos acidentes, sendo que o objeto mais envolvido nestes acidentes foi a agulha de sutura.

Culturalmente pouca consideração e atenção são dispensadas aos acidentes com materiais biológicos provenientes de contato direto com fluídos orgânicos ou mesmo pelos respingos, tanto em mucosas quanto em pele lesada e, principalmente, em pele íntegra. Talvez este seja um dos maiores motivos para o maior número de notificações provenientes de acidentes percutâneos e, conseqüente subnotificação dos acidentes relacionados aos respingos de uma maneira em geral. Portanto, estabelecer indicadores (taxas) de transmissão de doenças como a aids relacionadas a esses acidentes fica extremamente difícil.

Oliveira, Makaron e Morrone (1982), consideram que pouca atenção é dispensada aos fatores desencadeantes desses acidentes, apesar de serem

desenvolvidas diversas atividades potencialmente geradoras de um grande número de acidentes de trabalho no ambiente hospitalar.

Brevidelli, Assayag e Turcato Júnior (1995), constataram que a maioria dos entrevistados (47,3%) afirmou desconhecer as estimativas dos riscos de aquisição ocupacional tanto para a hepatite B quanto para a aids.

A partir de dados de 23 estudos prospectivos publicados, em um total de 4.867 exposições percutâneas a sangue contaminado pelo HIV, 15 profissionais soroconverteram, perfazendo uma taxa de 0,3%. Entre 1.107 exposições de mucosa, apenas 1 caso de soroconversão foi observado, representando uma taxa de 0,09%. O risco de soroconversão após exposição de pele não íntegra é provavelmente menor, mas ainda não foi quantificado, pois, apesar de casos de transmissão já terem sido descritos, nenhum caso de exposição, incluído nesses estudos prospectivos, converteu após exposição cutânea apenas (CARDO, 1997).

Estudos realizados estimam, em média, que o risco de transmissão do HIV em acidentes percutâneos é de 0,3% e de 0,09% após exposição de mucosas. O risco após exposição envolvendo pele não-íntegra ainda não foi precisamente quantificado, mas, estima-se que ele seja inferior ao risco de exposição de mucosas (BRASIL, 2004).

Teoricamente possíveis exposições acidentais de mucosas ou pele íntegra a sangue ou secreções potencialmente infectantes possam representar meios de infecção, os riscos são insignificantes quando comparados com a exposição percutânea, por meio de instrumentais perfurocortantes (BRASIL, 1999).

De todos os casos comprovados de contaminação de profissionais de saúde com HIV em função de acidentes de trabalho, 89% ocorreram após exposições percutâneas e 8% após exposições mucocutâneas. Na maioria dos casos, a

exposição foi provocada por agulhas com lúmen, apesar de terem sido descritos casos resultantes de acidentes com lancetas, pinos ortopédicos, vidros quebrados e bisturis. Além disso, aproximadamente 90% das infecções ocorreram após exposições envolvendo sangue, tendo sido descrito um caso de contaminação após acidente envolvendo líquido pleural hemorrágico (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001).

Em um estudo caso-controle retrospectivo proposto para identificar os fatores de risco para conversão ao HIV em profissionais de saúde após exposição a sangue HIV positivo, observou-se que dentre os indivíduos infectados havia maior exposição a grande quantidade de sangue, visível no dispositivo causador da lesão, procedimento que envolvia agulha colocada diretamente na veia ou artéria do paciente ou lesão profunda. A transmissão do HIV associou-se também a lesões nas quais o paciente fonte estava em estágio terminal da doença, principalmente pelo aumento do vírus circulante no sangue nos estágios finais da doença (CARDO et al., 1997).

No acidente percutâneo, o risco de transmissão está diretamente associado à presença de sangue do paciente fonte no dispositivo, a procedimento no qual a agulha foi diretamente usada em veia ou artéria ou em caso de perfuração profunda provocada por agulha com lúmen. O risco também aumenta se o paciente está em estágio terminal da doença, possivelmente pelo alto título de HIV na fase tardia da doença (PEDROSA; COUTO, 2003).

Em uma pesquisa realizada por Machado et al. (1992), a respeito do risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em profissionais da saúde, verificou-se que todos os testes realizados para a detecção do HIV (seguimento sorológico) nos profissionais que sofreram acidentes com material potencialmente



contaminado pelo vírus da aids, foram negativos, confirmando resultados obtidos em outras pesquisas prévias de que são raros os episódios de soroconversão após acidentes com material potencialmente contaminado pelo HIV.

Sabemos que vários fatores podem contribuir para a transmissão ocupacional do HIV após um acidente percutâneo, porém os estudos ainda não são conclusivos em relação a este aspecto (CARDO, 1997; PEDROSA; COUTO, 2003).

Após exposição ocupacional com presença de sangue, ou fluídos corpóreos, uma criteriosa avaliação deve ser feita quanto ao risco de transmissão do vírus HIV, em função do tipo de acidente ocorrido. O acompanhamento sorológico anti-HIV deverá ser realizado no momento do acidente, sendo repetido entre seis e doze semanas após o acidente e, pelo menos, seis meses depois (BRANDÃO JÚNIOR, 2000; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001).

A maioria dos indivíduos que adquirem a infecção após exposição percutânea, desenvolve anticorpo anti-HIV dentro de seis meses da exposição, tendo a probabilidade de transmiti-lo desde a infecção precoce (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1998).

A indicação ou não da quimioprofilaxia pós-exposição inclui a especificação do tipo de material biológico envolvido; a gravidade e o tipo de exposição; a identificação ou não do paciente-fonte e de sua condição sorológica anti-HIV; as condições clínicas, imunológicas e laboratoriais do paciente-fonte identificado como infectado pelo HIV/ aids (BRASIL, 2004). O uso dos anti-retrovirais (ARV) deve ser iniciado o mais precocemente possível, preferencialmente, até 2 horas após o acidente, prevenindo ou inibindo a infecção sistêmica por limitar a proliferação do vírus nas células alvo iniciais ou linfonodos (PEDROSA; COUTO, 2003). Estudos em animais sugerem que a quimioprofilaxia não é eficaz quando iniciada 24 a 48 horas

depois do acidente. As publicações internacionais e nacionais recomendam que o prazo máximo para o início da quimioprofilaxia seja de 72 horas após a exposição (BRASIL, 2004, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001).

Com a introdução da terapia combinada de medicamentos anti-retrovirais, a aids pode ser considerada uma doença crônica que possibilita ao paciente uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, aumentando a sua sobrevivência (MACHADO; RISSI, 2004).

Neste sentido o profissional acidentado deve ser orientado a respeitar rigorosamente as doses, os intervalos de uso e a duração do tratamento e, na presença de intolerância, ele deverá ser reavaliado para a adequação do esquema terapêutico. Nessa avaliação, esquemas alternativos de anti-retrovirais podem ser indicados na tentativa de manter a quimioprofilaxia durante quatro semanas (BRANDÃO JÚNIOR, 2000; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001).

Oda, Rocha e Teixeira (1994), afirmam que inúmeros trabalhos têm demonstrado que o risco de infecção pelo HIV é um fato concreto, apesar de relativamente baixo. Apesar disso, faz-se necessário a adoção de medidas preventivas eficazes visando a minimização desse risco. Neste sentido a vigilância em saúde e os estudos de avaliação dos riscos de infecção pelo vírus da aids podem se constituir em uma fonte de informação segura para a formulação de medidas que minimizem o risco de transmissão do HIV aos profissionais de saúde. O Brasil ainda não conta com um sistema de vigilância nacional de doenças ocupacionais relacionadas aos agentes biológicos.

A aids ainda é uma doença cercada por mitos e crenças que, geralmente, se constituem verdadeiras barreiras para permitir mudanças significativas de

comportamento e adoção de medidas preventivas buscando a redução da transmissão do HIV. Portanto, a consideração desses aspectos é de fundamental importância na elaboração dos conteúdos de programas de educação em saúde relacionados a esta temática (MENEZHIN, 1996).

Os profissionais de saúde além da população em geral, têm uma tendência de considerar a hepatite B como uma doença de pouca gravidade e caracterizada apenas por um quadro agudo (colúria e acolia fecal) que cede após algumas semanas de evolução. Ao contrário, a possibilidade de aquisição do HIV/ aids apavora e estigmatiza, levando os indivíduos, profissionais de saúde ou não, ao pânico e ao medo da morte inevitável. Em ambos os casos o que impera é o desconhecimento sobre a epidemiologia, modos de transmissão e as possíveis conseqüências de ambas as doenças (HOEFEL; SCHNEIDER, 1997).

Em relação ao HBV, estudos comprovaram que este microrganismo representa o principal agente de doenças profissionais adquiridas após contato com material biológico (FIGUEIREDO, 1992). Além disso, o risco relativo de transmissão do vírus da hepatite B é bastante superior ao risco de transmissão do HIV e do vírus da hepatite C após exposição percutânea a sangue contaminado (RAPPARINI; CARDO, 2004).

O sangue é o principal veículo de transmissão do HBV, embora, o HBsAg também seja detectado em vários outros fluidos corpóreos como o leite materno, liquor, saliva, sêmem, líquido sinovial e suor mas, apesar disso, não representam veículos eficientes de transmissão porque contêm baixos títulos de partículas infectantes (PEDROSA; COUTO, 2003).

O HBV é transmitido por exposição percutânea ou mucosa a sangue e fluidos corpóreos derivados do soro de pessoas que estejam na fase aguda ou crônica da

infecção pelo HBV (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1998). O risco de soroconversão dependerá, principalmente, do estado sorológico do paciente. A presença de HBeAg no soro, associa-se a um nível elevado de vírus circulante e, portanto, a uma maior infecciosidade. Em exposições pecutâneas envolvendo sangue sabidamente infectado pelo HBV e com presença de HBeAg, o risco de infecção clínica varia entre 22 a 31% e o da evidência sorológica de infecção de 37 a 62%. Quando o paciente-fonte apresenta somente a presença de HBsAg, o risco de infecção clínica varia de 1 a 6% e o de soroconversão de 23 a 37% (BRASIL, 2004). Embora ainda não quantificado, provavelmente, o risco de transmissão após exposição de membrana mucosa ou pele não íntegra é muito menor (KAWAGOE; CARDOSO; CAMARGO, 1998).

Estudos de soroprevalência têm sido realizados entre profissionais de saúde para avaliar de maneira indireta o risco e a frequência de exposição às doenças transmitidas pelo sangue. Em relação ao vírus da hepatite B, vários estudos de soroprevalência têm demonstrado que a sua prevalência é maior entre profissionais de saúde quando comparados à população geral (CARDO, 1997).

Fernandes et al. (1999), realizaram um estudo sobre a prevalência de marcadores sorológicos do vírus da hepatite B em trabalhadores do serviço hospitalar, demonstrou que o exercício da atividade profissional em um ambiente hospitalar, constituiu fator de risco na aquisição de infecção ocupacional pelo vírus da hepatite B, uma vez que, entre os 210 indivíduos examinados 43 (20,5%) apresentaram positividade para pelo menos um dos três marcadores sorológicos da hepatite B pesquisados. Além disso a maioria desses indivíduos admitiu não fazer uso freqüente das medidas de proteção recomendadas.

Os achados referentes a esta mesma pesquisa sugerem ainda que, além do contato direto com os pacientes, a manipulação de sangue e de outros fluidos corporais dos pacientes, a idade cronológica do indivíduo, o tempo de exercício profissional, o tipo de atividade exercida no hospital, e a não utilização dos equipamentos de proteção constituem-se nos principais fatores de risco da infecção ocupacional pelo vírus da hepatite B, para os trabalhadores da instituição.

Em uma pesquisa sobre o perfil soropidemiológico da infecção pelo vírus da hepatite B em profissionais das unidades de hemodiálise de Goiânia, verificou-se uma prevalência global para a infecção pelo HBV de 24,3%, sendo mais elevada que as encontradas em primodoadores de sangue e na população feminina da mesma região em pesquisas realizadas anteriormente (LOPES et al., 2001).

Quanto a quimioprofilaxia para a hepatite B, uma das principais medidas de prevenção é a vacinação pré-exposição, indicada para todos os profissionais de saúde que tenham maior risco de exposição a sangue ou a outros fluidos corporais potencialmente infectantes (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1990; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001; GERBERDING, 1995). A triagem pós-vacinação para anti-HBs é aconselhável aos profissionais sob risco permanente de exposição, para determinar se houve resposta à vacinação e auxiliar na definição da necessidade de revacinação ou implementação de profilaxia pós-exposição (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1998, BRASIL, 2004).

Trata-se de uma vacina com eficácia em torno de 90 a 95%, sendo considerada bastante eficaz e segura (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001). Entretanto, cerca de 10 a 15% dos indivíduos vacinados não alcançam títulos protetores adequados de anticorpos, neste grupo de risco estão

incluídos os obesos, imunodeprimidos, tabagistas e os maiores de 50 anos sendo considerados menos responsivos à vacina (PEDROSA; COUTO, 2003).

A vacina é recomendada em três doses nos intervalos de zero, um e seis meses. A imunidade conferida por esta vacina é prolongada, não sendo recomendadas doses de reforço após encerrado o esquema vacinal (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001).

Se o paciente fonte for HBsAg positivo e o profissional exposto não-responder ao esquema básico de 3 doses, uma única dose de gamaglobulina hiperimune (HBIG) e outra da vacina deverão ser ministradas logo após a exposição. Se a pessoa exposta for não-respondedora tanto à série básica quanto à revacinação, deve-se aplicar duas doses de HBIG, uma o mais cedo possível em relação à exposição e a segunda 1 mês depois (BRASIL, 2004).

A gamaglobulina hiperimune para a hepatite B, que apresenta altos títulos de anti-HBs, pode ser indicada em algumas exposições. A maior eficácia na profilaxia pós-exposição é obtida com o uso precoce da gamaglobulina hiperimune, dentro do período de 24 a 48 horas após o acidente (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001; MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004).

A hepatite C é uma doença infecciosa grave que pode cursar com cronicidade em mais de 85% dos casos, bem como com cirrose e hepatocarcinoma. Estima-se que o risco de transmissão do vírus após exposição percutânea envolvendo sangue contaminado esteja em torno de 1,8 a 3% (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001; GERBERDING, 1995). De acordo com o Ministério da Saúde, a incidência média de soroconversão após exposição percutânea com sangue sabidamente infectado pelo HCV é de 1,8%, podendo variar de 0 a 7% (BRASIL, 2004).

O período de incubação da hepatite C é de 6 a 7 semanas e, praticamente todas as pessoas com infecção aguda desenvolvem a infecção crônica pelo HCV com viremia persistente e têm o potencial para transmitir a infecção a outros indivíduos (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1998).

O risco de transmissão em exposições a outros materiais biológicos além do sangue ainda não foi quantificado, mas considera-se que seja muito baixo. Raramente ocorre transmissão por contato com mucosa e não existe nenhum caso documentado de transmissão por contato com pele lesada ou íntegra. Além disso, a contaminação ambiental com sangue não representa um risco significativo para a transmissão do HCV para os profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

Até o momento, não há vacinas disponíveis para profilaxia da hepatite C. Não existe nenhuma evidência de que a imunoglobulina, normal ou hiperimune, previna a hepatite C após uma exposição a sangue contaminado com HCV (CARDO, 1997; PEDROSA; COUTO, 2003).

Apesar de não haver medida profilática específica, recomenda-se a realização da sorologia para anti-HCV imediatamente após o acidente e seis meses após a exposição, bem como a dosagem das transaminases no momento da exposição, após quatro a seis semanas e no sexto mês de acompanhamento pois, identificando-se precocemente os casos de soroconversão pode haver indicação do uso do interferon e ribavirina, que têm demonstrado eficácia no tratamento da infecção aguda pelo HCV (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001).

A escassez de dados sistematizados sobre os acidentes ocupacionais envolvendo materiais biológicos não nos permite conhecer a magnitude desse

problema dificultando a implementação e avaliação de medidas preventivas (CANINI et al., 2002; MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Adicionalmente, Rapparini e Cardo (2004), consideram que os estudos realizados se referem exclusivamente a programas isolados, geralmente em hospitais universitários, não existindo uma estimativa nacional da ocorrência das exposições e infecções ocupacionais associadas às atividades profissionais envolvendo material biológico.

Sabemos que mesmo os indivíduos saudáveis, principalmente aqueles que trabalham em hospitais, podem transmitir ou adquirir de familiares, de pacientes e de outros profissionais de saúde os microrganismos modificados ou adquiridos no ambiente hospitalar (HOEFEL; SCHNEIDER, 1997).

O risco imposto a pacientes pelos profissionais infectados com patógenos como o HBV e/ ou HIV têm sido assunto de muito debate e controvérsias. Não existem dados que indiquem que trabalhadores infectados que não realizem procedimentos invasivos carreguem em si algum risco aos pacientes, portanto, restrições impostas a estes profissionais não são apropriadas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1991).

Segundo Hoefel e Schneider (1997), os atos profissionais que poderiam trazer algum tipo de risco aos pacientes são aqueles representados pelos procedimentos invasivos, onde existe a possibilidade de haver passagem de sangue do profissional infectado para o paciente em função de um acidente.

De acordo com estudos realizados, o risco de transmissão do HIV de um profissional de saúde a um paciente é aparentemente muito baixo e, provavelmente, depende de vários fatores, como do tipo de procedimento e da técnica cirúrgica empregada; da habilidade do cirurgião e das condições de saúde do profissional. O



risco de transmissão do HBV é bem mais alto e também depende dos mesmos fatores (HOEFEL; SCHNEIDER, 1997).

Em função da alta transmissibilidade do vírus da hepatite B, deveria ser proibido qualquer procedimento que implique na possibilidade de inoculação acidental de sangue do profissional contaminado no paciente, como em procedimentos cirúrgicos e curativos com instrumental em áreas cruentas. O afastamento do trabalho destes profissionais durante a fase aguda da doença é indicado. Todos os outros tipos de procedimentos não invasivos são permitidos. Embora seja muito pequena a possibilidade de transmissão do HIV, ela pode ocorrer em função de situações em que há grande probabilidade de introdução das mãos do cirurgião em regiões como o abdômen (áreas cruentas) portando instrumentos perfurocortantes, existindo maior possibilidade de lesão da mão do profissional (HOEFEL; SCHNEIDER, 1997).

Sabemos que grande parte dos acidentes ocupacionais poderia ser evitada pelo acesso e uso adequado das medidas de biossegurança, em uma organização de trabalho que incorpore essas medidas como instrumentos para proteger a saúde do trabalhador (AZAMBUJA; KERBER; VAZ, 2003).

Na tentativa de reduzir o número de exposições ocupacionais a sangue e a outros fluidos orgânicos e, conseqüentemente, reduzir o risco de transmissão dos patógenos presentes nestas secreções, os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publicou em 1987 as Precauções Universais (PU). De acordo com esta recomendação, sangue e secreções orgânicas importantes na transmissão do HIV e HBV, de todos os pacientes, devem ser considerados como potencialmente contaminados e, portanto, todos os cuidados devem ser tomados para se evitar

qualquer contato com sangue ou outras secreções orgânicas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1987).

No ano de 1996 o CDC estabeleceu uma nova rotina de isolamento e precauções, procurando sintetizar os diversos modelos existentes através das Precauções Padrão (LEÃO; GRINBAUM, 1997). As precauções padrão (PP), também chamadas de precauções básicas, constituem uma tentativa de reduzir os riscos de transmissão de microrganismos de fontes conhecidas e não conhecidas, sendo designadas para o atendimento de todos os pacientes, independente do diagnóstico ou da condição infecciosa (GARNER, 1996).

De acordo com Lopes, Moromizato e Veiga (1999), o próprio conceito de precauções padrão pressupõe que todos os clientes podem estar potencialmente infectados com microrganismos. Portanto, os profissionais de saúde devem se prevenir através de medidas de barreira, sempre que houver a possibilidade de contato com sangue ou outros fluidos corpóreos.

Sabemos que o risco de transmissão de doenças não é completamente eliminado pelo uso das precauções padrão, entretanto, apesar de diminuírem os riscos de aquisição ocupacional de infecções carreadas pelo sangue, esta prática não encontra ainda a aceitação e adesão desejadas (BREVIDELLI; ASSAYAG; TURCATO JÚNIOR, 1995; LOPES; MOROMIZATO; VEIGA, 1999; OLIVEIRA; SOARES, 1998). As luvas, por exemplo, reduzem a incidência de contaminação das mãos com sangue e outros fluidos, mas não podem evitar a penetração de agulhas e outros instrumentos perfurocortantes. As máscaras, protetores faciais e óculos reduzem a incidência de contaminação das membranas mucosas da boca, olhos e nariz. Os calçados fechados são recomendados para a proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (BRASIL, 2004).

Além da utilização das precauções padrão como medidas preventivas, encontram-se disponíveis no mercado dispositivos de segurança criados com a finalidade de minimizar a ocorrência dos acidentes com perfurocortantes tais como: os sistemas sem agulhas, sistemas de agulhas retráteis e os protetores de agulhas. Apesar da literatura americana demonstrar o impacto positivo desses dispositivos na redução do número de acidentes, a maioria das instituições de saúde em nosso país não têm perspectivas de implantá-los a curto prazo, principalmente, em função de seu custo elevado (MARZILE; RODRIGUES, 2002).

Em um levantamento sobre os acidentes percutâneos ocorridos no ano de 2001, verificou-se uma redução significativa da taxa de acidentes relacionados a materiais perfurocortantes e de exposições a sangue e a outros fluidos corpóreos, que foi atribuída a vários fatores como: maior utilização dos dispositivos de segurança, melhor qualidade dos treinamentos oferecidos aos trabalhadores sobre o risco associado aos acidentes perfurocortantes e maior número de treinamentos sobre o uso adequado dos dispositivos de segurança. Entretanto, ainda existe a necessidade de vigilância no que se refere ao uso adequado dos mesmos (PERRY; PARKER; JAGGER, 2003).

De acordo com Cardo (1997), os princípios para a seleção de um novo produto na prevenção dos acidentes incluem a avaliação da epidemiologia dos acidentes, características e custo do produto, facilidade de operação e descarte do mesmo e riscos para o paciente.

Souza e Vianna (1993), em uma pesquisa sobre a incidência de acidentes de trabalho relacionados com a não utilização das precauções universais, concluíram que 78,1% dos acidentes poderiam ter sido evitados e, destes 57% poderiam ter

sido evitados apenas com o uso de precauções universais com a utilização de luvas e óculos e, principalmente, pelo descarte apropriado de materiais perfurocortantes.

Em um estudo realizado por Brevidelli, Assayag e Turcato Júnior (1995), sobre a adesão às precauções universais, observou-se que das agulhas conectadas às seringas recolhidas de recipientes para descarte de materiais perfurocortantes, 46,8% estavam reencapadas, além disso, 84,6% das agulhas estavam desconectadas das seringas. O reencape de agulhas é ainda um dos maiores fatores de risco de aquisição ocupacional de infecções pelo sangue relacionado aos materiais perfurocortantes.

Lopes, Moromizato e Veiga (1999), puderam observar em seu estudo sobre a adesão às medidas de precaução-padrão que, o ato de reencapar agulhas é mais freqüente entre funcionários com maior tempo de formação ou de trabalho em serviços de saúde, evidenciando a resistência a mudanças apesar dos treinamentos realizados para estes profissionais.

Apesar da possibilidade de prevenção de grande parte dos acidentes de trabalho por meio da utilização das precauções padrão bem como pelo uso de outros dispositivos de segurança, percebemos que nem sempre estas medidas são facilmente adotadas, pois, ainda observamos um alto índice destes acidentes envolvendo sérias conseqüências. Para que os acidentes com materiais perfurocortantes sejam evitados, há a necessidade de, não só promover treinamentos periódicos em serviço objetivando reduzir sua freqüência, mas também permitir que os trabalhadores possam assimilar a própria organização de trabalho em que estão inseridos, podendo trabalhar com mais segurança encontrando soluções para sua prática diária (SARQUIS; FELLI, 2002).

Vale a pena ressaltar que as medidas de profiláticas pós-exposição existentes ainda não são totalmente eficazes. Assim, a prevenção das exposições ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal e mais eficaz medida para evitar a transmissão do HIV e dos vírus das hepatites B e C (BRASIL, 2004).

Além disso, há necessidade de implementação de um programa de vigilância epidemiológica dos acidentes ocupacionais. A vigilância fornecerá dados sobre os profissionais mais expostos aos riscos, quais os instrumentos que estão associados com os acidentes de maior risco, setores onde ocorrem os acidentes e quais as atividades associadas aos acidentes (CARDÓ, 1997).

### 3 OBJETIVOS

- Relatar a compreensão e percepção dos profissionais acidentados acerca do contexto envolvido no acidente com materiais biológicos destacando causas e possibilidades de prevenção;
- Identificar os sentimentos e reações experienciadas e as condutas adotadas pelo profissional acidentado no momento do acidente e após sua ocorrência;
- Analisar os acidentes com materiais biológicos de acordo com a auto-avaliação do profissional acidentado.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Este estudo foi desenvolvido fundamentado nos pressupostos da pesquisa qualitativa (BARDIN, 1977, MINAYO, 1999), visando compreender os acidentes ocupacionais com material biológico de acordo com a vivência de profissionais de saúde que já tenham passado por esta experiência em algum momento de sua vida profissional.

### **4.2 Campo de Estudo**

Instituição de grande porte voltada ao atendimento de pacientes em situação de urgência e emergência, em tempo integral e ininterrupto. Esta instituição, mantida pelo Governo do Estado (Secretaria de Estado da Saúde), também funciona como centro de referência para o estado de Goiás e, até mesmo, para outros estados.

Conta com um total de 195 leitos, dos quais 128 são direcionados à internação, 35 para terapia intensiva, 24 para a observação do pronto socorro e 8 leitos de reanimação. Oferece atendimento em diferentes especialidades médicas como: cirurgia geral, neurologia, ortopedia, anestesiologia, cardiologia, cirurgia vascular, clínica médica, pediatria, microcirurgia, entre outras. Além de serviços complementares como: odontologia, cirurgia buco-maxilo-facial, psicologia,

fisioterapia, fonoaudiologia, hemoterapia, farmácia, nutrição e dietética, serviço social, lavanderia e rouparia, serviço de higiene e limpeza, comissão interna de controle de infecção hospitalar, comitê de ética em pesquisa médica humana, serviço especializado de segurança do trabalho, dentre outros.

Participaram do levantamento as clínicas médica e cirúrgica, serviço de traumatologia, unidades de terapia intensiva (UTI), centro cirúrgico, central de material e esterilização (CME), laboratório, seção de hemoterapia, serviço de reanimação, enfermarias de observação, setor de suturas, ambulatórios de pronto atendimento (ortopedia, clínico geral e pediatria), seção de odontologia e de cirurgia buco-maxilo-facial.

### **4.3 População e Amostra**

De acordo com dados fornecidos pelo Departamento de Recursos Humanos em abril de 2004, a instituição contava com 1.109 profissionais de saúde.

Participaram da pesquisa, profissionais de saúde de nível fundamental, médio e superior totalizando 15 categorias. O quantitativo de profissionais lotados na instituição por categoria está distribuído da seguinte maneira: 443 médicos, 66 enfermeiros, 167 técnicos em enfermagem e 307 auxiliares de enfermagem, 11 biomédicos, 9 farmacêuticos/ bioquímicos, 26 técnicos em laboratório e 4 auxiliares de laboratório, 17 cirurgiões dentista, 18 cirurgiões buco-maxilo-facial, 3 técnicos em higiene dental, 5 auxiliares de consultório dentário, 7 fisioterapeutas, 5 fonoaudiólogos e 21 técnicos em hemoterapia.



Do total de profissionais lotados na instituição, 382 (34,4%) participaram da primeira etapa da pesquisa (questionário) e foram selecionados por conveniência levando-se em consideração os critérios de inclusão estabelecidos. Destes, 39 (10,2%) dos profissionais que sofreram algum tipo de acidente envolvendo material biológico, participaram da segunda etapa da pesquisa (entrevista) e mais uma vez foram selecionados por conveniência, sempre em função da disponibilidade do profissional em participar da pesquisa.

- Critérios de Inclusão

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa estabelecemos alguns critérios de inclusão visando uma padronização mais apropriada da amostra de profissionais da instituição selecionada. Portanto, os principais requisitos estabelecidos foram: ser profissional de saúde efetivo da instituição selecionada; exercer atividades com maior risco de exposição aos acidentes com materiais biológicos; disponibilidade para participar da pesquisa durante o turno de trabalho ou em dia, local e horário previamente estabelecidos; concordar em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

#### **4.4 Procedimentos Ético-Legais**

O projeto foi submetido à apreciação, análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição selecionada (ANEXO A), de acordo com o preconizado pela Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Todos os profissionais que participaram da pesquisa, mesmo que somente na primeira etapa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Garantimos o princípio da participação voluntária dos profissionais em todas as etapas deste processo, podendo retirar o consentimento a qualquer instante.

#### **4.5 Instrumentos de Coleta de Dados**

Os instrumentos elaborados para a coleta de dados foram analisados quanto ao seu conteúdo e forma por 3 (três) profissionais com experiência em controle de infecção e/ ou em segurança ocupacional e em pesquisa.

Foi realizado teste piloto no primeiro dia de coleta de dados a fim de verificarmos a operacionalização dos instrumentos e assegurar a fidedignidade das informações.

A coleta de dados foi realizada de janeiro a junho de 2004. Procuramos abordar diretamente os profissionais justamente com a intenção de identificar, também, aqueles que não notificaram os acidentes, por esse motivo não recorreremos diretamente aos serviços responsáveis pela notificação de acidentes.

Inicialmente, os dados foram coletados por meio de um questionário aplicado a grande parte dos profissionais que compõem a equipe de saúde da instituição selecionada (APÊNDICE B).

O questionário era composto pelos dados de identificação do profissional, com uma pergunta central sobre a ocorrência ou não de acidentes e um convite ao profissional já acidentado para continuar fazendo parte da pesquisa participando de uma entrevista.

A partir do preenchimento do questionário, os sujeitos que se enquadraram dentro dos critérios de inclusão, foram selecionados para a segunda etapa da pesquisa, e foram submetidos a uma entrevista do tipo estruturada individual (APÊNDICE C).

Na entrevista, vários aspectos relacionados aos acidentes envolvendo materiais biológicos foram abordados. Inicialmente solicitávamos uma descrição mais detalhada do acidente, questionando logo em seguida suas causas, sentimentos vivenciados, conseqüências, conhecimento dos riscos, o uso de EPI no momento do acidente, as condutas tomadas logo após o fato incluindo a notificação e, finalmente, a situação vacinal do profissional na época do acidente. Também deixamos a oportunidade para críticas e sugestões ao final da entrevista.

Para a realização da entrevista o profissional teve a liberdade de escolher o momento (dia, horário e local) mais apropriado para sua realização fornecendo um número de telefone para contatos futuros.

#### **4.6 Análise dos Dados**

A análise dos dados foi baseada nos pressupostos da análise de conteúdo proposta por BARDIN (1977). Utilizamos as três etapas consecutivas para o tratamento/ análise dos dados que são: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados (interpretação).

Inicialmente as entrevistas foram separadas por categoria profissional apenas para facilitar e viabilizar a categorização dos dados. Esses documentos foram lidos e relidos de maneira a levantar hipóteses e traçar estratégias.

Após a organização dos documentos, os depoimentos foram reagrupados (transcritos) de acordo com cada questionamento relacionado ao(s) acidente(s). Entretanto, vale ressaltar que, nem sempre, as respostas estavam relacionadas com as perguntas, ou seja, somente com a leitura pormenorizada desses depoimentos é que conseguimos direcionar muitas falas correspondendo ao questionamento. Este movimento facilitou, de certa forma, a separação e classificação desses dados em categorias de análise em função de características semelhantes.

A partir dessas categorias analíticas conseguimos agrupar as temáticas que emergiram desses discursos captadas durante as entrevistas.

E, finalmente, a partir da frequência dos núcleos temáticos dentro das categorias, demos início ao processo de descrição e interpretação dos resultados estabelecendo nossas inferências e constatações.

No processo de descrição e interpretação dos depoimentos, utilizamos a estratégia de codificação dos relatos dos profissionais em função da sua categoria profissional, bem como, pelo número do quantitativo de profissionais que participaram desta etapa por categoria profissional, garantindo o princípio de anonimato dos participantes.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados constantes na tabela 1, representam o quantitativo de todas as categorias profissionais que participaram da pesquisa na primeira etapa respondendo a um questionário.

**Tabela 1.** Distribuição dos profissionais da equipe de saúde por categoria profissional que participaram da primeira etapa da pesquisa entre acidentados e não acidentados - Goiânia, 2004.

Categorias Profissionais	Indicadores				Total
	Nº de Prof. Acidentados		Nº de Prof. Não Acidentados		
	Nº de Prof. Acidentados	%	Nº de Prof. Não Acidentados	%	
Enfermeiro (E)	13	46,4	15	53,6	28
Auxiliar de Enfermagem (AE)	79	72,5	30	27,5	109
Técnico em Enfermagem (TE)	80	60,6	52	39,4	132
Médico (M)	30	61,2	19	38,8	49
Cirurgião Dentista (CD)	08	72,7	03	27,3	11
Cirurgião Buco-maxilo-facial (CB)	05	62,5	03	37,5	08
Técnico em Higiene Dental (THD)	03	100	-	-	03
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	04	80,0	01	20,0	05
Biomédico (B)	01	14,3	06	85,7	07
Farmacêutico/ Bioquímico (FB)	-	-	05	100	05
Técnico em Laboratório (TL)	07	58,3	05	41,7	12
Auxiliar de Laboratório (AL)	01	100	-	-	01
Fisioterapeuta (FIS)	01	100	-	-	01
Fonoaudiólogo (F)	-	-	01	100	01
Técnico em Hemoterapia (TH)	05	50,0	05	50,0	10
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>62,0</b>	<b>145</b>	<b>38,0</b>	<b>382</b>

Entre os profissionais de saúde que participaram da primeira etapa da pesquisa (382 indivíduos), podemos verificar um alto índice de acidentes envolvendo material biológico humano, perfazendo um total de 62% (237 indivíduos) do total de profissionais pesquisados. Este percentual é bastante expressivo, pois, representa mais da metade do número de profissionais abordados.

Também verificamos que entre a maior parte das categorias profissionais, o número de profissionais acidentados supera o número de não acidentados e, em alguns casos, chega a ser duas vezes maior.

Dos 382 profissionais que participaram da primeira etapa da pesquisa, 39 também participaram da segunda etapa, ou seja, da entrevista. Destes, 6 enfermeiros, 6 auxiliares de enfermagem, 5 técnicos em enfermagem, 5 médicos, 4 cirurgiões dentistas, 2 cirurgiões buco-maxilo-facial, 1 técnico em higiene dental, 3 auxiliares de consultório odontológico, 2 técnicos em laboratório, 1 auxiliar de laboratório, 1 fisioterapeuta e 3 técnicos em hemoterapia.

Ao longo da entrevista buscamos abordar aspectos relacionados à percepção do profissional acerca de todo o contexto envolvido no acidente incluindo suas causas, sentimentos vivenciados, possíveis conseqüências, conhecimento dos riscos envolvidos, condutas adotadas em função do acidente, entre outros aspectos.

Os aspectos questionados na entrevista foram convertidos em categorias de análise, agrupando as temáticas relacionadas ao assunto. Neste sentido, as percepções dos profissionais acidentados, selecionadas como categorias para o estudo deste fenômeno foram: principais causas dos acidentes, sentimentos vivenciados, conseqüências dos acidentes, riscos relacionados ao acidente, condutas adotadas após o acidente, medidas de proteção utilizadas e situação vacinal dos profissionais acidentados.

## 5.1 Principais causas dos acidentes

Inicialmente questionamos a respeito dos fatores que provocaram os acidentes, alguns profissionais encontraram dificuldades para relacioná-los em função do aspecto da multicausalidade dos eventos.

Dentre os aspectos levantados em relação às causas dos acidentes envolvendo material biológico, extraímos as seguintes temáticas: descuido, condições do paciente, não observação das medidas de prevenção, excesso de auto-confiança, inadequação dos materiais, equipamentos e estrutura, pressa, risco inerente à profissão e sobrecarga de trabalho.

### Descuido

Dentre as principais causas mencionadas pelos profissionais de saúde entrevistados destacam-se os fatores relacionados com a auto-responsabilização pelo acidente representada, principalmente, pela falta de cuidado, de atenção e de prudência na realização de procedimentos.

*“Acredito que foi descuido mesmo [...]” (TL1)*

*“Foi descuido, acho que a maior causa dos acidentes é o descuido, a falta de precaução. Quem tem que tomar cuidado são os profissionais, pois às vezes, o paciente grave não tem noção dos seus movimentos.” (TH1)*

*“No primeiro, somente a falta de cuidado; no segundo, falta de observação ao auxiliar um curativo.” (TE2)*

*“[...] Em relação ao acidente com o equipo, acredito que foi realmente provocado pela falta de cuidado, de atenção [...]” (TE4)*

Em uma pesquisa sobre os acidentes típicos de trabalho entre os profissionais de enfermagem e os fatores associados, Santos et al. (1989) verificaram que, provavelmente, os fatores econômicos e profissionais tais como a desatenção, fadiga, entre outros, estão desmotivando os indivíduos para o trabalho que realizam e, de alguma forma, esta desmotivação leva os profissionais ao simples cumprimento de tarefas, sem a atenção necessária para evitar o acidente.

Brandi, Benatti e Alexandre (1998), em estudo sobre a ocorrência de acidente de trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, verificaram que há uma tendência de os trabalhadores não darem atenção ao processo de trabalho, como um todo, como causador dos acidentes. Existe uma propensão por parte do acidentado de colocar a culpa em seu próprio comportamento (comportamento de risco) incorporando, provavelmente, afirmações já ouvidas de superiores ou mesmo de colegas de trabalho.

Azambuja, Kerber e Vaz (2003), em uma pesquisa sobre a compreensão da organização do trabalho em saúde por meio da vivência dos trabalhadores envolvidos em acidentes de trabalho, perceberam que os acidentes são apreendidos como resultado de ações/ atitudes individuais inseguras ou de condições inadequadas de trabalho. Entretanto, a organização em torno do processo de trabalho que é articulado em função das relações de trabalho não se mostra ou não é percebida como tal, assim, toda a responsabilidade pelo acidente acaba recaindo sobre o trabalhador e não sobre a organização que o produziu.

Outra possibilidade de justificar a ocorrência do acidente se faz por meio da falta de previsão, o denominado “imprevisto”. Esta é uma justificativa comumente utilizada e tem a vantagem de não apontar diretamente responsáveis, como encontramos nas seguintes falas:



*“[...] Eu estava desprevenida e não dava para imaginar que o paciente iria tossir.”*

*(TL2)*

*“[...] Os acidentes ocasionados por respingos foram provocados pela falta de previsão, ou seja, não puderam ser previstos e prevenidos.” (TE4)*

### **Condições do paciente**

Alguns apontaram como causas para os acidentes aspectos relacionados com as características inerentes aos pacientes atendidos em unidades de emergência, ou seja, pacientes em estado crítico, na maioria das vezes.

Atribuir a responsabilidade do acidente a outras pessoas e até mesmo ao próprio paciente, representa uma possibilidade de se desresponsabilizar pelo fato aliviando, muitas vezes, a consciência do profissional acidentado.

*“[...] O primeiro, foi em função da própria característica do paciente.” (CD2)*

Paciente psiquiátrico.

*“Estava atendendo uma criança que chorava muito, não ficava quieta [...]” (CD3)*

*“[...] Foi um distúrbio de comportamento de momento rápido; a paciente estava lúcida, não sei o que deu na cabeça dela que ela deu aquele arranco. Eu tinha puncionado a veia, estava tudo direitinho, já estava injetando. Rapidinho assim ela deu aquele arranco no braço e a agulha saiu e voltou para mim, isso aí eu não sei te falar porque [...]” (AE4)*

Freqüentemente os profissionais de saúde prestam assistência a pacientes agressivos, agitados, ansiosos, confusos ou em estado crítico, podendo encontrar dificuldades para realizar os procedimentos necessários com segurança (SARQUIS; FELLI, 2002).

### **Não observação das medidas de prevenção**

Esta temática engloba uma série de aspectos que, freqüentemente, são responsáveis pela ocorrência dos acidentes envolvendo materiais biológicos. Dentre estes fatores merecem destaque: a falta de cooperação e até de responsabilidade e negligência dos profissionais, a falta de proteção com o uso dos equipamentos de proteção recomendados para cada procedimento e, até mesmo, a falta de habilidade técnica em executar procedimentos.

*“Sempre procurei me proteger, a não ser no acidente do respingo que eu não usava óculos [...]” (TL2)*

*“[...] talvez pela minha falta de habilidade prática principalmente [...]” (FIS1)*

Procedimento de administração de medicação através do equipo de soro.

*“[...] inadequação da funcionária do laboratório com o manuseio da seringa e agulha” (E3)*

*“Descuido do profissional que jogou agulha no lixo comum [...]” (E4)*

*“Vale a pena dispensar mais atenção quando em contato com material biológico e a importância do EPI. Poderia ter sido diferente se estivesse utilizando óculos de proteção.” (E5)*

*“Pecamos por não usarmos EPI.” (M3)*

A formação do trabalhador é, predominantemente, voltada para a execução de ações pré-estabelecidas, sem sua participação na íntegra do processo de trabalho. Esta formação tende a se reproduzir em seu cotidiano, fazendo com que permaneçam por seu fazer individual, como se a ação individual não pertencesse ao conjunto de ações coletivamente coordenadas (AZAMBUJA; KERBER; VAZ, 2003).

Em estudo realizado por Figueiredo (1992), sobre a opinião dos servidores de um hospital escola a respeito dos acidentes com materiais perfurocortantes, constatou-se que a displicência dos manuseadores desses materiais e seu descarte em locais inadequados são as principais causas dos acidentes dessa natureza. Ainda neste mesmo estudo, os próprios servidores da instituição sugerem que o treinamento e a identificação do pessoal displicente seriam medidas que contribuiriam para a redução do número de acidentes com materiais perfurocortantes.

Brevidelli e Cianciarullo (2001), verificaram em uma pesquisa que o tempo de experiência profissional demonstrou influir diretamente na adoção da recomendação de não reencapar agulhas, ou seja, os profissionais que mais adotam esta medida são aqueles com menos de dois anos de experiência profissional. Provavelmente, os profissionais com menor experiência receberam informações sobre medidas preventivas, incluindo as precauções padrão, durante o período de profissionalização. Por outro lado, profissionais com maior experiência profissional apresentam maior dificuldade em mudar hábitos já incorporados.

Em um levantamento sobre a produção científica relacionada aos acidentes de trabalho com material perfurocortante, Marziale e Rodrigues (2002), constataram que a ocorrência desse tipo de acidente não está relacionada apenas ao nível de formação do profissional, mas também ao treinamento, capacitação, recursos materiais disponíveis e à cultura. Identificaram também, que o principal fator associado a ocorrência do acidente percutâneo ainda é o reencape de agulhas, e que auxiliares e técnicos em enfermagem são os que mais comumente realizam esse procedimento. Além disso, concluíram que os principais fatores que contribuem

para a ocorrência desses acidentes são a falta de sensibilização e conscientização, a não percepção do risco individual e a falta de educação continuada.

Em uma pesquisa sobre a compreensão da organização do trabalho em saúde através da vivência dos trabalhadores envolvidos em acidentes de trabalho, Azambuja, Kerber e Vaz (2003), identificaram o desconhecimento dos profissionais a respeito das condutas a serem adotadas após os acidentes, incluindo as modificações que vêm ocorrendo ao longo do tempo, bem como, a deficiência no repasse das informações. Neste sentido, alguns trabalhadores não coletizaram as informações obtidas em suas experiências, mesmo sabendo que outros trabalhadores não tinham conhecimento sobre as condutas a serem adotadas após os acidentes.

Nesta mesma pesquisa ficou evidente o não repasse de informações, ou seja, a não socialização dos saberes, tanto entre trabalhadores, quanto por parte da instituição. Vale ressaltar que, a instituição nem sempre divulga adequadamente as informações relacionadas aos acidentes, além disso, muitas vezes, o trabalhador se acomoda não buscando estas informações e nem cobrando sua divulgação.

### **Excesso de auto-confiança**

Outro aspecto preocupante que também foi mencionado como causa para os acidentes e que, apesar de pouco lembrado, representa um risco potencial para os trabalhadores da área da saúde. Trata-se da capacidade de “imunidade” que alguns profissionais acreditam possuir em relação aos acidentes com materiais biológicos.

*“[...] E a gente tem aquela autoconfiança na gente mesmo. Acha que nunca vai acontecer comigo.” (AEI)*

*“[...] Mas o pessoal da enfermagem acha que vai acontecer com o outro mas com ele não [...]” (AE6)*

*“Para que todos os profissionais se cuidem mais e não sejam tão relapsos quanto eu. E para que eles não pensem que estes acidentes nunca vão acontecer com eles, só com os outros.”(AE6)*

O excesso de auto-confiança sem a auto-proteção e uso das técnicas apropriadas favorece a exposição ao risco, principalmente, pela falta de cuidado e atenção a tudo que está ocorrendo ou poderá ocorrer.

De acordo com Meneghin (1996), acreditar que a aids ou outra doença de cunho fatal, não possa acontecer consigo é um comportamento próprio de adultos jovens, cujas características incluem as sensações de invulnerabilidade e inseqüência. Esta sensação de poder e força pode ser vista como uma barreira entre o comportamento de risco e a tomada de decisão por parte do indivíduo em se proteger adotando hábitos seguros visando a prevenção do HIV ou outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Entretanto, apesar da maioria dos indivíduos pesquisados acreditar que a aids era algo muito distante, o período após a coleta de sangue representou um momento emocionalmente traumático manifestando medo em diferentes intensidades.

Em uma pesquisa sobre acidentes ocupacionais e situações de risco para a equipe de enfermagem Souza (1999), constatou que os profissionais de enfermagem vivenciam situações de risco diariamente, deixando de se proteger e de se cuidar como se fosse uma atitude “natural”, fundamental para o exercício da profissão cujo objeto é o cuidar.

## **Inadequação de materiais, equipamentos e estrutura**

Sabemos que a qualidade dos artigos médico-hospitalares que são utilizados pelos profissionais é fundamental para uma assistência mais apropriada aos pacientes. Recursos inadequados podem prejudicar tanto os pacientes quanto os profissionais que fazem uso dos mesmos.

A inadequação dos materiais e equipamentos utilizados na assistência ao paciente, bem como, a própria estrutura física também foi mencionada como fatores associados à ocorrência dos acidentes envolvendo materiais biológicos como podemos verificar abaixo.

*“[...] Além disso, a falta de qualidade dos materiais utilizados na coleta de sangue, prejudica a coleta do material [...]” (TH3)*

*“No primeiro a caixa para descartar perfurocortantes era improvisada [...]” (AE6)*

*“Eu só deixo uma mensagem para os governantes e os secretários de saúde, para eles procurarem melhorar mais e dar mais condições pra gente trabalhar, eu já nem falo em questão financeira, já falo mais no lado de trabalho [...]” (AE1)*

*“[...] condições de trabalho (local, luz, mesas, auxiliares); material de proteção, quando tem, esquecemos de usar. Precisamos de mais orientação e melhores condições de trabalho.” (M2)*

Sem dúvida, a organização de um serviço também interfere na qualidade da assistência prestada aos pacientes uma vez que está associada ao bom desempenho profissional dos funcionários deste serviço. Este aspecto foi lembrado como causador de acidentes ocupacionais com material biológico.

*“[...] Então, eu acho que não deveria ter acontecido isso, ela ter pegado as coisas, porque na realidade não fui nem eu que dei, ela veio não sei quem deu o soro, aí ela*

*foi tentar ajudar e acabou acontecendo esse acidente [...]” (TE5)* Acidente provocado pela imprudência de uma acompanhante ao realizar um procedimento restrito à equipe de enfermagem.

*“Acho que a falta de organização do hospital pois o paciente estava agitado e deveria estar sedado para fazer o procedimento [...]” (TH3)* O profissional do banco de sangue foi colher material para exames e o paciente não estava adequadamente sedado.

## **Pressa**

As unidades responsáveis pelos atendimentos de urgência e emergência apresentam especificidades características em função, principalmente, da gravidade dos pacientes atendidos. Entretanto, esta especificidade não pode ser usada para, constantemente, justificar os acidentes profissionais com material biológico como foi destacado pelos profissionais da instituição pesquisada.

*“Pressa para realizar o procedimento devido a condição do paciente [...]” (CD3)*

*“Acredito que foi a pressa mesmo em executar o procedimento [...]” (ACD3)*

*“Foi a correria, a pressa [...]. Foi esse o maior fator, foi a correria, porque são muitos pacientes, e 6 horas a gente tem que dar conta de tudo.” (AE2)*

Souza e Vianna (1993), em um levantamento sobre a incidência de acidentes de trabalho, constataram a mais alta incidência de acidentes no pronto socorro da instituição pesquisada que atende uma grande demanda nas mais diferentes especialidades. Afirmam ainda que este setor requer uma maior rapidez na execução das atividades e, conseqüentemente, maior risco de acidentes.

Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa sobre a ocorrência de acidente de trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Brandi, Benatti e Alexandre (1998), constataram que o maior número de acidentes no período pesquisado ocorreu no pronto socorro da instituição e foram atribuídos ao intenso ritmo de trabalho do setor. Também ressaltaram que este é um dos setores onde é realizado o maior número de procedimentos invasivos. Ainda concluíram que o ritmo intenso de trabalho, com conseqüente sobrecarga de trabalho, pode ter grande significado na ocorrência dos acidentes com materiais perfurocortantes.

### **Risco inerente à profissão**

O risco ocupacional é um aspecto inerente ao cotidiano dos profissionais de saúde em função das próprias atividades desenvolvidas e do seu objeto de trabalho. O acidente ocupacional envolvendo material biológico acaba tornando-se um risco laboral para os profissionais dos estabelecimentos de assistência à saúde.

Os riscos relacionados aos agentes biológicos, mais especificamente, estão amplamente distribuídos dentro das instituições de saúde, entretanto, os profissionais que lidam diretamente com o paciente ou em atividades associadas à manipulação de sangue ou outras secreções, certamente estão mais expostos a estes riscos. E, exatamente por este motivo que, estudos são realizados visando o aperfeiçoamento de técnicas e equipamentos que possam contribuir para a redução desses riscos.

Neste sentido, alguns profissionais também tentaram justificar os acidentes ocupacionais como ocorrências inerentes à rotina de um profissional de saúde, ou



seja, acabam incorporando o acidente como algo natural e rotineiro como percebemos nos depoimentos a seguir.

*“Acidente ocasional.” (M5)*

*“A gente toma o maior cuidado possível os acidentes são riscos que a gente corre [...]” (TL2)*

Parece fazer parte do senso comum que o acidente de trabalho é um acontecimento casual, que ocorre com o trabalhador no desempenho de suas atividades cotidianas. No entanto, acredita-se que os acidentes são produto, não só das ações individuais do trabalhador, mas de uma organização de trabalho que conduz a ações de risco geradoras de acidentes. Além disso, quando os indivíduos, estão inseridos em seu local de trabalho, tendem a permanecer vinculados a concepções institucionalizadas, pré-concebidas, não relacionando-as com todo o contexto do qual fazem parte (AZAMBUJA; KERBER; VAZ, 2003).

### **Sobrecarga de trabalho**

Outra característica muito freqüente em praticamente todas as instituições públicas de saúde do país e, não somente nas que prestam assistência a pacientes de urgência e emergência, diz respeito ao número reduzido de profissionais lotados nestas instituições.

Este é um dos problemas da saúde pública brasileira e gerador de tantos outros como a sobrecarga de trabalho, tumulto gerado pelos pacientes à espera de atendimento, insatisfação quanto ao atendimento recebido, entre outros.

*“[...] muitas vezes o tumulto prejudicava o atendimento e por conta da sobrecarga de trabalho. Conseqüências de poucos funcionários para muitos pacientes [...]” (AE6)*

*“[...] falta de material humano, pois em uma emergência às vezes alguns profissionais não têm tempo [...]” (E2)*

Situações emergenciais e desgastantes podem contribuir para a ocorrência de acidentes, mas estes podem ser prevenidos ou minimizados através da adequação do número de profissionais de saúde e implementação de treinamento contínuo, além de outros aspectos como: adequação da área física, aquisição de materiais e equipamentos de melhor qualidade, entre outras medidas que possam melhorar a execução das tarefas (KAWAGOE; CARDOSO; CAMARGO, 1998).

Sarquis e Felli (2002), afirmam que a maioria dos acidentes de trabalho que compromete a saúde do trabalhador está diretamente associada aos instrumentos utilizados para executar a sua função em seu ambiente de trabalho, bem como à quantidade de atividades que esse trabalhador desenvolve em sua jornada de trabalho. O ritmo acelerado de trabalho, a dupla jornada desenvolvida por alguns trabalhadores, pode comprometer a saúde desse trabalhador. Além disso, esse aumento do ritmo na produção é, também, gerador de ansiedade e medo no trabalhador, pela possibilidade da ocorrência dos acidentes, deixando esse trabalhador mais exposto aos riscos.

Segundo Azambuja, Kerber e Vaz (2003), o afastamento de um profissional provoca sobrecarga para os colegas, deixando-os mais expostos a novos acidentes. A dificuldade de identificar a dimensão e/ ou repercussão coletiva do acidente no contexto social advém, em parte, da divisão parcelada do trabalho institucionalizado. Portanto, esta divisão dificulta a percepção do trabalho enquanto coletivo, ou seja, faz com que cada um permaneça desempenhando suas funções, como se não existisse a necessidade do envolvimento de uns com os outros, em benefício da

construção da qualidade do trabalho e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos próprios trabalhadores.

A grande demanda de pacientes que recorrem às instituições de atendimento de urgência e emergência acaba gerando um grande volume de atendimentos especializados. Esta é uma característica marcante dessas instituições, especialmente, quando funcionam como unidades de referência. Entretanto, é difícil determinar se esta demanda é realmente grande para a capacidade de atendimento dessas instituições ou se esta é uma das conseqüências da carência de recursos humanos na saúde.

*“O grande volume de atendimentos [...]” (CD2)*

*“Em função da grande demanda eu me sentia nervosa com o acúmulo de pacientes para serem atendidos [...]” (AE6)*

*“[...] grande volume de atendimento [...]” (M2)*

Todos esses fatores associados podem provocar sérias conseqüências ao profissional além do acidente ocupacional propriamente dito. Neste sentido, devemos estar mais atentos aos sinais ou indicativos de que o profissional está passando por um período de desgaste físico e até mesmo mental para que possamos tentar intervir antes que problemas maiores aconteçam.

*“Eu creio que este fato ocorreu em função de dois fatores principais: eu havia ficado a noite toda acordada por problemas pessoais e trabalhei todo o período da manhã (o acidente ocorreu no final do período)[...]” (THD1)*

*“Parece que eu estou é cansada (físico e mental) [...]” (TE1)*

Souza e Vianna (1993), realizaram um levantamento sobre a incidência de acidentes de trabalho relacionados com a não utilização das precauções universais, constataram que entre os atendentes de enfermagem as principais justificativas foram: “foi acidente”, “não tinham como evitar” e que “foi por causa da agitação do paciente”; entre os auxiliares de enfermagem o maior motivo apontado foi: “reencape de agulhas”; já entre as enfermeiras, os principais motivos citados foram a “pressa, cansaço, excesso de serviço, descuido e negligência da equipe médica”.

Em uma pesquisa realizada por Jorge et al. (2000), em um hospital universitário acerca dos acidentes com materiais biológicos verificou-se que as causas mais freqüentes dos acidentes percutâneos são a falta de cuidado ou a realização de procedimentos com necessidade de rapidez de ações. Foram mencionadas ainda a falta de qualidade dos equipamentos e a falta de treinamento dos profissionais ou a combinação desses fatores.

Em um estudo sobre as dimensões psicossociais do acidente com material biológico, verificou-se que dentre as muitas causas atribuídas aos acidentes estão: descuido, sobrecarga de trabalho, cansaço físico, estresse, correria nos plantões, múltiplos empregos, falta de esclarecimento sobre biossegurança, precarização do trabalho (equipamentos e recursos humanos) e inadequação ou insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC) (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Souza (2001), observou em um estudo realizado entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem em um hospital escola, que a circunstância que mais levou à exposição com material biológico foi o manuseio de perfurocortantes após o seu uso. Os acidentes ocorreram durante o transporte desses materiais para o recipiente de descarte ou para o local de reprocessamento, durante a lavagem dos

artigos, pelo reencape de agulhas e por estas terem sido descartadas em local inapropriado.

As informações extraídas das pesquisas que foram realizadas sobre o assunto sugerem que a sobrecarga de trabalho e a negligência médica são as principais causas atribuídas aos acidentes pelos enfermeiros, e para os atendentes de enfermagem, estão relacionados à fatalidade. Entretanto, vários fatores também são atribuídos pelos autores como predisponentes à ocorrência de acidentes de trabalho dessa natureza tais como: situação de urgência, falta de capacitação dos profissionais, sobrecarga de trabalho, fadiga, má qualidade dos materiais, transporte de material perfurocortante, desconhecimento dos riscos de infecção e desconsideração das medidas de precaução recomendadas para cada procedimento e desatenção (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

## 5.2 Sentimentos vivenciados

A experiência de passar por um acidente com material biológico, especialmente após o surgimento da aids, realmente provoca sentimentos e reações totalmente diferenciadas e diversificadas entre os profissionais acidentados, justamente porque esta experiência é muito subjetiva, ou seja, cada indivíduo vivencia o acidente a partir de seus conceitos, pré-conceitos, valores, conhecimento do assunto, entre outros aspectos.

Dentro deste contexto, podemos inferir que é por conta desta subjetividade que encontramos tanta diversidade, ou seja, verificamos que profissionais de saúde com a mesma formação (graduação) relataram reações e sentimentos totalmente opostos.

Nesta categoria analítica, extraímos as seguintes temáticas emanadas das declarações dos entrevistados: preocupação e pânico, medo da contaminação, tranqüilidade e segurança, preocupação com a família, raiva, descrédito nos homens e apego à religiosidade, preconceito e discriminação, culpa, dor, preocupação com o paciente e nojo.

### **Preocupação e pânico**

Inseridos nesta temática encontram-se vários aspectos intimamente associados ao sentimento de preocupação e, justamente, em função desta semelhança é que acabaram sendo agrupados dentro de uma mesma temática. Portanto, o sentimento mais relatado foi preocupação com aspectos gerais relacionados ao acidente.

*“[...] Acredito que fiquei chateada mas, apesar disso, não me lembro de ter me desesperado diante do fato.” (AL1)*

*“Principalmente preocupação pois sabia dos riscos envolvidos com acidentes com materiais perfurocortantes.” (CD2)*

*“Na hora eu fiquei meio apreensiva, mas depois passou.” (ACD3)*

*“Temor.” (E1)*

*“[...] Depois, senti muito medo, chorei bastante.” (E3)*

*“Mal estar pois o paciente era HIV (+).” (M1)*

*“[...] Não, foi só preocupação. É, preocupação e medo que a gente sente.” (AE4)*

*“[...] Eu fiquei preocupada, mas não procurei ajuda no dia [...]” (TE1)*

*“No acidente onde o paciente estava agitado eu fiquei apavorada, com muito medo. Cheguei ao ponto de chorar [...]” (TE4)*

Alguns profissionais entrevistados relataram desespero e pânico quando passaram por algum acidente envolvendo material biológico. Alguns experimentaram estes sentimentos por mais de uma vez e até com maior intensidade em função das circunstâncias em que o acidente ocorreu (gravidade do mesmo, histórico do paciente, estado imunológico do profissional, entre outros aspectos).

*“[...] Eu entro em pânico mesmo, parece que a gente entra em choque [...]” (TL2)*

*“Eu espremi o dedo, arranquei os cabelos da cabeça! Me deu aquela sensação de pavor [...] Eu fiquei preocupada demais, chorei até [...]” (AE5)*

Feix, Pontalti e Fernandes (1998), acreditam que quando o profissional passa por situações que desencadeiam reações de medo e sofrimento, ele se aproxima da sua realidade de atuação, dos riscos que se expõe diariamente, assim como das

frustrações a que se submete. Portanto, é como se ele tomasse a consciência exata do risco presente em seu cotidiano diante desta situação.

Em uma pesquisa sobre a compreensão da organização do trabalho em saúde por meio da vivência dos trabalhadores envolvidos em acidentes de trabalho, verificou-se que o desconhecimento das condutas a serem adotadas após o acidente provocou ansiedade, preocupação e até medo nos profissionais acidentados (AZAMBUJA; KERBER; VAZ, 2003).

### **Medo da contaminação**

Outro sentimento, freqüentemente, vivenciado é o medo da contaminação, ou seja, a possibilidade de adquirir alguma doença em função do acidente com material biológico. Entretanto, este sentimento muitas vezes está associado somente com o risco de adquirir o HIV, sem levar em consideração o risco comprovadamente maior de adquirir outros vírus como das hepatites B e C.

*“O medo está relacionado com a possibilidade de contaminação com alguma doença transmissível [...]” (THD1)*

*“Medo, eu fiquei morrendo de medo de ter contraído alguma doença como a aids, a hepatite [...]” (ACD1)*

*“De imediato eu senti que iria me contaminar [desespero] [...]” (TH1)*

*“[...] A gente sempre pensa no risco de contrair principalmente HIV.” (TH3)*

*“Medo de ser contaminado por doenças, principalmente HIV.” (M3)*

*“Senti que fiz algo errado e perigoso para mim e tive medo de contrair doenças principalmente a aids.” (M4)*

*“[...] preocupação com a possível contaminação.” (E4)*



*“[...] Por um minuto passa tudo assim na sua cabeça sabe? Meu Deus do céu, eu vou ficar doente, eu vou ficar igualzinho a ele [...]” (AE1)*

*“A gente pensa na hora... doenças, de contrair alguma doença [...]” (AE2)*

*“[...] muita preocupação de contrair alguma doença incurável como a aids por exemplo [...]” (AE3)*

*“[...] será que o paciente tem alguma doença, será que isso vai refletir na minha vida, será que vai causar alguma coisa? E a primeira coisa que veio na cabeça: HIV, a primeira coisa [...]” (TE5).*

Para Meneghin (1996), o medo do contágio pelo HIV não percorre os caminhos da evidência científica sobre a doença, mas perpassa pelos meandros dos valores individuais e das crenças da população, evidenciando aspectos simbólicos da doença ligados intimamente à contaminação. Estes aspectos ficam evidentes nas contradições existentes entre as crenças associadas às informações incorretas que levam uma pessoa a considerar desnecessário o uso do preservativo ao se relacionar com parceiros “conhecidos” mas, ao mesmo tempo, teme a contaminação pela simples proximidade com um portador de HIV. Estas considerações foram elaboradas a partir das declarações feitas por universitários e presidiários a respeito dos mecanismos de prevenção e transmissão da aids.

Em um projeto de implantação de um *kit* para a comunicação de acidentes de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde, Porto et al. (1999), constataram que os profissionais experienciavam uma sensação de inércia pelo medo de ter sido contaminado após um acidente ocupacional com material perfurocortante, o que poderia contribuir para que o mesmo tivesse dificuldade com os procedimentos a serem adotados após o acidente.

## Tranqüilidade e segurança

Contraditoriamente, alguns profissionais informaram tranqüilidade e segurança quando acometidos por algum tipo de acidente envolvendo material biológico. Vale ressaltar que esses sentimentos não são tão freqüentes mas, geralmente, estão associados à gravidade do acidente, a características gerais do paciente (idade, aparência geral, quadro clínico, etc) e também a concepções individuais do profissional entrevistado. Neste sentido, pudemos constatar diferentes percepções associadas ao risco de contaminação após um acidente desta natureza.

*“Na hora do acidente eu fiquei tranqüila, não me desesperei em nenhum momento pois a culpa foi exclusivamente minha, não podia culpar ninguém do acidente que já tinha ocorrido.” (TL1)*

*“Nada, não houve preocupação excessiva, primeiro que nenhum paciente havia suspeita [...].” (CB2)*

*“[...] Não tive medo, pois achei desde o início que a paciente não tinha aids.” (CD3)*

*“[...] Eu penso que o que tiver que ser será, não adianta se desesperar depois do fato acontecido. Tinha que evitar, não evitou, é arcar com as conseqüências.” (TH2)*

*“[...] apesar do equipo estar conectado, o injetor estava bem distante do paciente; estava limpo, fiquei mais sossegada [...]” (FIS1)*

*“[...] No segundo, não tive preocupação pois a paciente estava grávida e perdeu o bebê durante um acidente, ela estava bem sadia” (TE2)*

Estas falas evidenciam o despreparo desses profissionais no que se refere ao conhecimento dos aspectos relacionados à seguridade ocupacional. As afirmações de que não houve preocupação porque: “não havia suspeita no paciente” ou “a paciente estava sadia porque estava grávida” aliada ao sentimento de fatalidade “o

que tiver que ser será”, indicam a extrema necessidade de atualização destes trabalhadores. Provavelmente estes profissionais encontram-se mais expostos aos riscos relacionados aos acidentes envolvendo material biológico potencialmente contaminado pelo próprio desconhecimento ou mesmo pela minimização e desvalorização dos riscos. Além disso, muitos profissionais demonstram maior preocupação apenas quanto à positividade ou não do paciente em relação ao HIV.

### **Preocupação com a família**

O medo de prejudicar a família é outra preocupação representativa e, em alguns casos extremos, parece superar a preocupação com a própria saúde do profissional acidentado. Este foi um aspecto marcante entre os profissionais de enfermagem com formação de nível fundamental.

*“Principalmente preocupação, parece que tudo passa na cabeça, a gente pensa nos filhos, na esposa, em você... São muitas preocupações, principalmente com a família [...]” (TH3)*

*“[...] se eu contrair alguma doença, minha família é que vai ser prejudicada. Porque na hora, acho que a gente nem pensa muito na gente não, eu acho que a gente pensa é na família mesmo.” (AE2)*

*“[...] A gente que tem família, tem filhos, tem neto; a gente preocupa.” (AE3)*

Estas falas demonstram a conscientização acerca do significado do acidente sob o ponto de vista da manutenção e preservação da saúde do trabalhador e de sua família por extensão.

## **Raiva**

A raiva por conta do acidente em si e/ ou pelas circunstâncias envolvidas no mesmo, também foi mais um dos sentimentos manifestados pelos profissionais entrevistados. Em alguns casos este sentimento estava relacionado a condutas inadequadas do próprio profissional acidentado e, em outros, por condutas indevidas de outros profissionais da equipe de saúde agravando ainda mais este sentimento.

*“[...] a raiva, o nervosismo foi decorrente do acidente em si mas, também, pelo fato de ter que trabalhar naquele dia.” (THD1)*

*“[...] raiva por não ter afastado o equipo, para não ter acontecido este acidente.” (CD1)*

*“No primeiro momento raiva, pois eu estava paramentada executando um procedimento e fui acidentada por alguém inseqüente [...]” (E3)*

*“Principalmente raiva e preocupação. Especialmente no segundo senti muita raiva [...]” (TE3)*

## **Descrédito nos homens e apego à religiosidade**

A religião funciona, muitas vezes, como um ponto de apoio para muitos indivíduos que vivenciam situações difíceis, entretanto, os recursos e avanços da ciência ligados à prevenção e tratamento de várias doenças transmissíveis não podem ser negados ou menosprezados. É claro, também, que muitas questões ainda não foram esclarecidas.

Uma das entrevistadas que se acidentou por três vezes com materiais perfurocortantes, afirmou desacreditar nos homens e em seus conhecimentos, como pensa até hoje, e acabou se apegando à religiosidade, um aspecto também presente em outros relatos.

*“[...] Eu cheguei em um ponto em que eu não acreditava no que as pessoas me falavam, eu só acreditava em Deus e em Nossa Senhora. Eu sentia a resposta dentro de mim: calma minha filha, você não vai adquirir este vírus.” (AE6)*

*“[...] Aí reza, aí são os santos é quem sofrem! [...] eu acredito muito no remédio de horta [...]. Primeiro neles, pra depois você entrar no antibiótico de hospital mesmo, que a gente evita o máximo de tomar.” (AE1)*

Vale a pena ressaltar que, os hábitos e costumes (cultura) dos indivíduos são aspectos muito marcantes em suas vidas e, portanto, manifestam-se em seu cotidiano por meio de suas reações, atitudes, condutas, mesmo que em seu ambiente de trabalho.

### **Preconceito e discriminação**

O preconceito é um traço marcante em nossa sociedade como um todo, e não somente entre profissionais de saúde. Apesar de muitos saberem que atualmente não devemos mais considerar os chamados “grupos de risco”, na prática ainda adotamos muitos “pré-conceitos” que infelizmente fazem parte de nossa cultura. Muitos sabem que os riscos estão universalmente distribuídos e que as precauções devem ser padronizadas (precauções padrão) para cada tipo de procedimento e não em função da aparência, quadro clínico ou diagnóstico do paciente, entretanto, na prática, esses conceitos não são aplicados adequadamente.

A preocupação com a procedência do paciente (presidiário, morador de rua), com a sua estética (tatuagens, piercing, vestuário), com sua opção sexual (heterossexual, homossexual ou bissexual) e até com os hábitos de vida dos pacientes (alcoolismo, usuário de drogas, profissional do sexo) são aspectos ainda

hoje freqüentemente observados nos pacientes atendidos pelos profissionais de saúde independentemente do nível de atenção à saúde.

*“Alguns passaram despercebidos. Outros preocuparam pela procedência dos pacientes e tamanho do acidente [...]” (M2)*

*“[...] O paciente tinha histórico de etilismo crônico, hábitos duvidosos embora tenha colhido a história de antecedentes de orientação sexual, transfusão sanguínea e outros”. (E5)*

*“No primeiro eu senti mais medo e insegurança, devido a paciente estar acamada há muito tempo [...]” (TE2)*

*“[...] Me deu aquela sensação de pavor, pois eu não sabia o que falar para o meu marido, para minha família [...] O problema maior é a discriminação das pessoas, por exemplo, se uma pessoa adquire aids, ninguém vai acreditar que foi através de uma agulha ou em um acidente, logo vão pensar que se o indivíduo for homem é porque é homossexual ou se mulher é porque teve relações sexuais extraconjugais.” (AE5)*

*“Eu acredito que os profissionais de saúde deviam se valorizar mais, cuidar melhor de sua saúde e para isso deviam se prevenir melhor, usar todos os equipamentos adequados sempre tratando as pessoas com os mesmos cuidados sem considerar somente sua aparência.” (ACD1)*

Sabemos que desde algum tempo já não existem mais os chamados “grupos de risco” mas “pessoas com comportamentos de risco”. Portanto, considerar que a aids se restringe a alguns grupos minoritários e estigmatizados é, no mínimo, colocar em risco a própria segurança e integridade física (MENEHIN, 1996).

Segundo Machado e Rissi (2004), as reações típicas do momento do acidente, apontadas por diferentes estudos, como medo, transtorno emocional e, até mesmo, desespero, parecem desencadear a necessidade de assumir crenças e mitos que o profissional tem a respeito do paciente, ou seja, o profissional acaba se identificando com o paciente, com toda a gama de preconceitos e tabus que cercam a vida destes doentes.

Ainda segundo estes autores, a dimensão do temor ao acidente e suas conseqüências parece estar ligada a possíveis identificações com o próprio paciente. Além disso, praticamente todas as medidas necessárias para a profilaxia pós-exposição são desconfortáveis e acabam colocando o profissional em condições muito parecidas com as vivenciadas rotineiramente pelo paciente com aids, como o grande número de medicamentos que precisam ser tomados e seus efeitos colaterais, a necessidade do uso do preservativo nas relações sexuais assim como os cuidados para se evitar uma gravidez durante o período de observação. Portanto, o acidente faz com que o profissional passe a ser um ser tão vulnerável quanto o seu paciente.

A problemática do preconceito, da discriminação também pode ser constatada entre os próprios profissionais de saúde. Ao ser questionada sobre as possíveis conseqüências geradas pelos acidentes sofridos, uma profissional entrevistada conseguiu caracterizar a discriminação por parte dos próprios colegas de trabalho por meio de uma experiência pessoal. Mais uma vez ressaltamos os inconvenientes gerados pelas generalizações e julgamentos que fazemos das pessoas.

*“[...] Já passei por uma experiência muito próxima desta situação quando adquiri uma hérnia de disco na região cervical quando trabalhava na Clínica Cirúrgica. Daí em diante minhas escalas sempre estavam associadas a tarefas de quem não quer*

*fazer nada, coisas banais, e logo as colegas começaram a me criticar e cobrar pois estavam se sentindo prejudicadas. Foi aí que pedi minha transferência para outro setor pois eu me sentia produtiva, tinha outras habilidades mas que não estavam sendo aproveitadas. Aí consegui me realizar em outras atividades.” (AE5)*

O cotidiano das relações estabelecidas entre profissionais e pacientes portadores de HIV/ aids é permeado pelos julgamentos pessoais, visões sobre os comportamentos de risco e possíveis meios de infecção. Entretanto, os mesmos trabalhadores estão sujeitos à mesma discriminação inclusive em seu grupo social. A falta de conhecimento sobre a aids associada à forma geralmente preconceituosa de se encarar este problema leva as pessoas a expressar, de maneiras variadas, seus sentimentos em relação a esta síndrome. Esta situação desencadeia mecanismos que culminam com comportamentos de rejeição e atitudes discriminatórias que são demonstradas através da expressão de vários sentimentos (MENEZHIN, 1996).

Em uma pesquisa sobre as dimensões psicossociais do acidente com material biológico Brandão Júnior (2000), verificou que, principalmente, entre auxiliares de enfermagem houve casos em que os maridos chegaram a acusar suas esposas de serem portadoras da doença e, também, de infidelidade.

### **Culpa**

Também identificamos profissionais que manifestaram culpa pelo acidente associada ao sentimento de arrependimento por não terem evitado o fato e, até mesmo, decepção.



Este sentimento parece estar relacionado ao uso inadequado das medidas preventivas ou mesmo pela falta de critério na avaliação dos riscos associados ao procedimento realizado, como podemos observar nos depoimentos a seguir.

*“[...] não podia ter acontecido isso, a gente podia ter um pouquinho de cuidado a mais [...]” (TE5)*

*“Fiquei decepcionada com minha falta de cuidado e desvalorização dos cuidados com biossegurança com material contaminado [...]” (E5)*

*“Senti que fiz algo errado e perigoso para mim [...]” (M4)*

*“Sei que agi errado em relação às condutas tomadas após os acidentes incluindo o processo de notificação dos mesmos, mas às vezes é mais fácil não fazer a coisa certa! Só que eu me pergunto, se em todos estes acidentes eu conseguiria tomar os remédios [AZT, etc]; dizem que são horríveis! Uma colega minha se feriu quando fazia uma cesárea de uma aids, e ela tomou a medicação e sofreu muito. Como meus pacientes não tinham histórico para aids, resolvi arriscar e não tomar os remédios e nem tive coragem para pedi-los para fazer o teste de HIV. Sei que estou errada mas, como disse, às vezes é mais fácil não fazer a coisa certa! O que eu preciso mesmo, é tomar mais cuidados para não me acidentar!!! Acho também que deveria ser feita uma propaganda nas televisões para conscientizar os pacientes para eles colaborarem e fazerem o teste HIV quando o profissional da área de saúde se ferir. Sei de vários casos, em que o paciente se sentiu muito ofendido e em alguns casos se recusou a fazer o exame! (M4)*

## **Dor**

Ao serem questionados a respeito do que haviam sentido no momento do acidente, alguns profissionais declararam simplesmente dor. O fato de se aterem

somente a este aspecto, provavelmente, indica uma baixa percepção dos riscos associados a estes acidentes ou, talvez, um envolvimento superficial com estes (desprezo).

*“Dor [imediato]. Reações inflamatórias [posteriormente].” (CB1)*

*“Picada no dedo.” (M5)*

### **Preocupação com o paciente**

Alguns profissionais verbalizaram o sentimento de preocupação com os pacientes envolvidos no acidente. Este sentimento demonstra uma maior sensibilidade desses profissionais em relação à saúde do paciente fonte e não apenas com a sua que, no momento, encontrava-se em risco.

*“No momento fiquei com pena da paciente que era criança e estava sofrendo com uma infecção dentária e eu lembrei que ela teria que receber mais uma agulhada para retirar o sangue [...]” (CD3)*

*“[...] Eu fiquei preocupada mais com o estado geral da paciente, pois ela não estava bem.” (TH1)*

*“[...] Além disso, também temos que pensar em proteger outras pessoas além do próprio funcionário.” (TH1)*

### **Nojo**

Este aspecto foi destacado apenas por uma profissional que se acidentou quando uma criança que fazia tratamento dentário de emergência vomitou em sua cabeça afetando seu rosto e parte do tórax. É previsível que uma pessoa sinta nojo de algumas secreções, especialmente quando esta apresenta um cheiro e aspecto

desagradável, como no caso da secreção gástrica. Entretanto, este fator não deve ser valorizado em detrimento aos riscos associados a um acidente desta natureza.

*“Na verdade, senti especialmente nojo do vômito pois eu estava bem protegida [...]”*

*(ACD2)*

Nos acidentes envolvendo material biológico os profissionais, freqüentemente, experimentam sensações de frustração, minimização ou negação do risco envolvido, vivência de ter adquirido uma doença, receio de ser menosprezado ou excluído pelos colegas de trabalho enfim, sensações de perdas as mais diversas (CAVALCANTE; PEREIRA, 2000).

Trabalhos publicados e relevantes observações informais retrataram que o episódio do acidente ocupacional é vivenciado com muita angústia pelos profissionais da saúde (CARDOSO, 1997).

### **5.3 Conseqüências dos acidentes**

Quando tratamos das conseqüências de um fato como um acidente com material biológico, muitos profissionais imediatamente pensam somente nas conseqüências negativas associadas a estes eventos. Entretanto, também ocorreram manifestações de que o mesmo serviu como um alerta para a mudança de condutas e comportamentos de risco e de que o fato não trouxe nenhum tipo de conseqüência ao profissional acidentado.

Neste contexto, devemos considerar a representatividade de cada acidente para cada indivíduo, ou seja, um mesmo acidente, nas mesmas circunstâncias pode ser considerado significativo para um indivíduo e para outro desprezível. Estes indivíduos podem inclusive ter a mesma formação, mas, como o próprio termo indica, cada indivíduo como ser único possui suas próprias percepções, conceitos, valores e princípios de vida.

Com base nessas particularidades estabelecemos grupos temáticos para as conseqüências relatadas pelos profissionais entrevistados para os acidentes sofridos a saber: não trouxe conseqüências, aprendizagem e amadurecimento e frustração.

#### **Não trouxe conseqüências**

Praticamente metade dos profissionais entrevistados relatou não ter sofrido nenhum tipo de conseqüência relacionada ao(s) acidente(s) descrito(s). Acreditamos que, para muitos, a experiência de passar por um acidente ocupacional envolvendo material biológico parece não ter sido significativa, pois não lhes proporcionou nenhum tipo de contribuição. Entretanto, alguns manifestaram uma certa

preocupação, ou melhor, incerteza quanto a possíveis conseqüências futuras talvez por não terem procedido adequadamente em relação ao processo de notificação e acompanhamento pós-acidente.

*“Não, nenhuma conseqüência. É como se não tivesse acontecido”. (ACD3)*

*“Ainda não.” (M1)*

*“Aparentemente não.” (E4)*

*“Até o momento não [...]” (M2)*

*“Não, nenhuma. Eu fiquei assim, com medo de alguma conseqüência, alguma coisa no futuro que viesse acontecer.” (TE3)*

*“Graças a Deus, não! Inclusive já fiz várias sorologias para HIV [a última este mês] e todas foram negativas.” (M4)*

*“Não, não houve nada [...]” (AE2)*

*“Nenhuma conseqüência.” (TE2)*

*“Não, eu logo esqueci o fato, não tive nenhum problema, nunca senti nada.” (ACD1)*

A partir dos depoimentos podemos inferir que os acidentes relatados por estes profissionais parecem ter sido pouco significativos para suas vidas. Possivelmente, a importância de um fato como um acidente ocupacional envolvendo material biológico, está associada aos conhecimentos teóricos e práticos do profissional e, até mesmo, ao seu desconhecimento sobre o assunto.

Ainda hoje, muitos profissionais de saúde não têm a real consciência dos riscos associados aos acidentes envolvendo material biológico, especialmente porque em nosso país estes aspectos são pouco discutidos e divulgados. Este problema acaba gerando outros como: subnotificação, altos índices de abandono do tratamento e de acompanhamento pós-exposição, entre outros, principalmente pela

falta de dados consistentes sobre estes riscos. Percebemos que toda essa problemática está inserida no ciclo vicioso da desinformação.

Em uma pesquisa sobre a ocorrência de acidentes de trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, verificou-se que a maioria dos trabalhadores (95,7%) respondeu negativamente quando questionados a respeito das conseqüências trazidas pelo acidente. Entretanto, entre as conseqüências referidas por 4,3% dos profissionais entrevistados destacam-se a mobilidade deficiente de um dedo e o abalo psicológico provocado por um acidente com agulha contaminada com sangue de paciente HIV positivo (BRANDI; BENATTI; ALEXANDRE, 1998).

Porto et al. (1999), em um projeto de implantação de um *kit* para comunicação de acidentes de trabalho, encontraram profissionais que desconheciam as doenças ocupacionais provenientes de acidentes com materiais perfurocortantes, o que poderia estar influenciando na subnotificação, bem como na minimização das conseqüências relacionadas a estes acidentes.

Sabemos, que os maiores riscos não são trazidos pelo ferimento em si, mas, principalmente, pela possibilidade da existência de agentes biológicos veiculados pelo sangue e secreções corpóreas e que estão presentes nos materiais envolvidos nos acidentes (BRANDI; BENATTI; ALEXANDRE, 1998; MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

### **Aprendizagem e amadurecimento**

A outra metade declarou que os acidentes trouxeram conseqüências positivas, principalmente para suas vidas profissionais, uma vez que, representaram indicadores de condutas, procedimentos e rotinas inadequados que contribuía

para a ocorrência desses acidentes. Portanto, acabaram servindo como um alerta em suas vidas para a mudança de postura profissional.

*“Trouxe conseqüências positivas até o momento, pois eu aprendi a tomar mais cuidado. Não tem porque trazer conseqüências negativas, eu fiz todos os exames e do paciente também, e todos deram negativos.” (TL1)*

*“Muda. Muda muito. Sabe, parece que é um alerta; serve de alerta pra gente sabe? [...]” (AE1)*

*“Tomo mais cuidado com perfurocortantes, presto mais atenção.” (CD4)*

Nesse mesmo grupo de profissionais boa parte chegou a declarar, a princípio, que os acidentes não trouxeram nenhum tipo de conseqüência para sua vida pessoal e/ ou profissional, mas, logo em seguida destacaram que o fato acabou favorecendo a mudança de comportamento dos profissionais envolvidos nos acidentes, despertando a consciência dos mesmos e contribuindo com atitudes mais reflexivas.

*“Não, mas de certa forma serviu como um alerta. Proporcionou maior atenção em relação ao meu trabalho.” (AL1)*

*“Não, nenhuma conseqüência. Aliás, passei a ficar mais atenta, me prevenir mais, a tomar mais cuidado evitando situações de risco.” (TH2)*

*“Não, nenhuma. Na verdade a gente fala que não teve conseqüência mas, a gente passa a tomar mais cuidado, a ter mais atenção” (TE4)*

*“Não, trouxe assim... não foi conseqüência não, foi mais assim... alerta com o paciente [...]” (AE4)*

*“Não. Mas foi um alerta para ter cuidado redobrado ao manuseio deste material.” (CD1)*

A rotina de trabalho de muitos profissionais de saúde é desgastante em si, simplesmente pelo fato de lidar diariamente com pessoas com os mais variados tipos de doenças e, conseqüentemente, com diferentes graus de dependência e necessidades individuais. Agravando ainda mais esta situação temos vários outros problemas que prejudicam sobremaneira o trabalho desses profissionais como a falta de recursos materiais, recursos materiais inadequados, falta e despreparo dos recursos humanos, estrutura física inadequada, falta de supervisão e gerência, entre tantos outros problemas.

Neste contexto estes profissionais estão expostos e se expõem a situações de risco para os acidentes com materiais biológicos sem nem mesmo terem a consciência disso. E é justamente em função dessa “rotina” que muitos acidentes acontecem trazendo repercussões variadas na vida dos profissionais acidentados. Alguns ainda conseguem converter a experiência “negativa” em meios eficazes para evitar futuras exposições através da mudança de comportamento/ conduta.

*“[...] o meu proceder, o meu ritmo de trabalho mudou bastante. Não pra pior mas pra melhor! Faço com mais calma [...]” (AE1)*

*“Eu fiquei mais atenta, agora eu procuro fazer as coisas com mais calma e com mais atenção [...]” (AE5)*

*“Não, mas só assim... quando acontece acidente a gente fica... tipo assim, faz refletir melhor, eu tenho que ter mais cuidado independente do paciente [...]” (TE5)*

Além disso, nos acidentes envolvendo material biológico os profissionais podem vivenciar sentimentos, reações e até circunstâncias por vezes inéditos e, por este motivo, muitos acabam passando por um processo de amadurecimento



“forçado”, no sentido de que um acidente dessa natureza não é a melhor forma para se adquirir maturidade profissional. Mas, nem sempre os profissionais que se acidentam conseguem atingir esse nível de abstração, ou seja, tirar proveito de um evento traumático.

*“Trouxe uma consciência, pois a gente acha que nunca vai se acidentar, mas quando acontece [...]. Hoje eu não faria o que eu fiz [trabalhar com problemas], pois agora, penso em me resguardar mais.” (THD1)*

*“[...] Esse é o nosso defeito, infelizmente a gente só previne quando a gente sabe na realidade o que o paciente tem, então, quando acontece uma coisa dessas você começa a refletir: eu tenho que tomar mais cuidado, eu tenho que começar a usar luva pra punccionar veia, eu tenho que começar a fazer isso e aquilo [...].” (TE5)*

*“Não houve, apenas amadurecimento e passei a ter mais cuidados.” (E2)*

Souza (2001), constatou que grande parte dos profissionais que vivenciam alguma exposição ocupacional ao HIV, conseguiu modificar hábitos, principalmente referentes ao uso das precauções universais e dos equipamentos de proteção individual.

Azambuja, Kerber e Vaz (2003), acreditam que apesar de ser freqüentemente considerado como um evento individual, o acidente de trabalho apresenta repercussão coletiva. Além disso, esta repercussão coletiva pode ter conotação positiva ou negativa. Dentro da conotação positiva, podemos citar o estímulo ao uso dos equipamentos de proteção individual, que o acidente desperta, mesmo que momentaneamente, nos outros trabalhadores. Por outro lado, dentro da conotação negativa, podemos ter a possibilidade de afastamento do trabalhador pelo

comprometimento emocional em função de um acidente envolvendo sangue e/ ou outros fluidos corpóreos.

Nos últimos anos, a literatura especializada em controle de infecção vem abordando a necessidade de conscientização dos profissionais da área da saúde, o que resultaria em mudança de comportamento para uma prática efetiva de medidas preventivas. Entretanto, essa mudança de comportamento coletivo não tem correspondido às expectativas, apesar de todo conhecimento disponível (TIPPLE et al., 2003).

A preocupação com a segurança, tanto do profissional de saúde quanto do paciente, foi um dos aspectos que se destacou em meio às declarações. Vale ressaltar que a preocupação desses profissionais não se restringiu à própria segurança, como observamos freqüentemente no ambiente hospitalar.

*“O primeiro trouxe uma grande mudança de comportamento quando ocorreu, no segundo eu percebi que para se colher o material [sangue], devemos cuidar tanto da segurança do paciente quanto do profissional. Hoje eu não colhia o sangue daquele paciente naquelas condições.” (TH3)*

*“[...] A gente vai retomando a rotina mas com um pequeno detalhe, a gente vai ficando mais atento para a própria segurança, até da família. Agora, eu examino o local do trabalho [da transfusão] antes de iniciar as atividades até para ver a gravidade do paciente para tomar mais cuidado ou não.” (TH1)*

O uso indiscriminado de luvas entre os profissionais de saúde é um bom exemplo da falta de cuidado com a segurança da própria equipe de saúde e, conseqüentemente, com a do paciente. Freqüentemente observamos que muitos profissionais utilizam as luvas como uma forma de proteger sua própria saúde por

meio dessa “barreira física” quando entram em contato direto com o paciente. Entretanto, este equipamento de proteção individual pode acabar se tornando um instrumento de disseminação de microrganismos (infecções cruzadas) em ambientes hospitalares quando as mãos enluvadas desses profissionais tocam maçanetas, telefones, suportes de soro, entre outras superfícies.

De acordo com Tipple et al. (2003), um EPI pode transformar-se em um equipamento de disseminação coletiva, quando não consideramos os riscos coletivo e ambiental. O risco ambiental apresenta-se como um fator preocupante, que exige esforços dos profissionais a fim de incluí-lo em nossas condutas de prevenção e controle das infecções. A luva de procedimentos, por exemplo, utilizada como barreira para o profissional, pode transferir secreções orgânicas para as superfícies tocadas fora do atendimento propriamente dito como, por exemplo, ao manipular prontuários ou aparelhos telefônicos.

As luvas devem ser retiradas imediatamente após seu uso, antes de tocar superfícies ambientais ou de entrar em contato com outro paciente. Em hipótese alguma a lavagem de mãos deve ser negligenciada entre os contatos, da mesma forma que não é admitida lavagem das luvas entre os mesmos (LEÃO; GRINBAUM, 1997).

### **Frustração**

Esses acidentes também podem trazer graves conseqüências psicológicas para o profissional. Como pudemos constatar, os sentimentos vivenciados são bastante diversificados estando relacionados com a gravidade do acidente, com as circunstâncias envolvidas no mesmo, experiências pregressas do profissional e, também, a fatores intrínsecos ao próprio profissional acidentado.

Nem todas as experiências vivenciadas resultaram somente em conseqüências positivas. Alguns passaram por situações extremas, chegando a desenvolver síndrome do pânico associada, principalmente, ao uso da quimioprofilaxia pós-exposição, como declarou um profissional.

Apesar de termos identificado poucas experiências que resultaram somente em conseqüências aparentemente negativas sob o ponto de vista dos profissionais acidentados, não podemos simplesmente ignorar esta possibilidade principalmente para que tomemos atitudes mais eficazes voltadas para a prevenção desses eventos.

*“Trouxe insegurança, insegurança no trabalho. Até mesmo, pressa de me aposentar.*

*Eu nunca tive pressa de me aposentar mas depois desses acidentes eu tive, para largar de correr esse risco. Eu tive até medo, e temo, que um dos meus filhos possa escolher alguma profissão na área da saúde.” (TL2)*

No caso dessa profissional que chegou a sofrer cinco acidentes, podemos ter a noção da gravidade desses eventos na vida de uma pessoa e até mesmo na de seus descendentes.

Em outro caso bastante semelhante, a profissional chegou a ser trocada de função, pois mesmo depois de ser vacinada, por duas vezes, com esquemas completos da vacina contra a hepatite B, seu organismo não foi capaz de produzir anticorpos contra este vírus. Esta profissional chegou a sofrer três acidentes em sua antiga função, onde estava muito mais exposta aos acidentes com materiais biológicos.

*“Eu me senti incapaz no serviço, pois tive que mudar de função, pois não tinha mais capacidade [diminuída], me senti um estorvo. Às vezes me sinto inferiorizada por não*

*saber resolver alguns problemas da nova função [secretária] [...]. Hoje já superei 50%.” (AE6)*

*“[...] Também me senti frustrada pois percebi que na tentativa de atender aos pacientes com agilidade, corremos o risco de nos prejudicar.” (AE5)*

O esquema de vacinação contra a hepatite B inclui um esquema de três doses administradas por via intramuscular, com a segunda e a terceira doses administradas um e seis meses após a primeira. A imunidade conferida por esta vacina gira em torno dos 90% e, por este motivo, a detecção de anticorpos não é recomendada rotineiramente para todos os indivíduos pós-vacinação (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1990).

Caso um profissional de saúde não vacinado se exponha a sangue de paciente ABsAg positivo, recomenda-se iniciar o esquema de vacinação e também a administração da imunoglobulina hiperimune preferencialmente dentro de 24 horas após a exposição. Caso o profissional seja vacinado, deve ser realizado o anti-HBs para avaliar sua imunidade. Se o profissional não apresentar níveis satisfatórios de anti-HBs, uma dose da imunoglobulina hiperimune e uma da vacina deverão ser administradas logo que possível. No caso do profissional ser vacinado e apresentar níveis adequados de anti-HBs, nada precisará ser feito (BRASIL, 2004).

Ainda com relação ao caso dessa profissional que precisou ser trocada de função, percebemos um sentimento muito forte de frustração relacionado com a sua nova função. Devemos tomar muito cuidado ao trocar um profissional de sua função original, quando houver esta necessidade, para não corrermos o risco de prejudicar ainda mais a adaptação do mesmo à nova rotina que, preferencialmente, deve se aproximar da antiga.

Segundo Feix, Pontalti e Fernandes (1998), dentre as alternativas para uma melhor readaptação do profissional às condições de trabalho estão a reavaliação das tarefas a serem desenvolvidas e a valorização do próprio indivíduo.

Em uma pesquisa sobre as dimensões psicossociais do acidente com material biológico verificou-se que os profissionais passaram a ficar com medo da contaminação no trabalho, ansiedade, depressão e medo da morte em função da expectativa do resultado do teste anti-HIV, fantasias de contaminação, preocupação com a vida sexual passada, presente e futura, receio de reações negativas da família, parceiro e colegas de trabalho (críticas, discriminação), sentimento de culpa pelo acidente, raiva do hospital e do sistema de saúde hostil (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

#### **5.4 Riscos relacionados aos acidentes envolvendo material biológico**

Estudos demonstram que os riscos relacionados aos acidentes ocupacionais com material biológico são bastante diversificados, principalmente em função do tipo de acidente sofrido e das circunstâncias associadas ao mesmo.

No que se refere ao tipo de acidente, a maior gravidade, ou seja, o maior risco de transmissão de infecções está associado aos acidentes perfurocortantes onde há uma destruição da barreira física dos tecidos provocando uma maior exposição, seguidos dos acidentes envolvendo mucosas e, além disso, temos ainda os acidentes envolvendo tecido cutâneo (íntegro e não íntegro) que apresenta a menor probabilidade de contaminação mas que não pode ser descartada. Também deve ser considerado o tipo de fluido orgânico envolvido no acidente (sangue, líquido amniótico, líquido, secreção vaginal, entre outros) e sua capacidade, ou melhor, seu potencial de concentrar microrganismos. Ainda com relação ao acidente com material biológico propriamente dito, também devemos avaliar o tempo de contato entre o fluido orgânico e a lesão, quando houver.

No que diz respeito ao profissional acidentado, mais especificamente, devemos considerar seu estado imunológico (imunocompetente ou imunodeprimido), sua situação vacinal em relação às doenças imunopreveníveis, possíveis doenças pré-existentes entre outros fatores.

Quanto ao paciente fonte, devemos considerar o estágio da doença em que ele se encontra (período de latência, fase aguda ou crônica), além disso, deve-se avaliar a viremia do indivíduo, a concentração de células circulantes infectadas e, finalmente, a possibilidade de o paciente estar recebendo tratamento quimioterápico.

Sabemos que esses acidentes, especialmente aqueles associados aos materiais perfurocortantes, ainda envolvem o risco de trazer seqüelas físicas ao profissional acidentado. É claro que este fato ocorre em proporções muito pequenas mas não deixa de ser mais um risco relacionado a esses acidentes.

Além dos riscos biológicos e físicos propriamente ditos, os acidentes envolvendo material biológico podem ser geradores de graves conseqüências/seqüelas psicológicas para o profissional acidentado. Este não é um aspecto freqüentemente pesquisado, pois muitos profissionais acidentados menosprezam os riscos associados aos acidentes com material biológico apesar das evidências.

Nesta pesquisa, praticamente metade dos profissionais entrevistados informou que o acidente não trouxe nenhuma conseqüência para sua vida pessoal e/ou profissional quando questionados a respeito das conseqüências geradas pelos acidentes sofridos.

Quando questionamos aos profissionais a respeito dos riscos/ conseqüências relacionados aos acidentes com material biológico, todos eles afirmaram ter conhecimento desses aspectos. Entretanto, verificamos durante as entrevistas, deficiências e dúvidas relacionadas, principalmente, aos mecanismos de transmissão de algumas doenças entre profissionais de nível médio e fundamental.

*“Tinha e tenho mais ou menos [...]. Você só se conscientiza quando cai na no laço. Aí foi que me interessei em estudar e buscar mais sobre as doenças [...].” (AE6)*

*“[...] que o contato diretamente com a agulha já usada que me perfurou era um... é... contaminação direta né!” (AE4)*

Também identificamos profissionais que manifestaram a necessidade de maiores esclarecimentos direcionados aos acidentes ocupacionais envolvendo



material biológico. Percebemos, mesmo que não verbalizada claramente, a importância dos treinamentos, atualizações, enfim, de estratégias direcionadas ao desenvolvimento das atividades profissionais dentro de padrões de segurança satisfatórios.

*“Apesar de sempre trabalhar em hospitais de grande volume: hospitais universitários, pronto-socorros estaduais, os riscos são pouco divulgados [necessitamos de mais esclarecimentos]” (M2)*

*“Sim, só não sabia como resolvê-los, ou seja, não sabia exatamente como proceder logo depois dos acidentes.” (TE3)*

*“Acho que falta uma maior conscientização tanto do paciente quanto dos profissionais através de cursos, palestras, apostilas com a finalidade de prevenir mais os acidentes.” (TH3)*

*“Acho que deveria haver sempre campanhas de esclarecimento nas instituições de saúde para os profissionais se conscientizarem melhor dos procedimentos a serem tomados em caso de acidentes deste tipo.” (E4)*

Sabemos que ainda existe um despreparo muito grande dos profissionais de saúde em se tratando de aspectos relacionados aos acidentes tais como: cuidados locais com o ferimento, procedimento de notificação, processo de acompanhamento (monitoramento sorológico) pós-exposição, entre outros. Esta situação é agravada principalmente pelo baixo índice de participação dos profissionais, que trabalham em instituição de saúde, nos treinamentos que são realizados, ou mesmo pela não realização de atividades direcionadas à prevenção de tais eventos.

Também tiveram aqueles que manifestaram satisfação em relação aos conhecimentos adquiridos em treinamentos oferecidos pela própria instituição onde

estes trabalham. Entretanto, sabemos que muitos profissionais não participam de tais atividades em função de vários aspectos como a falta de tempo decorrente de outros empregos, falta de colaboração/ compreensão dos supervisores que não estimulam nem viabilizam a participação de seus subordinados em tais atividades e ainda a falta de interesse dos próprios profissionais em adquirir novos conhecimentos ou mesmo de se atualizar.

*“[...] Porque aqui no hospital, sempre a gente tem aulas, tem treinamentos, o pessoal sempre dá treinamentos pra gente. Eu sempre procuro pegar, nem todos, mas sempre que dá, eu pego [...]” (AE1)*

*“Tinha. Participei de inúmeras palestras sobre o assunto.” (E5)*

Novamente identificamos o sentimento de preocupação com a saúde da família do profissional acidentado, associada com a preocupação com a própria saúde. Este aspecto também foi destacado quando questionamos à respeito dos sentimentos vivenciados pelos profissionais acidentados.

*“[...] Pode dar complicação, pode dar complicação pra gente, complicar pra família mas, pra mim principalmente. Aí eu pensei logo foi na família [...]” (AE2)*

Identificamos mais uma vez o sentimento de discriminação no contexto de uma das entrevistas realizadas com uma profissional da equipe de enfermagem. A mesma profissional destacou este sentimento quando foi questionada a respeito dos sentimentos experienciados em função dos acidentes envolvendo material biológico.

*“[...] Além de correr o risco de ser jogada para escanteio, pois qual a finalidade de profissional de saúde doente? Aí começam a lhe dar licenças, férias... Sem contar com as críticas dos próprios colegas de trabalho e até da chefia.” (AE5)*

Em um estudo sobre educação e prevenção do risco ocupacional, discentes de um curso de enfermagem relataram que seus conhecimentos sobre os riscos relacionados à aids são insuficientes (BARROSO et al., 1996).

Brevidelli, Assayag e Turcato Júnior (1995), afirmam que não podemos garantir que a crença que os profissionais têm de seu conhecimento sobre precauções universais (PU) é condizente com seus reais conhecimentos, pois os profissionais que julgavam não ter conhecimento suficiente acertaram tantos questionamentos quanto àqueles que acreditavam ter conhecimento necessário sobre o assunto, em uma pesquisa realizada entre profissionais da equipe de enfermagem com o objetivo de se verificar a adesão às precauções universais. Este aspecto pode ser comprovado pelo fato de que parte significativa da amostra, cerca de 60%, considerou importante o conhecimento do diagnóstico sorológico do paciente, o que contraria o princípio fundamental das PU.

Em um estudo sobre os riscos de exposição ao sangue de pacientes durante procedimentos cirúrgicos, alguns profissionais consideram que todos os pacientes deveriam ser testados para detecção do HIV antes de qualquer procedimento, este seria um meio de reduzir o risco de transmissão ocupacional de HIV. Contudo, este procedimento pode trazer a falsa sensação de segurança, pois não detecta outros patógenos transmitidos pelo sangue como os vírus das hepatites B e C. Além disso, seria uma prática extremamente onerosa e praticamente inviável em unidades de emergência, onde o risco do paciente ser portador de alguma doença transmissível pelo sangue é muito maior. Portanto, esta prática não é recomendada como medida para prevenir a transmissão ocupacional de patógenos transmitidos pelo sangue (GERBERDING et al., 1990).

## **5.5 Conduas adotadas após os acidentes envolvendo material biológico**

### **Conduas tomadas imediatamente após os acidentes**

A experiência de um acidente envolvendo material biológico é bastante individual e, certamente, as condutas adotadas pelo profissional acidentado irão depender da sua percepção sobre o problema.

Neste sentido, o domínio do conhecimento relacionado ao assunto muitas vezes é de extrema importância para a tomada de decisões mais adequadas entretanto, esta não é uma verdade absoluta. Infelizmente ainda hoje vários profissionais, até mesmo de nível superior, adotam condutas totalmente inapropriadas quando sofrem algum tipo de acidente ocupacional envolvendo material biológico mesmo tendo conhecimento das conseqüências.

Ressaltamos, mais uma vez, a importância e a necessidade dos programas de educação continuada nas instituições de saúde onde os profissionais convivem rotineiramente com situações estressantes como sobrecarga de trabalho, falta de materiais e equipamentos, salários injustos, entre outros problemas, além do risco de adquirir uma doença transmissível em decorrência de um acidente ocupacional envolvendo material biológico.

Quando questionamos aos profissionais entrevistados a respeito das reações e condutas adotadas imediatamente após a ocorrência do(s) acidente(s), novamente constatamos muitas variações em relação a estas condutas, a partir das declarações dos profissionais, quando comparadas com as recomendações padronizadas nos casos de acidentes envolvendo material biológico.

Identificamos poucos profissionais que, aparentemente, reagiram com mais cautela adotando medidas compatíveis com os acidentes sofridos, desde os primeiros cuidados com o ferimento, quando presente, até o procedimento de notificação e acompanhamento sorológico.

*“Logo após o acidente retirei a luva, lavei bem o ferimento com detergente e água corrente e apliquei álcool em seguida. Também comuniquei o fato ao médico do plantão que providenciou o pedido dos exames inclusive do paciente [teste rápido] após sua autorização. Em seguida, digo, durante a semana procurei a CCIH para notificar o acidente e as providências.” (T1)*

*“Lavei bem a mão e procurei a CCIH” (E1)*

*“Lavei bastante o ferimento com água e sabão. Foi coletado teste rápido de HIV do paciente. Foram coletadas minhas amostras de sangue. Preenchimento do formulário para exposição de material biológico e coleta de dados do paciente. Encaminhamento do formulário para CCIH.” (E5)*

Em uma pesquisa sobre os riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem, constatou-se que dos 30 profissionais acidentados, 13 (43,34%) compareceram apenas ao primeiro retorno, 6 (20%) trabalhadores compareceram a dois retornos, 7 (23,33%) compareceram nos três retornos agendados para a verificação de possível soroconversão e 4 (13,33%) trabalhadores não compareceram a nenhum dos retornos agendados. Os dados evidenciam a necessidade de reavaliação do sistema de controle dos retornos no serviço estudado, a identificação do motivo do não comparecimento dos profissionais aos

mesmos e a adoção de estratégias para estimular o comparecimento (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004).

Acreditamos que alguns profissionais provavelmente tenham omitido alguma informação simplesmente por esquecimento ou por não acharem o dado relevante em relação ao que foi destacado pelos mesmos, como podemos verificar a seguir.

*“Análise do sangue do cirurgião e do paciente, sorologia para aids e hepatite B.”  
(CB1)*

*“Levei a paciente para colher o sangue e esperei o teste rápido para aids, foi negativo. Fui na CCIH e preenchi a ficha para ter o acompanhamento. Fui submetida a monitorização periódica.” (CD3)*

*“Em cada um dos acidentes eu fiz a notificação e o acompanhamento completo em todos eles. E no último eu procurei um infectologista pois não estava mais acreditando nos exames daqui do hospital [...]” (AE6)*

*“Em ambos os acidentes foi feita a notificação junto a CCIH, onde todas as providências foram tomadas como: exames dos pacientes e também meus, tendo um bom resultado.” (TE2)*

Apesar da imprecisão de alguns profissionais ao responderem esta questão, pudemos constatar que a maioria não adotou as medidas recomendadas em relação à região afetada pelo material biológico propriamente dito, bem como, posteriormente, já na etapa de notificação e acompanhamento sorológico pós-exposição.

Verificamos que ainda existem muitas dúvidas e equívocos, especialmente relacionados aos cuidados locais com o ferimento em função de mitos e crenças populares.

*“Sempre lavei com água corrente e sabão e também usei hipoclorito fazendo compressão das lesões. No respingo no olho, também lavei com água corrente e depois em soro fisiológico.” (TL2) Não notificou todos os acidentes sofridos.*

*“Apenas lavagem das mãos com antissépticos.” (CB2) Nunca notificou seus acidentes.*

*“Imediatamente lavei o ferimento com água corrente fazendo compressão do mesmo e logo após apliquei PVPI.” (CD2)*

*“Ao me acidentar, lavei bem o ferimento com água corrente e sabão [detergente] e ainda usei hipoclorito na lesão para provocar seu sangramento, sentindo-me mais aliviada com este procedimento. Logo em seguida fiz a notificação do acidente de trabalho e fui encaminhada ao HDT pelos profissionais do meu local de trabalho.” (THD1)*

*“Eu lavei bastante com água corrente e espremi bastante o local da lesão, logo em seguida, passei álcool a 70% na lesão.” (ACD1) Não notificou o acidente pois não havia CCIH na época.*

*“Lavei o ferimento com água e sabão. Não foi feita a notificação.” (ACD3)*

*“Procurei me lavar rapidamente. Verifiquei se o paciente era do grupo de risco, como não era, decidi aguardar para ver o que acontecia.” (M4) Nunca notificou seus acidentes.*

*“No acidente com perfuração no atendimento ao paciente agitado, lavei bem o ferimento com água e sabão e álcool e, logo em seguida fui notificá-lo na CCIH do próprio hospital. No acidente com o equipo não adotei condutas, somente os cuidados locais. Nos acidentes com respingos sempre procurei lavar bem os locais afetados com água e sabão e, às vezes, até cheguei a trocar de roupa.” (TE4)*

Em caso de exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado, deve-se lavar imediatamente a região afetada com água e sabão, também podem ser usadas as soluções anti-sépticas degermantes, nos casos de exposições cutâneas ou percutâneas. Já em caso de exposição de mucosa, lavar imediatamente o local atingido com água corrente ou solução salina fisiológica, repetindo o procedimento de maneira exaustiva, garantindo a limpeza completa do local. Não se recomenda a lavagem do local com soluções irritantes para a pele ou mucosas (hipoclorito de sódio, soluções alcoólicas, glutaraldeído, entre outros) ou a realização de procedimentos que possam aumentar a área lesada (cortes, injeções) (BRASIL, 2004; OLIVEIRA; SOARES, 1998). Após estes procedimentos, entrar em contato imediato com a CCIH ou com outro serviço responsável pelo programa de prevenção de acidentes, onde deverão ser feitas as orientações necessárias e tomadas as condutas adequadas de acordo com cada caso (OLIVEIRA; SOARES, 1998).

Embora poucos estudos tenham sido conduzidos para avaliar a adesão e o seguimento proposto para a profilaxia anti-retroviral (ARV) após exposição acidental pelo profissional de saúde, alguns autores sugerem que a adesão é geralmente baixa (MACHADO et al., 2000).

De acordo com Brandão Júnior (2000), os efeitos colaterais da medicação são potencializados, ou mesmo, desencadeados pelo impasse psíquico resultante do acidente. Nesse sentido, haveria, concomitantemente aos efeitos colaterais, um fenômeno psicossomático, ou mesmo, um processo de somatização.

A adesão dos pacientes à terapia anti-retroviral ou mesmo dos profissionais a profilaxia pós-exposição sempre constituiu um desafio. Desde 1996 a terapia combinada dos ARV abriu novos caminhos, alterando o perfil clínico da doença, pois



a medicação passou a exercer um papel de controle sobre a replicação do vírus, deixando de incidir exclusivamente sobre as infecções secundárias decorrentes da queda da imunidade do paciente (MACHADO; RISSI, 2004).

### **Comunicação dos acidentes**

Quando questionamos a respeito das condutas relacionadas à busca de atendimento especializado e notificação dos acidentes, grande parte dos profissionais acidentados 18 (46,1%) declarou ter recorrido aos serviços de apoio a esse tipo de ocorrência como o SCIH/ CCIH e SESMT, buscando, na maioria das vezes, informações mais precisas e esclarecimentos a respeito do acidente em si e dos riscos envolvidos no mesmo. Além disso, também recorreram a estes serviços com a intenção de preencher a ficha de notificação de acidentes de trabalho. Também questionamos a respeito da satisfação desses profissionais em relação ao atendimento oferecido por estes serviços e encontramos profissionais que se mostraram bastante satisfeitos com o atendimento recebido.

*“Sim. Fui bem atendida apesar de estar bem orientada em relação às condutas diante de um acidente, pois já tive a oportunidade de presenciar fatos semelhantes ocorridos com colegas de trabalho.” (AL1)*

*“Sim. Também me senti esclarecido e bem atendido.” (CD2)*

*“Sim, fui bem atendida e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.” (THD1)*

*“Sim. Procurei as enfermeiras do Centro de Controle de Infecção Hospitalar [...] e após alguns dias conversei com a enfermeira do SESMT que esclareceu as dúvidas quanto ao resultado de meus exames.” (E5)*

*“Sim, nos dois acidentes. Primeiro eu fui notificar os casos; a enfermeira da CCIH me orientou sobre os riscos. Também fui atendida por um médico que solicitou todos os exames.” (AE5)*

*“Considero que fui muito bem atendido pelos profissionais da CCIH e ainda fui prontamente atendido.” (CD2)*

*“Ao meu ver fui muito bem orientada e acompanhada, mas acho que temos muitas pessoas leigas no assunto e que às vezes deixam passar em branco um acidente biológico por medo de represálias.” (E3)*

Em uma pesquisa sobre as dimensões psicossociais do acidente com material biológico os trabalhadores expressaram a necessidade de um suporte psicossocial no primeiro atendimento, pois consideraram o atendimento muito técnico desvinculado da preocupação com o “lado humano” do profissional acidentado (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Faz-se necessário destacar também as deficiências relacionadas à equipe de profissionais encarregados do atendimento dos profissionais que se acidentam. Uma das maiores queixas desses profissionais diz respeito ao funcionamento desses serviços apenas durante o dia excluindo-se também os finais de semana.

*“Eu acho que nas unidades de saúde, de maneira em geral deveria ter um melhor atendimento, acompanhamento [até mesmo psicológico] e encaminhamento adequado para os profissionais acidentados.” (THD1)*

*“Eu gostaria que fosse dada mais atenção aos profissionais que se acidentassem, um maior cuidado. Muitas vezes os profissionais do turno noturno ficam desassistidos, sem a orientação das chefias, ficam quase abandonados.” (TE3)*

Entretanto, uma parcela representativa de profissionais 9 (23,1%) declarou não ter notificado todos os acidentes envolvendo material biológico sofridos, ou seja, geralmente notificaram aqueles considerados mais graves de acordo com sua percepção de gravidade.

*“No primeiro acidente só comentei com uma colega mas que não lhe deu orientações necessárias. No segundo também comentei com uma colega e com o médico que atendeu ao paciente no dia mas, só depois de algum tempo [9 dias] comentei com minha chefia que me encaminhou ao HDT e posteriormente a CCIH do hospital para notificação do acidente e demais providências [acompanhamento].” (TE3)*

*“Sim, principalmente no acidente que foi notificado. Também fui bem atendida e orientada. Nos outros acidentes nunca procurei orientações de outros profissionais pois já me considerava orientada.” (TE4)*

Outros 12 profissionais (30,8%) nunca notificaram nenhum dos acidentes sofridos envolvendo material biológico. Além disso, muitos desses, nunca procuraram profissionais especialistas no assunto para esclarecerem possíveis dúvidas relacionadas aos acidentes sofridos. As justificativas para esse comportamento são variadas, quando são manifestadas.

Entretanto, alguns profissionais que não chegaram a notificar os acidentes sofridos, posteriormente, recorreram a profissionais com experiência no assunto buscando esclarecer suas dúvidas relacionadas ao fato.

*“Não, mas fui orientada pelo dentista que estava atendendo no dia do plantão em relação aos cuidados locais com o ferimento.” (ACD1)*

*“Não. Como não busquei serviço especializado, não tive maiores esclarecimentos sobre este fato.” (M3)*

*“Não busquei pois já tinha conhecimento necessário.” (E2)*

*“Não procurei. Na época não havia este serviço na instituição em que eu trabalhava.” (E4)*

Também detectamos justificativas variadas para a não notificação do acidente propriamente dito, como pode-se observar à seguir.

*“Não. Na época do acidente, acerca de 5 anos, não havia serviço de atendimento aos profissionais acidentados; pelo menos eu não sabia da sua existência.” (ACD1)*

*“Acho que não foi sério e não havia risco de contaminação.” (M3)*

*“As probabilidades de contaminação para mim não eram tão certas.” (E2)*

*“Não. Não havia serviço de CCIH na época.” (E4)*

*“Não. Como os pacientes não eram de grupo de risco, não vi necessidade de fazer passarmos por estresse desnecessário.” (M4)*

*“Não. Não achei necessário em função do risco mínimo.” (CB2)*

*“Sim. Foi só desse último, porque já tinha feito a Comissão, já tinham montado a comissão.” (AE2)*

Em uma pesquisa realizada sobre a opinião dos servidores de um hospital escola a respeito de acidentes com material perfurocortante, constatou-se que a maioria dos profissionais entrevistados não comunicou a ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes devido a burocracia envolvida no procedimento. Entre a equipe médica, os acidentes foram considerados muito pequenos e por esse motivo não foram notificados (FIGUEIREDO, 1992).

Sabemos que apesar da exposição ao sangue ser freqüente, o número de notificações ainda é muito pequeno. Em avaliação da porcentagem de acidentes

percutâneos com exposição a sangue que não foram notificados, autores encontraram taxas que variam de 40 a 90% (CARDO, 1997).

Brandi, Benatti e Alexandre (1998), também constataram em seu estudo que 69,5% dos acidentados não notificaram o acidente através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Em um estudo sobre os acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, constatou-se um índice de subnotificação de acidentes com perfurocortantes de 29,92%, entretanto se esse dado fosse obtido através de entrevistas com todos os profissionais de enfermagem, este índice poderia ser bem maior, ou seja, provavelmente fossem encontrados profissionais que se acidentaram e não registraram o fato em nenhum dos dois serviços existentes (CANINI et al., 2002).

Segundo Hoefel e Schneider (1997), os acidentes de trabalho envolvendo material biológico decorrente de objetos perfurocortantes e de respingos de sangue e de outros fluidos corpóreos em mucosas, dificilmente obrigam ao afastamento do trabalho no momento em que ocorrem por serem considerados acidentes *sem perda de tempo* e, erroneamente, sem importância. Este é, certamente, o principal motivo pelo qual não são registrados todos os acidentes por perfurocortantes ou pelo contato com material biológico.

Para poderem ser caracterizados legalmente, os acidentes de trabalho com materiais biológicos devem ser comunicados pelos acidentados e registrados pelas instituições empregadoras em documento específico, a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que investiga as causas e conseqüências dos mesmos. O trabalhador que tiver contato acidental certo ou duvidoso com materiais biológicos humanos deverá ser submetido pelo menos à sorologia para HIV/ aids (anti-HIV),

para hepatite B (anti-HBc total), e para hepatite C (anti-HCV), no dia do acidente, após três e seis meses em relação à data do mesmo. A cada novo acidente, envolvendo o mesmo trabalhador, será preenchida nova CAT, seguindo-se os procedimentos padronizados (HOEFEL; SCHNEIDER, 1997).

## 5.6 Medidas de proteção utilizadas

Sem dúvida os equipamentos de proteção, especialmente, os equipamentos de proteção individual (EPI) são fundamentais para o desenvolvimento das atividades profissionais garantindo a estes, padrões mínimos de segurança dentro de estabelecimentos de saúde, visando a prevenção dos acidentes ocupacionais envolvendo material biológico.

Entretanto, inúmeras pesquisas têm demonstrado que muitos profissionais de diferentes categorias ainda demonstram grande resistência em adotar adequadamente as medidas preventivas recomendadas, e dentre estas estão os EPI que, freqüentemente, são utilizados de maneira inapropriada (BREVIDELLI; ASSAYAG; TURCATO JÚNIOR, 1995; LOPES; MOROMIZATO; VEIGA, 1999; OLIVEIRA; SOARES, 1998).

Sabemos também que, além do uso inadequado desses equipamentos, convivemos com freqüentes falhas no provimento desses artigos, ou seja, nem sempre estão disponíveis em quantidade suficiente. Além disso, a qualidade dos mesmos, às vezes, deixa muito a desejar.

Procuramos destacar a utilização das medidas de precauções pelos profissionais entrevistados enfatizando a utilização dos EPI que são mais “popularizados” do que o conjunto das medidas de precaução padrão (PP).

Entretanto, encontramos vários obstáculos, principalmente, relacionados com o tempo decorrido desde o acidente e a data da pesquisa. Muitos profissionais manifestaram dificuldade em especificar com precisão todos os equipamentos de proteção utilizados no dia do acidente. Alguns profissionais não conseguiram nem

especificar exatamente o número de acidentes sofridos durante sua trajetória profissional, conseqüentemente, não conseguiram especificar os equipamentos utilizados no momento do acidente.

Adicionalmente, grande parte dos profissionais que se acidentaram por mais de uma vez, também, relataram dificuldade de especificar quais equipamentos de proteção foram utilizados em cada um dos acidentes sofridos. Estes problemas foram identificados em algumas falas ou mesmo durante o procedimento de entrevista quando os profissionais evitavam em afirmar esses dados.

*“No dia do acidente eu não utilizava capote de manga comprida, provavelmente usava jaleco de mangas curtas, luvas e sapatos fechados.” (ACD1)*

*“Em alguns: luvas, gorro, máscara, capote. Outros, apenas luvas de procedimento.” (M2)*

*“Apenas luvas. Às vezes [nos casos de cirurgia] capote de tecido.” (M4)*

*“No primeiro não usava óculos. Nos demais, às vezes estava com luvas.” (E2)*

*“Na maioria dos acidentes sempre estava usando EPI como luvas, capote, máscara e óculos em alguns casos, além de sapatos fechados.” (TE4)*

Para confirmar os aspectos levantados anteriormente alguns profissionais acabaram não mencionando a utilização de determinados equipamentos que seriam obrigatórios para a realização dos procedimentos associados à ocorrência do acidente. Só não podemos afirmar se estes equipamentos não foram lembrados por mero esquecimento ou pelo próprio desconhecimento e/ou não distinção dos EPI.

*“Proteção específica nenhuma, apenas a obrigatória para os procedimentos cirúrgicos.” (CB1)*

*“Máscara facial.” (M3) Acidente durante procedimento cirúrgico.*



*“Capote, luvas e instrumental cirúrgico.” (M5) Acidente durante procedimento cirúrgico.*

Entretanto, apesar das dificuldades mencionadas anteriormente, conseguimos identificar a utilização inadequada dos EPI e, até mesmo, a sua não utilização em função do procedimento que foi executado.

*“Avental, máscara, gorro e luvas.” (CD1)*

*“[...] no caso aqui, cada posto tem um óculos mas é a cultura, o costume da gente [...]*

*Nós temos um em cada posto mas nós não usamos [...]” (AE2)*

*“Eu usava luvas, máscara, gorro, capote e óculos. O óculos também eu estava usando. Eu estava usando o meu mesmo, o que eu uso diretamente [...]” (AE3)*

Acidente ocorrido durante limpeza de instrumentais no expurgo.

*“Nada, porque era uma medicação de rotina. Não usava luva. Nada, nada! [...]” (AE4)*

*“No primeiro, uniforme branco e sapato semi-aberto [frente aberta]; no segundo e terceiro, uniforme branco.” (AE6) Acidentes ocorridos com uma funcionária da sala de injeções que declarou não fazer uso de luvas por ser alérgica.*

*“No primeiro, luvas e uniforme privativo; no segundo, sandália, uniforme e luvas.” (TE3)*

Em um levantamento sobre o perfil soropidemiológico da infecção pelo vírus da hepatite B entre profissionais das unidades de hemodiálise de Goiânia, verificou-se que a exposição ocupacional, o tempo de profissão e o não uso de equipamentos de proteção representam fatores de risco e estão associados a uma

maior prevalência da infecção pelo VHB entre os profissionais pesquisados (LOPES et al., 2001).

Os resultados de uma pesquisa sobre os riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem, demonstraram que a continuidade de ocorrência de acidentes com os mesmos trabalhadores, em períodos anteriores e posteriores a 1999, reflete a falta de adoção de medidas preventivas e/ ou que as medidas adotadas necessitam ser reavaliadas (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004).

## 5.7 Situação vacinal dos profissionais

Em uma instituição de saúde existem diversas infecções preveníveis por meio de imunização, que podem ser disseminadas entre profissionais da área, entre pacientes ou entre ambos os grupos (CONCEIÇÃO; CAVALCANTE; AYUB, 2000).

De acordo com Baldy (1997), os critérios para a imunização dos profissionais de saúde em atividade devem considerar o objetivo não só de conferir proteção indireta aos pacientes, como também aos próprios profissionais, independentemente da possibilidade de a infecção que apresentem eventualmente possa ou não vir a ser transmitida aos pacientes internados.

Atualmente contamos com várias vacinas contra doenças transmissíveis de grande importância para a saúde pública de uma maneira geral. Essas vacinas são especialmente importantes para os profissionais que trabalham em instituições de saúde, mesmo que não prestem assistência direta aos pacientes.

A imunização dos profissionais da área de saúde é indicada com o objetivo de proteger o profissional, interromper a cadeia de transmissão de doenças infecto-contagiosas, proteger indiretamente os pacientes e de pessoas não vacinadas na comunidade, diminuir o absenteísmo, reduzir gastos com diagnóstico e tratamento de doenças imunopreveníveis (CONCEIÇÃO; CAVALCANTE; AYUB, 2000).

De acordo com recomendações da APECIH (1998), são recomendadas para os profissionais da área de saúde as seguintes vacinas: anti-hepatite A e B, contra tuberculose (BCG), contra difteria e tétano (dupla adulto), anti-influenza (gripe), anti-amarílica, anti-caxumba, anti-sarampo e anti-rubéola. Em se tratando de acidentes envolvendo materiais perfurocortantes, duas vacinas assumem grande importância, uma vez que, as doenças por elas evitadas podem ser transmitidas em função dos

mesmos, pois o sangue é um excelente reservatório de microrganismos. São as vacinas contra difteria/ tétano (dupla adulto) e a vacina contra a hepatite B.

A vacina contra difteria e tétano (dT), é indicada para todos os profissionais da área de saúde que não foram vacinados anteriormente e àqueles nos quais a última dose foi aplicada a mais de 10 anos com três doses da dupla nos dias 0, 30 e 180. Aqueles que já receberam o esquema básico, doses de reforço devem ser aplicadas com intervalos de 10 anos (CONCEIÇÃO; CAVALCANTE; AYUB, 2000).

A dosagem e a posologia variam de acordo com a procedência da vacina, mas a maioria delas é aplicada em três doses (0, 30 e 180 dias), intramuscular na região do músculo deltóide no adulto e no vasto-lateral da coxa em menores de um ano de idade (GOIÁS, 2003). Após a vacinação com as três doses, a duração da proteção é de pelo menos 15 anos, não sendo recomendado até o momento, necessidade de reforço após este período (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1990). Portanto, como a resposta vacinal é boa, não há recomendação de realização rotineira de pesquisa pós-vacinal de anti-HBs (BALDY, 1997).

Quando questionamos aos profissionais a respeito da sua situação vacinal, especialmente em relação a estas duas vacinas, constatamos que 29 (74,3%) dos profissionais entrevistados afirmaram estar com as doses dessas vacinas completas na época dos acidentes (esquemas completos).

Entretanto, 6 (15,4%) profissionais entrevistados informaram estar imunizados apenas contra a difteria/ tétano quando se acidentaram e, apenas 2 (5,1%) profissionais declararam estar imunizados apenas contra a hepatite. Outros 2 (5,1%) não souberam informar precisamente sobre sua situação vacinal na época do acidente.

O uso adequado de vacinas pode prevenir a transmissão das doenças imunopreveníveis eliminando desnecessários afastamentos do trabalho. Além disso, a imunização do pessoal antes que iniciem atividades de alto risco é o modo mais eficiente e efetivo de usar vacinas em serviços de saúde (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1998).

Em Goiânia a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizou esta vacina aos profissionais a partir de 1992 e, mesmo assim, verificou-se que somente 59,2% dos participantes do estudo tinham recebido as três doses recomendadas da vacina contra a hepatite B. Além disso, apenas 20 (50%) profissionais susceptíveis à infecção pelo VHB aderiram à imunização realizada neste estudo sobre o perfil soropidemiológico da infecção pelo vírus da hepatite B em profissionais das unidades de hemodiálise de Goiânia (LOPES et al., 2001).

A vacinação pré-exposição, representa uma das principais medidas de prevenção contra a hepatite B, sendo indicada para todos os profissionais da área de saúde. Apesar de disponibilizada desde o início dos anos 90, a proporção da população vacinada contra a hepatite B é inferior a 50%. Provavelmente, essa baixa cobertura seja decorrente da falta de informação sobre os benefícios associados à vacinação (RAPPARINI; CARDO, 2004).

Em uma pesquisa realizada por Marziale, Nishimura e Ferreira (2004), sobre os riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem verificou-se que dos 30 profissionais acidentados, 27 (90,01%) apresentavam esquema completo de imunização contra a hepatite B quando da ocorrência do acidente, 2 (6,66%) necessitaram receber uma dose da vacina como reforço e 1 (3,33%) iniciou o esquema completo após o acidente.

## 6 CONCLUSÕES

Constatamos que mais da metade dos profissionais que participaram da primeira etapa da pesquisa 237 (62%) já sofreram algum tipo de acidente, o restante 145 (38%) informou nunca ter sofrido nenhum tipo de acidente, perfazendo um total de 382 profissionais de saúde.

Verificamos que, ainda, ocorrem acidentes em decorrência de fatores/ causas que poderiam ser evitados se fossem adotadas medidas básicas de proteção contra os acidentes envolvendo materiais biológicos, incluindo fatores como o descuido/ falta de atenção durante a execução dos procedimentos, a inadequada utilização, ou mesmo, a não utilização dos equipamentos de proteção indicados de acordo com o procedimento executado.

Além disso, muitos profissionais também atribuem aos fatores extrínsecos, alheios à sua vontade, como importantes causas dos acidentes incluindo as próprias condições dos pacientes atendidos nas unidades de urgências e emergência, ou seja, pacientes graves, a inadequação dos equipamentos e artigos médico-hospitalares e da estrutura física da instituição, além da sobrecarga de trabalho em função da grande demanda de pacientes que são atendidos nestas unidades e também pela deficiência no quadro de profissionais lotados nas mesmas.

Percebemos uma grande diversidade de sensações e sentimentos manifestados, variando desde a tranquilidade e segurança até o medo da infecção, preocupação com a saúde da família e, até mesmo, desespero e pânico em decorrência do fato, entre outros aspectos. Percebemos que estes sentimentos são extremamente individuais e, portanto, parecem estar associados aos conceitos,

valores e conhecimentos do profissional sobre o assunto e não apenas à gravidade do evento.

Em se tratando das conseqüências dos acidentes para os profissionais, tanto pessoais quanto profissionais, praticamente metade deles informou não ter sofrido nenhuma conseqüência relacionada ao(s) acidente(s). Os demais declararam que a experiência de passar por um acidente envolvendo material biológico lhes proporcionou aprendizagem e amadurecimento além de provocar mudança de comportamentos considerados de risco.

No que se refere aos riscos relacionados aos acidentes envolvendo material biológico, todos afirmaram possuir conhecimento satisfatório em relação a este aspecto. Alguns demonstraram satisfação em relação aos conhecimentos adquiridos em treinamentos e cursos oferecidos pela própria instituição, outros manifestaram a necessidade de maiores esclarecimentos relacionados ao assunto.

Quanto às condutas adotadas após o(s) acidente(s), constatamos que poucos profissionais informaram ter adotado medidas adequadas incluindo os cuidados locais com a região afetada até o procedimento de notificação e seguimento laboratorial pós-acidente. Apesar da imprecisão de alguns profissionais ao responderem a esta questão, pudemos constatar que a maioria não adotou as medidas adequadas em relação aos cuidados locais com a área do corpo afetada durante o acidente, bem como, posteriormente através da notificação/acompanhamento pós-exposição.

Em relação às medidas de proteção utilizadas, no momento do acidente, muitos profissionais manifestaram dificuldade em especificar os equipamentos utilizados principalmente em função do tempo decorrido desde o acidente até a data da pesquisa além do fato de alguns profissionais já terem sofrido mais de um

acidente em sua trajetória na área da saúde. Em relação à situação dos profissionais, verificamos que 74,3% afirmaram estar com os esquemas das vacinas contra o tétano e contra a hepatite B completos na época dos acidentes.

Os relatos dos profissionais são complexos, envolvem circunstâncias diversificadas e revelam um significativo risco à saúde e indicam um longo caminho a ser percorrido na defesa de programas institucionais de prevenção com ênfase na saúde ocupacional.

Constatamos que a adoção de condutas adequadas pós-exposição, não estão relacionadas ao nível de escolaridade do profissional acidentado, mas, provavelmente, relacionadas à significância do evento para o mesmo, ou seja, um acidente pode ser considerado significativo para um indivíduo e para outro sem importância.

Acreditamos que a experiência de passar por um acidente ocupacional envolvendo material biológico potencialmente contaminado é algo extremamente individual e, portanto, cada profissional enquanto indivíduo manifesta reações e comportamentos particulares, totalmente diferenciados, considerando-se um mesmo tipo de acidente nas mesmas condições.

Acreditamos também que o significado do acidente para cada profissional está intimamente relacionado aos conceitos, valores, princípios de vida e conhecimentos do indivíduo sobre o assunto, ou seja, de acordo com sua percepção de todo contexto relacionado ao acidente e suas representações.

Constatamos que muitos profissionais não dispensam atenção necessária em relação aos cuidados com a própria saúde, menosprezando ou ignorando, muitas vezes, os riscos relacionados aos acidentes envolvendo material biológico.



Verificamos a necessidade de realização de treinamentos, cursos, entre outras estratégias de educação, reforçando os diferentes riscos envolvidos nos acidentes com materiais biológicos, além da importância da utilização adequada das medidas preventivas incluindo as precauções padrão.

Salientamos a necessidade de investimentos direcionados ao desenvolvimento de pesquisas voltadas para a criação de alternativas viáveis e efetivas que possam conferir maior segurança aos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde com maior probabilidade de risco para os acidentes com materiais biológicos.

Consideramos necessária a estruturação e implementação de um sistema efetivo de vigilância e controle rigoroso dos acidentes envolvendo material biológico incluindo os provenientes de materiais perfurocortantes, respingos em mucosas em pele íntegra ou lesada, entre outras possibilidades.

Além disso, recomendamos a estruturação e/ ou ampliação de um programa voltado para uma melhor assistência à saúde do trabalhador como um todo, incluindo um programa de imunização dos profissionais de saúde segundo a natureza das atividades exercidas pelos profissionais.

Acreditamos que os aspectos relacionados com as medidas de prevenção de controle de infecção devem fazer parte do processo de educação continuada durante o exercício profissional, viabilizando a atualização permanente dos profissionais além de fazer parte da formação curricular dos profissionais da área da saúde.

## REFERÊNCIAS \*

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Guideline for Infection Control in Health Care Personnel**. HIC PAC. Tradução Crésio Romeu Pereira. São Paulo: APECIH. 1998. 94 p.

AZAMBUJA, Eliana Pinho; KERBER, Nalú Pereira da Costa; VAZ, Maria Regina Cezar. A compreensão da organização do trabalho em saúde através da vivência dos trabalhadores com acidente de trabalho. **Texto e Contexto em Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 289-297, jul./ set. 2003.

AYUB, Eloísa Basile Siqueira; AYUB, Munir Akar; RIBEIRO FILHO, Nelson. Abordagem integrada das técnicas de isolamento. In: FERNANDES, Antônio Tadeu; FERNANDES, Maria Olívia Vaz; RIBEIRO FILHO, Nelson. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 55, p. 1020-1025.

BALDY, José Luís da Silveira. Imunização de profissionais da área da saúde e de pacientes hospitalizados. In: RODRIGUES, Edwal Aparecido Campos. et al. **Infecções Hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 367-372.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. et al. Educação e Prevenção de Risco Ocupacional: estudo com discentes do curso de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 1, p. 121-134, jan./ mar. 1996.

BRANDÃO JÚNIOR, Paulo Starling. **Biossegurança e Aids: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital**. 2000. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

BRANDI, Simone; BENATTI, Maria Cecília Cardoso; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. Ocorrência de Acidentes do Trabalho por Material Perfurocortante entre Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Universitário da Cidade de

---

\* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

Campinas, Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 124-133, ago. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 1996 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**, Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 24 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 142 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST/ Aids. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/manual\\_exposição/manual\\_acidentes.doc](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/manual_exposição/manual_acidentes.doc)>. Acesso em: 17 dez. 2004.

BREVIDELLI, Maria Meimej; ASSAYAG, Ruth E.; TURCATO JUNIOR, Gilberto. Adesão às Precauções Universais: uma análise do comportamento da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 218-232, jul./ ago./ set. 1995.

BREVIDELLI, Maria Meimej; CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 193-201. 2001.

CANINI, Silvia Rita Marin da Silva. et al. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior Paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 172-178, mar./ abr. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2002.

CARDO, Denise M. et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 337, n. 21, p. 1485-1490, nov. 1997.

CARDO, Denise Mary. Patógenos veiculados pelo sangue. In: RODRIGUES, Edwal Aparecido Campos. et al. **Infecções Hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 341-351.

CAVALCANTE, Nilton José Fernandes; PEREIRA, Nélio Alves. Saúde Ocupacional. In: FERNANDES, Antônio Tadeu; FERNANDES, Maria Olívia Vaz; RIBEIRO FILHO, Nelson. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 70, p. 1287-1299.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. **MMWR**, Atlanta, v. 36, SU-2, p. 353-366, aug. 1987. Disponível em: <[http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr\\_wk.html](http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr_wk.html)>. Acesso em: 17 dez. 2004.

\_\_\_\_\_. Protection against viral hepatitis: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). **MMWR**, Atlanta, v. 39, RR-2, p. 1-26, feb. 1990. Disponível em: <[http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr\\_wk.html](http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr_wk.html)>. Acesso em: 17 dec. 2004.

\_\_\_\_\_. Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. **MMWR**, Atlanta, v. 40, RR-8, p. 1-9, july. 1991. Disponível em: <[http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr\\_wk.html](http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr_wk.html)>. Acesso em: 28 dec. 2004.

\_\_\_\_\_. Update U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. **MMWR**, Atlanta, v. 50, RR-11, p. 1-42, june. 2001. Disponível em: <[http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr\\_wk.html](http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr_wk.html)>. Acesso em: 28 dec. 2004.

CONCEIÇÃO, Fernando Max; CAVALCANTE, Nilton José Fernandes; AYUB, Munir Akar. Imunização em profissionais de saúde. In: FERNANDES, Antônio Tadeu; FERNANDES, Maria Olívia Vaz; RIBEIRO FILHO, Nelson. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 71, p. 1301-1306.

FEIX, Maria Augusta da Fonte; PONTALTI, Gislene; FERNANDES, Teresinha S. Reflexões Acerca do Estresse Ocupacional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 11-14, jan. 1998.

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

FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. Opinião dos Servidores de um Hospital Escola a Respeito de Acidentes com Material Perfurocortante na Cidade de Campinas - SP.

**Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S.l.], v. 20, n. 76, p. 26-33, jul./ dez. 1992.

GARNER, Julia S. Guideline for isolation precautions in hospitals. **Infection Control Hospital Epidemiology**. Atlanta, v. 17, n. 1, p. 53-80, jan. 1996.

GERBERDING, Julie Louise. et al. Risk of exposure of surgical personnel to patients' blood during surgery at San Francisco General Hospital. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 322, n. 25, p. 1788-1793, june. 1990.

GERBERDING, Julie Louise. Management of occupational exposures to blood-borne viruses. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 332, n. 7, p. 444-451, feb. 1995.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar. **Programa de Prevenção e Assistência ao Acidente Profissional com Material Biológico**. 1. ed. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde, 2003. 21 p.

HO, David D; MOUDGIL, Tarsem; ALAM, Masud. Quantitation of human immunodeficiency virus type 1 in the blood of infected persons. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 321, n. 24, p. 1621-1625, dec. 1989.

HOEFEL, Heloísa Helena Karnas; SCHNEIDER, Luís Oscar. O Profissional de Saúde na Cadeia Epidemiológica. In: RODRIGUES, Edwal Aparecido Campos. et al. **Infecções Hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 352-65.

JORGE, Rudah. et al. Acidentes Biológicos em um Hospital Universitário. **Revista Médica do Hospital São Vicente de Paulo**, [S.l.], v. 11, n. 26, p. 19-22, 2000.

KAWAGOE, Júlia Yaeko; CARDOSO, Maria de Fátima dos Santos; CAMARGO, Luis Fernando Aranha. Risco Ocupacional. In: KNOBEL, Elias. **Condutas no Paciente Grave**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 817-823.

LEÃO, Maria Terezinha Carneiro; GRINBAUM, Renato Satovschi. Técnicas de isolamento e precauções. In: RODRIGUES, Edwal Aparecido Campos. et al. **Infecções Hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 373-84.

LOPES, Carmen Luci Rodrigues. et al. Perfil soroepidemiológico da infecção pelo vírus da hepatite B em profissionais das unidades de hemodiálise de Goiânia-Goiás,

Brasil Central. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [S.l.], v. 34, n. 6, p. 543-548, nov./ dez. 2001.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; MOROMIZATO, Silzeth Schlichting; VEIGA, Janice Franco Ferreira da S. Adesão às Medidas de Prevenção-Padrão: relato de experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 83-88, out. 1999.

MACHADO, Alcyone Artioli. et al. Risco de Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 54-56. 1992.

MACHADO, Alcyone Artioli. et al. Occupational exposure to potentially contaminated material among health care workers at the university hospital. In: CONGRESSO PAN-AMERICANO DE CONTROLE DE INFECÇÕES E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 3., CONGRESSO BRASILEIRO, 7., CONGRESSO DA ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS, 1., 2000, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Associação Brasileira de Controle de Infecção Hospitalar, 2000. p. 109.

MACHADO, Alcyone Artioli; RISSI, Maria Rosa Rodrigues. Aspectos psicológicos associados ao acidente ocupacional com material biológico potencialmente contaminado. In: MASTROENI, Marco Fábio. **Biossegurança Aplicada a Laboratórios e Serviços de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 13, p. 219-227.

MARZIALLE, Maria Helena Palucci; NISHIMURA, Karina Yukari Namioka; FERREIRA, Mônica Miguel. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 36-42, jan./ fev. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2004.

MARZIALLE, Maria Helena Palucci; RODRIGUES, Christiane Mariani. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 571-577. out. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000400015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 set. 2004.

MENEGHIN, Paolo. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da AIDS: o espectro do desespero contemporâneo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 399-415. 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269p.

ODA, Leila Macedo; ROCHA, Sheila Sotelino da; TEIXEIRA, Pedro. AIDS ocupacional: mitos e verdades. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S.l.], v. 23, n. 87/88, p. 57-66. 1994.

OLIVEIRA, Manuel Garcia de; MAKARON, Pedro Elias; MORRONE, Luiz Carlos. Aspectos Epidemiológicos dos Acidentes de Trabalho num Hospital Geral. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S.l.], v. 10, n. 40, p. 26-30, out./ nov./ dez. 1982.

OLIVEIRA, Márcia Pinto de; SOARES, Cristiane Rapparini. Acidentes Ocupacionais com Material Perfuro-cortante e Fluidos Orgânicos. In: SCHECHTER, Mauro; MARANGONI, Denise Vantil. **Doenças Infecciosas**: conduta diagnóstica e terapêutica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 3, p. 87-91.

OSBORNE, Sonya. Perceptions that influence occupational exposure reporting. **AORN Journal**, [S.l.], aug. 2003. Disponível em: <[http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_mOFSL/is\\_2\\_78/ai\\_106762780](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_mOFSL/is_2_78/ai_106762780)>. Acesso em: 25 nov. 2004.

PEDROSA, Tânia Moreira Grillo; NOGUEIRA, José Mauro. Saúde Ocupacional. In: COUTO, Renato Camargos; PEDROSA, Tânia Moreira Grillo; NOGUEIRA, José Mauro. **Infeção Hospitalar**: epidemiologia e controle. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. cap. 33, p. 459-468.

PEDROSA, Tânia Moreira Grillo; COUTO, Renato Camargos. Prevenção das Infecções Nosocomiais Ocupacionais. In: COUTO, Renato Camargos; PEDROSA, Tânia Moreira Grillo; NOGUEIRA, José Mauro. **Infeção Hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença**: epidemiologia, controle e tratamento. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. cap. 44, p. 843-875.

PERRY, Jane; PARKER, Ginger; JAGGER, Janine. EPINet Report: 2001 Percutaneous Injury Rates. **Advances in Exposure Prevention**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 32-36. 2003.

PORTO, Cristina Maria Fernandes. et al. Implantação de um kit para comunicação de acidente de trabalho (Kit-CAT) como facilitador das ações que envolvem os acidentes com perfurocortantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 121-126, dez. 1999.

QUEIROZ, Maria Cristina Brandão de. Biossegurança. In: OLIVEIRA, Adriana Cristina de; ALBUQUERQUE, Cláudio Pontes de; ROCHA, Lúcia Cristina Moraes da. **Infecções Hospitalares: abordagem, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998. cap. 16, p. 183-195.

RAPPARINI, Cristiane; CARDO, Denise Mary. Principais Doenças Infecciosas Diagnosticadas em Profissionais de Saúde. In: MASTROENI, Marco Fábio. **Biossegurança Aplicada a Laboratórios e Serviços de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 12, p. 205-218.

SANTOS, Wilson Donizeti Florentino dos. et al. Acidentes típicos de trabalho em pessoal de enfermagem. Fatores associados. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S.l.], v. 17, n. 68, p. 38-42, out./ nov./ dez. 1989.

SARQUIS, Leila Maria Mansano; FELLI, Vanda Elisa Andres. Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 222-230. 2002.

SOUZA, Adenícia Custódia Silva e. **Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem**. 2001. 183 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2001.

SOUZA, Márcia de. **Acidentes Ocupacionais e situações de risco para a equipe de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do município de São Paulo**. 1999. 163 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Enfermagem, São Paulo, 1999.

SOUZA, Márcia de; VIANNA, Lucila A. C. Incidência de acidentes de trabalho relacionada com a não utilização das precauções universais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 234-244, jul./ dez. 1993.

STARLING, Carlos Ernesto Ferreira. Aspectos Psicológicos e Comportamentais no Controle de Infecção Hospitalar. In: MARTINS, Maria Aparecida. **Manual de Infecção Hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. cap. 6, p. 38-51.

TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga. et al. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 245-250, mar./ abr. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000200017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 set. 2004.



## APÊNDICE A - Termo de Consentimento

Universidade Federal de Goiás  
Faculdade de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem Nível Mestrado

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

**Título do Projeto:** Acidentes Ocupacionais com Material Biológico: visão e percepção do profissional acidentado.

**Pesquisadora Responsável:** Ariadna Pires Damaceno (Enfermeira)

**Telefone para contato:** 211-4846 / 9945-5012

Os acidentes de trabalho envolvendo materiais biológicos acarretam prejuízos variados, tanto para a instituição onde o fato ocorreu quanto para os profissionais que compõem a equipe da qual faz parte o profissional acidentado e, principalmente, para o próprio acidentado que pode sofrer variadas conseqüências, tanto físicas quanto psicológicas, decorrentes do acidente.

Nesse contexto, acreditamos ser relevante identificar, além dos fatores que contribuíram para a ocorrência do acidente, a percepção e reações do profissional acidentado, buscando compreender as condutas por este adotadas.

Os dados serão coletados através de um formulário que terá a finalidade de levantar dentre todos os profissionais de saúde de instituições pré-determinadas, aqueles que já sofreram algum tipo de acidente com material biológico e, dentre estes, aqueles dispostos a continuar fazendo parte do estudo participando de uma entrevista que poderá ser gravada ou não, de acordo com o consentimento do profissional a ser entrevistado.

Todos os procedimentos de coleta serão realizados por mim, que me colocarei à disposição para qualquer esclarecimento que julgar necessário, em qualquer etapa do processo.

Sua participação é livre, podendo assim, desistir de participar da pesquisa no momento que julgar conveniente, sem sofrer nenhum dano ou constrangimento. Será garantido o sigilo e o anonimato dos funcionários e da instituição.

\_\_\_\_\_  
Ariadna Pires Damaceno

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Acidentes Ocupacionais com Material Biológico: a percepção do profissional acidentado**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador **Ariadna Pires Damaceno** sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Goiânia, \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito (participante):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - Questionário****Código do Profissional:** \_\_\_\_\_Universidade Federal de Goiás  
Faculdade de Enfermagem

Goiânia, janeiro de 2004.

**Prezado Sr (a):**

Solicitamos sua colaboração respondendo aos questionamentos contidos neste formulário, que visa **identificar os profissionais que já sofreram algum tipo de acidente com material biológico**. Os dados coletados serão destinados à elaboração de uma dissertação de Mestrado da Faculdade de Enfermagem - UFG. Agradecemos antecipadamente sua valiosa contribuição e garantimos, mais uma vez, o sigilo e o anonimato do participante e da instituição.

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
3. Unidade de Trabalho (setor): \_\_\_\_\_
4. Tempo de serviço nesta instituição: \_\_\_\_\_ Carga Horária: \_\_\_\_\_
5. Trabalha em outra instituição de saúde: ( ) Sim ( ) Não Carga Horária: \_\_\_\_\_
6. Categoria profissional
 

<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico em enfermagem <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Técnico de higiene dental	<input type="checkbox"/> Auxiliar consultório odontológico <input type="checkbox"/> Biomédico <input type="checkbox"/> Técnico em laboratório <input type="checkbox"/> Auxiliar de laboratório <input type="checkbox"/> Outra (especificar): _____ _____
--	---
7. Você **já se acidentou com material biológico** durante sua atuação na área da saúde (perfuração com material contaminado com sangue, respingo de secreções corporais)?  
 ( ) Sim ( ) Não  
 Especifique o tipo de acidente e o material envolvido? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
8. Caso já **tenha sofrido algum tipo de acidente com material biológico**, você poderá continuar fazendo parte deste estudo relatando sua experiência através de uma entrevista que foi estruturada com o propósito de **verificar a compreensão/percepção do profissional acidentado de todo contexto envolvido no acidente**. Portanto, sua participação nesta etapa é de fundamental importância para a concretização deste estudo, proposto com o intuito de compreender melhor os acidentes com materiais biológicos e, seguramente, fundamentar futuras abordagens na prevenção destes eventos. Neste sentido, podemos contar com sua participação na segunda etapa da pesquisa?  
 ( ) Sim ( ) Não  
**Em caso afirmativo**, poderia fornecer um telefone para futuros contatos. \_\_\_\_\_

**Obrigada pela colaboração**Enf<sup>a</sup> Ariadna Pires Damaceno  
**Mestranda**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Milca Severino Pereira  
**Orientadora**

**APÊNDICE C - Entrevista****Código do Profissional: \_\_\_\_\_**

Universidade Federal de Goiás  
Faculdade de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem  
Nível Mestrado

Acidentes Ocupacionais com Material Biológico: visão e percepção do profissional  
acidentado

**ENTREVISTA**

1. Fale, detalhadamente, como aconteceu o acidente. Foi o único, ou já aconteceram outros?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Na sua opinião, quais as causas que provocaram o(s) acidente(s)?

---

---

---

---

---

---

---

---

3. O que você sentiu na hora do(s) acidente(s)?

---

---

---

---

---

---

4. Este acidente trouxe alguma consequência para sua vida pessoal e/ou profissional?

---

---

---

---

5. Você tinha conhecimento dos riscos/conseqüências envolvidas em acidente com material biológico?

---

---

---

---

6. Que tipos de equipamentos de proteção você utilizava no momento do acidente?

---

---

---

7. Quais foram as condutas tomadas logo após o acidente?

---

---

---

---

---

---

8. Você buscou orientação de algum profissional ou serviço especializado? Sentiu-se esclarecido?

---

---

---

---

---

9. Foi feita a notificação do acidente?  Sim  Não

Qual o motivo da **não** notificação do acidente? \_\_\_\_\_

---

---

10. Seu esquema de vacinas contra o Tétano e a Hepatite B estava completo?

Sim  Não

11. Você gostaria de acrescentar alguma observação ou comentário que ainda não foi mencionado?

---

---

---

---

---

Ass.: \_\_\_\_\_