



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -  
MESTRADO

**AS (RE)AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM APÓS ACIDENTES COM  
EXPOSIÇÃO Á MATERIAIS BIOLÓGICOS**

**ÉRIKA ALMEIDA ALVES PEREIRA**  
**ORIENTADOR: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joanir Pereira Passos**

Rio de Janeiro  
2015

ÉRIKA ALMEIDA ALVES PEREIRA

**AS (RE)AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM  
APÓS ACIDENTES COM EXPOSIÇÃO À MATERIAIS  
BIOLÓGICOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao curso de Pós-graduação Stricto Sensu – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joanir Pereira Passos

Rio de Janeiro  
2015

P436 Pereira, Érika Almeida Alves.  
As (re)ações dos profissionais de enfermagem após acidentes com  
exposição à materiais biológicos / Érika Almeida Alves Pereira, 2015.  
145 f. ; 30 cm

Orientadora: Joanir Pereira Passos.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Equipe de enfermagem. 2. Acidentes de trabalho. 3. Exposição a agentes  
biológicos. 4. Saúde do trabalhador. 5. Riscos ocupacionais. I. Passos, Joanir  
Pereira. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de  
Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em enfermagem.  
III. Título.

CDD – 610.730692



## DEFESA DE DISSERTAÇÃO

**PEREIRA, Érika Almeida Alves.** As (re)ações dos profissionais de enfermagem após acidentes com exposição à materiais biológicos. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

### BANCA EXAMINADORA:

---

**Presidente: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Joanir Pereira Passos**  
PPGENF / Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

---

**1º. Examinadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isaura Setenta Porto**  
EEAN / Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ

---

**2º. Examinadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo**  
PPGENF / Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

---

**1º. Suplente: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza**  
FE / Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

---

**2º. Suplente: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>a</sup>. Florence Romijn Tocantins**  
PPGENF / Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu namorado, noivo e hoje, marido Luiz Fernando por sempre estar ao meu lado, pelo apoio incondicional, pela enorme paciência ao longo desses dois anos de caminhada, pelas palavras de estímulo de todos os dias. Você mais do que ninguém sabe o quanto foi difícil chegar até aqui, agradeço pelo consolo nos momentos difíceis e por me fazer acreditar que nem tudo estava perdido.

Agradeço pelo amor, companheirismo e cuidados diários dedicados a mim. Amor saiba que essa vitória é nossa! Sem você eu não teria chegado até aqui.  
Muito obrigada!!!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelo privilégio da vida e por ter me guiado por caminhos que me permitiram vivenciar este momento ímpar.

Agradeço a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joanir Pereira Passos pela maneira com que conduziu a realização deste trabalho, pelas orientações e, também pelas desorientações, pelos conselhos e ensinamentos doados e compartilhados ao longo dessa jornada.

Aos docentes da Banca de Qualificação e de Defesa, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Isaura Setenta Porto, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza e, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Florence Romijn Tocantins, que eu meio a tantos compromissos, se dispuseram a contribuir com seus conhecimentos para melhoria, crescimento e direcionamento deste trabalho.

Aos meus pais pelo amor, carinho, apoio e incentivo de sempre.

Aos meus sogros, pais que a vida me deu de presente, pelo carinho diário e por sempre torcerem por mim.

As amigas que ganhei durante essa trajetória, em especial para as mestres Maithê Lemos e Aline Ramos e, a mestrandia Suellen Gomes por estarem comigo sempre em que eu precisei, por não me permitirem desistir nos momentos mais difíceis.

Muito obrigada pela amizade de vocês.

Agradeço aos profissionais que se dispuseram em participar deste estudo, sem os quais não seria possível a construção deste conhecimento.

E, agradeço a todos que, de certa, participaram e contribuíram para a concretização desta vitória.

## EPÍGRAFE

*Em duas partiu-se a estrada num bosque ensolarado  
E a lamentar as duas não poder trilhar  
E ser um só viajante, por um tempo ali estive  
A olhar para uma delas até onde num declive  
Em meio ao arvoredo eu via se dobrar*

*Segui pela outra, bastante equivalente,  
Mas a exercer talvez apelo mais intenso  
Por de relva ser coberta e de uso estar carente;  
Ainda que por ambas passasse muita gente  
E a seus leitos fosse o dano igualmente extenso*

*E ao ver que nas manhãs sobre ambas haveria  
Leitos de folhas por passo algum enegrecidos  
Oh, a primeira deixei pra outro dia!  
Mas ciente que uma via nos leva a outra via,  
Suspeitei não lá voltar tendo uma vez partido.*

*Estarei dizendo num suspiro meu  
Em tempos e lugares de distância imensa  
Em duas partiu-se num bosque a estrada, e eu...  
Eu escolhi a que menos gente percorreu  
E foi isso que fez toda a diferença.*

**Paulo Coelho (Trecho do livro “O Vencedor está Só”)**

## LISTA DE ABREVIações

Aids – Acquired Immune Deficiency Syndrome  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho  
CCIH – Comissão de Infecção Hospitalar  
CDC – Centers for Disease Control and Prevention  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes  
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho  
DCE – Diagrama de Causas e Efeitos  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
INSS – Instituto Nacional de Previdência Social  
HBeAg – Proteína de nucleocapsídeo viral do vírus da Hepatite B  
HBsAg – Antígeno de superfície do vírus da hepatite B  
HBV – Vírus da Hepatite B  
HCV – Vírus da Hepatite C  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
MS – Ministério da Saúde  
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego  
NR – Norma Regulamentadora  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PCMSO – Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional  
PP – Precaução Padrão  
PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais  
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador  
RJU – Regime Jurídico da União  
SESMT – Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UR – Unidade de Registro

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Número de acidentes de trabalho com exposição à materiais biológicos por categoria profissional, Rio de Janeiro, 2013. ....	58
Tabela 2 – Número de acidentes de trabalho com exposição à materiais biológicos entre profissionais que integram a equipe de enfermagem, Rio de Janeiro, 2013.	59
Tabela 3 – Informações gerais acerca dos profissionais de enfermagem que sofreram acidentes de trabalho com exposição à materiais biológicos, Rio de Janeiro, 2013.....	60
Tabela 4 – Características do acidente com exposição à materiais biológicos, Rio de Janeiro, 2013.....	62
Tabela 5 – Situação vacinal para hepatite B, no momento do acidente de trabalho com exposição à materiais biológicos, Rio de Janeiro, 2013. ....	64
Tabela 6 – Situação sorológica dos profissionais de enfermagem acidentados com exposição à materiais biológicos, Rio de Janeiro, 2013.....	66
Tabela 7 – Situação sorológica dos pacientes fonte conhecidos, envolvidos na ocorrência dos acidentes de trabalho com exposição à material biológico, Rio de Janeiro, 2013.....	67
Tabela 8 – Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos entrevistados, Rio de Janeiro, 2013.....	70
Quadro 1 – Utilização de equipamentos de proteção individual referidos pelos profissionais de enfermagem acidentados, Rio de Janeiro, 2013 .....	69
Quadro 2 – Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas, subcategorias e respectivas frequências. Rio de Janeiro, maio – junho, 2014. N=143.....	73
Quadro A – Distribuição das Unidades de Registro relacionada à Categoria 1: Fatores contribuintes para a ocorrência do acidente de trabalho e suas subcategorias, pertencentes à Classe Temática I: O acidente de trabalho.....	132
Quadro B – Distribuição das Unidades de Registros relacionadas à Categoria 2: Ações autorreferidas após a ocorrência do acidente de trabalho e suas subcategorias, pertencente à Classe temática II: Modificações autorreferidas após o acidente de trabalho.....	135
Quadro C – Distribuição das Unidades de Registro relacionadas à Categoria 3: Motivação para as ações autorreferidas após a ocorrência do acidente de trabalho e suas subcategorias, pertencentes à Classe temática II: Modificações autorreferidas após o acidente de trabalho .....	138

## SUMÁRIO

<b>Capítulo 1 - Introdução.....</b>	<b>15</b>
Objeto de Estudo .....	18
Questão Norteadora .....	18
Objetivos.....	18
Justificativa.....	18
<b>Capítulo 2 – Fundamentação Teórica .....</b>	<b>20</b>
2.1 – Riscos Ocupacionais presentes do Ambiente Hospitalar .....	20
2.1.1 – Riscos Físicos .....	20
2.1.2 – Riscos Químicos .....	20
2.1.3 – Riscos Biológicos .....	21
2.1.4 – Riscos Ergonômicos .....	21
2.1.5 – Riscos Psicossociais .....	21
2.1.6 – Riscos de Acidentes.....	21
2.2 – Riscos Biológicos .....	26
2.3 – A Equipe de Enfermagem frente aos Riscos Biológicos.....	28
2.4 – Riscos Ocupacionais x Riscos de Acidentes .....	30
2.5 – Principais Patógenos de Transmissão Sanguínea.....	31
2.5.1 – Vírus da Imunodeficiência Humana .....	31
2.5.2 – Hepatite B .....	32
2.5.3 – Hepatite C.....	33
2.6 – Medidas Pré-Exposição à Materiais Biológicos.....	33
2.6.1 – Higienização das Mãos.....	34
2.6.2 – Equipamentos de Proteção Individual .....	35
2.6.3 – Descarte dos Resíduos Perfurocortantes .....	35
2.6.4 – Imunização.....	36
2.7 – Os Acidentes de Trabalho com Exposição à Agentes Biológicos.....	38
2.8 – Medidas Pós-Exposição Ocupacional à Materiais Biológicos .....	40
2.8.1 – Cuidados Imediatos .....	40
2.8.2 – Quimioprofilaxia / Imunoprofilaxia .....	41
2.8.2.1 – Imunoprofilaxia para Hepatite B .....	41
2.8.2.2 – Recomendações referentes à Hepatite C .....	42
2.8.2.3 – Quimioprofilaxia para HIV .....	42
2.8.3 – Notificação dos Acidentes .....	43
2.8.4 – Acompanhamento Recomendado .....	44
2.8.4.1 – Acompanhamento para Exposição à Hepatite B .....	44
2.8.4.2 – Acompanhamento para Exposição à Hepatite C .....	45
2.8.4.3 – Acompanhamento para Exposição ao HIV .....	45
2.9 – Medidas de Prevenção de Acidentes com Material Perfurocortantes .....	46
<b>Capítulo 3 - Metodologia.....</b>	<b>48</b>
3.1 – Características do Estudo .....	48
3.2 – Cenário do Estudo .....	48
3.3 – Participantes do Estudo .....	49
3.4 – Critérios de Inclusão do Estudo.....	50
3.5 – Critérios de Exclusão do Estudo.....	50
3.6 – Coleta de Dados.....	51
3.7 – Análise dos Dados .....	52

3.8 – Aspectos Éticos do Estudo .....	55
<b>Capítulo 4 – Apresentação e Discussão dos Resultados .....</b>	<b>57</b>
4.1 – Apresentação dos Resultados .....	57
4.2 – Apresentação dos dados referentes aos acidentes de trabalho com exposição à material biológico através das fichas de notificação (SINAN) .....	58
4.3 – Apresentação dos dados referentes às entrevistas com os profissionais de enfermagem que sofreram acidentes de trabalho com exposição a material biológico no ano de 2013..	69
4.4 – Discussões dos Resultados advindos dos depoimentos.....	71
4.4.1 – Classe Temática I – O Acidente de Trabalho.....	73
Categoria 1- Fatores Contribuintes para a ocorrência do acidente de trabalho.....	74
Subcategoria 1.1 – Realização de procedimentos / Desatenção nas tarefas.....	74
Subcategoria 1.2 – Sobrecarga de trabalho .....	76
Subcategoria 1.3 – Descarte Inadequado.....	78
Subcategoria 1.4 – Sentimento de Invulnerabilidade .....	81
Subcategoria 1.5 – Risco Inerente a profissão.....	85
Subcategoria 1.6 – Material inadequado / Ausência de material .....	87
4.4.2 – Classe Temática II – Modificações autorreferidas após o acidente de trabalho.....	90
Categoria 2 – Ações autorreferidas após a ocorrência do acidente de trabalho .....	90
Subcategoria 2.1 – Atenção na realização dos procedimentos.....	91
Subcategoria 2.2 – Maior preocupação com o uso dos EPI .....	93
Subcategoria 2.3 – Maior atenção no manuseio dos perfurocortantes .....	95
Categoria 3 – Motivação para as ações autorreferidas após a ocorrência do acidente de trabalho .....	96
Subcategoria 3.1 – Medo e outros sentimentos / Lembranças do acidente.....	97
Subcategoria 3.2 – Entendimento do Risco.....	99
Subcategoria 3.3 – Orientações Recebidas.....	101
Subcategoria 3.4 – Diagnóstico do Paciente .....	103
4.5 – A Multicausalidade dos Acidentes de Trabalho .....	105
<b>Capítulo 5 – Considerações Finais .....</b>	<b>108</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>112</b>
<b>Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista .....</b>	<b>123</b>
<b>Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>124</b>
<b>Apêndice 3 - Análise de Conteúdo das Entrevistas Segundo BARDIN.....</b>	<b>126</b>
<b>Anexo 1 – Ficha de Notificação de Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico (SINAN) .....</b>	<b>142</b>
<b>Anexo 2 – Parecer Consubstanciado do CEP .....</b>	<b>144</b>
<b>Anexo 3 – Folha de Rosto.....</b>	<b>146</b>

**PEREIRA, Érika Almeida Alves.** As (re) ações dos profissionais de enfermagem após acidentes com exposição à materiais biológicos. 2015. 146 p. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro.**

### **RESUMO**

A equipe de enfermagem é a categoria mais exposta aos riscos ocupacionais presentes no ambiente de trabalho, devido às características próprias atribuídas as suas funções, que inclui a prestação de assistência de forma ininterrupta, um alto quantitativo de procedimentos e o contato direto com o paciente. Dos riscos existentes damos destaque aos riscos biológicos e, principalmente, os acidentes ocupacionais com exposição a este tipo de agentes, que podem trazer sérias repercussões para a vida do profissional, uma vez o risco de contaminação pelos vírus do HIV e das hepatites B e C. A presente dissertação de mestrado tem como objeto de investigação as ações adotadas pelos profissionais de enfermagem após a ocorrência de acidentes ocupacionais com exposição à materiais biológicos. Os objetivos traçados são: Descrever as ações modificadas após exposição acidental a materiais biológicos autorreferidas pelos profissionais de enfermagem e; Discutir essas ações autorreferidas no processo de trabalho na perspectiva da saúde do trabalhador. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, com dados quantitativos de caráter unicamente complementar. Os participantes foram nove profissionais da equipe de enfermagem, atuantes em um Hospital Universitário de grande porte localizado na cidade do Rio de Janeiro, que tiveram acidentes de trabalho com exposição ocupacional à materiais biológicos notificados no ano de 2013. A coleta de dados se deu através de um roteiro de entrevista semiestruturada e individual. Os dados quantitativos que caracterizam os acidentes e o perfil sociodemográfico e ocupacional dos entrevistados foram analisados através de estatística descritiva (distribuição por frequência simples) e, os dados qualitativos receberam tratamento através da Análise de Conteúdo proposta por BARDIN. Os dados foram analisados mediante o discurso dos participantes, fundamentado a construção de duas classes temáticas: I) O Acidente de Trabalho e, II) Modificações Autorreferidas após o Acidente de Trabalho. Após a análise dos dados foi possível entender que os profissionais de enfermagem são capazes de perceber as atitudes que motivam a ocorrência do acidente e, que esta experiência torna-se um fator determinante para a modificação de atitudes no seu dia-a-dia laboral, com uma maior atenção durante a realização de procedimentos, uma maior adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual e no manuseio dos perfurocortantes. Contudo, fica claro que estas modificações são baseadas nas repercussões negativas vivenciadas pós-acidente, como o medo e outros sentimentos relacionados ao risco de soroconversão, levando a identificação da necessidade de uma melhor capacitação destes profissionais quanto ao entendimento dos riscos ocupacionais existentes, como também dos meios de redução e prevenção destes e, com isso, a sensibilização dos profissionais para a adoção efetiva das medidas de precaução padrão, dos equipamentos de proteção e das normas de biossegurança, para uma efetiva promoção à saúde destes profissionais.

Palavras-Chave: Equipe de Enfermagem, Acidentes de Trabalho, Exposição a Agentes Biológicos, Saúde Ocupacional e Riscos Ocupacionais

## ABSTRACT

PEREIRA, Érika Almeida Alves. **The (re)actions of the nursing professionals after accidents with exposure to biological materials.** 2015. 146 p. Dissertation (Master's degree in Nursing). Biological and Health Sciences Center, Federal University of the State of Rio de Janeiro –UNIRIO, Rio de Janeiro.

The nursing team is the most exposed category to the occupational risks presents in the work environment due to their functional own characteristics, that includes the uninterrupted provision of assistance, a high quantitative procedures and the direct contact with the patient. Of the existing risks, we emphasize the biological risks and mostly to the occupational accidents with exposure to this kind of agents, which can bring serious repercussions for the professional life, once the contamination risk with HIV virus and Hepatitis B and C. The present Master's degree dissertation has as the investigative object the adopted actions by nursing professionals after the occupational accidents with exposure to biological materials. The tracing objectives are: Describe the modified actions after the accidental exposure to biological materials self-reported by nursing professionals and; Debate these self-reported actions in the work process in the health's work perspective. It is about a descriptive study, with qualitative approach, with quantitative data merely of complementary character. The participants were nine professionals of the nursing team, working in a large university hospital located in the city of Rio de Janeiro, who had accidents at work with occupational exposure to biological materials notified in 2013. The data collection was carried out through a semi structural and individual interview script. The quantitative data that feature the accidents and the social demographic and occupational profile of the interviewed were analyzed through descriptive analysis (distribution by simple frequency) and, the qualitative data received treatment through Content Analysis proposed by BARDIN. The data were analyzed using the participants' speech, settling the construction of two thematic classes: I) The occupational accident and, II) Self-referred modifications after the occupational accident. After the data analysis was possible to understand that nursing professionals are capable of realizing the attitudes that motivate the accident occurrence and which this experience becomes a determinant factor to the modification of attitudes in day-to-day work, with a superior attention during the procedures realization, a greater adherence to individual protection equipment use and in the sharps handling. However, it is clear that this modifications are based on the negative repercussions experienced after accident, as fear and others feelings related to seroconversion risk, taking to the identification of the requirement for a capacity improve of these professionals in understanding the existing occupational risks, as well as the reduction and prevention of these means and, therewith, the professionals sensitization to the effective adoption of the standard precautions, of protection equipments and the biosafety standards to a effective health promotion of these professionals.

Keywords: Nursing, Team; Accidents, Occupational; Exposure to Biological Agents; Occupational Health; Occupational Risks.



## CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é um campo na área da saúde coletiva e tem seu objetivo centrado no processo saúde-doença dos diversos grupos populacionais em sua relação com o trabalho, buscando o estabelecimento das causas de agravos à saúde, nas suas mais diversas atividades laborais, reconhecendo os determinantes destes agravos, estimando riscos e ainda o conhecimento de modos para prevenção e promoção à saúde. (MENDES; DIAS, 1991).

Este tema tem sido discutido frequentemente, e vem ganhando, cada vez mais, destaque na contemporaneidade devido à influência que o trabalho exerce na vida dos indivíduos, que vivem no seu dia a dia, condições laborais muitas vezes desfavoráveis para execução de suas funções, podendo acarretar/gerar em riscos à saúde (OLIVEIRA; LAGE, 2011).

As discussões envolvendo a saúde e segurança dos profissionais de saúde teve início por volta dos anos 70, a partir do conceito de biossegurança, onde começam a ter destaque entre a comunidade científica questões relativas às exposições ocupacionais (GALLAS; FONTANA, 2010).

Nos anos 80, com a epidemia do HIV/AIDS, a preocupação com a contaminação/infecção dos profissionais de saúde, em sua magnitude, culmina na implementação de medidas de proteção, com publicação de normas que estabelecem padrões básicos de biossegurança, a serem aplicadas a todos os pacientes, independente do diagnóstico dos mesmos, com destaque para o Centers for Disease Control and Prevention (CDC 1987).

Por sua vez, os trabalhos nos estabelecimentos de saúde, incluindo o ambiente hospitalar, são considerados tipicamente insalubres, na medida em que permite aos profissionais que neles atuam a exposição a diversos riscos ocupacionais, e, neste caso, daremos destaque aos riscos biológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

De acordo com o Ministério do Trabalho (2005), risco biológico é considerado como a possibilidade de contato com material biológico, incluindo sangue e outros fluidos corporais, potencialmente contaminados por agentes biológicos capazes de causar danos à saúde do indivíduo.

As questões referentes aos riscos biológicos são melhor apresentadas na Norma Regulamentadora (NR) – 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, nesta NR são descritos os riscos biológicos aos quais os profissionais de saúde

podem sofrer exposição, classificando esses riscos entre baixo e elevado, além disso, esta NR trata de outras questões específicas dos profissionais que atuam em serviços de saúde, como a importância da organização do trabalho, incluindo escalas de trabalho em turnos, pausas para descansos e refeições. E ainda, de questões pertinentes ao uso dos EPI, como obrigatoriedade por parte das instituições em fornecê-los e obrigações dos profissionais em utilizá-los, acondicioná-los de forma correta e comunicar a ausência do mesmo (Ministério da Saúde, 2005).

Quanto ao uso dos EPI temos uma NR específica, a NR – 6, anterior a NR- 32, que já definia a necessidade do uso deste tipo de proteção sempre que houvesse algum tipo de risco que pudesse ser controlado mediante ao uso deste tipo de barreira (Ministério do Trabalho, 2010).

A NR 32 estabelece diretrizes para elaboração e implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com material perfurocortantes com possibilidade de exposição a agentes biológicos, anexo incluído em 2011, a partir da Portaria 1.748/11 do Ministério do Trabalho e Emprego (Ministério do Trabalho, 2011).

O Ministério da Saúde também possui um manual técnico que trata da exposição aos materiais biológicos, instrumento que estabelece condutas para o atendimento inicial aos profissionais que sofreram exposição à material biológico, incluindo as orientações necessárias quanto ao acompanhamento, recomendações de quimioprofilaxia, notificações de acidentes e, com o estabelecimento de um fluxo de atendimento e período necessário para acompanhamento destes indivíduos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Ministério da Saúde define que os acidentes de trabalho com material biológico e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência, uma vez que as intervenções profiláticas para infecção pelo HIV e hepatite B precisam ser iniciadas o quanto antes após a ocorrência da exposição. Sendo importante destacar o fato de que essas medidas profiláticas não são totalmente eficazes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Diversas são as publicações instituídas até o presente momento que tratam sobre os acidentes ocupacionais envolvendo exposição a materiais biológicos e, diversas são as abordagens dadas a essa ocorrência.

Na literatura recente, podemos identificar diversos estudos realizados entre profissionais de saúde, com destaque para profissionais da equipe de enfermagem como principais atores envolvidos nesta ocorrência durante sua prática profissional

(BALSAMO; FELLI, 2006; GALLAS; FONTANA, 2010; MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011; LUBENOW; MOURA, 2012; SANTOS et al, 2012).

Porém, quando tratamos as questões pertinentes aos acidentes de trabalho com material biológico percebemos que muitas abordagens ficam restritas a estudos sobre a percepção quanto ao risco ocupacional ou a investigação da ocorrência do tipo de evento; a adesão à utilização de quimioprofilaxia indicada e os sentimentos vivenciados por estes profissionais. Entretanto, deixa uma janela quanto ao acompanhamento no que se refere ao bem-estar físico e psicológico deste indivíduo após a vivência do acidente e, na atenção às mudanças adotadas por estes profissionais uma vez tendo passado pelo estresse da possibilidade de contaminação/infecção ocupacional a algum dos agentes biológicos de maior risco envolvidos nesta ocorrência.

É importante enfatizar que os estudos apontam que, entre as maiores causas de acidentes punctorios estão as práticas de risco, como o reencape de agulhas, a falta do uso de EPI e ainda o descarte inadequado dos objetos perfurocortantes (GALLAS; FONTANA, 2010). Com essas atitudes inseguras, até mesmo perigosas e totalmente evitáveis, os profissionais acabam por colocar sua saúde em risco.

Assim, é de fundamental importância apontar para o fato de que mesmo com o conhecimento da necessidade da adoção das medidas de precaução padrão, a segurança dos profissionais de saúde ainda é um desafio, pois, na prática diária da assistência, nem todos os profissionais se utilizam das medidas de segurança necessárias à sua proteção, fazendo com que fiquem expostos à agravos e a maior risco de contaminação frente à possibilidade da ocorrência do acidente (VALLE et. al, 2012).

Outro episódio também corrobora para esta ocorrência dado que ainda existe certa indiferença por parte dos profissionais de saúde frente aos acidentes. Muitos têm a crença de que este tipo de acidente é inerente às suas atividades profissionais e, com isso, acabam por banalizar o risco ocupacional ao qual estão expostos, faltando a estes indivíduos uma maior percepção sobre a real gravidade desses acidentes (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008).

Outros estudos ao abordarem os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem após se acidentarem com material perfurocortante, mostram diferentes níveis de preocupação, angústia, ansiedade, desespero, tensão e tristeza, todos decorrentes do medo de infecção pelo vírus HIV e hepatites B e C após a experiência traumática deste evento (LIMA, PINHEIRO, VIEIRA, 2007). Outros autores afirmam que o estresse psicológico vivenciado após o acidente pode ter

repercussões psicossociais, levando até mesmo a mudanças nas relações sociais, familiares e profissionais (ARAÚJO et. al, 2012).

Porém, a realidade é que não existem, tanto nas normas e manuais como nos estudos supracitados, um protocolo instituído referente ao acompanhamento do profissional no seu local de trabalho, com uma observação ativa, que vise identificar condutas errôneas e/ou correção em possíveis posturas de risco para acidentes envolvendo material biológico com vistas a prevenção da ocorrência dos acidentes de trabalho.

Frente a esse contexto se faz necessário identificar como esses profissionais reagem à vivência do acidente com material biológico. Evitam a repetição do procedimento que acarretou o acidente? Ficam mais atentos as execuções dos procedimentos e ao uso dos EPI? O fato de terem vivenciado o acidente altera ou não sua conduta?

Diante do exposto, este estudo tem como **objeto** as (re)ações adotadas pelos profissionais de enfermagem após a ocorrência de acidentes ocupacionais com exposição a materiais biológicos.

A partir dessas considerações, a **questão norteadora** nomeada para este estudo foi:

Que (re)ações foram implementadas no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem, após a ocorrência do acidente ocupacional com exposição a materiais biológicos?

E, finalmente, para responder a esta questão, o estudo tem como **objetivos**:

1. Descrever as (re)ações modificadas após exposição acidental a materiais biológicos autorreferidas pelos profissionais de enfermagem.
2. Discutir essas (re)ações autorreferidas no processo de trabalho na perspectiva da saúde do trabalhador.

## **JUSTIFICATIVA**

Este estudo justifica-se pela importância em dar voz a esses profissionais de enfermagem, no contexto de investigar possíveis mudanças de conduta no processo de trabalho adotadas, após a ocorrência do acidente e o motivo que levou a tal atitude, e, se as mudanças são positivas no que se refere à adoção de práticas seguras, do uso dos

equipamentos de proteção individual e com isso prevenindo a ocorrência de novos acidentes.

Apesar de parecer um tema comum, os acidentes de trabalho com material biológico envolvendo perfurocortante estão presentes nas 24 horas no serviço hospitalar, sendo ainda necessário o aprofundamento desta temática, em especial, após a ocorrência o acidente.

Acredita-se que o estudo possa contribuir de modo a identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais na adesão de práticas seguras, visando fundamentar a criação de ações de promoção de medidas preventivas eficazes e, sensibilizar os profissionais da área de saúde na busca de informações acerca da biossegurança, adoção de práticas assistenciais seguras, na valorização do uso dos equipamentos de proteção individual e alertar a importância da imunização para hepatite B, com vistas a diminuir o risco da ocorrência de acidentes e minimizar os agravos ou danos à saúde do trabalhador.

## **CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Os Hospitais são locais destinados a prestar assistência à saúde de um grande número de pessoas, sendo um ambiente laboral complexo devido a existência de diversos riscos potenciais aos quais os profissionais que ali atuam acabam por ficarem expostos (NISHIDE, BENALTI, ALEXANDRE, 2004; BARROS, 2012).

Os estabelecimentos de saúde, incluindo os hospitais, são locais considerados insalubres, na medida em que seu ambiente apresenta variados riscos ocupacionais, conseqüentemente, expondo seus profissionais a estes riscos (BARROS, 2012).

De acordo com a Norma Regulamentadora 9 (NR9) os riscos ambientais são agentes presentes nos ambientes de trabalho que, em função de características específicas, como: natureza, concentração, intensidade e tempo ao qual o indivíduo permanece exposto, são capazes de gerar danos a saúde (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1994).

### **2.1 – Riscos Ocupacionais presentes no Ambiente Hospitalar**

No ambiente hospitalar, entre os seus mais diversos setores, com diferentes níveis de complexidade, podemos verificar a existência de riscos ambientais, que estão presentes na vida do profissional durante a sua prática laboral diária, riscos estes causados pela presença de fatores físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, que podem ocasionar doenças ocupacionais, além do risco para a ocorrência de acidentes de trabalho (MARZIALE, RODRIGUES; 2002).

De acordo com Marziale e Rodrigues (2002) e Ribeiro e Shimizu (2007) podemos caracterizar os riscos presentes no ambiente hospitalar como:

2.1.1 – Riscos Físicos – São os fatores relacionados aos ruídos, vibrações, radiações, sejam elas ionizantes ou não ionizantes, temperaturas extremas (frio ou calor), umidade, iluminação inadequada, pressões anormais, entre outros.

2.1.2 – Riscos Químicos – São os fatores relacionados ao manuseio de gases e vapores anestésicos, produtos antissépticos e esterilizantes, poeiras, névoas, gazes, entre outros.

2.1.3 – Riscos Biológicos – Esses fatores são relacionados ao contato com microrganismos diversos, como bactérias, fungos, protozoários, vírus, entre outros.

2.1.4 – Risco Ergonômico – Fatores relacionados ao local de trabalho, mobiliário inadequado, adoção de posturas inadequadas devido a inadequação do local de trabalho ao trabalhador, levantamento e transporte de pesos excessivos, entre outros.

2.1.5 – Risco Psicossocial – Este fator advém de sobrecargas de trabalho, sobrecargas emocionais, como o convívio com o sofrimento do paciente, com a dor e com a morte, o trabalho em rodízios de turno, que proporciona o trabalho noturno, o ritmo acelerado e as longas jornadas de trabalho, entre outros.

2.1.6 – Risco de Acidentes – Estão relacionadas a inúmeros fatores que podem proporcionar riscos, como por exemplo: piso escorregadio, armazenamento inadequado de materiais, arranjo físico inadequado, ferramentas de trabalho inadequadas ou ausentes, ou até mesmo com uma manutenção inadequada, máquinas defeituosas, entre outros.

O cuidado do ambiente de trabalho é fundamental para o controle e prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho e, também é importante dar atenção da saúde do profissional exposto a este ambiente.

De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal, meio ambiente de trabalho é definido como um conjunto de bens, instrumentos e meios de natureza material ou não, em face ao qual o ser humano exerce atividades laborais (BRASIL, 1988).

No Brasil, são poucas as leis nacionais que regulam as questões pertinentes à saúde e segurança ocupacional relacionada aos agentes biológicos e aos trabalhadores da área da saúde, sendo a maior parte destas apresentadas sobre a forma de Norma Regulamentadora (NR), essas são citadas no Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e aprovadas pela Portaria n°3.214, de 08 de junho de 1978 (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1978).

Estas normas regulamentam e fornecem orientação sobre procedimentos obrigatórios relacionados à segurança e medicina do trabalho e são de observância obrigatória para todas as empresas brasileiras regidas pela CLT, além disso, as mesmas sofrem revisão periódica pelo Ministério do Trabalho e Emprego, visando atualizações que atendam a novas demandas encontradas. Sendo suas elaborações e modificações

realizadas obrigatoriamente por comissões tripartites específicas, compostas por representantes do governo e representantes dos empregadores e empregados.

Como dito, as Normas Regulamentadoras são de observância obrigatória para empresas brasileiras regidas pela CLT, porém não são igualmente obrigatórias para os funcionários regidos pelo Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais (RJU), com seu regimento disposto pela Lei nº8.112, de 11 de dezembro de 1990. Posterior a essa Lei, tivemos a publicação da Portaria nº1.675 de 06 de outubro de 2006 que obriga a implementação das NR 07 (PCMSO) e NR 9 (PPRA) pelos órgãos públicos federais, essa obrigatoriedade se dá pela responsabilidade na qualidade das condições de trabalho dos servidores, tendo com isso, aplicabilidade também da NR 32, específica sobre a segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Dentre as legislações de destaque, temos:

1) NR – 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT):

Esta estabelece critérios para organização de um serviço especializado, que vise a redução dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais, e, para isso deve contar com profissionais especializados como: médico do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, enfermeiro e técnico de enfermagem do trabalho e técnico de segurança do trabalho, em quantidades estabelecidas de acordo com o grau de risco das atividades de trabalho realizadas e, também, ao quantitativo de trabalhadores expostos.

Este serviço deve ter caráter preventivo, ou seja, deve visar a redução ou eliminação dos riscos à saúde dos trabalhadores no ambiente de trabalho.

Entre as atividades do SESMT estão a análise de riscos ambientais, a orientação dos profissionais tanto aos riscos existentes como a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI), além do registro e controle dos acidentes de trabalho ocorridos (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2009).

2) NR 5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA):

Tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível o trabalho com a preservação da vida e a

promoção da saúde do trabalhador, sendo formada por representantes do empregador e dos empregados, eleitos através de votação.

Entre suas atribuições estão a elaboração do Mapa de Riscos e a organização da SIPAT (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2011).

3) NR – 6 – Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Considera-se EPI todo dispositivo de uso individual, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, estes devem possuir Certificado de Aprovação (CA), emitidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), sejam eles nacionais ou importados, e os mesmos devem ser fornecidos pelo empregador gratuitamente, cabendo ao empregado seu uso correto e, a sinalização de problemas e/ou ausências (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2010).

4) NR – 7 – Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional (PCMSO):

Este programa tem suas ações voltadas diretamente para o trabalhador, objetivando a promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores, contempla desde a avaliação de risco até as medidas necessárias frente aos riscos identificados. Este programa é responsável pelo controle da saúde dos trabalhadores, através da realização de exames regulares para acompanhamento, como: exame admissional, periódico, exame de retorno ao trabalho, mudança de função e demissional (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2013).

5) NR – 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA):

Este programa atua através da antecipação, reconhecimento, avaliação e controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1994).

6) NR – 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde:

Define diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e saúde especificamente dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Para fins desta NR, serviços de saúde são considerados qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de

promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em todos os seus níveis de complexidade.

Os serviços de saúde são contemplados com uma NR específica devido a complexidade dos serviços realizados, além de envolverem as atividades que apresentam maior risco devido à possibilidade de contato com microrganismos encontrados no ambiente laboral e dos instrumentos de trabalho utilizados no exercício da profissão, com potencial de provocar doenças nos trabalhadores, como é o caso dos materiais perfurocortantes (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2005).

Além destas Normas Regulamentadoras temos outras legislações que regulamentam a saúde e a segurança ocupacional dos profissionais de saúde frente aos riscos biológicos existentes no ambiente de trabalho, são elas:

#### 7) Lei Orgânica da Saúde

Regulamenta os dispositivos constitucionais sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a saúde do trabalhador, no que se refere ao conjunto de atividades que se destinam à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores, por meio de ações de vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 1990).

#### 8) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

Definem diretrizes para a prevenção e controle das infecções hospitalares, que podem causar danos à saúde tanto dos pacientes, quanto dos trabalhadores, através de um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

#### 9) Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho:

Esta lista serve de parâmetro para o estabelecimento do perfil nosológico da população trabalhadora e com isso, dá subsídios para o estabelecimento de políticas públicas voltadas para o campo da saúde do trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

10) Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (RENAST):

Foi criada com o intuito de promover ações voltadas para a saúde do trabalhador que abordam a vigilância e assistência integral à saúde, independente do vínculo empregatício e do tipo de inserção do profissional ao mercado de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

11) Notificação Compulsória de Agravos à Saúde do Trabalhador em Rede de Serviços Sentinela Específica:

Considerando que a gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores está expressa, entre outros indicadores, pelos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, esta portaria foi criada com o objetivo de regulamentar a notificação compulsória dos agravos à saúde do trabalhador, onde, dentro desses agravos estão incluídos os acidentes com exposição a materiais biológicos, definindo um instrumento específico para notificação deste tipo de acidente (Anexo 1), o que possibilita conhecer melhor as características dessa ocorrência e, conseqüentemente, de promover ações preventivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

12) Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS):

É um conjunto de procedimentos que visam o adequado gerenciamento dos resíduos produzidos pelo estabelecimento, com o objetivo de reduzir a geração de resíduos e proporcionais aos resíduos gerados, um correto e seguro encaminhamento, de forma à proteger os trabalhadores, preservar a saúde pública, os recursos naturais e o meio ambiente (ANVISA, 2004).

Em relação aos acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos, destacam-se:

13) Manual de Implementação: Programa de prevenção de Acidentes com Materiais Perfurocortantes em Serviços de Saúde:

Manual com instruções para auxiliar os serviços de saúde na elaboração, implementação e avaliação de um programa de prevenção de acidentes envolvendo material perfurocortante, com vista à criação de um ambiente de trabalho mais seguro

não apenas para os trabalhadores da saúde, mas também para todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde (FUNDACENTRO, 2010).

14) Manual Técnico de Exposição a Materiais Biológicos:

Este estabelece, após a ocorrência do acidente, o manejo clínico, orientação e seguimento dos trabalhadores acidentados, uso de quimioprofilaxia e notificação dos casos de atendimento aos profissionais que sofreram exposição a material biológico com risco de soroconversão.

Define os acidentes com exposição à materiais biológicos como casos de emergência, tendo atendimento e início de quimioprofilaxia o mais precoce possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

## **2.2 Riscos Biológicos**

Dos riscos ocupacionais presentes no ambiente hospitalar, dar-se a destaque aos riscos biológicos.

De acordo com a NR – 32 considera-se risco biológico a probabilidade de exposição ocupacional a agentes biológicos, ou seja, todos os microrganismos geneticamente modificados ou não em laboratório, as culturas celulares, os parasitas, toxinas e príons ((MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2005).

A mesma NR propõe a classificação de risco dos agentes biológicos existentes, considerando critérios como modo de transmissão, virulência, estabilidade, concentração e volume, a origem do agente, a disponibilidade ou não de medidas profiláticas existentes, entre outros, distribuindo estes agentes em classes de risco de 1 a 4 (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2005).

Esta ainda reafirma o cumprimento de diretrizes previstas em NR anteriores, como é o caso da NR-9 (PPRA), quando determina a necessidade de identificação e classificação dos riscos biológicos prováveis e a avaliação dos locais de trabalho com vistas a propor medidas de prevenção possíveis, o acompanhamento dos riscos existentes e da eficácia das medidas propostas.

Também reafirma a necessidade de implementação do PCMSO (NR-7), devendo esta contemplar o reconhecimento e avaliação dos riscos biológicos, a identificação dos profissionais com o risco ao qual cada atividade sofre exposição,

realizar a vigilância destes profissionais e, deve ainda, contemplar programas de imunização e um plano a ser adotado para diagnóstico, acompanhamento e prevenção de doenças, atendimento de emergência para os trabalhadores, comunicação dos agravos e acidentes de trabalho e as medidas de proteção a serem adotadas a partir da PPRA, entre outros.

Com vistas à segurança dos profissionais, esta reforça ainda a obrigatoriedade do fornecimento dos equipamentos de proteção individual abordados na NR - 6, por parte do empregador e, uso dos mesmos por parte dos profissionais, tratando as questões referentes a esse tipo de barreira de proteção como uma responsabilidade compartilhada.

A referida NR assegura que, em casos de acidentes com exposição acidental à materiais biológicos, medidas de proteção pós acidente sejam adotadas de forma imediata e, determina a necessidade de implementação de capacitação dos profissionais antes do início das atividades e, que esta deve ser mantida de forma continuada sempre que ocorrerem mudanças das condições de exposição dos trabalhadores aos agentes biológicos ou sempre que adaptada à evolução do conhecimento e/ou identificação de novos riscos biológicos e, que esta deve acontecer durante a jornada de trabalho, e devendo abordar dados referentes aos riscos inferidos à saúde, as medidas de controle que minimizem a exposição ao risco, normas e procedimentos de higiene, utilização dos equipamentos de proteção e vestimentas adequadas ao trabalho, além de medidas de prevenção de acidentes e as medidas a serem adotadas no caso da ocorrência desses.

Por fim, esta norma ainda responsabiliza os trabalhadores pelo descarte dos materiais perfurocortantes em locais adequados e veta a execução de ações de risco para a saúde do trabalhador, como o caso do reencape e a desconexão manual de agulhas.

A exposição ocupacional a agentes biológicos é entendida como o contato com o sangue e outros fluidos biológicos durante as atividades profissionais realizadas no ambiente de trabalho, as formas de exposição são variáveis e inclui inoculação percutânea, quando este envolve a presença de um objeto cortante ou perfurocortante e, a inoculação através do contato do fluido biológico com a pele ou mucosas. Os acidentes com perfurocortantes são os que atribuem maior risco aos trabalhadores da equipe de enfermagem (MARZIALE, RODRIGUES, 2002; MOURA, GIR, CANINI, 2006).

O risco dos acidentes perfurocortantes não está ligado diretamente à lesão provocada, mas, aos agentes biológicos que podem estar presentes no agente agressor, como agulhas por exemplo. Apesar de existirem diversos patógenos que podem ser transmitidos pelo sangue e por outras secreções corporais, são os vírus da imunodeficiência humana (HIV), o vírus da hepatite B (HBV) e da hepatite C (HBC) os que oferecem maior risco a saúde dos profissionais da área de saúde (TIPPLE et al., 2003; MOURA, GIR, CANINI, 2006; CANINI et al., 2008).

O risco de soroconversão após exposição ocupacional varia de acordo com diversos fatores, como a gravidade do acidente, o tamanho da lesão, a presença, o tipo e volume de material biológico envolvido, além das condições clínicas do paciente fonte envolvido e de fatores relacionados à adesão e ao uso correto das medidas profiláticas pós-exposição (CARDO et al., 1997; MS, 2011).

### **2.3 – A Equipe de Enfermagem Frente aos Riscos Ocupacionais**

Dentro do ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem está inserida a diversas situações de conflito e estresse, de exigências organizacionais, sobrecargas de trabalho, entre outros fatores, que acabam por gerar um desgaste físico e mental deste indivíduo, causando alterações físicas, emocionais, psicossomáticas que propiciam não apenas o adoecimento deste profissional como também a ocorrência de acidentes de trabalho (ELIAS, NAVARRO, 2006).

As atividades realizadas durante a prática profissional podem expor o trabalhador a diversos riscos presentes no ambiente laboral e, estes riscos são bastante evidentes entre os profissionais de enfermagem, especialmente no que diz respeito aos riscos biológicos (MTE, 2005).

Os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais são recorrentes no ambiente hospitalar, em especial dentre os profissionais pertencentes a equipe de enfermagem, uma vez as características específicas desta categoria profissional que atuam diretamente com o paciente, realizando procedimentos que muitas vezes envolvem materiais perfurocortantes (LIMA, PINHEIRO, VIEIRA, 2007).

Historicamente a equipe de enfermagem representa uma parcela importante das vítimas de acidentes ocupacionais em todo mundo, e conseqüentemente

a que mais adquire infecções decorrentes deste tipo de ocorrências (ARDILA, MUÑOZ, 2009; KAKIZAKI et al., 2011).

Muitos são os fatores e situações de trabalho que possibilitam danos a saúde dos profissionais da equipe de enfermagem, como: número insuficiente de profissionais, que acarretam em sobrecarga de trabalho, as longas jornadas de trabalho, o rodízio por turnos e/ou plantões noturnos, o desgaste físico e emocional, as condições físicas impróprias para o trabalho, a presença de material inadequado para o trabalho, a falta de capacitação destes profissionais, a indisposição ou a não adesão ao uso dos EPI, a presença dos riscos ambientais, com destaque para os riscos biológicos, com o manuseio de materiais perfurocortantes e a subnotificação dos acidentes (RIBEIRO, SHIMIZU; 2007, MARTINS, ZEITONE; 2007).

Estudos demonstram que a enfermagem tem um destaque na proporção dos acidentes de trabalho e, ainda assim agem com negligência ao desconsiderar o autocuidado a sua saúde, quando estes deixam de adotar medidas preventivas capazes de evitar ou minimizar os riscos deste tipo de evento, como a não adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual. (MALAGUTI, et al., 2008; CIRELLI, FIGUEIREDO, MASCARENHAS, 2007)

Malaguti et al. (2008) destacam que uma das maiores dificuldades na prevenção dos acidentes de trabalho é, justamente, a prática errônea da não adesão aos equipamentos de proteção, destacando que este tipo de fato ocorre mesmo quando existem condições favoráveis e facilitadoras para seu correto uso.

Cirelli, Figueiredo e Mascarenhas (2007) corroboram com esta informação quando apontam que, em estudo realizado com profissionais de enfermagem, os profissionais não se utilizam das precauções padrão, dando destaque para a ausência do uso de luvas durante a realização de procedimentos, a não utilização da técnica de lavagem de mãos e, ainda, de ainda existirem profissionais que se utilizam da prática do reencepe de agulhas durante as suas atividades laborativas.

Canini, et al. (2008) ressaltam o fato de que a simples transmissão das informações relativas aos riscos e a prevenção dos mesmos pode não ser suficiente para alterar o comportamento dos profissionais, tornando um desafio fazer com que os trabalhadores consigam compreender as diversas situações de risco presentes nas suas atividades laborais.

Além disso, diversos são os fatores envolvidos na ocorrência dos acidentes de trabalho que envolvem materiais perfurocortantes, como a falta de atenção

durante a realização dos procedimentos, as más condições de trabalho e o uso de técnicas inadequadas (ALVES, PASSOS, TOCANTINS, 2009).

Numerosos são os estudos que apontam a equipe de enfermagem como parcela de destaque entre as vítimas de acidentes de trabalho envolvendo exposição ocupacional aos agentes biológicos (CHIODI, MARZIALE, ROBAZZI, 2007; SPAGNUOLO, BALDO, GUERRINI, 2008; VIEIRA, PADILHA, PINHEIRO, 2011; VALIM, MARZIALE, 2011; CÂMARA et. al., 2011; DIAS, MACHADO, SANTOS, 2012; SANTOS, COSTA, MASCARENHAS, 2013; JULIO, FILARDI, MARZIALE, 2014).

Dentre as razões que contribuem para este fato pode-se destacar a presença da equipe de enfermagem durante as 24 horas de serviço, prestando assistência de forma ininterrupta, somado a isso temos o fato de esta categoria profissional formar o maior quantitativo de trabalhadores dentre os profissionais da área da saúde, além do alto volume de procedimentos realizados junto aos pacientes, muitos desses invasivos (GOMES, et al., 2009; CHIODI, MARZIALE, ROBAZZI, 2007).

Complementando este fato tem-se que os cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem são predominantemente manuais, como a realização de punções venosas, coleta de material para exames, administração de medicamentos por variadas vias, vacinação, troca de curativos, aspiração traqueal, banho no leito, entre outras, ou seja, atividades que envolvem o contato com materiais biológicos e, conseqüentemente, uma possível exposição e um maior risco para a ocorrência de acidentes ocupacionais (SPAGNUOLO, BALDO, GUERINNI, 2008; ALVES, PASSOS, TOCANTINS, 2009).

## **2.4 – Riscos Ocupacionais x Acidentes de Trabalho**

Os trabalhadores, incluindo os profissionais da equipe de enfermagem, durante sua prática laboral, são expostos a diversos tipos de riscos e estes riscos podem ser responsáveis por agravos a saúde deste indivíduo, sendo um deles a ocorrência de acidentes (RIBEIRO, SHIMIZU, 2007).

O trabalho é caracterizado pela atividade humana, desempenhando papel transformador de um objeto, conhecido como processo de trabalho. Este pode ser definido de diversas formas, sendo uma atividade coordenada, com características

físicas, intelectuais ou ambas, necessárias para a realização de uma tarefa, com um objetivo final pré-determinado (FERREIRA, 1999).

No caso dos profissionais da equipe de enfermagem, esta tarefa é a prestação de assistência ao indivíduo, seja ele sadio ou doente, individual ou inserido em uma comunidade, visando a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde, acidente de trabalho é aquele que ocorre durante o exercício da prática profissional ou pelo exercício do mesmo, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução da capacidade laborativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Neste contexto, o risco biológico ganha destaque devido a possibilidade da ocorrência de acidentes ocupacionais e a aquisição de infecções pelos profissionais, por diversas formas, todas envolvendo a exposição à agentes biológicos possivelmente presentes no ambiente de trabalho e/ou no cuidado ao paciente, ocorrendo com o auxílio de material perfurocortante e/ou outros objetos que, após lesão provocada pelo acidente, entram em contato com a mucosa, o tecido muscular ou corrente sanguínea do indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

## **2.5 – Principais Patógenos de Transmissão Sanguínea**

Apesar da variedade de espécies de patógenos que podem ser transmitidos aos profissionais da área de saúde, através de exposição ocupacional, são três os responsáveis pela maioria das infecções ocupacionais descritas pela literatura, sendo eles o vírus do HIV e das hepatites B e C.

### **2.5.1 – Vírus da Imunodeficiência Humana**

A preocupação com a transmissão de patógenos após ocorrência de exposições ocupacionais tomou maior evidência após o primeiro relato de sorocorversão ocupacional ao HIV, após o acidente com perfurocortantes sofrido por uma enfermeira americana. No Brasil, o primeiro caso de Aids adquirido pós exposição ocupacional foi reconhecido no ano de 1999, o caso envolveu uma auxiliar de enfermagem que também sofreu acidente envolvendo um objeto perfurocortante (SANTOS, MONTEIRO, RUIZ, 2002).

Como destacamos, os estudos apontam que grande parte dos acidentes de trabalho com exposição ocupacional a materiais biológicos envolvem o tipo de exposição percutânea, e, tem o sangue como agente biológico mais frequente, neste caso, o risco de infecção pode chegar até 0,3%, já quando o contato é mucocutâneo, este risco cai para 0,09%, sendo o tipo de exposição associado a outras características, como lesões profundas, sangue visível no objeto agressor, acidentes com agulhas diretamente inseridas em acesso arterial ou venoso, a condição clínica do paciente fonte envolvido no acidente, destacando casos de doença em estágios avançados e cargas virais elevadas, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Diversos materiais biológicos oferecem risco ocupacional para transmissão do HIV, sendo considerados de risco o líquido, líquidos amniótico, articular, pleural, pericárdico e peritônio; outros tipos de secreções são consideradas sem risco para transmissão ocupacional, desde que na ausência de sangue nessas substâncias, sendo essas o suor, lágrimas, fezes, urina, secreção nasal e saliva, porém o sangue é descrito como o de maior risco para os profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

De acordo com o tipo de exposição, o material biológico envolvido, a gravidade do acidente, as condições do paciente fonte, entre outras características que devem ser investigadas, são iniciadas as medidas profiláticas para minimizar o risco de soroconversão, com o uso de quimioprofilaxia adequada para cada caso.

### **2.5.2 – Hepatite B**

A hepatite B foi a primeira patologia a ter um caso descrito de soroconversão após exposição ocupacional, sendo descrito em 1949, com um profissional atuante em um banco de sangue (DOEBBLING, WENZEL, 1990).

A forma mais comum de transmissão ocupacional do vírus da hepatite B (HBV) também se dá através do acidentes envolvendo material perfurocortante contaminado, sendo seu risco de transmissão 10 vezes maior que o risco de transmissão da hepatite C e 100 vezes maior que o risco de soroconversão pelo HIV.

Após exposições percutâneas envolvendo sangue como fluido corporal, as chances de soroconversão variam de 37 a 62% nos casos em que o paciente fonte apresenta HBeAg positivo, e quando o paciente possui o HBsAg positivo e HBeAg

negativo, esse percentual cai para 23 a 37%, sendo ainda um alto risco de transmissão ocupacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Atualmente o ideal é que todos os profissionais atuantes na área de saúde tenham esquema vacinal completo para a hepatite B, sendo preconizado esquema vacinal com três doses (PINHEIRO, ZEITOUNE, 2008), porém, caso o profissional não conheça seu estado vacinal, ou ainda, se possui esquema vacinal incompleto, dispõe-se de medidas profiláticas pós-exposição, com o uso de imunoglobulina humana contra hepatite B.

### **2.5.3 – Hepatite C**

Assim como nas patologias anteriores sabe-se que o material biológico que apresenta o maior risco na infecção pelo vírus da hepatite C (HBC) é o sangue (SULKOWSKI, RAY, THOMAS, 2002), sendo a transmissão ocupacional também relacionada, na maioria dos casos, a injúrias envolvendo materiais perfurocortantes, sendo em sua maioria agulhas ocas com contato prévio a veias ou artérias de pacientes anti-HCV positivos (YAZDANPANA et al. 2005).

Em relação ao vírus da hepatite C, o risco de soroconversão, após exposição percutânea é de 1,8%, podendo variar de 0 a 7% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

A grande preocupação vinculada a exposição ocupacional ao vírus HCV é o fato de ainda não existirem medidas profiláticas pós-exposição, sendo a prevenção da ocorrência do acidente a principal medida de proteção contra esse vírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

## **2.6 – Medidas Pré-Exposição à Materiais Biológicos**

Como já citado, a prevenção dos acidentes de trabalho com exposição aos agentes biológicos devem ser a principal medida de proteção contra a aquisição de doenças ocupacionais decorrentes deste tipo de acidente e, para isso, os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publicaram, em 1987, recomendações denominadas de Precauções Universais, que foram posteriormente reformuladas e denominadas de Precauções Padrão (PP) (GARNER, 1996).

O intuito das PP é a redução do risco de transmissão de microrganismos, que devem ser adotadas no atendimento de todo e qualquer paciente, independente de diagnósticos (GARNER, 1996).

Contudo, embora seja de conhecimento geral que a adesão ao uso dessas medidas, associado ao uso dos equipamentos de proteção, assegurem a barreira contra a transmissão da maioria dos microrganismos, diversos estudos apontam que os profissionais da área de saúde insistem em negligenciar o uso de tais medidas durante a realização de suas atividades diárias (NISHIDE, BENATT, ALEXANDRE, 2004; GARCIA, BLANK, 2008; GIOMO et. al 2009; MARZIALE et al., 2014).

As recomendações das medidas pré-exposição foram baseadas no guia dos CDC, posteriormente atualizadas, que incluem: lavagem das mãos, o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) e o correto manuseio dos resíduos de saúde, onde incluímos os materiais perfurocortantes (GARNER, 1996).

Além dessas medidas temos como destaque a imunização dos profissionais de saúde como uma medida coadjuvante na prevenção das doenças transmissíveis (GARNER, 1996; PINHEIRO, ZEITOUNE, 2008)

### **2.6.1 – Higienização das Mãos**

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2007), a lavagem das mãos é a medida mais simples e de menor custo para a prevenção da disseminação de infecções vinculadas ao contato. É a medida mais importante na redução da transmissão de agentes infecciosos nos serviços de saúde e é indispensável na adesão as PP (SIEGEL et al. 2007).

A Organização Mundial de Saúde aponta cinco momentos cruciais em que a higienização das mãos se faz necessária para a interrupção da transmissão de patógenos vinculados pelas mãos, sendo eles: 1 – antes do contato com o paciente; 2 – antes de procedimentos assépticos; 3 – após exposição a fluidos corporais; 4 – após contato com o paciente; e, 5 – após o contato com o entorno do paciente (WHO, 2009).

A lavagem das mãos deve ser realizada por todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde, mantendo contato direto ou indireto com os pacientes, antes e após o contato com os mesmos, antes e após a utilização de luvas, entre cada procedimento, incluindo procedimentos que envolvam o mesmo usuário e após o

contato com materiais biológicos e artigos ou equipamentos possivelmente contaminados (SIEGEL, et al. 2007).

A higienização das mãos pode ser realizada de forma simples, ou seja, com o uso de água e sabão, quando houver sujidade presente ou contaminação com fluidos biológicos. Na ausência visível desses elementos, a mesma pode ser realizada com a fricção de solução alcoólica a 70% com 1 a 3% de glicerina ou com gel alcoólico a 70%, prática que acaba por aumentar a adesão dessa medida de PP (ANVISA, 2007).

### **2.6.2 – Equipamentos de Proteção Individual (EPI)**

No Brasil, a Norma Regulamentadora (NR) 6 foi a primeira legislação a tratar do uso do equipamentos de proteção para os trabalhadores em geral, sendo uma medida reafirmada pela publicação da NR 32, em 2005, quando houve um avanço significativo no que se refere a saúde dos trabalhadores especificamente da área de saúde. Esta NR responsabiliza o empregador quanto ao fornecimento de vestimentas adequadas e de EPI disponíveis em número suficiente para os trabalhadores, mas, em contrapartida, esta NR co-responsabiliza os trabalhadores no que se refere ao uso adequado e contínuo destes equipamentos (MTE, 2005).

Os equipamentos de proteção individual preconizados para utilização durante as atividades profissionais são: luvas, jalecos, óculos de proteção, máscara e/ou protetor facial, gorro e sapato fechado, cada um devendo ser utilizado de acordo com a indicação e necessidade de cada procedimento (SES/GO, 2003).

Entretanto, embora os profissionais de saúde conheçam tais medidas de proteção, estudos apontam que tal conhecimento não é suficiente para promover uma adesão efetiva de tais medidas (OLIVEIRA et al., 2009; GIOMO et. al 2009; MARZIALE et al., 2014).

### **2.6.3 – Descarte dos Resíduos Perfurocortantes**

Muitos estudos apontam o envolvimento dos resíduos perfurocortantes na ocorrência dos acidentes de trabalho com exposição ocupacional a materiais biológicos (BALSAMO, FELLI, 2006; MOURA, GIR, CANINI, 2006; OLIVEIRA, KLUTHCORSKY, KLUTHCORSKY, 2008; ARAÚJO et al., 2012; SANTOS, COSTA, MASCARENHAS, 2013).

Tendo em vista esta realidade, um aspecto que se faz necessário abordar é o descarte correto desses dispositivos. A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 306 dispõe das normas sobre o gerenciamento dos resíduos produzidos pelos serviços de saúde e, traça recomendações de medidas de prevenção de acidentes com instrumentos perfurocortantes que resultem em exposição ocupacional a agentes biológicos. Dentre as medidas relacionadas estão, o não reencape de agulhas e a não desconexão de agulhas e seringas de forma manual (ANVISA, 2004).

Além disso, os resíduos perfurocortantes devem ser descartados de forma separada, no local de sua geração, imediatamente após seu uso e, este descarte deve ser realizado em recipiente próprio, com tampa e com a devida identificação, devendo ser respeitado o limite de preenchimento do mesmo e sendo proibido o seu reaproveitamento (ANVISA, 2004).

Contudo, mesmo com o conhecimento dessas medidas, muitos estudos apontam que, boa parte dos acidentes envolvendo agentes perfurocortantes ocorreram em decorrência do descarte incorreto deste material (MOURA, GIR, CANINI, 2006; OLIVEIRA, KLUTHCORSKY, KLUTHCORSKY, 2008; ARAÚJO et al., 2012; SANTOS, COSTA, MASCARENHAS, 2013) ou em decorrência da não observação da proibição do reencape do material (SIMÃO et. al. 2010; SANTOS et. al., 2012; ARAÚJO et al., 2012).

#### **2.6.4 – Imunização**

A imunização contra a hepatite B é a principal medida de prevenção da hepatite B ocupacional, sendo preconizada a sua realização antes do início das atividades profissionais no serviço de saúde (CDC, 2011).

No Brasil a vacinação para hepatite B é recomendada para todos os profissionais e estudantes da área da saúde (Ministério da Saúde, 2008), devendo ser administrada em três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses, entre a segunda e a terceira dose, tal medida confere resposta imunológica adequada a cerca de 90% dos adultos jovens imunocompetentes (Ministério da Saúde, 2006).

Para verificação da resposta imunológica é recomendada a realização do teste sorológico anti-HBs para confirmação de soroconversão, sendo recomendada a repetição do esquema vacinal, caso não se adquira resposta imunológica ao primeiro

esquema vacinal. Caso o indivíduo mantenha a não resposta, não é indicada uma terceira repetição do esquema, neste caso o trabalhador é considerado susceptível, sendo não respondedor ao esquema vacinal (Ministério da Saúde, 2008).

De acordo com a legislação vigente não existe uma obrigatoriedade de vacinação contra hepatite B entre os profissionais de saúde, porém, de acordo com o preconizado pela NR-32, o empregador deve disponibilizar vacinação de seus funcionários e pode também monitorar o cumprimento da imunização recomendada (MTE, 2005).

Apesar de amplamente divulgada e recomendada, estudos apontam que ainda existe um percentual de profissionais da área de saúde e, da equipe de enfermagem, que não possuem esquema vacinal ou possuem este esquema de forma incompleta. Estudos apresentam variáveis níveis de imunização entre os profissionais, Spagnuolo, Baldo e Guerrini (2008) apontam que apenas 74,3% dos profissionais acidentados que participaram de seu estudo possuíam esquema vacinal completo.

Fráguas et al. (2013) em estudo realizado com profissionais vítimas de acidentes de trabalho com material biológico de um centro de referência para trabalhadores da área da saúde apontam que, em um total de 259 casos notificados, apenas 173 (66,8%) dos profissionais encontravam-se vacinados para hepatite B, sendo outros 23 (8,9%) tendo se declarado como não vacinados, 58 (22,4%) relataram possuir esquema vacinal incompleto e outros 5 (1,9%) tiveram a situação vacinal ignorada no momento do acidente.

Os mesmos autores ainda destacam o baixo conhecimento dos profissionais de saúde sobre sua real situação sorológica pós vacinação para hepatite B, sendo que de 259 profissionais que afirmaram esquema vacinal completo, apenas 28 (10,8%) realizaram o teste anti-HBs para verificar sua situação imunológica.

Vieira, Padilha e Pinheiro (2011) apontam que em um estudo envolvendo profissionais acidentados, 31% não possuíam esquema vacinal ou tiveram essa informação ignorada no momento do registro das informações referentes ao acidente de trabalho.

Outros estudos ratificam as informações referentes a existência de um quantitativo significativo de profissionais que ainda não se encontram imunizados para hepatite B (SPAGNUDO, BALDO, GUERRINE, 2008; ARAÚJO, et. al., 2012; DIAS, MACHADO, SANTOS, 2012; JULIO, FILARDE, MARZIALE, 2014).

Pinheiro e Zeitoune (2008) em estudo realizado entre profissionais da equipe de enfermagem, apontam que apenas 86,4% não haviam realizado teste para avaliação do *status* sorológico, apesar de terem o esquema vacinal completo estes profissionais não sabiam informar se possuíam resposta imunológica adequada.

Fráguas et al. (2013) ainda ressaltam a importância da vacinação pré-exposição como principal medida de prevenção contra hepatite B ocupacional entre profissionais de saúde.

## **2.7 – Os Acidentes de Trabalho com Exposição à Agentes Biológicos**

Os acidentes com material biológico devem receber atenção imediata, com atendimento clínico e a rápida adoção das medidas profiláticas necessárias para minimizar os riscos de soroconversão ocupacional, para a padronização deste atendimento o Ministério da Saúde publicou um manual técnico para Exposição a Materiais Biológicos (Ministério da Saúde, 2011).

O manual estabelece diretrizes para o atendimento aos profissionais que sofreram exposição ocupacional a material biológico, normatizando uma rotina para o atendimento clínico, orientações e acompanhamento do profissional acidentado, com as indicações para o uso de quimioprofilaxia, quando essas se fizerem necessárias e, estabelecendo a notificação destas ocorrências.

Dentre os objetivos previstos no manual estão a sistematização do atendimento, o diagnóstico, conduta, medidas preventivas e notificação do evento, prioritariamente na transmissão do HIV, e das hepatites B e C, sendo estes os agentes infecciosos mais comumente envolvidos, sendo portanto os de maior transmissão ocupacional.

O risco ocupacional após exposição depende de uma série de fatores e variáveis, incluindo o tipo de exposição, o material biológico envolvido, a gravidade do acidente, o tamanho da lesão, a presença dos equipamentos de proteção individual no momento do acidente, além das condições clínicas do paciente fonte envolvido, incluindo suas sorologias.

Os acidentes de trabalho podem ter exposição de três formas: 1 – Exposição percutânea; 2 – Contato com mucosa; e, 3 – Contato com pele íntegra ou não íntegra.

Estudos apontam que as exposições percutâneas são as mais expressivas, esse tipo de exposição também é a que oferece maior risco de transmissão/soroconversão do profissional acidentado (OLIVEIRA, KLUTHCOVSKY, KLUTHCOVSKY, 2008; SPAGNUOLO, BALDO, GUERRINI, 2008; GOMES et. al., 2009; SILVA et. al., 2010; VIEIRA, PADINHA, PINHEIRO, 2011; DIAS, MACHADO, SANTOS, (2012); ARAÚJO et. al., 2012; PIMENTA et. al., 2013).

O material biológico envolvido também deve ser levado em consideração, este é um parâmetro importante para iniciar a avaliação do risco do acidente, pois temos fluidos com maiores e menores potenciais infectantes:

- Fluidos biológicos potencialmente infectantes: Sangue, sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico;

- Fluido biológicos potencialmente não infectantes: Suor, lágrimas, fezes, urina, saliva (exceto se contaminados com sangue).

Estudos apontam que o sangue é o fluido biológico mais presente nas ocorrências de acidentes registrados (VIEIRA, PADILHA, PINHEIRO, 2011; CÂMARA et. al., 2011; ARAÚJO et. al., 2012; DIAS, MACHADO, SANTOS, 2012; SANTOS, COSTA, MASCARENHAS, 2013; PIMENTA et. al., 2013;).

Outro fator importante na avaliação do acidente é o conhecimento ou não do paciente fonte. Quando o paciente fonte é conhecido se faz necessária a sua avaliação, se é comprovadamente infectado, se possui sorologia recente, se foi exposto à situações de risco, e uma avaliação geral do estado clínico do paciente. Quando este é sabidamente infectado por alguma das patologias virais relacionadas, é necessário saber as condições clínicas do mesmo, como carga viral, entre outras. Todas as informações somadas darão subsídios para a conduta a ser adotada na prevenção da soroconversão do profissional acidentado.

A avaliação da exposição deve incluir a anamnese do profissional acidentado, caracterização do paciente fonte, análise de risco, a notificação do acidente e as orientações no manejo clínico e medidas de cuidado com o local exposto.

Este atendimento deve ainda avaliar o potencial de transmissão para o HIV, hepatite B e hepatite C. Quando o paciente fonte for positivo para alguma dessas situações ou quando o paciente fonte for desconhecido, deve-se levar em conta critérios como: tipo de exposição, tipo e quantidade de fluido envolvido, *status* sorológico tanto do acidentado quanto do paciente fonte e a susceptibilidade do profissional exposto.

Devem ser considerados acidentes de trabalho com exposição ocupacional de maior risco aqueles que apresentarem maior gravidade, grande volumes de sangue, lesões profundas provocadas por material cortante ou perfurocortante, presença de sangue visível no objeto agressor, acidentes com perfurocortantes previamente utilizados em veias ou artérias de paciente fonte contaminado, agulhas com lúmen e/ou de grosso calibre e, grandes inoculações virais, ou seja, paciente em HIV em estágio elevado, presença de infecção aguda e viremia elevada.

## **2.8 – Medidas Pós-Exposição à Materiais Biológicos**

Uma vez ocorrido o acidente devem ser tomadas medidas rápidas para diminuir o risco de soroconversão a algum agente infeccioso presente no material biológico potencialmente contaminado ao qual o profissional foi exposto.

### **2.8.1 – Cuidados Imediatos**

Duas medidas importantes devem ser adotadas após a exposição a agentes biológicos, a primeira medida é em relação aos cuidados com a área atingida, nos casos de exposição percutânea ou cutânea deve-se proceder lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão; quando a exposição ocorrer em contato com mucosas é indicada a lavagem com água corrente ou com o uso de solução salina fisiológica. Não se deve utilizar soluções com potencial irritante como éter, álcool, hipoclorito ou glutaraldeídos e também não se devem realizar procedimentos que aumentem a área exposta (CDC, 2001; Ministério da Saúde, 2008; Ministério da Saúde 2011).

O segundo cuidado importante que deve ser considerado após a ocorrência da exposição é a identificação do paciente fonte e a verificação de um possível diagnóstico para HIV, HBV e/ou HCV. Caso o paciente não possua diagnóstico comprovado, podem ser realizados testes para pesquisa de anticorpos anti-HIV (teste rápido), Anti-HCV e HBsAg. O paciente fonte pode se recusar a realização dos exames laboratoriais, nestes casos deve se levar em consideração o diagnóstico médico, sinais e sintomas atuais e história da situação de risco para aquisição do HIV e das hepatites B e C. Caso o profissional de saúde tenha esquema vacinal completo para hepatite B, preferencialmente na confirmação sorológica do Anti-HBs, pode-se desconsiderar a realização do teste HBsAg no paciente fonte.

O profissional acidentado também deve receber avaliação e realizar exames para comprovar a presença prévia de anticorpos anti-HIV, anti-HBV e anti-HCV, a positividade de alguma das sorologias descaracteriza a sorocorversão ocupacional (Ministério da Saúde 2008, Ministério da Saúde, 2011).

### **2.8.2 – Quimioprofilaxia / Imunoprofilaxia**

A indicação de qualquer tipo de profilaxia pós-exposição ocupacional deve ser iniciada o mais rapidamente possível, recomenda-se o seu início nas primeiras 12, 24 a 36 horas, considerado mais efetivo que tratamento com início superior a 48 a 72 horas após exposição (Ministério da Saúde, 2011).

#### **2.8.2.1 – Imunoprofilaxia para Hepatite B**

Caso o paciente fonte seja portador da hepatite B (HBsAg positivo), o perfil sorológico do profissional acidentado deve ser levado em consideração para sabermos qual conduta deve ser adotada frente ao risco de soroconversão.

Caso 1 – Se o profissional de saúde possui esquema vacinal completo para hepatite B, porém com perfil sorológico pós-vacinação desconhecido, deve solicitar a realização do teste anti-HBs, para os profissionais que apresentarem sorologia positiva, ou seja, anti-HBs superior a 10mUI/ml, nenhuma conduta precisa ser realizada (RAPPARINI, VITÓRIA, LARA, 2004).

Caso 2 – Se o profissional de saúde não possui esquema vacinal completo para hepatite B ou caso a sorologia pós-vacinação seja negativa, recomendar-se a complementação do esquema vacinal e, nos casos de paciente fonte reagente para o HBsAg deve-se proceder a administração da inumoglobulina anti hepatite B (Ministério da Saúde, 2008).

Caso 3 – Se o profissional de saúde já procedeu dois ciclos do esquema vacinal para hepatite B e, mesmo assim, não possui resposta vacinal adequada, ou seja, anti-HBs inferior a 10mUI/ml, este profissional é considerado como não respondedor a vacina e, deve ser realizada duas doses de imunoglobulina, com intervalo de 30 dias entre elas (CDC, 2001; Ministério da Saúde, 2008).

### **2.8.2.2 – Recomendações referentes à Hepatite C**

Como já foi citado, ainda não existem profilaxias eficazes capazes de minimizar o risco de soroconversão para hepatite C, neste caso, quando existe a exposição ao vírus HCV, é recomendado o acompanhamento clínico e laboratorial do profissional acidentado. A conduta pós-exposição inclui testes de dosagem de anticorpo contra o HCV do paciente fonte e do profissional acidentado. A única medida eficaz para a eliminação do risco de aquisição do HCV ocupacional é a prevenção do acidente (Ministério da Saúde, 2008).

### **2.8.2.3 – Quimioprofilaxia para HIV**

A quimioprofilaxia deve ser iniciada o quanto antes, preferencialmente nas primeiras duas horas após a ocorrência da exposição, podendo ser iniciada com 12, 24 e até 36 horas após a ocorrência do acidente, sendo seu início precoce considerado mais efetivo quando comparado as quimioprofilaxias iniciadas após 48 a 72 horas após ocorrência da exposição (CDC, 2001; Ministério da Saúde, 2011).

A recomendação de quimioprofilaxia deve ser indicada sempre que houver situação com risco eminente de transmissão do HIV. Os casos devem ser avaliados de forma criteriosa, de acordo com os parâmetros já relacionados anteriormente. Nos casos com risco baixo ou insignificante não devem ser indicados o uso de quimioprofilaxia, o uso não se justifica devido à agressividade dos medicamentos antirretrovirais.

Quando há indicação, pode-se optar pelo esquema básico, com a utilização de dois antirretrovirais, geralmente dois análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa ou esquemas expandidos com a associação de um terceiro antirretroviral, que neste caso pode ser outro inibidor da transcriptase reversa ou um inibidor de protease. Esquemas expandidos devem ser considerados em situações que implicam num alto risco de transmissão do HIV ou quando envolvem pacientes fonte positivos e que já apresentam resistência a alguns antirretrovirais (Ministério da Saúde, 2008).

Para mulheres em idade fértil é importante oferecer/recomendar a realização de teste de gravidez, para avaliar os riscos x benefícios no início da

quimioprofilaxia e, também para a escolha do esquema que será utilizado (Ministério da Saúde, 2011).

Um ponto importante a ser destacado no que tange o uso de profilaxia pós-exposição é o fato de que muitos estudos apontam que muitos dos profissionais que têm indicação para o uso da quimioprofilaxia ou imunoprofilaxia acabam não concluindo o esquema prescrito (MICELI, et al. 2005; BALSAMO, FELLI, 2008; ALMEIDA, BENATTI, 2007; FREITAS, et al. 2011).

### **2.8.3 – Notificação do Acidente**

Os casos de acidentes de trabalho com exposição ocupacional a materiais biológicos envolvem, além dos aspectos clínicos já apresentados, questões trabalhistas e previdenciárias, além de questões de abordagem estatística e epidemiológica (FACCHIN, 2009).

De acordo com o preconizado na Norma Regulamentadora (NR) – 32, o acidente deve ser comunicado a chefia do serviço de saúde, logo em seguida a adoção dos cuidados imediatos e, concomitante a isso o profissional deve ser encaminhado ao atendimento especializado. Quando existir uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) na unidade, a mesma também deve tomar ciência da ocorrência (MTE, 2005).

Independente do vínculo trabalhista, os órgãos previdenciários responsáveis também devem ser comunicados da ocorrência do acidente, para isso, os profissionais regidos pelas Leis das Consolidações do Trabalho (CLT), devem realizar o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), sendo a mesma encaminhada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), e, quanto aos servidores estatutários, a comunicação deve ser encaminhada aos referidos órgãos previdenciários.

Além disso, temos a Portaria de nº777, de 28 de abril de 2004, que regulamenta a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinelas específica, incluindo a exposição aos agentes biológicos, devendo ser realizado o preenchimento da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Acidentes de Trabalho com Exposição à Material Biológico (Anexo 1) (Ministério da Saúde, 2004).

A correta notificação das informações referentes aos acidentes de trabalho são um instrumento importante no planejamento de ações, na definição e avaliação de intervenções.

Apesar disso, estudos apontam que mesmo com a obrigatoriedade na notificação deste tipo de agravo, ainda é grande o número de subnotificações de casos de exposição ocupacional aos agentes biológicos (SHIÃO et al., 2009).

Este tipo de informação revela que a realidade das questões pertinentes aos acidentes de trabalho com material biológico podem ser ainda piores do que a realidade retratada pelos estudos presentes na literatura científica.

#### **2.8.4 – Acompanhamento Recomendado**

Quando o trabalhador sofre algum tipo de exposição ocupacional a materiais biológicos se faz necessário o acompanhamento clínico especializado e laboratorial deste profissional. Esse acompanhamento independe do tipo de exposição, da recomendação ou não para o uso de quimioprofilaxias, entre outros. Esse acompanhamento tem em vistas o monitoramento de possíveis alterações provocadas pela exposição ocupacional (Ministério da Saúde, 2008).

As questões relacionadas ao acompanhamento após a exposição ocupacional também são de grande relevância e destaque nas discussões científicas devido ao alto percentual de abandono do seguimento clínico e / ou abandono da terapêutica proposta. Pimenta et al, apontam que, em estudo realizado com profissionais de enfermagem acidentados com material biológico, de um total de 454 acidentes notificados, 168 (37%) resultaram em indicação de terapia antirretroviral, tendo ocorrido abandono desta terapêutica em 52 (31%) dos casos, sendo que deste total de profissionais que tiveram indicação de quimioprofilaxia, 109 (64,9%) referiram presença de efeitos adversos advindos da terapia recomendada.

O acompanhamento será realizado de acordo com cada caso.

##### **2.8.4.1 – Acompanhamento para Exposição à Hepatite B**

Caso o profissional não tenha o esquema vacinal completo no momento do acidente, é recomendada a vacinação deste profissional e o acompanhamento clínico deverá realizar a avaliação do status sorológico do mesmo, assim como dos marcadores

virais HBsAg e anti-HBc, no momento do acidente e três a seis meses após a ocorrência do mesmo (Ministério da Saúde 2011).

Para profissionais que tiveram recomendação para o uso de imunoglobulina, deve ser realizado teste sorológico de anti-HBs apenas de três a seis meses após sua administração, pois o uso desta pode resultar em exames positivos, que podem representar apenas imunidade provisória (Ministério da Saúde, 2008).

Caso o profissional possua o esquema vacinal completo para hepatite B e, seja comprovadamente imune, através da titulação do anti-HBs, não há indicação de seguimento sorológico.

#### **2.8.4.2 – Acompanhamento para Exposição à Hepatite C**

A finalidade deste acompanhamento é para realização de diagnóstico precoce, tratamento imediato e redução de complicações em decorrência da doença. Deve incluir avaliação de lesão hepática no momento do acidente, seis semanas após e, com três e seis meses após exposição (CDC, 2001; Ministério da Saúde, 2008).

A sorologia para anti-HBc deve ser realizada no momento do acidente e depois de três e seis meses após a sua ocorrência.

#### **2.8.4.3 – Acompanhamento para Exposição ao HIV**

Quando indicado o uso de quimioprofilaxia é necessária a avaliação da toxicidade medicamentosa, além do acompanhamento para diagnóstico de possível infecção aguda pelo HIV, devem ser feitos exames laboratoriais como hemograma, bioquímica, entre outros e, também são realizados testes sorológicos no momento do acidente, após seis semanas e, três e seis meses após exposição.

Quando não indicada a quimioprofilaxia são realizados apenas os acompanhamentos sorológicos, devendo ser dosado o anti-HIV no momento do acidente e três e seis meses após o mesmo.

Em casos em que o paciente fonte é concomitantemente HIV e HCV positivos o acompanhamento do profissional deve ser repetido após 12 meses após a ocorrência da exposição (Ministério da Saúde, 2008; Ministério da Saúde, 2011).

## 2.9 – Medidas de Prevenção de Acidentes com Materiais Perfucortantes

Como visto, a medida mais eficaz na redução dos riscos advindos da exposição ocupacional aos materiais biológicos é a prevenção da ocorrência dos mesmos. Muitos estudos apontam para a necessidade de maior capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, porém, se questiona a real efetividade dessa medida, sendo mostrado em diversos estudos que grande parte dos profissionais não se utilizam das medidas de proteção existentes, mesmo possuindo conhecimento sobre os riscos e sobre as corretas formas de prevenção (ALMEIDA, et al., 2009; SANTOS, et al., 2012; SILVA, et al., 2012), Gallas e Fontana, 2010 também destacam a negligência dos profissionais quanto a não adesão ao uso dos EPI, onde profissionais associam a autoconfiança, o descuido e a pressa como fatores determinantes para essa ocorrência.

Ribeiro, et al. (2010) destacam a necessidade de uma capacitação com abordagens que possibilitem a construção de um conhecimento capaz de transformar a prática dos profissionais, mediante uma observação sistemática dos fatores que interferem na adesão dos equipamentos de proteção, trabalhando os fatores que dificultam e / ou causam resistência ao seu uso, por parte dos profissionais.

Com vistas a contribuir com para redução no número de exposições ocupacionais a Fundacentro criou um Manual de Implementação do Programa de Prevenção de Acidentes com Materiais Perfurocortantes em Serviços de Saúde, sendo este manual uma adaptação do Workbook for designing implementing, and evaluating a sharps injury prevention program dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2008; FUNDACENTRO, 2010).

Este manual contém instruções práticas para auxiliar os serviços de saúde na elaboração, implementação e avaliação de um Programa de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes, com um passo a passo que inclui o planejamento de etapas organizacionais e processos operacionais com vistas a desenvolver um programa de prevenção de acidentes

Dentre as etapas organizacionais temos: a formação de um Comitê Gestor do Programa de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes, a avaliação dos processos operacionais e a análise do perfil dos acidentes e das medidas de prevenção existentes. Com essa análise o Comitê Gestor determina as prioridades de prevenção, propõe o desenvolvimento e implementação de um plano de ações e realiza o monitoramento de desempenho desses programas, ou seja, avalia do mesmo. Entre os

processos operacionais previstos estão a institucionalização de uma cultura de segurança no ambiente de trabalho, implantação de procedimentos de registro, notificação e investigação dos acidentes ocorridos e das situações de risco envolvidas, com posterior análise dos dados referentes aos acidentes envolvendo perfurocortantes, a seleção de perfurocortantes com dispositivos de segurança e também a capacitação dos trabalhadores (FUNDACENTRO, 2010).

## CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

### 3.1 – Características do Estudo

Visando compreender as questões subjetivas propostas pelo estudo, optou-se por realizar estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa.

Os estudos descritivos com referencial qualitativo permitem responder questões particulares, com o aprofundamento das relações. Este tipo de estudo considera seus participantes como indivíduos que estão inseridos em condições sociais próprias, onde suas crenças, valores e significados são de fundamental importância (MINAYO, 2000).

Ainda segundo Minayo (2000), as pesquisas com abordagem qualitativa são capazes de entender o significado e a intencionalidade inerente aos atos, com isso permite a compreensão e até mesmo a reflexão sobre um determinado tema ou evento.

O principal foco dos estudos descritivos é descrever as características de uma determinada população, através de suas atitudes, além de identificar relações entre variáveis, com possibilidade de determinar a natureza dessas relações (GIL, 2002).

Minayo (2000) ainda descreve que, no estudo descritivo com abordagem qualitativa:

*“interessa em estudos com segmentos sociais especiais, trabalhar com a lógica interna do grupo, recuperando a definição da situação oferecida pelos próprios sujeitos envolvidos, assim como as significâncias e relevâncias que expressam através de seus relatos. Sua fala não apenas informa sobre o que é real do seu ponto de vista, mas também, valora, julga e estabelece prioridades e projeta seu social” (MINAYO, 2000, p.24).*

Este estudo se propôs a descrever as (re)ações autorreferidas, modificadas pelos profissionais de enfermagem expostos acidentalmente a materiais biológicos e discutir essas (re)ações na perspectiva da saúde destes profissionais. Para tanto, a natureza do estudo e a abordagem adotada foram as mais adequadas, por conseguir obter dos protagonistas deste evento dados satisfatórios que subsidiaram com clareza, a identificação e discussão dos objetivos apresentados.

A abordagem escolhida permite pensar nas questões que necessitam de melhores esclarecimentos e, permite encontrar, na fala dos sujeitos, o significado e a compreensão da problemática relativa aos acidentes ocupacionais com exposição a agentes biológicos.

### **3.2 – Cenário do Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Universitário de porte grande, localizado na zona norte, na cidade do Rio de Janeiro, com área física de 21.900 m<sup>2</sup>, com capacidade para 320 leitos, distribuídos por 12 enfermarias e quartos particulares, além de ambulatórios, 12 salas de cirurgia e duas salas de parto, abrangendo atendimentos nas áreas de clínica médica e cirúrgica, centro de terapia intensiva, adulto e infantil, pediatria, ginecologia, obstetrícia, cardiologia, pneumologia, hemodiálise, urologia, ortopedia, hospital dia, além dos atendimentos em nível ambulatorial.

O referido hospital tem como missão promover assistência à saúde com excelência, formar e qualificar recursos humanos para a valorização da vida e produzir conhecimento de forma a contribuir para melhoria da qualidade de vida do cidadão.

E, como objetivos, prestar assistência integral e humanizada à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde, além do aperfeiçoamento dos profissionais, com promoção de educação continuada, visando aprimorar a capacitação e qualificação do corpo profissional. O mesmo ainda é um local de ensino e pesquisa, com a realização de atividades de educação permanente e formação profissional em saúde, abrigando cursos de graduação e pós-graduação de escolas de medicina, enfermagem, nutrição e biomedicina, bem como de pesquisas na área da saúde e no desenvolvimento e avaliação de tecnologias em saúde.

Mantém a integralidade das suas ações voltadas para o Sistema Único de Saúde, particularmente nas áreas de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, atendendo à clientela por demanda espontânea ou referenciada, através da Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro.

### **3.3 – Participantes do Estudo**

Nas atividades realizadas em todas as abrangências deste hospital, quer seja na unidade ambulatorial ou hospitalar, conta-se com a presença da equipe de enfermagem, como plantonistas ou diaristas, nos turnos diurno e noturno.

Além destes profissionais, por se tratar de um hospital universitário, com atividades de ensino e formação, também se tem presentes acadêmicos de enfermagem e residentes da mesma área.

Definiu-se como participantes do estudo os profissionais da equipe de enfermagem, tanto da unidade ambulatorial quanto hospitalar, desde que estejam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão determinados para participação na presente pesquisa.

É necessário ressaltar que existem três tipos de vínculo existentes entre os profissionais de enfermagem e o referido hospital, podendo ser: estatutários e contrato temporário, ambos com carga horária de 30 horas semanais e escala de trabalho de 12x60 horas (plantão diurno ou plantão noturno) e, no caso dos residentes, vínculo de bolsa temporária de estudos, com carga horária de 60 horas semanais.

### **3.4 – Critérios de Inclusão do Estudo:**

- Ser profissional da equipe de enfermagem;
- Ter sofrido algum tipo de acidente ocupacional envolvendo exposição a material biológico no ano de 2013.

### **3.5 – Critérios de Exclusão do Estudo:**

- Estar afastado de suas atividades de trabalho no período da coleta de dados, por motivo de aposentadoria, licença médica de qualquer tipo ou motivo de férias.

E, a partir dos critérios de inclusão e exclusão apresentados, chegou-se ao número de 12 (doze) profissionais da equipe de enfermagem aptos a participação do estudo.

### 3.6 – Coleta de Dados:

A coleta de dados deu-se em duas partes distintas:

A primeira parte foi a coleta das fichas de notificação dos acidentes de trabalho com exposição à material biológico (Anexo 1), junto ao arquivo da Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH) e a Divisão de Promoção à Saúde (DPS) da referida instituição. Tendo este levantamento sido realizado no mês de junho de 2014.

Foram coletadas todas as fichas de notificação referentes a acidentes com exposição ocupacional à material biológico notificados no ano de 2013.

A partir desses dados, foi realizada uma leitura quantitativa dos dados, para posterior apresentação dessas informações e, foram identificados os profissionais pertencentes à equipe de enfermagem para realização da segunda etapa da coleta dos dados.

Para a segunda etapa da coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista, cujo instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista (Apêndice 1) elaborado pela autora, dividido em duas partes: a primeira composta de sete itens fechados, com o levantamento de informações referentes aos profissionais acidentados, como idade, sexo, identificação das características de vínculo institucional, turno de trabalho, carga horária, categoria profissional e setor da ocorrência. A segunda parte da entrevista semi-estruturada foi composta por duas perguntas centrais, que serviram de base para a entrevista, mas, que possibilitaram o surgimento de outras perguntas, de acordo com a fala dos participantes, com necessidade do aprofundamento de determinados pontos da temática que o estudo se propôs.

A escolha da técnica de entrevista foi oportuna por permitir a imersão na singularidade e particularidade de cada indivíduo, ao abordar o assunto que se desejava conhecer e, possibilitar a produção de dados que refletem as características do objeto estudado. Além de permitir atingir os objetivos que foram propostos para o desenvolvimento do estudo.

Para realização das entrevistas, todos os profissionais de enfermagem que tiveram notificação por acidentes com exposição à material biológico no ano de 2013, foram convidados, de forma individual, a participar da entrevista. A entrevista foi agendada previamente, com aqueles que aceitaram participar do estudo, no dia, horário e local de preferência dos participantes, a fim de não prejudicar suas atividades

profissionais ou atrapalhar as atividades do serviço, sendo estas realizadas entre os meses de julho e agosto de 2014.

No momento da entrevista foram apresentados aos participantes todos os objetivos do estudo, riscos e benefícios da sua participação e, esclarecidas as possíveis dúvidas. Foram solicitadas autorização, por escrito, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), conforme descrito no item 3.8.

Todas as entrevistas foram realizadas de forma individual, em local que propiciasse e respeitasse o sigilo das informações e gravadas na íntegra através de um gravador de voz digital, transformada em arquivo MP3 e identificados com um código que não identificasse o nome do indivíduo participante. Para identificação das entrevistas foi utilizado as iniciais da categoria de enfermagem a qual o profissional pertencia e o número da entrevista; exemplo: E1 (enfermeiro, entrevista 1), TE2 (técnico de enfermagem, entrevista 2), AE3 (auxiliar de enfermagem, entrevista 3).

Posterior a isso, todas as entrevistas foram transcritas literalmente, utilizando o software Microsoft Office Word 2003 e foram salvas no modo \*.doc\* para melhor visualização e manejo das informações.

### **3.7 – Análise dos Dados:**

Para análise dos dados obtidos, optou-se pela utilização das premissas da análise temática categorial de acordo com Bardin (2010). Este tipo de análise consiste em descobrir núcleos de sentido, extraídos da fala dos participantes, e cuja presença ou frequência da aparição podem atribuir significados para o objetivo escolhido (BARDIN, 2010).

Com intuito de enriquecer o estudo, a apresentação das informações é composta por dados quantitativos desenvolvidos após a caracterização dos sujeitos e do evento vivenciado por estes, no caso, os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos. Isso permite uma visão mais ampla na situação do objeto estudado, além de facilitar a interpretação e análise dos dados à luz do referencial teórico proposto, para discutir as ações autorreferidas modificadas pelos profissionais da equipe de enfermagem que vivenciaram a experiência do acidente ocupacional com materiais biológicos.

Importante destacar o fato de que, a apresentação destes dados quantitativos refere-se aos registros dos acidentes de trabalho, através da ficha de

notificação deste tipo de evento, em relação aos participantes do estudo, não implicando em uma abordagem quantitativa ou quali-quantitativa.

A primeira parte da apresentação dos dados foi descrita quantitativamente com o intuito de uma apresentação da realidade dos acidentes de trabalho com exposição ocupacional a materiais biológicos ocorridos no ano de 2013 no referido hospital. Para isso foram criadas tabelas com os dados obtidos através das fichas de notificação deste tipo de acidente (Anexo 1).

E, a análise qualitativa das entrevistas foi realizada com base na análise de conteúdo categorial, proposta por Bardin (2010):

*“[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção destas mensagens.” (BARDIN, 2010, p.33)*

Este tipo de análise permite evidenciar a presença ou ausência de determinados fenômenos a partir da mensagem dos participantes, através de suas falas.

Com vistas a responder os objetivos propostos deste estudo recorreu-se à organização das informações colhidas através das entrevistas, em categorias.

Bardin (2010) descreve a análise categorial como:

*“operações de desmembramento do texto em unidades categoriais segundo reagrupamentos analógicos” (BARDIN, 2010, p. 199)*

Para realização da análise de conteúdo é importante seguir os passos e procedimentos necessários, que são:

- 1 – Pré-análise (leitura e releitura das entrevistas);
- 2 – Exploração do Material (mapeamento das falas individuais),
- 3 – Tratamento dos Resultados (análise dos discursos),
- 4 – Inferência e,
- 5 – Interpretação.

A primeira etapa, **pré-análise**, é a fase de organização do material, onde, a partir da seleção dos conteúdos das entrevistas a serem analisadas, constitui-se na realização da leitura flutuante. Segundo Bardin (2010):

*“consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”*  
(BARDIN, 2010, p.122)

No caso das entrevistas, após a realização das transcrições, esse conjunto de informações constitui o *corpus* da pesquisa, neste caso, cabe ressaltar que o conjunto de nove entrevistas constitui o *corpus* desta análise. Procedeu-se à preparação do material após a leitura flutuante e sucessiva, foi feita a decifração estrutural e as informações foram organizadas em colunas, para anotar e marcar semelhanças e contrastes presentes e, as mesmas foram agrupadas de acordo com suas semelhanças, sendo estas as **unidades de registro**. De acordo com Bardin (2010), esta é uma etapa do procedimento que depende dos interesses do autor e dos objetivos do estudo (BARDIN, 2010).

As unidades de registro permitiram definir as unidades de significação, que são os temas.

Ainda de acordo com Bardin (2010):

*“é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”* (BARDIN, 2010, p. 131)

A análise temática possibilita a divisão de texto em temas principais, através das unidades de registro, estas são unidades de significação a codificar, correspondendo ao segmento de conteúdo, através delas que chegamos à categorização e a contagem frequencial dos temas mais evocados através das falas dos participantes (BARDIN, 2010).

Na segunda etapa, a fase de **exploração do material**, considerada por Bardin (2010), como a mais longa e cansativa. É o momento de codificação propriamente dito, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e

agregada através das unidades, permitindo uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

A unidade de registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase e, a frequência com que a UR aparece denota-lhe a sua importância (BARDIN, 2010).

Como já foi descrito, o *corpus* foi constituído por nove entrevistas, tendo sido definida como UR a frase e, como unidade de contexto, o parágrafo. A unidade de contexto serve de uma unidade de compreensão para a codificação das UR, que facilita a compreender o significado das UR. Esta escolha se deu pelo fato de garantir a manutenção do sentido, atribuído pelos participantes, aos questionamentos presentes na entrevista.

Seguido a isso foi realizada a categorização. Categorias são classes que reúnem um grupo de UR em razão de características comuns. Para facilitar esse processo de agrupamento dos elementos comuns foi realizado um inventário, onde foram isolados os elementos comuns e posterior classificação (Apêndice 3).

E, o **tratamento dos resultados e interpretação**, que consiste em dar significado os dados, e validá-los através da criação de quadro de resultados para propor **inferências** e interpretações em consonância com os objetivos que precisam sem respondidos.

Os resultados encontrados foram interpretados à luz da literatura referente ao tema.

### **3.8 – Aspectos Éticos do Estudo**

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, o presente estudo foi apresentado e submetido a apreciação no cenário, na Direção da instituição de saúde e, submetido também à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição, conforme o proposto pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Foi feita a submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição no dia 02/05/2014 e o mesmo foi aprovado sob o parecer de número 633.092, com data de relatoria em 30/04/2014 (Anexo 2).

Todos os aspectos éticos pertinentes à pesquisa e à participação no estudo foram descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2),

que foi assinado pelos profissionais da equipe de enfermagem após aceitação em participar do mesmo. Neste termo são assegurados o sigilo e anonimato das identidades dos participantes, incluindo a supressão de termos, nomes e expressões que pudessem vir a identificar os depoentes, e a liberdade de recusa ou suspensão na participação no mesmo, em qualquer fase do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo e penalização, além disso, foram assegurados respeito aos valores éticos, morais e particulares do indivíduo.

Cabe destacar que o estudo não ofereceu nenhum tipo de auxílio financeiro ou ônus para os seus participantes e, tão pouco teve algum tipo de financiamento institucional, tendo todos os encargos financeiros ficados por conta do pesquisador responsável.

## **CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Para análise dos dados obtidos, optou-se pela utilização das premissas da análise temática categorial de acordo com Bardin. Este tipo de análise consiste em descobrir núcleos de sentido, extraídos da fala dos participantes, e cuja presença ou frequência da aparição podem atribuir significados para o objetivo escolhido (BARDIN, 2010).

Com intuito de enriquecer o estudo, apresenta-se a caracterização dos sujeitos e do evento vivenciado por estes, no caso, os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos. Isso permite uma visão mais ampla da situação do objeto estudado, além de facilitar a interpretação e análise dos dados à luz do referencial teórico, para descrever as (re)ações autorreferidas modificadas pelos profissionais da equipe de enfermagem que vivenciaram a experiência do acidente ocupacional com materiais biológicos e discutir essas (re)ações autorreferidas no processo de trabalho na perspectiva da saúde dos trabalhadores.

Importante destacar o fato de que, a apresentação destes dados quantitativos refere-se aos registros dos acidentes de trabalho, através da ficha de notificação deste tipo de evento, em relação aos participantes do estudo, não implicando em uma abordagem quantitativa ou quali-quantitativa.

### **4.1 – Apresentação dos Resultados**

Esse capítulo visa a apresentação, análise e discussão das informações obtidas através das duas etapas desse estudo. A primeira através do levantamento das fichas de notificação dos acidentes de trabalho envolvendo material biológico (Anexo 1) do ano de 2013 e da segunda etapa, ou seja, das entrevistas realizadas com os profissionais da equipe de enfermagem que sofreram este tipo de acidente no referido ano.

Para a segunda etapa, a análise das entrevistas, discutiu-se os resultados obtidos à luz dos referenciais teóricos e metodológicos, desenvolvendo uma reflexão crítica que buscou relatar os fenômenos encontrados.

Iniciaremos a apresentação e discussão dos resultados a partir da apresentação do número total de acidentes com exposição aos materiais biológicos

notificados no ano de 2013 e, posteriormente a caracterização dos sujeitos selecionados, ou seja, pertencentes a equipe de enfermagem e que compuseram a amostra do estudo.

#### 4.2 – Apresentação dos dados referentes aos Acidentes de Trabalho com exposição à material biológico através das fichas de notificação (SINAN)

A escolha de apresentar os dados gerais referentes às notificações dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico foi feita na tentativa de mostrar a magnitude desta questão.

**Tabela 1 – Número de acidentes de trabalho com exposição à materiais biológicos, por categoria profissional, Rio de Janeiro, 2013.**

<b>Acidentes de Trabalho / Categoria Profissional</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Equipe de Enfermagem</b>		
Técnicos de Enfermagem	6	16,67
Enfermeiro	3	8,33
Auxiliar de Enfermagem	2	5,56
Acadêmico de Enfermagem	1	2,78
<b>Subtotal</b>	<b>12</b>	<b>33,33</b>
<b>Equipe Médica</b>		
Médico	7	19,44
Médico Residente	11	30,56
Acadêmico de Medicina	2	5,56
<b>Subtotal</b>	<b>20</b>	<b>55,56</b>
<b>Outras Categorias Profissionais</b>		
Técnico de Laboratório	2	5,56
Auxiliar de Serviços Gerais	1	2,78
Não Informado	1	2,78
<b>Subtotal</b>	<b>4</b>	<b>11,11</b>
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SINAN, Instituição Pesquisada, 2013.

A Tabela 1 mostra que dos 36 (100%) dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico notificados no ano de 2013, 20 (55,56%) envolveu profissionais da categoria médica. Entre os profissionais de enfermagem, foram notificados um total de 12 (33,33%) acidentes, sendo a categoria técnico de enfermagem aquela que mais se destaca dentro desta categoria profissional, com seis (16,67%) das

ocorrências. Além das categorias médica e de enfermagem, também foram notificadas a ocorrência do acidente de trabalho com material biológico entre outros profissionais, como técnicos de laboratório, com dois (5,56%) dos acidentes registrados, os auxiliares de serviços gerais, com um (2,78%) registro e o mesmo quantitativo com o envolvimento de uma categoria profissional não registrada na ficha de notificação.

Diversos estudos abordam o levantamento dos acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores em unidades de saúde, sendo na área hospitalar ou não, e eles relacionam a ocorrência deste tipo de acidente nas mais diversas categorias profissionais. (CHIODI, MARZIALE, ROBAZZI, 2007; SPAGNULO, BALDO, GUERRINI, 2008; VIEIRA, PADILHA, PINHEIRO, 2011; VALIM, MARZIALE, 2011; CÂMARA et. al., 2011; LIMA, OLIVEIRA, RODRIGUES, 2011; DIAS, MACHADO, SANTOS, 2012; SANTOS, COSTA, MASCARENHAS, 2013; JULIO, FILARDI, MARZIALE, 2014).

Dos estudos acima citados, todos destacam os profissionais da equipe de enfermagem como principais atores envolvidos na ocorrência deste tipo evento.

Apesar dos achados deste estudo mostrarem que, no ano de 2013, os profissionais da equipe médica terem um maior frequência de acidentes, o foco deste estudo é tratar dos dados referentes a equipe de enfermagem. Para tal, apresentaremos dados referentes as notificações dos acidentes registrados entre os profissionais desta categoria.

**Tabela 2 – Número de acidentes de trabalho com exposição à materiais biológicos entre profissionais que integram a equipe de enfermagem, Rio de Janeiro, 2013.**

<b>Acidentes de Trabalho / Equipe de Enfermagem</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
- Auxiliar de Enfermagem	2	16,67
- Técnico de Enfermagem	6	50,00
- Acadêmico de Enfermagem	1	8,33
- Enfermeiro	3	25,00
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SINAN, Instituição Pesquisada, 2013.

A Tabela 2 destaca as notificações de acidentes com material biológico entre os profissionais que integram a equipe de enfermagem. Apresentado a categoria técnico de enfermagem com o maior número de acidentes notificados, sendo seis (50,0%) acidentes, ou seja, metade das ocorrências dos acidentes com exposição à

material biológico registrado entre a equipe de enfermagem ocorreram com esta categoria profissional, seguido por enfermeiros três (25,0%), auxiliares de enfermagem dois (16,67%) e acadêmicos de enfermagem, com um (8,33%) dos acidentes registrados.

Através da ficha de notificação também se pode extrair outros dados referentes às características dos profissionais acidentados, como é apresentado na Tabela 3, a seguir.

**Tabela 3 – Informações gerais acerca dos profissionais de enfermagem que sofreram acidentes de trabalho com exposição à materiais biológicos, Rio de Janeiro, 2013.**

<b>Informações</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	12	100,00
Masculino	0	0,00
<b>Total</b>	12	100,00
<b>Situação Gestacional</b>		
Não	11	91,67
Sim	1	8,33
<b>Total</b>	12	100,00
<b>Situação no Mercado de Trabalho</b>		
Servidor Público Estatutário	3	25,00
Trabalhador Temporário	3	25,00
Outros	4	33,33
Não Informado	2	16,67
<b>Total</b>	12	100,00
<b>Meses de Ocorrência do Acidente</b>		
Janeiro	2	16,67
Fevereiro	0	0,00
Março	2	16,67
Abril	2	16,67
Maio	2	16,67
Junho	1	8,33
Julho	1	8,33
Agosto	0	0,00
Setembro	0	0,00
Outubro	1	8,33
Novembro	1	8,33
Dezembro	0	0,00
<b>Total</b>	12	100,00

Fonte: SINAN, Instituição Pesquisada, 2013.

A Tabela 3 demonstra o perfil dos profissionais de enfermagem que tiveram notificações de acidentes de trabalho com material biológico, no ano de 2013, segundo dados obtidos através da ficha de notificação para este tipo de evento (SINAN). Apresentando que, segundo sexo, 12 (100%) dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino, quanto a gestação, apenas um (8,33%) profissional encontrava-se gestante no momento a ocorrência do acidente, estado no 3º trimestre de gestação. Quanto ao vínculo profissional, temos três (25,0%) de servidos efetivos, três (25,0%) de trabalhadores temporários, quatro (33,33%) definidos como “outros” na classificação apresentada na ficha de notificação e ainda dois (16,67%) de dados não informados durante o registro do acidente. Em relação ao mês de ocorrência dos acidentes, vemos que não existe uma relação com maior ou menor número de acidentes registrados ao longo dos meses, havendo uma distribuição uniforme da ocorrência dos acidentes ao longo do ano.

Como foi apresentado durante a descrição dos participantes do estudo, no capítulo anterior, temos no referido hospital em que foi realizada a coleta de dados, três tipos de vínculo profissional aos quais os profissionais de enfermagem podem estar registrados, que são os funcionários estatutários, o contrato temporário e o vínculo de bolsa de estudos que é o caso dos residentes, esta última categoria não apresentou nenhum acidente de trabalho com material biológico registrado no ano de 2013.

Outro dado importante para a análise dos acidentes de trabalho com material biológico são as informações referentes ao tipo de exposição que o profissional sofreu. As exposições ocupacionais podem ser: percutânea, provocada por instrumentos perfurocortantes e/ou cortantes; em mucosas e em pele não-íntegra.

Essa avaliação é importante e deve ocorrer imediatamente após o acidente, e, junto com outros dados, como a caracterização do paciente, análise do risco, tipo de material biológico envolvido na exposição, além da circunstância do acidente, vão dar subsídio para as condutas que devem ser tomadas quanto a prevenção de possíveis agravos, como a contaminação pelos vírus do HIV e Hepatites B e C (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Durante a avaliação e a realização da notificação do acidentado esses dados devem ser informados, além da sorologia do acidentado e do paciente fonte, caso esse seja conhecido. É o conjunto desses dados que irão determinar a conduta a ser tomada frente ao acidente, se terá necessidade ou não da realização de quimioprofilaxia e, o acompanhamento do profissional.

Tais informações serão apresentadas nas tabelas a seguir:

**Tabela 4 – Características do acidente com exposição à materiais biológicos, Rio de Janeiro, 2013.**

<b>Características do Acidente</b>		<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de Exposição</b>	Percutânea	10	83,33
	Mucosa	2	16,67
	Pele Não-Íntegra	0	0,00
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>
<b>Material Biológico</b>	Sangue	10	83,33
	Ignorado	2	16,67
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>
<b>Circunstâncias do Acidente</b>	Punção Venosa / Arterial para Coleta de Sangue	2	16,67
	Procedimento Cirúrgico	4	33,33
	Administração de Medicação Intradérmica	1	8,33
	Descarte Inadequado	2	16,67
	Lavagem de Material	2	16,67
	Reencape	1	8,33
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SINAN, Instituição Pesquisada, 2013.

Na Tabela 4 pode-se visualizar que a exposição percutânea teve predomínio dentre os tipos de exposição dos acidentes registrados entre os profissionais da equipe de enfermagem, sendo 10 (83,33%) do total de casos, seguidos pela exposição a mucosas, com dois (16,67%) casos.

No que se refere ao tipo de material biológico envolvido na exposição ocupacional, o sangue foi o principal fluido biológico envolvido nas ocorrências de acidentes registrados, estando presente em 10 (83,33%) dos casos de acidentes e, a informação foi ignorada em dois (16,67%) dos casos, ou seja, não temos como saber qual foi o material biológico ao qual o profissional sofreu exposição.

Ainda no que tange às características dos acidentes, em que circunstâncias ocorreram, destaca-se os acidentes durante a realização de procedimentos cirúrgicos, sendo quatro (33,33%) das ocorrências. E, também de ocorrências na realização de procedimentos, tais como: punção venosa/arterial, descarte inadequado e lavagem de material, sendo dois (16,67%), respectivamente.

Outros estudos corroboram com o fato de que, dentre os tipos de exposição durante os acidentes com material biológico, as exposições percutâneas são as mais freqüentes (OLIVEIRA, KLUTHCOVSKY, KLUTHCOVSKY, 2008; SPAGNUOLO, BALDO, GUERRINI, 2008; GOMES et. al., 2009; SILVA et. al., 2010; VIEIRA, PADILHA, PINHEIRO, 2011; DIAS, MACHADO, SANTOS, (2012); ARAÚJO et. al., 2012; PIMENTA et. al., 2013).

Estudos relativos as exposições a materiais biológicos mencionam que o sangue é o mais freqüente na ocorrência de acidentes de trabalho (VIEIRA, PADILHA, PINHEIRO, 2011; CÂMARA et. al., 2011; ARAÚJO et. al., 2012; DIAS, MACHADO, SANTOS, 2012; SANTOS, COSTA, MASCARENHAS, 2013; PIMENTA et. al., 2013;).

No que tange as circunstâncias da ocorrência dos acidentes temos estudos que apresentam achados próximos aos aqui encontrados, como é o caso de Vieira, Padilha e Pinheiro (2011), onde também encontram uma diversidade de circunstâncias envolvidas na ocorrência dos acidentes, sendo os procedimentos cirúrgicos os que apresentam maior freqüência, com 16,10% dos casos, seguidos por presença de materiais perfurocortantes descartados de forma errada (10,16%), reencepe de agulha (5,93%), procedimentos laboratoriais (5,08%), lavagem de material (3,39%), realização de punções (1,69%), entre outras circunstâncias menos freqüentes.

Marziale et. al. (2014) destacam em seu estudo a punção venosa como primeira maior causa de ocorrência de acidentes, com 16 (29,1%) dos casos e, identificam o descarte inadequado como a terceira causa dos acidentes, com 6 (10,9%) dos casos.

Apesar de não fazerem parte dos objetivos centrais presentes no estudo, pode-se destacar outros dados relevantes, encontrados através do levantamentos das notificações de acidentes, como é o caso das questões sorológicas presentes na investigação realizada pós-acidente.

A Tabela 5 apresenta dados referentes a situação vacinal dos profissionais de enfermagem acidentados, e nos mostra que em 10 (83,33%) dos casos o profissional referiu ter o esquema completo de vacinação para hepatite B. Enquanto um (8,33%) fez referencia de não ter sido vacinado e, outro um (8,33%) como ignorado por ocasião do preenchimento da ficha de notificação de ocorrência.

**Tabela 5 – Situação vacinal para hepatite B, no momento do acidente de trabalho com exposição à material biológico, Rio de Janeiro, 2013.**

<b>Vacinação Hepatite B</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Vacinado	10	83,33
Não Vacinado	1	8,33
Ignorado	1	8,33
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SINAN, Instituição Pesquisada, 2013.

Vieira, Padilha e Pinheiro (2011) também encontram em seu estudo essa realidade, onde 31% dos profissionais declaram que não estavam vacinados no momento da ocorrência do acidente ou tiveram seu estado vacinal ignorado ou não informado.

Julio, Filardi e Marziale (2014) também apontam em seu estudo que 65 (14%) dos profissionais referiram não possuir o esquema completo de vacinação para hepatite B e, destacam que em outros 58 (12,5%) dos casos esta informação foi ignorada ou simplesmente não preenchida.

Outros estudos ainda apontam um alto percentual de profissionais que não estão imunizados para a hepatite B (SPAGNUDO, BALDO, GUERRINE, 2008; ARAÚJO, et. al., 2012; DIAS, MACHADO, SANTOS, 2012).

Visto isso encontra-se uma problemática, o fato de as instituições permitirem a atuação destes profissionais não vacinados em desacordo com o Artigo 68 da Lei 7855/89 que preconiza a realização de exames admissionais onde o profissional deve apresentar comprovação de esquema completo de vacinação para hepatite B.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, a vacina para hepatite B é extremamente eficaz, conferindo resposta vacinal em 90 a 95% dos adultos imunocompetentes, sendo uma das principais medidas de prevenção pré-exposição ao vírus (BRASIL, 2008).

Fraguás et. al. (2013) reafirma este dado e ressalta que a vacinação para hepatite B é a principal medida de prevenção contra a hepatite B ocupacional em profissionais da área de saúde e, reforça a necessidade de esta imunização ser realizada antes do início das atividades laborais e, ressaltam a importância da vacinação e confirmação de resposta sorológica adequada de todos os profissionais, mesmo aqueles que não trabalham na assistência direta aos pacientes.

Ainda de acordo com os autores, a vacinação dos profissionais de enfermagem é imprescindível na prevenção das exposições ocupacionais em casos de acidentes, além disso, apesar de não ser obrigatória, seria de suma importância a realização de testes de comprovação sorológica para avaliar as titulações de anticorpo dos profissionais, ou seja, ter a comprovação da resposta imunológica esperada após a vacinação.

De acordo com Pinheiro e Zeitoune (2008), com a disponibilidade da vacina anti-hepatite B e ainda com a possibilidade de realização de teste sorológico para avaliação da resposta vacinal, não existe justificativa para o fato de muitos profissionais ainda permanecerem expostos a este tipo de risco ocupacional e, conseqüentemente, a infecção pelo vírus da hepatite B.

Após a ocorrência de um acidente onde o profissional foi exposto a algum tipo de material biológico potencialmente contaminado, é importante conhecer o status sorológico deste indivíduo, para isso deve-se verificar a realização de vacinação para hepatite B, deve realizar a comprovação de imunidade por meio da realização da sorologia Anti-HBS, e deve-se também realizar a sorologia para HIV, e hepatites B e C (HBV e HCV). Esse controle é necessário para a realização do acompanhamento do profissional, e posterior investigação de uma possível soroconversão caso o paciente fonte seja positivo para alguma dessas situações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Das notificações registradas entre profissionais de enfermagem no ano de 2013, temos a apresentação de dados muito significativos, porém de forma negativa. No que se refere a sorologia para HIV, em seis (50,0%) dos casos, não tivemos a presença desta informação descrita na ficha de notificação, em outros três (25,0%) dos casos a informação foi ignorada, em um (8,33%) dos casos o exame não foi realizado e, em apenas dois (16,67%) o exame foi realizado e apresentou resultado negativo.

Quanto à hepatite B temos como controle a realização do HBSAG ou Antígeno Austrália – antigênico encontrado na superfície do HBV, que é detectado no soro antes do aparecimento da doença. Da mesma forma como os dados referentes ao Anti-HIV, seus dados também se apresentam de forma incompleta no registro de notificação dos acidentes, uma vez que em seis (50,0%) dos casos tal informação não foi registrada, em quatro (33,33%) dos casos, o resultado da sorologia foi ignorado e em apenas um (8,33%) dos casos a sorologia foi realizada e apresentou resultado negativo.

**Tabela 6 – Situação sorológica dos profissionais de enfermagem acidentados com exposição à material biológico, Rio de Janeiro, 2013.**

<b>Exame do Profissional de Enfermagem Acidentado - Data Zero</b>								
<b>Resultados</b>	<b>Anti-HIV</b>		<b>HBSAG</b>		<b>Anti-HBS</b>		<b>Anti-HCV</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Positivo</b>	0	0,00	0	0,00	1	8,33	0	0,00
<b>Negativo</b>	2	16,67	1	8,33	0	0,00	1	8,33
<b>Inconclusivo</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Não Realizado</b>	1	8,33	1	8,33	1	8,33	1	8,33
<b>Ignorado</b>	3	25,00	4	33,33	4	33,33	4	33,33
<b>Não Informado</b>	6	50,00	6	50,00	6	50,00	6	50,00
<b>Total</b>	12	100,00	12	100,00	12	100,00	12	100,00

Fonte: SINAN, Instituição Pesquisada, 2013.

Também referente à hepatite B temos a sorologia Anti-HBs, que avalia se há imunidade em indivíduos que possuem o esquema vacinal para hepatite B. Uma vez comprovado que o profissional possui essa imunidade, não existe a necessidade de uso de imunoglobulina como conduta caso o paciente fonte seja positivo para a hepatite B. Mais uma vez temos a falta da notificação dessas informações de forma adequada. Tendo existido a confirmação de resposta imune adequada em apenas um (8,33%) dos casos. Nas demais notificações temos em um (8,33%) dos casos o registro da não realização do exame, quatro (33,33%) onde tal informação foi ignorada e em seis (50,0%) dos casos tivemos a não informação do status do exame.

Concluindo os exames recomendados para o profissional acidentado temos ainda o Anti-HCV, um marcador para triagem para a hepatite C. Esse não é um marcador de imunidade, como o Anti-HBs, e sim, um marcador de doença. Da mesma forma que as demais sorologias, esta também é mal informada nas fichas de notificação, tendo apenas em um (8,33%) dos casos sido realizado e negativado, nos demais casos tivemos um caso (8,33%) não realizado, quatro (33,33%) ignorados e seis (50,0%) casos não informados.

A realização dos exames do profissional acidentado é importante para o controle e acompanhamento da saúde desses profissionais, é importante saber a sorologia destes indivíduos para termos dados que relacionem uma possível soroconversão com o acidente de trabalho. Caso o profissional já possua alguma das patologias (HIV e Hepatites B e C) no momento do acidente, o mesmo não poderá ser relacionado à exposição ocupacional.

Das 12 fichas de notificação de acidentes de trabalho entre profissionais de enfermagem ocorridos em 2013, em 10 casos a situação sorológica do paciente-fonte era conhecida, em dois dos casos não foi possível a investigação do paciente fonte, nesses casos, como não existe a possibilidade de identificar os exames sorológicos, o uso da quimioprofilaxia deve ser recomendado como se tratasse de um paciente com todas as condições de resultados positivos, e deve ser iniciado o quanto antes. Faz-se apenas as sorologias do profissional acidentado e, repetição dos exames para controle e acompanhamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

**Tabela 7 – Situação sorológica dos pacientes fonte conhecidos, envolvidos na ocorrência dos acidentes de trabalho com exposição à material biológico, Rio de Janeiro, 2013.**

<b>Exame do Paciente Fonte Conhecido - Data Zero</b>								
<b>Resultados</b>	<b>Anti-HIV</b>		<b>HBSAG</b>		<b>Anti-HBC</b>		<b>Anti-HCV</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Positivo</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Negativo</b>	9	90,00	3	30,00	3	30,00	2	20,00
<b>Inconclusivo</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Não Realizado</b>	0	0,00	1	10,00	1	10,00	2	20,00
<b>Ignorado</b>	0	0,00	2	20,00	2	20,00	2	20,00
<b>Não Informado</b>	1	10,00	4	40,00	4	40,00	4	40,00
<b>Total</b>	10	100,00	10	100,00	10	100,00	10	100,00

Fonte: SINAN, Instituição Pesquisada, 2013.

Da mesma forma é necessária a realização da sorologia do paciente fonte, os resultados da sorologia do paciente fonte são determinantes para a decisão da conduta a ser adotada nas medidas pós-acidente. São elas que, junto ao conjunto de informações colhidas durante o atendimento do profissional acidentado, irão indicar a necessidade ou não do uso de quimioprofilaxias para diminuir as chances da infecção ocupacional do acidentado.

Os dados na Tabela 7 indicam uma carência no registro dessas informações, vê-se uma grande preocupação em relação a sorologia para HIV, tendo esta sido realizada em 9 (90,0%) dos casos em que o paciente fonte era conhecido, tendo sido todos os exames negativos e sendo não realizado apenas em um (10,0%) dos casos.

Em relação ao HBsAg, este foi realizado em apenas três (30,0%) dos casos, sendo todos negativos, nos demais casos o registro desta informação foi ignorada em dois (20,0%) dos casos, não informada em quatro (40,0%) dos casos e não informada em um (10,0%) dos casos.

No caso do paciente fonte, não é realizada a sorologia anti-HBs e sim a sorologia Anti-HBc, que é um anticorpo contra as proteínas do core do HBV, ele é característico de doença aguda, uma vez que exista a confirmação deste exame positivo no paciente fonte e, caso o acidentado não possua imunização para a hepatite B, são necessárias medidas para diminuir as chances de soroconversão do acidentado, com o uso de imunoglobulina para hepatite B (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Essas informações apresentam-se também incompletas quando registradas nas fichas de notificação dos acidentes, sendo que apenas em três (30,0%) dos casos em que os pacientes fonte eram conhecidos o exame foi realizado, em todos os casos tendo resultado negativo. Nos demais casos as sorologias foram não informadas em quatro (40,0%) dos casos, ignorado em dois (20,0%) dos casos e não realizado em um (10,0%) dos casos.

Para investigação para hepatite C, assim como no caso do acidentado, o paciente fonte deve realizar o Anti-HCV e, da mesma forma que as outras informações, a sorologia para a hepatite C é, também, pouco registrada da forma correta. Em apenas dois (20,0%) dos casos o exame foi realizado, com resultado negativo em ambos os casos. Já nos demais casos, tivemos quatro (40,0%) dos casos como não informado, dois (20,0%) ignorado e em dois (20,0%) dos casos o exame não foi realizado.

Como podemos perceber a maior preocupação se deu com a sorologia anti-HIV, sendo a informação mais registrada nas fichas de notificação, fato que se repete em outros estudos (ARAÚJO et. al. 2012; JULIO, FILARDI, MARZIALE, 2014).

Estes mesmos estudos também identificam um grande quantitativo de informações ignoradas ou não preenchidas.

Julio, Filardi e Marziale (2014) encontraram em seu estudo que em 26,78% dos casos de acidentes o paciente fonte era desconhecido, sendo que esta informação foi ignorada em 1,7% dos casos e, não preenchida em outros 3,5% das notificações. De acordo com o estudo a soma entre os campos de sorologia do paciente fonte não realizadas, ignoradas ou não preenchidas chegou a 35,9% para anti-HIV,

17,6% para o HBsAg, 54,1% para o Anti-HBC e 42,0% para o anti-HCV, ou seja, dados bem próximos da realidade encontrada neste estudo

De acordo com Araújo et. al. (2012) o profissional acidentado precisa receber o atendimento necessário e as devidas orientações sobre vacinação para hepatite B, adesão aos EPI e outras medidas de prevenção, porém, o atendimento deve priorizar as orientações pós-exposição aos materiais biológicos, com a indicação de quimiprofilaxia para HIV e hepatite B quando estas forem necessárias, para isso é fundamental a realização dos testes sorológicos, que servem como bases, junto as demais avaliações referentes ao acidente para estas indicações.

O Quadro 1 revela informações referentes ao uso dos EPI no momento do acidente, neste aspecto o uso da luva pode ser destacado como EPI mais utilizado entre os profissionais, e os óculos e a proteção facial se destacam por serem o EPI menos referido pelos profissionais de enfermagem.

**Quadro 1 – Utilização de equipamentos de proteção individual referidos pelos profissionais de enfermagem acidentados, Rio de Janeiro, 2013.**

<b>Equipamento de Proteção Individual</b>	<b>Sim</b>
Luva	11
Avental	7
Óculos	3
Máscara	8
Proteção Facial	1
Bota	7

Fonte: SINAN, Instituição Pesquisada, 2013.

#### **4.3 - Apresentação dos dados referentes às entrevistas com os profissionais de enfermagem que sofreram Acidentes de Trabalho com exposição à material biológico no ano de 2013.**

Na Tabela 8 do total de 12 acidentados a entrevista foi realizada com 9 profissionais de enfermagem, dado que um dos acidentes ocorreu com um acadêmico de enfermagem e, o mesmo não foi localizado para participação no estudo, um profissional de enfermagem estava de licença médica durante todo o período da coleta de dados e, um recusou-se em participar por não fazer mais parte do quadro de funcionários da instituição.

A idade dos profissionais entrevistados variou entre 25 e 60 anos, sendo em sua maioria profissionais com idades entre 25 – 35 anos, com um quantitativo de quatro (44,44%) de profissionais nesta faixa etária, seguidos pelas faixas etárias compreendidas entre 46 – 55 anos, com dois (22,22%) profissionais, 56 – 60 anos, também com dois (22,22%) profissionais e um (11,11%) profissional com faixa etária compreendida entre 36-45 anos, conforme Tabela 8.

**Tabela 8 – Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos entrevistados, Rio de Janeiro, 2013.**

Variável	F	%
<b>Idade</b>		
25 - 35 anos	4	44,44
36 - 45 anos	1	11,11
46 - 55 anos	2	22,22
56 - 60 anos	2	22,22
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	9	100,00
Masculino	0	0,00
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>
<b>Vínculo Profissional</b>		
Emprego Temporário	6	66,67
Servidor Público Efetivo	3	33,33
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>
<b>Carga Horária Semanal</b>		
Diarista (30 horas)	1	11,11
Plantonista (12x60 horas)	8	88,89
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>
<b>Turno de Trabalho</b>		
Diarista	1	11,11
Plantão Diurno	5	55,56
Plantão Noturno	3	33,33
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>
<b>Sector de Ocorrência do Acidente</b>		
Enfermaria	5	55,56
Centro Cirúrgico Geral	1	11,11
Centro Cirúrgico Obstétrico	1	11,11
CTI – Adulto	1	11,11
CTI – Pediátrico	1	11,11
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SINAN, Instituição Pesquisada, 2013.

Dos nove (100%) profissionais entrevistados 100% deles eram do sexo feminino.

Em relação ao vínculo do profissional com a instituição seis (66,67%) dos profissionais trabalham em regime de vínculo temporário e outros três (33,33%) com cargo de funcionário público efetivo.

Estes profissionais trabalham em regimes de plantão diferenciados, sendo um (11,11%) diarista e os demais oito (88,89%) trabalhando em regime de plantão, sendo cinco (55,56%) plantonistas do turno do dia e três (33,33%) do plantão noturno.

De acordo com o setor da ocorrência dos acidentes, o predomínio desta ocorrência se dá nas enfermarias clínica e cirúrgica, com um total de cinco (55,56%) das ocorrências, não sendo diferenciado na ficha de notificação em qual tipo de enfermaria o acidente ocorreu, com igual número de acidentes registrados seguem o Centro Cirúrgico, com duas ocorrências, sendo um (11,11%) dos acidentes ocorridos no Centro Cirúrgico Geral e um (11,11%) no Centro Cirúrgico Obstétrico e o CTI, também com duas ocorrências, sendo um (11,11%) no CTI – Adulto e um (11,11%) no CTI – Pediátrico.

Bakke e Araújo (2010) diferentemente deste estudo, destacam uma maior ocorrência de acidentes nos setores de CTI e Clínica Médica.

Já Marziale et. al. (2014) relata não ter existido um predomínio de acidentes em nenhum setor específico, porém apresentando maior número de casos no Centro Cirúrgico, com 6 (10,9%) das ocorrências, junto com a Clínica Civil (setor específico do local da realização do estudo), também com 6 (10,9%) da ocorrência dos acidentes, seguidos pela Clínica Médica com 5 (9,1%) dos acidentes com exposição a materiais biológicos.

#### **4.4 – Discussões dos Resultados advindos dos depoimentos**

Nesta etapa da análise vamos apresentar e discutir os resultados obtidos. Foi realizada a codificação das informações a partir das evocações suscitadas pelos participantes do estudo. Segundo Bardin (2010) esse é um processo que transforma sistematicamente os dados brutos, agrupando-os em unidades, o que possibilita a

descrição das características pertinentes ao conteúdo. Para isso é necessário a realização de três processos: 1- Recorte, que compreende a escolha das unidades; 2 – Enumeração, que é a escolha de uma regra para contagem dessas unidades e; 3 – Classificação e agregação, que significa a escolha das categorias.

Para a codificação dos dados houve a síntese dos temas mais evocados pelos participantes, ao serem questionados quanto ao fato de o acidente de trabalho sofrido trouxe alguma consequência para suas vidas profissionais e, se eles modificaram ou não alguma conduta durante suas atividades profissionais e, caso tenham modificado, o motivo pelo qual eles o fizeram.

Para tal elaborou-se o inventário com as Unidades de Registro (UR) destacadas nas frases e, posteriormente, procedeu-se o agrupamento, a partir da aproximação temática em classes temáticas, totalizando 143 Unidades de Análise de Registro (Apêndice 3).

O Quadro 2 apresenta o resultado da análise de conteúdo, em que foram apreendidas duas classes temáticas: 1- O Acidente de Trabalho e, 2 - As Modificações Autorreferidas após a Ocorrência do Acidente. A primeira classe temática com uma categoria e seis subcategorias e a segunda com duas categorias e sete subcategorias.

**Quadro 2 – Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas, subcategorias e respectivas frequências. Rio de Janeiro, maio – julho 2014. N= 143.**

<b>Classes Temáticas</b>	<b>Categorias (Codificação)</b>	<b>F (%)</b>	<b>Subcategorias (Codificação)</b>	<b>F (%)</b>
I. O Acidente de Trabalho	1. Fatores Contribuintes para Ocorrência do Acidente de Trabalho	44 (30,8)	1.1. Realização de Procedimentos/ Desatenção nas Tarefas	8 (5,6)
			1.2. Sobrecarga de Trabalho	2 (1,4)
			1.3. Descarte Inadequado	11 (7,7)
			1.4. Sentimento de Invulnerabilidade	10 (7,0)
			1.5. Risco Inerente a Profissão	2 (1,4)
			1.6. Material Inadequado/ Ausência de Material	11 (7,7)
II. Modificações Autorreferidas após o Acidente de Trabalho	2. Ações Autorreferidas após Ocorrência do Acidente de Trabalho	50 (35,0)	2.1. Modificações de Comportamento / Atenção na Realização dos Procedimentos	25 (17,5)
			2.2. Maior Preocupação com o Uso dos EPIs	14 (9,8)
			2.3. Maior Atenção no Manuseio dos Perfurocortantes	11 (7,7)
	3. Motivação para Ações Autorreferidas após Ocorrência do Acidente de Trabalho	49 (34,2)	3.1. Medo e Outros Sentimentos / Lembranças do Acidente	24 (16,7)
			3.2. Entendimento do Risco	5 (3,5)
			3.3. Orientações Recebidas	8 (5,6)
			3.4. Diagnóstico do Paciente	12 (8,4)

#### **4.4.1 - Classe Temática I - O acidente de Trabalho**

Esta classe temática reúne 44 unidades de registro (UR) em uma categoria e seis subcategorias que agrupam aspectos relacionados à forma como os

profissionais de enfermagem entrevistados tiveram a experiência do acidente de trabalho, os aspectos envolvidos na ocorrência do acidente propriamente dito. Optou-se por, durante a entrevista, solicitar ao entrevistado uma descrição da forma como se deu o acidente, apesar de não se tratar do foco principal do estudo, achou-se importante conhecer como o acidente ocorreu para melhor identificarmos as modificações autorreferidas posteriores ao acidente.

### **Categoria 1 – Fatores Contribuintes para a Ocorrência do Acidente de Trabalho**

Em seis subcategorias os profissionais de enfermagem descrevem fatos que contribuíram para a ocorrência do acidente de trabalho envolvendo exposição a material biológico.

Não é de hoje que os profissionais de enfermagem ganham destaque quando se aborda a temática dos acidentes de trabalho envolvendo agentes biológicos. Takayanagui, Mendes e Dias (1993) afirmam que, por permanecer mais tempo em contato direto com os pacientes, em vista da necessidade da assistência contínua e ininterrupta durante as 24 horas do dia, a rotina profissional faz da equipe de enfermagem uma categoria exposta a riscos variados, incluindo os riscos biológicos.

Outro fato que também contribui para ocorrência dos acidentes de trabalho se dá pelas práticas invasivas frequentemente realizadas por estes profissionais, como: punções venosas, administração de medicamentos, aspirações traqueais, sondagem vesical e outros (CIORLIA, ZANETTA, 2004).

Durante as entrevistas emergiram diversos fatores, presentes no dia-a-dia laboral, que os profissionais de enfermagem associaram à ocorrência do acidente de trabalho propriamente dito, tais fatores foram agrupados em seis subcategorias distintas, com vistas a melhor análise de cada uma delas.

A seguir, cada subcategoria é apresentada com as respectivas discussões baseadas nas UR mais evocadas durante as entrevistas.

#### **Subcategoria 1.1 – Realização de Procedimentos / Desatenção nas Tarefas**

A realização dos procedimentos durante a assistência prestada por todos os profissionais da equipe de enfermagem, independentemente de sua categoria, é momento crucial para a ocorrência ou não dos acidentes de trabalho, vários são os

fatores aqui presentes, que favorece a sua ocorrência ou sua prevenção, dentre elas estão: a observação das normas de biossegurança, a adesão ao uso dos EPIs e também a atenção e cuidado do profissional na execução de suas atividades propriamente ditas, entre outros.

Estudos comprovam que durante a execução dos procedimentos exigidos na assistência de enfermagem, o momento em que ocorre grande parte dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico. Em estudo realizado em um Hospital Universitário de Fortaleza, em 85% dos casos de acidentes registrados, o indivíduo acidentado manuseava o objeto causador do agravo (PAULINO, LOPES, ROLIM, 2008).

Siqueira (2003) em um estudo sobre acidentes de trabalho no ambiente hospitalar aponta que o descuido ou desatenção durante a execução dos procedimentos realizados durante a assistência, foram responsáveis por 73% dos casos de exposição ocupacional a materiais biológicos.

Pereira et. al. (2004) corroboram com esse achado quando encontram que o descuido e a desatenção na realização das tarefas foram responsáveis por 74,7% do total de acidentes com exposição a materiais biológicos ocorridos em um estudo realizado no Acre.

Silva et. al. (2012) também estão de acordo com os achados supracitados, após aplicação de um questionário entre profissionais da área da saúde atuantes no estado do Rio de Janeiro, os autores identificaram que, entre as principais causas para a ocorrência dos acidentes de trabalho envolvendo exposição ocupacional à agentes biológicos estão: a falta de atenção, o despreparo técnico e a não utilização dos EPIs e EPC.

Marziale et. al. (2014) corroboram essas informações ao apresentarem em seu estudo que em um total de 55 (100%) dos acidentes registrados, 6 (10,7%) teve como causa a falta de atenção por parte do profissional.

Em consonância a isso, de acordo com as falas encontradas neste estudo, os acidentes de trabalho podem ter sido ocasionados, em parte, por descuido ou desatenção dos profissionais durante a execução de suas tarefas diárias ou durante a prestação de cuidados da assistência de enfermagem.

Porém, é importante atentar para o fato de que existem outras possíveis explicações para estas ocorrências que não foram investigadas neste estudo, por não se tratar do objetivo central.

Dentre as falas mencionadas podemos identificar algum tipo de descuido ou desatenção durante a realização dos procedimentos e, que os próprios profissionais atribuem como possíveis fatores contribuintes para ocorrência do acidente destacam-se as seguintes:

*“Eu tava trabalhando, fazendo medicação e tal, e conversando com o paciente, aí quando eu fui puncionar, o jelco bateu na minha mão e me furou...”*. (TE2)

*“Eu fui fazer um cateterismo vesical... aí a colega me chamou, nisso a ponta da sonda escorregou e aí respingou urina na minha mucosa ocular...”*. (E3)

*“Um minuto de que você desvia a atenção e já era...”*. (E2)

*“Eu fui “lavar” o acesso, me distrai um segundo... e aí eu me espetei...”*. (TE6)

Podemos perceber que esse é um fato que ocorre com os profissionais da equipe de enfermagem, independente da categoria, tanto técnicos de enfermagem quanto enfermeiros vivenciaram a ocorrência do acidente de trabalho e eles mesmos identificam que a questão do descuido e da atenção foram fatores que influenciaram a ocorrência do acidente.

Visto isso podemos identificar que parte dos acidentes ocorre durante a realização de procedimentos na prestação da assistência aos pacientes, seja por algum tipo de descuido ou desatenção por parte do profissional o comportamento do trabalhador acaba por ser, de certa forma, responsável pela ocorrência do acidente, mas, não podemos deixar de lado o fato de que, durante a realização do procedimento temos que trabalhar com a questão da imprevisibilidade, ou seja, a ocorrência do acidente apesar da observação e adesão de todos os cuidados necessários para a assistência, de acordo com as normas de biossegurança estabelecidas.

### **Subcategoria 1.2 – Sobrecarga de Trabalho**

A sobrecarga de trabalho precisa ser destacada apesar de menos destaque entre as UR evocadas. É necessário dar a devida importância a esta questão que tanto afeta os profissionais da equipe de enfermagem.

Neste estudo tivemos duas entrevistas que apresentaram falas que indicaram a sobrecarga de trabalho como fator que contribuiu para a ocorrência do acidente de trabalho, são elas:

*“A gente tem que correr, principalmente no horário de fazer as medicações...”*. (TE2)

*“A gente é muito cobrada...”*. (TE3)

De acordo com Monteiro, Benalti e Rodrigues (2009) a sobrecarga de trabalho é uma questão tão séria que chega a interferir na qualidade de vida do trabalhador, nas unidades hospitalares, em especial dos hospitais públicos. Essa associação entre sobrecarga de trabalho e desgaste do trabalhador é caracterizada pela alta demanda populacional dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A sobrecarga de trabalho pode estar associada a diversos fatores, como sobrecarga de horários, de funções, aumento da responsabilidade profissional, aumento das tecnologias, que levam a uma insegurança no momento da realização de suas atividades, isso somado aos recursos, muitas vezes inadequados, acaba por prejudicar o bom andamento das funções profissionais (GAMA et. al. 2008).

Outro fator de destaque, que acarreta em sobrecarga de trabalho é o déficit de profissionais, pois, dado que com quantitativo menor de profissionais, o trabalho acaba sendo redistribuído pelos profissionais presentes, acarretando nestas demandas excessivas, maiores atribuições a serem realizadas, além de uma assistência de menor qualidade, o profissional fica exposto ao risco de se acidentar (PEREIRA, MIRANDA, PASSOS, 2009).

Somado a isso tem-se ainda a sobrecarga individual do profissional, tendo em vista que as questões referentes aos baixos salários, a flexibilidade de horários e outros fatores associados, tem sido causadora de acúmulos de funções em mais de um emprego, tendo o profissional que acumular uma maior carga horária semanal de trabalho, que também o sobrecarrega e acaba comprometendo a eficiência do serviço e da assistência prestada (SILVA, PINTO, 2012).

Podem-se ainda relacionar as duas primeiras subcategorias, a falta de atenção com a questão da sobrecarga de trabalho, pois, o excesso de atividades deixa o profissional mais estressado e, como o profissional precisa realizar mais atividades no mesmo período de tempo, acaba acelerando o ritmo de trabalho para conseguir executar

todas as tarefas a tempo, isso acarretando em casos de desatenção e descuido na realização das atividades como foi apresentado em um estudo com profissionais que trabalham em uma unidade de atendimento pré-hospitalar (FLORÊNCIO et. al. 2003).

### **Subcategoria 1.3 – Descarte Inadequado**

Esta subcategoria aborda que a questão do descarte inadequado, de grande relevância segundo os depoimentos, foi fator contribuinte para a ocorrência do acidente de trabalho, especificamente, com objetos perfurocortantes.

Para melhor esclarecimento, de acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária / ANVISA – RDC nº306, de 7 de dezembro de 2004, os resíduos perfurocortantes fazem parte do grupo E e devem ser descartados separadamente e imediatamente após seu uso, em local próprio, ou seja, em caixa de descarte, que deve estar tão próxima quanto possível do local de sua utilização, ou seja, próxima ao leito do paciente, bancada de diluição de medicamentos, local de realização de procedimentos, sala de cirurgia, e outros, além disso, deve-se respeitar o limite de sua utilização, que é de 2/3 de sua capacidade, tendo está que ser substituída.

Ainda de acordo com a RCD nº306, é expressamente proibido o seu esvaziamento ou qualquer outro tipo de manipulação, a fim de evitar à ocorrência de acidentes, as agulhas devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido proceder sua retirada de forma manual e, também, é proibido o reencape destas agulhas.

Apesar disso, em muitas falas identifica-se que a ocorrência dos acidentes foi ocasionada devido à existência de materiais perfurocortantes descartados em locais inadequados, ou seja, fora dos padrões estabelecidos como seguros.

*“Ai botei a mão assim, pra separar as pinças da bandeja e nem vi a lâmina, e ai ela vem e corta assim... bem no meio do dedo...”. (TE6)*

*“Tinha uma lanceta usada, ela tava exposta, na bancada do posto, então eu me furei...”. (E1)*

*“Não dá pra contar com o erro de outra pessoa... e adivinhar que tem uma agulha que a pessoa largou ali, ai eu acabei me furando...”. (E1)*

*“Porque a outra pessoa errou... alguém deixou uma agulha ali, no leito do paciente, ou seja, onde não devia...”. (E1)*

*“Descuido total da outra pessoa, que deixou aquele papel de luva, com um mandril sujo de sangue dentro... desencapado ainda por cima...”*. (TE4)

Esse é de fato um problema grave, uma vez que nesses casos, não temos como identificar o paciente fonte, a abordagem do profissional que se acidenta deve ser feita supondo que o paciente fonte é positivo para todos os critérios investigados, ou seja, HIV e Hepatites B e C, isso inclui a utilização de quimioprofilaxia expandida para HIV, uso de imunoglobulinas, caso o profissional não tenha esquema completo de vacinação para hepatite B ou, caso este não possua resposta imunológica adequada para a imunização, além do controle dos exames laboratoriais para acompanhamento de possível soroconversão, incluindo a hepatite C, que até o presente momento não possui nenhum tipo de profilaxia, tudo em consonância com os critérios estabelecidos pelo manual de exposição ocupacional do Ministério da Saúde (MS, 2011).

Tendo em vista a magnitude do problema é de fundamental importância a sensibilização dos trabalhadores, buscando a modificação deste tipo de comportamento.

Diversos estudos apresentam a questão do descarte inadequado de materiais perfurocortantes.

Segundo Balsamo e Felli (2006), em estudo realizado em um hospital universitário, onde trabalhadores descreveram a situação em que se deu a ocorrência do seu acidente de trabalho, em 18,75% dos casos, foi motivado pela existência de material perfurocortante descartado em local inadequado.

Em outro estudo, realizado entre profissionais de enfermagem de um hospital geral, também vemos destaque para a questão do descarte dos materiais perfurocortantes, neste em 37,7% dos casos o acidente que ocasionou a exposição aos agentes biológicos ocorreu no momento em que o profissional realizava o descarte do material e, em 6,2% dos casos o acidente foi causado por existência de material descartado inadequadamente por outro profissional (OLIVEIRA, KLUTHCOVSKY, KLUTHCOVSKY, 2008).

Santos, Costa e Mascarenhas (2013) também encontram resultados semelhantes, apontando que entre 268 (100%) dos acidentes registrados em Teresina – Piauí, 38 (14,2%) deles foram caracterizados pela presença de material perfurocortante descartado de maneira inadequada.

Moura, Gir e Canini (2006) também apontam essa preocupante realidade, em seu estudo os autores identificam que 21,6% dos acidentes de trabalho registrados, tem como causa, algum tipo de objeto perfurocortante descartado em local inadequado.

Dados estes que se somam ao estudo de Araújo et. al. (2012) que também identificam um alto grau de descarte inadequado de material perfurocortante envolvido nas circunstâncias da ocorrência dos acidentes com material biológico pesquisados em Fortaleza, sendo que de 100% dos acidentes registrados, 1,2% dos casos foi ocasionado por material perfurocortante desprezado erradamente em sacos de lixo, 1,8% desses foi ocasionado devido a presença de material perfurocortante presente junto ao instrumental cirúrgico encaminhada para a limpeza, 5,2% foi durante descarte de material durante realização de procedimentos cirúrgicos, 6,1% dos acidentes ocorrera durante a manipulação da caixa para descarte deste material e, o dado mais agravante, que 13,7% dos acidentes foram ocasionados devido a presença de material perfurocortante desprezado de forma inadequado em bancada, cama de paciente, no chão ou em outros locais no ambiente de trabalho.

Secco e Robazzi (2007) também comentam, em seu estudo realizado em um hospital de ensino localizado no Paraná, a necessidade de considerar as questões referentes ao descarte inadequado, tendo em vista que nestes casos, mesmo se utilizando de precauções padrão e com a correta adesão ao uso dos EPI, o trabalhador acaba por sofrer o acidente, uma vez que o mesmo não pode prever a existência de um material perfurocortante descartado inadequadamente, estes ainda dão destaque para a importância da implantação de programas educacionais nas instituições, quando afirmam que o problema dos materiais perfurocortantes entre a equipe de enfermagem é um problema persistente e expressivo.

Esses dados revelam a alta prevalência de acidentes de trabalho, que envolvem exposição aos materiais biológicos, ao problema do descarte inadequado dos perfurocortantes e ressalta o descuido e a negligência quanto ao destino e armazenamento deste tipo de resíduo.

Como se pode ver, a questão de descarte inadequado de materiais perfurocortantes é uma grave realidade, presente em diversos estudos, o que nos leva a perceber a necessidade de maior esclarecimento dos profissionais, realização de treinamentos e cursos de atualização e aperfeiçoamento, além de verificarmos a existência de um Plano de Gerenciamento de Resíduos adequado para as condições

locais de trabalho. É preciso sensibilizar os profissionais dos riscos ocupacionais existentes neste tipo de prática e orientá-los sobre as formas corretas de fazê-lo.

#### **Subcategoria 1.4 – Sentimentos de Invulnerabilidade**

Este é outro problema que podemos destacar frente a ocorrência dos acidentes de trabalho: o sentimento de invulnerabilidade ou mesmo o fato dos profissionais de enfermagem, muitas vezes, subestimarem a ocorrência deste agravamento.

Para esclarecimento, a vulnerabilidade é descrita como um somatório de fatores que aumentam ou diminuem o risco para a ocorrência de uma determinada situação, como a chance que cada pessoa tem de contrair uma doença, por exemplo, ou, neste caso, a chance do profissional de enfermagem sofrer um acidente de trabalho com exposição a materiais biológicos. Essas chances variam e são dependentes de diversos fatores, sejam biológicos, sociais e culturais, envolvendo, portanto, situações pertinentes ao ambiente de trabalho e os riscos ocupacionais nele existentes, como também fatores relacionados à individualidade de cada um, como a questão comportamental do profissional (BARCHIFONTAINE, ZOBOLI, 2007).

A vulnerabilidade de um profissional sofrer um acidente de trabalho é determinada por uma variedade de condições, que envolvem, inclusive, condições institucionais, como falta de material adequado para o trabalho, além das já citadas condições comportamentais do indivíduo, passando também por condições coletivas (SECCO, et. al. 2002; VIEIRA, PADILHA, 2008).

O fato é que, em muitos casos, o sentimento de invulnerabilidade faz com que os profissionais pratiquem comportamentos inseguros por não perceberem ou não valorizarem o risco que esta atitude pode acarretar para a sua vida, como é o caso do aumento do risco para o acidente de trabalho e, em muitos casos, a própria ocorrência do acidente.

Os profissionais da equipe de enfermagem possuem, nas suas atividades laborativas, características próprias, que os tornam vulneráveis aos acidentes de trabalho, como exemplos disso temos: o fato de serem a categoria profissional que se encontra com maior quantitativo de indivíduos, presente durante as 24 horas de assistência, por executarem grande número de ações e procedimentos, com um maior volume de cuidados diretos ao paciente e também pela grande quantidade de procedimentos invasivos, o que também cria situações que acabam por predispor a

ocorrência de acidentes de trabalho (PAULINO, LOPES, ROLIM, 2008; OLIVEIRA, CARDOSO, MASCARENHAS, 2009).

Além disso, de acordo com diversos estudos, a vulnerabilidade depende de alguns fatores que também estão atrelados a ocorrência dos acidentes de trabalho, como é o caso da resistência na adesão ao uso dos EPI ou ao seu uso inadequado. Podemos ainda se relacionar a fatores já relatados ao longo desta análise, como o caso da sobrecarga de trabalho, o descuido e desatenção, além de fatores como falta de capacitação, número insuficiente de medidas de proteção, número inadequado de locais para o descarte dos perfurocortantes, podendo ainda abordar questões referentes a autoconfiança do profissional. (PRADO et. al., 2006; BARROS, et. al., 2006; HELUANE, HATEM, 2007; MAFRA et. al., 2008).

Neste estudo, pode-se identificar nos depoimentos dos profissionais, atitudes que são indicativas de que, mesmo conhecendo o risco, o profissional se utiliza de atitudes sabidamente errôneas, movidos talvez pelo sentimento de autoconfiança já citado, ou por acreditarem que, talvez com sua experiência profissional sejam capazes de “controlar” esse risco, ou seja, não se identificam como vulneráveis em adotar essa atitude, como é o caso do reencape de agulhas.

*“Eu fui reencapar a agulha e acabei furando o dedo...”. (TE3)*

*“A gente sabe que é errado, isso de reencapar a agulha, mas, mesmo assim eu fiz...”. (TE5)*

*“A gente sabe o que não é pra fazer, sabe que tem que usar a luva e tudo mais, mas, às vezes... é rapidinho... e aí já era...”. (TE3)*

*“Mas é aquilo né! De achar que a gente tá prestando atenção e que por isso não vai acontecer com a gente...”. (TE5)*

Diante das falas, pode-se identificar o fato de que propor e traçar estratégias de prevenção para acidentes de trabalho com material biológico e, que abordem a questão da vulnerabilidade, elas requerem a participação dos profissionais expostos ao problema, esclarecendo e alertando este profissional quanto a complexidade e magnitude deste problema, de forma a conscientizá-lo da importância do autocuidado e da prevenção de sua própria saúde, junto a isso se deve trabalhar as medidas de segurança e identificar as possíveis mudanças estruturais e organizacionais necessárias (SANTOS et. al., 2012).

O mesmo achado, referente a prática do reencape de agulhas, é também identificado em outros estudos, Araújo et. al. (2012) verificou que o reencape de agulhas se fez presente em 9% dos casos de acidentes de trabalho, considerando um número alto de casos e, o estudo também encontra-se de acordo com o feito por Simão et. al. (2010) onde essa prática de risco também se apresentou como responsável de um alto índice de acidentes envolvendo a equipe de enfermagem.

Como visto anteriormente, de acordo com a RDC nº 306, da ANVISA, o reencape de agulha é desaconselhável, devido ao alto risco da ocorrência de acidentes com o material perfurocortante em questão, porém a realidade que vemos, não apenas neste estudo, mas em muitos outros, é que muitos profissionais ainda se arriscam realizando tal prática.

Para identificação das questões pertinentes ao sentimento de invulnerabilidade vivenciado pelos profissionais é preciso considerar situações que interferem nesse comportamento individual, porém, não há como desvincular as questões externas como elementos políticos, econômicos, culturais e as questões da gestão das instituições de saúde, já que esta última pode incentivar de formas diferentes, com maior ou menor ênfase, as questões relacionadas ao cuidar de si mesmo de seus profissionais.

A questão da não observação quanto ao uso dos EPI, que caminha junto às questões da vulnerabilidade x autoconfiança já apresentadas anteriormente.

No que diz respeito a questão da não adesão ao uso dos EPI, existem diversos estudos que identificam essa lamentável realidade e, identificam possíveis motivos para tais atitudes por parte dos profissionais de enfermagem.

Voltando a questão da autoconfiança, Gallas e Fontana (2010) descrevem que, o trabalhador ao avaliar ter domínio de uma determinada técnica, acaba por dispensar o uso do EPI, desconsiderando sua vulnerabilidade e se expondo ao risco de se acidentar.

Rodrigues et. al. (2012) identifica a rotina de trabalho como um fator que faz com que o profissional, ao realizar uma mesma atividade repetidas vezes e, portanto, de modo mecânico, se sinta seguro sem realiza-lo sem o uso do EPI.

Ciorlia e Zanetta (2004) também indicam que, independente da categoria profissional, os trabalhadores que possuem maior tempo de serviço, ou seja, maiores experiências profissionais, por adquirirem maior autoconfiança na execução das tarefas,

acabam por se colocar em situações de risco, quando negligenciam a adoção de medidas de precaução padrão e a adesão do uso dos EPI.

Como vemos em alguns depoimentos, a realidade é que em muitos momentos, esse sentimento de autoconfiança ou, talvez, a invulnerabilidade, faz com que os profissionais abdicuem do uso dos EPI.

Neves et. al. (2011) afirmam que a autoconfiança, reforçada pela experiência profissional e, pela experiência errônea de que o equipamento de proteção interfere nas habilidades do profissional, leva ao descaso do uso destes EPI, sendo assim, o profissional acaba por subestimar a função protetora do EPI e opta por não utilizá-lo.

*“Eu não estava usando nada do que era pra usar, nem luva, nada mesmo...”*. (TE1)

*“Tava sem nenhum EPI na hora...”*. (E1)

*“Tava com a minha mão nua, tava sem luva, sem nada, foi tão rápido...”*. (TE3)

*“A verdade é essa, que a gente acha que como faz todo hora, que não precisa usar, aí é nesse dia que acontece o acidente...”*. (TE5)

Muitos estudos observam o predomínio do uso de luvas como principal EPI utilizado (OLIVEIRA, KLUTHCOVSKY, KLUTHCOVSKY, 2008; SARQUIS, FELLI, 2002; CORREA, DONATO, 2007; PINHEIRO, ZEITONE, 2008; SILVA et. al. 2012), porém, os mesmos estudos, em consonância com os achados acima apresentados, observam que, em determinadas situações estes e outros tipos de EPI são deixados de lado no momento da execução de procedimentos importantes.

Oliveira, Kluthcovsky e Kluthcovsky (2008) afirmam que o uso das precauções padrão e dos EPI são de essencial importância para a proteção dos profissionais, porém, tais precauções ainda são ignoradas por parte dos profissionais, o que resulta em um alto índice de acidentes de trabalho com exposição ocupacional a material biológico.

Balsamo e Felli (2006) corroboram com o fato quando apontam que a baixa ou não adesão ao uso dos EPI por parte dos profissionais é uma realidade, o que deve nos levar a indagar sobre os fatores que contribuem para que o profissional tenha esse tipo de comportamento.

Esses autores, em um estudo que objetivava a caracterização de trabalhadores que sofreram acidente de trabalho com exposição a agentes biológicos encontraram que em 20,38% dos acidentes com exposição a materiais biológicos, no caso, sangue, os profissionais não estavam fazendo uso de qualquer tipo de EPI, justificando tal fato por não considerarem que havia o risco de exposição.

Correa e Donato (2007) apontam em seu estudo que, em relação ao uso dos EPI, dentre 22 técnicos de enfermagem entrevistados e observados, nenhum deles se utilizou de máscaras e óculos de proteção no momento de desprezar as excreções de seus clientes no expurgo e, desses mesmos 22 técnicos de enfermagem, apenas dois se utilizaram de óculos de proteção no momento de realizar aspiração de vias aéreas superiores.

Os mesmos autores ainda afirmam que, na prática, os profissionais de enfermagem deixam de se utilizar das medidas de biossegurança quando não se apropriam do uso dos EPI na sua totalidade, durante a execução de suas atividades diárias, ficando expostos não apenas ao risco da ocorrência dos acidentes de trabalho, como também, exposto ao risco de aquisição de alguma doença ocupacional.

Julio, Filardi e Marziale (2014) verificam em seu estudo que em um total de 35,7% dos acidentes, as luvas não estavam sendo utilizadas no momento da ocorrência.

Como vemos, na prática, o que ocorre é que o fato dos profissionais terem o conhecimento dos riscos aos quais estão expostos nem sempre são suficientes para garantir a adesão dos mesmos aos EPI (SOUZA, FREITAS, 2010).

Diante do encontrado identificamos que, apesar de ser um tema amplamente difundido entre os profissionais da área de saúde em geral, ainda existe a necessidade de melhores esclarecimentos a cerca da necessidade e importância para o uso dos EPI.

### **Subcategoria 1.5 – Risco Inerente a Profissão**

Outro fator importante para a ocorrência dos acidentes, também pouco referido nos depoimentos, diz respeito a banalização do risco, pois muitos profissionais acabam classificando o risco de se acidentar como sendo “normal”, algo atrelado a atividade profissional que exerce ou como algo que não pudesse ser evitado.

*“Numa cirurgia a gente tá propício a tudo, a sangue, a se cortar, se machucar, não devemos né... mas a verdade é que acontece...”*. (TE1)

*“Por mais que a gente tenha cuidado e use do EPI direitinho, mesmo assim aconteceu e eu me acidentei...”*. (TE6)

Esse mesmo tipo de relato é encontrado em outros estudos, como o de Balsamo e Felli (2006), onde eles identificam que de 56 condições e/ou atribuições dadas pelos profissionais para a ocorrência dos acidentes, em 19,64% destes os profissionais relatam que o acidente simplesmente “aconteceu”, atribuindo ao acidente uma naturalidade, como se fosse normal acidentar-se, uma vez sendo profissional de saúde.

Podemos associar essa “naturalidade” descrita a algumas suposições, como: o desconhecimento; a “fatalidade” ou ao fato dos profissionais ainda possuírem um conhecimento errôneo ou mesmo incompleto dos riscos reais presentes no ambiente de trabalho.

De acordo com Pinheiro e Zeitouné (2008) é verdade que a manipulação de materiais possivelmente contaminados com diversos tipos de agentes biológicos e, ainda, a realização de procedimentos invasivos fazem sim, parte da rotina diária dos profissionais da equipe de enfermagem, porém, o grande problema é a manipulação desses riscos de forma incorreta por parte dos profissionais. A atividade profissional realizada é sim inerente a profissão, mas, arriscar-se não valorizando os riscos profissionais, não fazendo uso das precauções padrão ou ainda não observando o uso dos EPI não são fatos inerentes a profissão são questões opcionais e que incluem uma multifatorialidade que será abordada no decorrer desta análise.

Pereira et. al. (2010) afirmam que esta situação demonstra a necessidade do trabalho de orientação e capacitação profissional, a divulgação e implementação das medidas de biossegurança entre os profissionais de enfermagem, tal como já realizado em diversas instituições no Brasil.

Em resumo, também é preciso orientar melhor os profissionais, não só os de enfermagem, mais todos os profissionais que atuam na área da saúde, sejam no ambiente hospitalar ou não, eles precisam estar esclarecidos quanto aos riscos ocupacionais aos quais estão expostos e, para isso é necessário promover a educação continuada e, chamar a instituição às suas responsabilidades e, é necessário termos um serviço de engenharia de segurança e de medicina do trabalho atuantes, que criem estratégias reais de prevenção de agravos à saúde dos profissionais.

### **Subcategoria 1.6 – Material Inadequado / Ausência de Material**

Além de todas as questões já citadas, ainda é preciso trabalhar com a questão institucional, a falta de recursos, sejam estes humanos ou materiais e, as dificuldades encontradas no ambiente de trabalho.

No que tange as questões institucionais, quando existe a falta de recursos materiais apropriados o que vemos é que a equipe de enfermagem não deixa de realizar suas atividades, o que acaba por acarretar a exposição destes profissionais aos riscos existentes no ambiente de trabalho, além do risco para a ocorrência dos acidentes. Giomo et. al (2009) afirmam que os trabalhadores realizam suas tarefas mesmo estando sem a proteção adequada, inclusive da ausência do EPI quando este não está disponível, levando e mantendo condições inadequadas de trabalho, decorrentes da falta de recursos e materiais do hospital e, mantendo também a baixa conscientização dos profissionais sobre a importância e necessidade do uso dos EPI.

Vê-se neste estudo, que os profissionais muitas vezes, referenciam a falta do material ou a inadequação do material existente como fatores que contribuíram para a ocorrência do acidente de trabalho, como vemos a seguir:

*“... e a luva que a gente tem aqui nunca é do tamanho adequado, só tem luva G, ai fica muito grande na mão e ai acaba atrapalhando né!...”. (E2)*

*“... teve uma época que a gente ficou sem luva de procedimentos, ai faz como? A gente acaba usando a luva estéril mesmo...”. (E3)*

*“Porque o equipamento errado, ele te leva ao erro... se a luva é muito grande dificulta muito na hora de fazer um procedimento, se for só uma punção, a gente acaba fazendo sem luva mesmo...”. (E2)*

*“Um tempo desse não tinha máscara... como faz uma cirurgia sem máscara? Não dá! É essencial né!”. (TE6)*

Souza (2001), Nishide, Benatti e Alexandre (2004) afirmam que o uso de EPI muitas vezes é dificultado por diversos fatores, como a falta de hábito do profissional, o esquecimento, o descuido, mas, também destacam o fato de indisponibilidade e/ou da inadequação desses equipamentos.

Corroborando com este fato, Marziale et. al. (2014) apontam em seu estudo, realizado com profissionais de enfermagem, atuantes em um hospital geral, que

já sofreram acidentes envolvendo materiais biológicos, que 3,6% dos profissionais apontam que a falta de fornecimento de EPI pela instituição foi o motivo que ocasionou a ocorrência do acidente de trabalho.

A inadequação dos EPI e ainda a presença desses em quantidades insuficientes também é descrita por outros autores como sendo motivos para justificar a baixa ou não adesão do seu uso, somando esses fatores com outros já citados ao decorrer desta análise, como o incorreto manuseio, o descuido, a falta de hábito e até mesmo a descrença quanto a adesão desta prática (TIPPLE et. al. 2007; SOUZA et. al. 2008).

O ambiente de trabalho é determinado pelas práticas gerenciais e organizacionais, e estas podem se caracterizar como agentes facilitadores ou podem representar uma barreira, que dificulta ou até mesmo impedem a adesão dos equipamentos de proteção por parte dos profissionais (NEVES et. al. 2011).

Ainda segundo esses autores, a insegurança no ambiente de trabalho predispõe erros e conseqüentemente agravos a saúde dos profissionais que nele atuam.

Outro dado importante abordado no discurso dos profissionais entrevistados foi a questão da improvisação ou, do “jeitinho” que a equipe de enfermagem acaba se utilizando para adequar a falta dos equipamentos com as necessidades do serviço.

*“Tipo... o gorro de pano é proibido! Mas e o dia que não tem touca? Ai deixam usar...”*. (TE6)

*“A gente sempre trabalha com o que tem se, não tem o óculos pra hora de aspirar a gente faz com mais atenção, tenta não deixar o rosto tão próximo... eu agora tenho o meu, que eu comprei e uso...”*. (E3)

*“Como a luva é maior, a gente corta a pontinha do dedo da luva, pra “sentir” melhor a veia, ai fica mais fácil...”*. (TE2)

Neves et. al. (2011) apontam que a falta dos equipamentos de segurança torna a improvisação como parte da rotina profissional e, conseqüentemente, da rotina do serviço e, afirmam que esta estratégia só se dá quando existe a consciência do risco e da necessidade do uso de tal equipamento e, também por conta dos aspectos éticos e morais dos profissionais, preocupados em prestar uma assistência de qualidade aos seus clientes.

Todavia, apesar desta improvisação fornecer uma sensação de responsabilidade com as obrigações éticas é fato de que estas improvisações que, muitas vezes favorecem o cliente, que tem seu cuidado prestado, mas, não asseguraram a proteção do próprio profissional, acabam por expor ambos os sujeitos envolvidos ao risco.

Ainda de acordo Neves et. al. (2011), os profissionais sabem que, na ausência de materiais adequados para a realização da assistência, podem se recusar em realizar o cuidado e/ou procedimento e, afirmam que está seria uma ocorrência capaz de servir como instrumento de mudança, tanto por parte da gerencia, que teria que passar a fornecer o material, quanto dos profissionais, que mudariam sua prática ao cobrar por boas condições de trabalho. Porém, as questões sociais, como o medo de desemprego e a responsabilidade ética já mencionada, acabam estimulando e reproduzindo um comportamento submisso, de continuar a realização de suas atividades sem questionar a gerência e, de executar suas atividades profissionais de forma insegura.

De acordo com a NR 6, o EPI é uma obrigatoriedade dupla, o empregador deve fornecê-lo e garantir a qualidade deste material e reposição quando esta se fizer necessária, já o empregado tem a obrigação de utiliza-lo de forma adequada e cuidar na manutenção daqueles que não são de uso descartável, o empregado ainda tem que informar ao empregador a ausência e comunica-lo de possíveis problemas ou inadequações destes EPI para substituição dos mesmos.

E preciso que se faça cumprir as legislações vigentes, o cumprimento das normas regulamentadores é de fundamental importância para o bom funcionamento do serviço e para manter a qualidade de vida no trabalho e manter os profissionais saudáveis e aptos ao exercício da profissão.

É obrigação das instituições garantir a disponibilização e fornecimentos dos EPI para seus profissionais e, também se faz necessário orientá-los ao uso correto e para a importância deste ato, é preciso sensibilizar os profissionais da área da saúde, com destaque para os profissionais de enfermagem, sobre a finalidade do uso dos EPI, da prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais.

#### **4.4.2 – Classe Temática II – Modificações Autorreferidas após o Acidente de Trabalho**

Esta classe temática reúne 99 UR, em duas categorias e sete subcategorias que agrupam aspectos relacionados às modificações autorreferidas dos profissionais de enfermagem após a vivência do acidente de trabalho envolvendo exposição ocupacional aos materiais biológicos e a motivação que os levou essas modificações.

##### **Categoria 2 – Ações autorreferidas após a Ocorrência do Acidente de Trabalho**

Esta categoria reúne 50 UR, em três subcategorias, em que os profissionais de enfermagem entrevistados, que tiveram a experiência de vivenciar o acidente de trabalho com exposição ao risco biológico, descrevem as modificações que passaram a adotar após esta ocorrência.

A experiência de viver um acidente de trabalho com exposição a agentes biológicos trás repercussões a vida do profissional de enfermagem, porém, apesar das questões pertinentes ao acidente propriamente dito, como as questões referentes aos riscos de contaminação, o acidente pode trazer repercussões favoráveis.

Brandão Júnior (2001) em seu estudo sobre as dimensões subjetivas da biossegurança em unidades de saúde já evidenciava os agravos psicológicos que o acidente de trabalho pode acarretar na vida do profissional acidentado. A vivência de acidenta-se trás consigo uma série de implicações, sentimentos e cobranças com as quais o individuo precisa lidar.

Essa concepção é reafirmada por outros autores que mencionam questões apresentadas pelo profissional que sofre esse tipo de agravo, como o medo, ansiedade, preocupação, a expectativa dos resultados dos testes, com destaque para o anti-HIV, além de sentimentos como desespero, vergonha, incapacidade, entre outros, dados que evidenciam o impacto causado pelo acidente no psicológico deste individuo (CASTRO, FARIAS, 2009).

Entretanto, é preciso destacar o fato de que esta repercussão, esta reação apresentada pelo individuo frente ao acidente, ela ocorre de forma individual e particular, não existindo uma unanimidade no modo como ocorre essa reação, os aspectos subjetivos de cada um é que irá nortear essa resposta, os sentimentos

apresentados, a forma de sentir e lidar com esses sentimentos, toda essa reação sofre influência das características individuais e da visão de mundo de cada um.

Nesta etapa do estudo objetivou-se identificar que repercussões o acidente trouxe na vida laboral do profissional, para isso questionamos estes profissionais, que já passaram pela experiência de sofrer o acidente de trabalho (categoria 2), sobre possíveis mudanças de comportamentos e atitudes após a ocorrência do acidente e, posterior a isso, os mesmos foram questionados sobre qual foi a motivação que os levou a essa mudança ou não (Categoria 3).

O que se encontra é o fato de que estes profissionais afirmam que, após a ocorrência do acidente, perceberam a necessidade de modificar parte de seu comportamento durante as atividades de trabalho, o que se mostra ser uma repercussão positiva advinda do acidente, uma vez que os profissionais passaram a adotar uma postura mais preventiva, mais segura frente aos riscos ocupacionais.

### **Subcategoria 2.1 – Atenção na Realização dos Procedimentos**

Nesta subcategoria daremos destaque as (re)ações autorreferidas modificadas pelos profissionais com história de acidente de trabalho prévio, após a ocorrência deste evento.

Neste sentido percebe-se que os participantes destacaram a necessidade de aumentar o cuidado enquanto realizavam os cuidados de seus clientes, necessidade de realizar os procedimentos técnicos com mais calma, de estarem mais alertas durante suas atividades profissionais, de ter mais atenção e cuidado durante a manipulação e o descarte dos materiais perfurocortantes e, de terem maior compromisso na adesão ao uso dos EPI, enfim, de adotarem uma postura favorável a prevenção de novos acidentes.

Wall et. al. (2011) corroboram com a ideia de que o profissional de saúde após a vivência do acidente de trabalho e da percepção de suscetibilidade de adquirir alguma doença infectocontagiosa, passam a adotar melhores comportamentos, como o aumento da adesão de EPI, a deixar de lado a prática do reencape de agulhas e a ter maior preocupação com o descarte dos materiais perfurocortantes.

Primeiramente, pode-se destacar a percepção para a necessidade de mudanças de comportamento por parte destes profissionais:

*“Mudou completamente o meu comportamento, sou muito mais cuidadosa, observo muito mais...”*. (TE1)

*“... um acesso que eu vou fazer... tudo tranquilo, sem pressa, sem me distrair com outras coisas...”*. (TE2)

*“... cuidado é na hora que estiver fazendo a medicação ou puncionando... é sem conversa...”*. (TE6)

Pode-se destacar, pela fala dos participantes que os mesmos passam a adotar uma postura de maior atenção e cuidado durante a realização dos procedimentos realizados durante a prática assistencial, uma vez que estes são movidos por sentimentos que os fazem lembrar a ocorrência do acidente e, com isso, de todos os sentimentos envolvidos na circunstância do mesmo, como veremos mais a frente.

*“... Agora minha atenção é muito maior, mesmo depois desse tempo do acidente... ficou pra sempre!”*. (E1)

*‘... eu preciso ter toda essa atenção, é um cuidado comigo e com o paciente também...’*. (E2)

*“Eu passei a ter muito mais atenção com o material...”*. (E3)

*“Eu passei a ficar muito mais atenta, principalmente para o uso da luva, mesmo que só para pegar a bandeja...”*. (TE1)

*“Depois que já aconteceu a gente passa sim a tomar mais cuidado...”*. (TE2)

*“... Só tenho atenção naquilo que eu tô fazendo, centralizada!”*. (TE3)

*“... sempre tenho mais atenção... mais cautela, até na hora de trocar o lençol da cama do paciente...”*. (TE4)

*“Tenho mais cuidado em tudo...”*. (TE5)

*“... eu olho, observo, pra ver se ele esta me devolvendo o instrumental corretamente e se tiver errado eu falo.”*. (TE6)

Identifica-se que, no que tange a necessidade de aumentar o cuidado e a atenção durante a realização de suas atividades, todos os profissionais entrevistados apresentam em seus depoimentos falas que sintetizam essa preocupação.

Tem-se a definição de atenção como uma “direção” da consciência, a concentração das atividades mentais focadas sobre um determinado objeto, ou seja, a concentração necessária para a realização de uma determinada ação ou tarefa (DALGALARRONDO, 2000).

Castro e Farias (2009) afirmam que as atividades de enfermagem, por si só, exigem atenção, por trabalhar com a vida de outros indivíduos – os pacientes, que podem, muitas vezes, já apresentar um estado clínico delicado, isso exige que o profissional tenha muita atenção, quer seja no momento de executar algum tipo de procedimento/cuidado, quanto no momento do preparo e administração de alguma medicação, pois qualquer erro durante essas atividades pode contribuir para o agravamento do quadro de paciente. O produto do trabalho de enfermagem é o cuidado, trata-se primordialmente da saúde de um ser humano, neste caso, toda atenção é necessária para realização de suas atividades.

Visto isso, é fundamental e necessário o entendimento dos profissionais para a adoção de práticas seguras, em consonância com os princípios de biossegurança, que devem ser observados sempre, em todos os procedimentos, se utilizando das precauções padrão, aderindo ao uso dos EPI, atentos durante a manipulação dos materiais, principalmente os perfurocortantes, dentre outras medidas que favoreça a proteção da saúde do trabalhador.

### **Subcategoria 2.2 – Maior Preocupação com o Uso dos EPI**

Muitos autores afirmam que após a vivência de um acidente envolvendo exposição ocupacional a agentes biológicos há uma tendência, por parte do profissional, para uma maior atenção e adesão ao uso dos EPI, mostrando que, de certa forma, o acidente trouxe uma consequência positiva para a atitude/atuação do trabalhador.

Damasceno et. al. (2006) apontam que os acidentes de trabalho acabam contribuindo para a mudança das atitudes dos profissionais que se acidentaram, fato que acaba contribuindo para uma diminuição do número de novos acidentes, e trabalhando como um indicador de conduta segura no trabalho.

Lima, Pinheiro e Vieira (2007) destacam que os profissionais têm conhecimento de que a mudança desses hábitos, o não uso dos equipamentos de proteção, é fundamental para evitar a ocorrência de novos acidentes e, acabam por adotar medidas preventivas frente ao risco uma vez tendo ficado expostos a eles.

Souza e Freitas (2010) enfatizam que a adesão aos EPI está diretamente ligada à percepção dos riscos aos quais o profissional se vê exposto e, da susceptibilidade por ele percebida quanto a esses riscos.

Na prática o que se percebe é que os profissionais que autoavaliam seu risco para acidentes como baixo ou médio acabam por ter uma chance maior de se acidentarem quando comparados aqueles profissionais que se autoavaliam com um alto risco, uma vez que os primeiros acabam por negligenciar o uso dos EPI e outras medidas de segurança, banalizando o risco de acidentes, enquanto os que identificam o este risco como alto, acabam se utilizando de medidas de segurança que previnem esta ocorrência (CANINI, et. al. 2008).

Pode-se identificar, a partir dos depoimentos, que os profissionais acidentados na sua prática, passam a ter uma maior preocupação com o uso dos equipamentos de proteção, em consonância com os estudos citados.

*“Quando eu vou fazer um cateterismo, que eu sei que pode ser complicado eu sempre também procuro usar o óculos, além dos outros equipamentos...”*. (E3)

*“Porque as pessoas que trabalham no CTI acabam usando mais os equipamentos de proteção individual...”*. (E2)

*“Eu não manuseio mais nada sem luva...”*. (TE1)

*“Se não tiver luva de procedimento, aí vai a luva estéril mesmo, sem luva eu não faço mais...”*. (TE6)

*“Nunca mais entrei num leito que tivesse acontecendo algum procedimento sem tá paramentada...”*. (TE2)

*“Quando a gente vai fazer o banho, aí então eu busco sempre utilizar a máscara, colocar o óculos, além da luva e do capote...”*. (TE4)

Apesar de neste estudo esta tendência positiva, de uma maior preocupação com a adoção de práticas seguras, ainda que após a ocorrência da exposição aos materiais biológicos, tendo em vista de que todos os profissionais entrevistados já tiveram algum tipo de acidente de trabalho, estudos apontam achados diferentes.

Ribeiro et. al. (2010), contrário a este achado, em um estudo realizado entre profissionais de enfermagem atuantes em um hospital geral, ao analisarem os depoimentos a cerca da adesão ao uso dos EPI, identificaram que a vivência dos acidentes de trabalho não foi um fator determinante para o aumento da adesão do uso desses equipamentos, tendo os depoimentos apresentado uma variação que foi desde a continuidade da não adesão até a adesão permanente dos EPI por parte dos profissionais.

### Subcategoria 2.3 – Maior Atenção no Manuseio dos Perfurocortantes

Pode-se perceber, durante a análise da Categoria 1 – Fatores contribuintes para ocorrência do acidente de trabalho, especificamente na Subcategoria 1.4 – Sentimentos de invulnerabilidade, que, na prática o reencape de agulhas ainda é algo recorrente na prática dos profissionais da equipe de enfermagem, porém ao questionar sobre que mudanças esses profissionais passaram a adotar após a experiência vivida, observa-se o relato da exclusão desta grave e perigosa prática, outro ponto que pode-se considerar como uma repercussão positiva e importante que o acidente de trabalho trouxe para a vida laboral destes profissionais.

É importante destacar o fato de que os materiais perfurocortantes, principalmente as agulhas, são considerados os principais agentes envolvidos nos acidentes de trabalho que causam exposição dos profissionais aos agentes biológicos (MARZIALE, RODRIGUES, 2002; SILVA, 2009).

Pode-se identificar, a partir dos depoimentos dos profissionais de enfermagem, uma tendência a uma atenção maior na manipulação e também no descarte dos materiais perfurocortantes.

*“Durante a cirurgia, eu sempre coloco o perfurocortante no cantinho da cuba... pra não ter perigo, nem eu, nem para o colega... e assim que termina vou lá e viro a cuba na caixinha...”*. (TE1)

*“... às vezes eu fazia isso de reencapar, mas depois de me furar, eu não fiz mais!”*. (TE 3)

*“eu tomo ainda mais cuidado com os perfurocortantes...”*. (TE4)

*“Cuidado é não reencapar a agulha, nem o jelco, nunca mesmo...”*. (TE6)

*“Bom mesmo é quando o jelco tem o dispositivo de segurança, mas não são todos né, ai tem que ter mais atenção...”*. (E3)

*“E eu sempre peço atenção aos técnicos, de descartar no lugar certo e de trocar o descartak quando ele tá no limite...”*. (E2)

Castro e Farias (2009) corroboram este achado quando, em seu estudo realizado junto a profissionais de saúde que já sofreram acidentes de trabalho com perfurocortantes, encontram que estes profissionais declaram a necessidade de ter uma

maior atenção e, mais cuidados durante a manipulação deste tipo de instrumento, uma vez que existe o medo da ocorrência de um novo acidente.

É fato que o correto uso dos materiais perfurocortantes e, a prática do seu correto descarte traz benefícios para todos os profissionais que atuam no ambiente de trabalho, promovendo a segurança do profissional que o manipula e, também garante a segurança dos demais profissionais envolvidos na assistência, além de promover e incentivar a preocupação do trabalhador com a própria saúde (CASTRO, FARIAS, 2009).

Leite et. al. (2003) já ressaltavam o fato de que a atenção dos profissionais de enfermagem em manipular e descartar materiais perfurocortantes era imprescindível para evitar acidentes.

Miranda (2011) destaca que um dos meios de se prevenir e diminuir os riscos dos acidentes de trabalho com exposição a agentes biológicos é o simples não reencape de agulhas e, o seu correto e imediato descarte, além de outras medidas de prevenção, como o uso dos EPI, promoção da educação continuada dos profissionais através de cursos de capacitação e também a imunização dos profissionais.

Assim sendo, vale reforçar e repetir que a adoção de práticas seguras, a observação das medidas de biossegurança, a adesão às precauções padrão e o uso dos EPI são necessários para promover a saúde dos trabalhadores.

### **Categoria 3 – Motivação para as ações autorreferidas após a ocorrência do Acidente de Trabalho**

Na terceira e última categoria vamos abordar as motivações que levaram os profissionais entrevistados as alterações autorreferidas citadas e analisadas na categoria anterior.

Esta categoria reúne 49 UR, em quatro subcategorias, em que os profissionais de enfermagem relatam a motivação que os levaram a possíveis modificações após a experiência de sofrer o acidente de trabalho.

A seguir, cada subcategoria é apresentada com as respectivas discussões baseadas nas UR encontradas e nos achados da literatura.

### Subcategoria 3.1 – Medo e outros Sentimentos / Lembranças do Acidente

Dentre as repercussões que podemos evidenciar pós acidentes de trabalho que envolve exposição ocupacional a materiais biológicos, estão às repercussões psicossociais. De acordo com Castro e Farias (2009) deve-se ressaltar que a ocorrência dos acidentes repercute tanto nas relações profissionais quanto familiares do indivíduo, uma vez que a ocorrência do acidente encontra-se associada a aquisição de doenças como a AIDS e a hepatite, causando no profissional sentimentos diversos, como medo, ansiedade, preocupação e outros que acabam por afetar a sua saúde.

De acordo com as falas dos participantes, pode-se perceber uma gama de sentimentos vivenciado por eles no pós-acidente, nos momentos de espera dos resultados dos exames e do temor de enfrentar estes resultados, porém, pode-se, ainda, perceber que esses sentimentos, apesar de representarem um sofrimento neste primeiro momento, serviram para motivá-los a adotarem condutas preventivas e, portanto tornando toda essa negatividade vivenciada em uma repercussão favorável, na medida de prevenir e promover uma maior segurança durante a realização das suas atividades profissionais. Destacando-se as presentes falas:

*“... na hora, quando eu vi que tinha me furado, foi muito medo... eu fiquei com muito medo, foi muita preocupação...”. (TE1)*

*“... o pior foi o medo, de fazer todos aqueles exames, de ter algum resultado ruim, é uma angústia muito grande...”. (TE2)*

*“Eu já tinha visto isso acontecer com o colega, e você já pensa como seria... mas quando é com a gente, nem dá pra explicar, é um medo muito grande...”. (TE3)*

*“Foi um desespero! Desespero mesmo! Confesso a você... passa mil coisas na cabeça e a gente só quer fazer os exames e ver que tá tudo bem...”. (TE3)*

*“Olha, só quem passou que sabe o que é... eu falo pros colegas, quando vejo eles fazendo alguma coisa errada, não quero isso pra ninguém...”. (E2)*

*“Aquilo me deprimiu demais, aquele medo, até porque meu acidente foi importante, a agulha quase atravessou minha mão, um risco alto...”. (TE4)*

Magagnini, Rocha e Ayres (2011), ao estudarem profissionais de enfermagem que sofreram acidente de trabalho, também revelam reações de medo,

desespero, entre outros sentimentos, vivenciados devido a espera dos resultados dos exames e, principalmente o medo da possibilidade da soroconversão.

Castro e Farias (2009) apontam o desespero como o principal sentimento presente no momento do acidente de trabalho, devido ao desconhecimento do diagnóstico do paciente e, principalmente quando ocorre à confirmação da transmissão de alguma doença, os autores também apontam o medo como uma das grandes repercussões que o acidente de trabalho trás para a vida do indivíduo, pelo fato da possível contaminação ocupacional pela hepatite e AIDS.

Ainda de acordo com Castro e Farias (2009) este medo também é associado a prevenção de novos acidentes, fato que faz com que os profissionais passem a ter mais cuidado durante a realização de suas atividades, ficam mais alerta, adotam postura preventiva frente aos acidentes, passam ainda a ter mais cuidado na manipulação dos materiais perfucortantes.

Damasceno et. al. (2006) apontam, da mesma forma, que os acidentes de trabalho foram indicadores de condutas seguras e, acabaram por contribuir para a redução do número de acidentes e também para a mudança de atitudes por parte dos profissionais.

Contrários a essa informação, Ribeiro et. al. (2010) mencionam que o acidente de trabalho e a exposição ocupacional dos indivíduos a agentes biológicos trazem sim, muitas conseqüências, não apenas no âmbito profissional, como também pessoal, familiar, social e até mesmo psicológico, porém, nem sempre estes são suficientes para despertar o indivíduo para a necessidade de modificar seu comportamento.

Entretanto, evidencia-se que os acidentes de trabalho podem trazer uma conseqüência positiva, uma vez que o profissional, conhecendo melhor os riscos aos quais se encontra exposto, entende a necessidade de mudar seu comportamento, com intuito de evitar a ocorrência de novos acidentes, em resumo, a partir desta experiência, os profissionais passam a adotar medidas preventivas frente aos riscos (LIMA, PINHEIRO, VIEIRA, 2007).

Junto às questões subjetivas que envolvem a ocorrência dos acidentes de trabalho, estão às lembranças que estes referem como motivação para não repetirem condutas que levaram a ocorrência deste agravo.

*“Mas Graças a Deus foi só o susto mesmo, mas é pra sempre, a lembrança é muito forte...”*. (TE1)

*“Na hora eu fiquei desesperada, principalmente porque eu estava grávida, e só pensava em como seria... nunca vou esquecer...”*. (E1)

*“... eu lembro sempre e não quero nunca mais passar por nada parecido...”*. (TE2)

*“Outro dia mesmo, aqui no CTI, a gente fez cateterismo vesical, e a paciente era obesa, foi muito difícil e só lembrei do acidente...”*. (E2)

*“A lembrança do acidente, quando eu vou fazer algum procedimento, ela acaba sendo sempre presente...”*. (TE3)

*“Nossa! Depois do acidente, ter que tomar aqueles medicamentos... você se sente doente... não dá pra não lembrar...”*. (TE4)

*“No meu caso, que eu tinha que viver com aqueles remédios na minha bolsa, e eu já estava me sentindo doente... tinha medo de abrir a bolsa e cair aqueles medicamentos, já estava me sentindo com HIV, é coisa que não dá pra esquecer nunca...”*. (TE4)

*“Então você passa a ter sempre aquela preocupação, de não se acidentar novamente...”*. (E3)

*“... a lembrança não deixa você cometer o mesmo erro, ainda mais eu, que me furei por fazer uma coisa que sei que não podia...”*. (TE5)

Pode-se identificar através da fala dos participantes do estudo que, ao lembrarem-se de todos os sentimentos, as angústias, os temores referentes a incerteza do diagnóstico dos pacientes fonte, posterior a isso, os resultados dos exames laboratoriais para acompanhamento do acidente, enfim, essa lembrança faz com que eles não desejem uma nova experiência desta ocorrência, deixando de adotar condutas errôneas que faziam parte do seu dia a dia.

### **Subcategoria 3.2 – Entendimento do Risco**

De acordo com as entrevistas pode-se identificar que, a partir da vivência do acidente de trabalho, os profissionais envolvidos nesta ocorrência passaram a ter uma maior percepção para o risco existente na sua atividade profissional.

Soares et al. (2013) afirmam que os profissionais embora percebam o risco na sua prática diária, demonstram normalmente, certa descrença relacionada aos mesmos e, com isso atribuem a eles pouca importância no seu cotidiano, fato que os levam a adesão de comportamentos que propiciam uma maior exposição a estes riscos.

Os mesmos autores verificam que o medo pode ser associado a um fator “aliado” frente a adesão de medidas preventivas, uma vez que influem na conscientização dos profissionais. Como verifica-se aqui, quando os profissionais relatam uma maior adesão ao uso do EPI e também na atenção redobrada durante a prestação dos cuidados realizados. O medo acaba por trazer os profissionais a uma maior reflexão sobre os riscos e com isso a um maior interesse em conhecê-los e em adotar medidas seguras.

Magagnini, Rocha e Ayres (2011) identificam que o profissional, uma vez passada a experiência de acidentarse e, com isso, a visualização de um risco real de contaminação/infecção, quer seja para o HIV ou quanto a hepatite, passa a perceber uma necessidade de conscientização para o autocuidado. Os autores evidenciam o fato de o profissional precisar passar pela situação do acidente de trabalho para mudar seu comportamento frente aos cuidados necessários para autoproteção, sendo imprescindíveis as ações de sensibilização destes quanto aos riscos biológicos e dos acidentes de trabalho.

*“Eu já sabia que era errado reencapar, então aquilo foi uma lição pra mim, de que eu não podia fazer, que era importante seguir as normas...”. (TE5)*

*“Eu vi que realmente não era pra fazer, que não podia reencapar a agulha... que tinha risco...”. (TE5)*

*“Porque a gente sabe que tem que trabalhar de luva e de máscara... mas é o hábito de não usar que atrapalha, então eu tenho que fazer o certo, por mim, pro meu cuidado...”. (TE1)*

*“É no amor ou na dor, mas, de qualquer forma a gente aprende que tem que fazer o que é certo, né...”. (TE6)*

Ribeiro et. al. (2010) consideram que as experiências dos acidentes de trabalho são bastante significativas, sendo importante aproveitar o momento para trabalhar medidas preventivas, visto que essa vivencia leva o profissional a refletir sobre suas atitudes e praticas em relação à segurança profissional nas atividades de trabalho. Os mesmos autores ainda afirmam que é uma oportunidade de problematizar a experiência e discutir com os trabalhadores sobre as causas e as conseqüências do acidente de trabalho, é um momento oportuno para sensibilização dos profissionais

acerca da temática e, momento de uma elaboração compartilhada de estratégias de segurança, com vista a prevenção deste tipo de agravo.

### **Subcategoria 3.3 – Orientações Recebidas**

Outro fator relacionado pelos entrevistados à estímulo para mudança das práticas durante a prestação dos cuidados, foram as questões referentes as orientações recebidas ou adquiridas pelos mesmo após a ocorrência do acidente.

Importante registrar que em muitas falas pode-se identificar o fato de que os profissionais não recebem treinamentos ou cursos de educação continuada, sobre os riscos ocupacionais presentes na sua prática diária, ao mesmo tempo em que os profissionais referem receber orientações esporádicas no seu dia a dia, durante visitas realizadas pela enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Além disso, houveram relatos que indicaram o recebimento de orientações no momento do atendimento realizado logo após a ocorrência do acidente, fato que indicamos como favoráveis, pois neste momento também se faz necessária a orientação para as atitudes corretas, principalmente se foi identificada a falta deste tipo de atitude no momento do acidente.

E, também foi possível identificar que, após a ocorrência do acidente houve um interesse, por parte do próprio profissional, em adquirir maiores conhecimentos sobre os reais riscos aos quais o mesmo encontra-se exposto.

Magagnini, Rocha e Ayres (2011) ressaltam a importância de o profissional ter preparo e conhecimento para executar os procedimentos de sua responsabilidade, com conhecimento dos riscos envolvidos nas suas atividades, e com isso, o domínio e segurança necessários frente a esses riscos.

Para Barbosa, Figueiredo e Paes (2009) das favoráveis presentes na ocorrência das exposições ocupacionais, uma delas é a falta de capacitação profissional, evidenciando a necessidade de criação de estratégias efetivamente capazes para prevenção dos acidentes no trabalho.

*“Não tive um treinamento assim, de sentar numa sala e ter alguma coisa, mas, sempre que a enfermeira da CCIH passa, ela dá uma pincelada e diz... “Oh! Olha a máscara!” ou “Oh! Tem que usar a luva!”, então ela sempre nos cobrava... nos cobra...”. (TE6)*

*“... eu não tive nenhum treinamento, mas quando tive o acidente, o médico me orientou, eu já sabia né... mas ele repetiu tudo aquilo, do EPI, da luva, do cuidado mesmo...”*. (TE1)

*“... então eu comecei a observar que o que ela falava (a enfermeira da CCIH) era importante, que tinha motivo... ai passei a ter mais cuidado em usar o EPI também...”*. (TE4)

*“... eu tento aprender sempre, mesmo se foi uma coisa ruim... então fui pesquisar, me orientar mais...”*. (E2)

*“... a gente também precisa se atualizar, saber dos riscos, isso independente de eu ter sofrido o acidente...”*. (E3)

*“... a minha enfermeira aqui sempre fala, fica de olho, e quando vê que a gente tá fazendo alguma coisa sem a luva ela fala, então isso também ajuda, pra gente não esquecer...”*. (TE3)

Reconhecem-se as atividades de educação continuada, que abordem o risco biológico na prática são de fundamental importância e, configuram estratégias favoráveis para estimular as atitudes de prevenção. Porém, sabe-se que, por si só, essas orientações não são suficientes. Além das orientações, quer seja através da capacitação profissional ou através de cursos de educação continuada, é necessária a sensibilização dos profissionais a respeito da problemática vivenciada e o desenvolvimento do senso, individual e coletivo, de responsabilidade, sem essa sensibilização, as práticas inadequadas continuarão se repetindo e com isso, novos acidentes de trabalho e novas exposições ocupacionais os riscos biológicos existentes.

Gonçalves (2007) afirma que somente o conhecimento não contribui para prevenção e percepção dos riscos de acidente de trabalho, necessitando para isso a existência de práticas adequadas de estímulo durante as atividades diárias.

Ao considerar-se essa realidade, cabe ao profissional enfermeiro, enquanto líder da equipe de enfermagem, estar ciente de sua participação nas medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e da manutenção de um ambiente seguro, orientando e supervisionando a equipe para a adesão das medidas de segurança necessárias (MORAES, 2007).

Ainda segundo o autor, cabe ao enfermeiro do trabalho prestar assistência de enfermagem aos trabalhadores, promovendo a saúde, orientando para prevenção dos riscos ocupacionais, como a aplicabilidade de um programa de orientação e esclarecimento destes, para maior adesão as medidas de prevenção e controle dos acidentes de trabalho, entre outras atribuições.

### Subcategoria 3.4 – Diagnóstico do Paciente

Por último tem-se, de acordo com os dados obtidos através das entrevistas, o fator relacionado ao diagnóstico do paciente como fator motivador para as modificações autorreferidas pelas profissionais de enfermagem após a vivência da exposição ocupacional aos materiais biológicos.

Neste aspecto podemos identificar certa incoerência sobre o fato do diagnóstico do paciente servir como um motivador favorável ou desfavorável para as ações autorreferidas pelos profissionais, uma vez que parte destes trata o fato de saber do diagnóstico de HIV de um paciente como fator de incentivo para uma maior adesão ao uso de medidas preventivas, deixando dúvidas quanto ao fato desses cuidados serem adotados, da mesma forma, no caso de um paciente sabidamente negativo para a mesma patologia.

*“Quando a gente sabe o que o paciente tem alguma dessas doenças, HIV ou hepatite, a gente sempre tem mais cuidado...”. (TE3)*

*“Porque na 10ª enfermaria é complicado né? Tem muita gente com HIV, então o cuidado tem que ser redobrado...”. (TE3)*

*“Eu sempre fico atenta, até porque aqui a gente tem muitas crianças expostas, filhas de mãe com HIV...”. (E2)*

*“... quando a gente sabe o diagnóstico do paciente a gente fica com mais atenção ainda, se no caso ele tiver o HIV ou a hepatite C...”. (TE5)*

*“Porque não adianta falar que não... porque a gente sempre tem medo maior do HIV, né?...”. (TE5)*

Retomando a questão dos sentimentos vivenciados após a ocorrência do acidente de trabalho, Castro e Farias (2009) destacam que, dentre as repercussões evidenciadas após o acidente com materiais perfurocortantes, estão presentes a associação do acidente com a contaminação ocupacional pelos vírus do HIV e também da hepatite, e que gera no trabalhador transtornos psicossociais, caracterizados pelos sentimentos de medo, preocupação, ansiedade, entre outros.

Essa associação do acidente com a contaminação pode justificar o fato de o profissional vivenciar a experiência de uma maior ansiedade no momento da realização de um determinado procedimento em um paciente, quando este conhece o diagnóstico desse paciente, mas, este fato não deve justificar uma conduta com maiores

preocupações em adoção de medidas preventivas em comparado com os demais pacientes, já que as medidas de biossegurança e proteção devem ser utilizadas para todos os pacientes, independente de diagnóstico.

Em contrapartida, temos profissionais que afirmam tratar todos os pacientes sob a adoção das mesmas medidas preventivas, não sendo importante o conhecimento do seu diagnóstico apresentado pelo mesmo.

*“Porque assim... do mesmo jeito que foi uma pessoa com câncer, podia ter sido uma pessoa com HIV, e aí? O importante é a gente ter todo aquele cuidado de sempre, não pode esquecer...”*. (TE2)

*“Então você não sabe né! Nem sempre a gente sabe se o paciente tem HIV... Então o cuidado não pode ser diferente né!”*. (TE3)

*“Porque podia ter sido um paciente com HIV, aí ia ser mais complicado... mas a gente sempre tem que pensar que o paciente tem alguma doença dessas, e se prevenir...”*. (E1)

*“A gente fica preocupado né? Você não conhece a pessoa e pensa, ela tá ali, internada, a gente não sabe o que ela tem, então é o mesmo cuidado pra todo mundo...”*. (TE6)

*“A gente cuida do paciente, mas, nem sempre sabe o que ele tem... então é isso, não posso me descuidar nunca...”*. (E3)

Os profissionais precisam considerar que todo paciente é um potencial de infecção, mesmo quando este não possui nenhuma doença infecto contagiosa diagnosticada, por isso as medidas de precaução padrão e o uso dos equipamentos de proteção devem ser aplicados a todos (CAVALCANTE et. al. 2006).

Neste caso é necessário destacar que as medidas de precaução padrão, introduzidas pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1996) desde 1996, que sofreram atualização ao longo dos anos (CDC, 2007), são medidas que devem ser aplicadas a todo e qualquer paciente, independente da presença ou não de diagnósticos, presença de doenças transmissíveis e da condição apresentada pelo paciente: as técnicas de lavagem das mãos, a adesão ao uso dos EPI, as medidas de higienização e descontaminação de superfícies, objetos e até mesmo do leito e do quarto onde o paciente se encontra, todos os cuidados devem ser aplicáveis a todos os pacientes.

Ainda de acordo com a CDC (2007) a esses cuidados deve somar-se a imunização contra a hepatite B para todos os profissionais de área da saúde.

Smeltzer e Bare (2002), em consonância a essas informações, afirmam que de acordo com o preconizado pelos dogmas das Precauções Padrão, todo paciente deve ser tratado como colonizado ou infectado por microrganismos, mesmo que não apresentem sinais e/ou sintomas, devendo ser atendido por profissionais devidamente paramentados com EPI.

Caetano et. al. (2012) afirmam que os profissionais de saúde devem não apenas ter o conhecimento sobre as precauções padrão, como também devem adotá-las em seu dia a dia de trabalho, com vistas a evitar não apenas a ocorrência dos acidentes de trabalho, mas, evitar as contaminações ocupacionais e com isso, terem uma maior saúde no ambiente de trabalho e conseqüentemente fora dele.

#### **4.5 – A Multicausalidade dos Acidentes de Trabalho**

Após a apresentação e discussão das categorias emergidas das falas dos participantes, podem-se destacar a existência de questões que apontam para a multicausalidade presente nos acidentes de trabalho com exposição à materiais biológicos.

Soares et at. (2013) ao realizarem análise das causas acidentes de trabalho com exposição a agentes biológicos em profissionais da equipe de enfermagem, através do uso de Diagrama de Causas e Efeitos (DCE), dividem os agentes causadores dos acidentes de trabalho em quatro: Agentes materiais; Agentes institucionais; Agentes Organizacionais; e, Agentes comportamentais. Os mesmos autores definem a presença de interação entre os agentes identificados, com presença de agentes que podem compor igualmente duas categorias distintas. De acordo com os autores a classificações dos agentes causadores de se dá da seguinte forma:

- Agentes materiais: Esses agentes envolvem como causa primária dos acidentes de trabalho os materiais perfurocortantes, sendo o descarte inadequado destes materiais a causa secundária, sendo este o fator responsável por todos os acidentes investigados em seu estudo.

- Agentes institucionais: Neste são encontradas a sobrecarga de trabalho, a divisão de trabalho em turnos e a realização inadequada dos procedimentos, fatos que interferem por acarretarem, somados a não operacionalização de procedimentos de normas e rotinas, em diminuição da atenção do profissional, dificuldades na realização de procedimentos.

- Agentes organizacionais: Indicam questões que abordam as atividades relacionadas com o processo de trabalho e o planejamento do mesmo, com interferência de aspectos relacionados ao cuidado integral e, muitas vezes individual, que, se pelo olhar do cuidado humanizado é uma assistência de características positivas para o paciente, por outro lado, exigem um dimensionamento profissional adequado, para que o quantitativo de profissionais existentes possa ser capaz de manter a qualidade da assistência prestada, além de dar condições de qualidade laboral para os profissionais, evitando a sobrecarga de trabalho (SOARES, et al. 2013).

- Agentes comportamentais: Neste quesito os autores apontam as questões referentes a adesão ao uso dos EPI por parte dos profissionais, além de questões relacionadas ao conhecimento técnico e das experiências/habilidades dos profissionais para a execução dos procedimentos.

Com vistas dessas informações, ao se analisar a Categoria 1 – Fatores contribuintes para ocorrência dos acidentes de trabalho, identifica-se que as causas apontadas pelos profissionais como sendo determinantes para a ocorrência do acidente, concordam com os achados de Soares et al. (2013).

Em relação às questões dos agentes materiais, assim como apontado por Soares et al. (2013), temos também o descarte inadequado como fator de destaque para a ocorrência dos acidentes de trabalho; Entre os agentes institucionais, em consonância com os achados de Soares et al. (2013) temos destaque para a sobrecarga de trabalho e para as questões relativas à realização de procedimentos durante as atividades de trabalho; em referência aos agentes organizacionais retoma-se a realização de procedimentos e desatenção das tarefas, corroborado por Soares et al. (2013) quando estes afirmam a interação das causas dos acidentes de trabalho, principalmente entre os agentes institucionais e organizacionais; Dentro dos agentes comportamentais temos a presença de questões subjetivas, envolvendo sentimentos de invulnerabilidade, de banalização dos riscos, com a avaliação do risco como inerente a profissão e, ainda, as relações dos materiais inadequados/ausência dos materiais.

Quando trata-se da análise da Categoria 2 – Ações autorreferidas após ocorrência do acidente de trabalho, temos um predomínio dos agentes comportamentais, com o destaque para uma maior atenção da realização dos procedimentos, maior preocupação ao uso dos EPI e ainda uma maior atenção ao manuseio dos materiais perfurocortantes, que reforçam o fato de que a vivência do acidente de trabalho foi determinante para uma mudança de comportamento por parte dos profissionais

acidentados. Ao mesmo tempo, podemos relacionar essas modificações a outros agentes.

Quando se analisa a Categoria 3 – Motivação para ações autorreferidas pós a ocorrência do acidente de trabalho, vê-se que as falas dos profissionais tendem a retornar as falar atribuídas aos fatores contribuintes para a ocorrência dos acidentes, relatadas na Categoria 1, principalmente quando trata-se dos aspectos subjetivos relacionados, uma vez que temos na Categoria 1 a presença dos sentimentos de invulnerabilidade e da avaliação do risco como sendo inerente a atividade profissional, sendo retomado na Categoria 3 como sentimentos relacionados ao medo e aspectos subjetivos e de características individuais, que remetem a um sentimento de vulnerabilidade, oposto ao relatado anteriormente.

## CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Acidentes de Trabalho com exposição a agentes biológicos são os mais comuns e também os mais graves entre os trabalhadores da área de saúde, sendo a equipe de enfermagem a que aparece mais exposta a este tipo de ocorrência.

Este fato pode ser associado a diversos fatores, tais como: a assistência ininterrupta e direta ao paciente, a realização de número elevado de procedimentos, administração de medicamentos, punções venosas, realização de curativos, entre outros. Atividades que, obviamente, propiciam o contato e/ou a manipulação de agentes biológicos. Esta realidade somada a questões relacionadas à sobrecarga de trabalho, estresse, desatenção durante a realização das tarefas, a não utilização de medidas de biossegurança, das precauções padrão e dos equipamentos de proteção, aumentam o risco de acidentes e conseqüentemente da exposição a estes agentes biológicos.

Este estudo traz a equipe de enfermagem como segunda categoria que mais sofreu acidentes de trabalho com exposição ocupacional a materiais biológicos, sendo a primeira categoria a equipe médica.

Em relação às questões referentes às notificações destes acidentes, este estudo encontrou dificuldades entre as informações decorrentes do não preenchimento ou falhas no registro das fichas dos acidentes de trabalho.

A notificação dos acidentes de trabalho se faz necessária para termos estudos relativos à estimativa destas ocorrências, assim como da letalidade das possíveis infecções pós-acidente e ao acompanhamento deste trabalhador. É importante dar uma maior atenção a esta questão, com um melhor atendimento aos acidentados.

Os dados referentes ao acompanhamento dos casos são importantes para a comprovação de uma realidade pouco conhecida, que são os casos de soroconversão após o acidente.

Além disso, conhecendo as reais circunstâncias dos acidentes é que se pode identificar os motivos e falhas que viabilizaram sua ocorrência e, a partir destas informações adotar medidas preventivas que evitem novas ocorrências.

Pois, os acidentes ocorrem não apenas pelas características presentes nas atividades profissionais realizadas pelos profissionais da equipe de enfermagem, mas também por uma série de fatores que determinam uma multicausalidade presente neste tipo de ocorrência, que envolvem desde condições de trabalho, organização e processo de trabalho, quanto a questões materiais e até mesmo comportamentais.

É de suma relevância determinar se o acidente ocorreu por necessidade de aperfeiçoamento técnico, por necessidade de mudanças de comportamento por parte dos profissionais, se por falta de materiais e dispositivos seguros para o trabalho, como os EPI, ou se a ocorrência do acidente se dá por um somatório de fatores que precisam de intervenção.

Faz-se necessário conhecer todos os aspectos presentes na ocorrência dos acidentes de trabalho que envolve exposição ocupacional à agentes biológicos, pois uma vez que se identificam os fatores envolvidos neste evento é possível refletir e propor meios de intervenção e/ou modificação no ambiente de trabalho com o intuito de prevenir novas ocorrência.

Fato relevante apontado neste estudo foi que o acidente de trabalho se mostrou determinante para adesão permanente de medidas de proteção, revelando que a exposição ocupacional levou o profissional a uma reflexão sobre a situação vivenciada, levando a uma conscientização dos riscos, revelada pela expressão de sentimentos negativos após a vivência dos acidentes e também das modificações autorreferidas por eles após a ocorrência do acidente.

Pode-se identificar que os profissionais de enfermagem que sofreram o acidente de trabalho conseguiram perceber em suas ações, os motivos que levaram a ocorrência do evento, seja pela realização de procedimentos de forma desatenta, a sobrecarga de trabalho, o descarte inadequado de materiais perfurocortantes, o sentimento de invulnerabilidade, a descrença dos riscos existentes, a não adesão ao uso das medidas de proteção necessárias, ou seja, de alguma maneira os profissionais reconhecem que mantinham atitudes inadequadas no desenvolvimento das suas atividades laborais.

O fato é que a vivência do acidente os levou a modificar suas condutas durante a prestação dos cuidados diários, o que acaba por se destacar como uma repercussão positiva advinda do acidente.

Em resposta aos objetivos determinados por este estudo, identifica-se que as modificações autorreferidas pelos profissionais são positivas para o processo de trabalho, uma vez que os profissionais relatam a realização de procedimentos de forma mais atenta, referem ainda uma maior atenção ao uso dos EPI e também durante o manuseio dos materiais perfurocortantes, mudanças que são meios de prevenção para a ocorrência de novos acidentes.

Vê-se que as modificações autorreferidas pelos profissionais estão ligadas a modificações comportamentais, porém, como se aponta neste estudo, outras questões estão presentes e são determinantes na ocorrência dos acidentes, precisando-se dar atenção aos demais aspectos existentes.

Entretanto, percebe-se que, quando questionados sobre as motivações para as mudanças autorreferidas, os profissionais relacionam fatores diretamente ligados a experiência vivenciada após a ocorrência do acidente de trabalho, onde expressam os sentimentos de medo e angústia, faz menção à lembrança do acidente, ao entendimento do risco e a orientações recebidas após a ocorrência do acidente.

Com isso não podemos esperar que todos os profissionais precisem passar pela experiência de acidentar-se para que estes possam identificar ou não, a necessidade de modificar suas atitudes durante a realização de suas atividades profissionais.

Ficando clara a necessidade de trabalhar as questões relacionadas à orientação e capacitação dos profissionais de saúde, e não apenas os profissionais da equipe de enfermagem, quanto aos riscos existentes no ambiente de trabalho, como o processo ambiente-contaminação-doença pode interferir na saúde de cada um e também dos meios de precaução e promoção à saúde, com o intuito de promover a redução no número de acidentes e também de minimizar os riscos de contaminação frente a ocorrência do mesmo.

Para isso sugere-se que sejam adotadas medidas de educação continuada para possibilitar a sensibilização dos profissionais através da capacitação, pois apenas através do conhecimento e de uma reflexão individual será possível promover a sensibilização de que este novo “saber” requer uma mudança de atitudes, ações e escolhas e, com isso, de um novo “fazer” por parte dos profissionais, com uma maior segurança e com a promoção de sua própria saúde.

A dificuldade de uma efetiva capacitação dos profissionais está em tornar uma informação em realidade na prática do profissional e isso se dá pelo fato de que precisamos levar em consideração a individualidade de cada um e com isso valorizar a subjetividade de cada profissional, possibilitando detectar as possíveis resistências e estimular a real adesão às medidas de proteção e, construir em conjunto, estratégias reais de prevenção e controle dos acidentes de trabalho.

É preciso problematizar as situações de exposição ocupacional aos materiais biológicos, discutir as causas e também discutir as estratégias que contribuam

não apenas para a promoção de uma sensibilização dos profissionais, mas também, a identificação de desafios que precisam ser superados para propiciar um ambiente de trabalho seguro e saudável.

A educação continuada deve ter uma proposta de abordagem que possibilita a construção de um conhecimento que seja capaz de interferir e transformar a prática deste profissional, por exemplo, mediante a observação e discussão dos fatores que interferem na adesão ao uso dos equipamentos de proteção.

Os gestores dos serviços de saúde também têm papel fundamental nos assuntos referentes à promoção de um ambiente de trabalho seguro e na promoção da saúde dos profissionais, por meio da adoção de políticas de prevenção, proteção e controle de riscos, além da aquisição de recursos materiais suficientes e adequados aos serviços prestados, bem como a adequação dos recursos humanos, tanto qualitativamente, ou seja, profissionais capacitados, como quantitativamente, pois estas questões também influenciam diretamente a ocorrência dos acidentes de trabalho.

Igualmente importante é o acompanhamento das questões referentes ao ambiente de trabalho e a saúde dos trabalhadores por um Serviço de Saúde Ocupacional e Serviço de Engenharia e Segurança no Trabalho, que avaliem o ambiente no qual os profissionais estão inseridos e os riscos aos quais estão expostos e, avalie cada profissional com suas peculiaridades, prevenindo os agravos e promovendo a saúde desta população.

Por fim, reconhece-se que o trabalho de enfermagem requer o atendimento realizado por pessoas em boas condições de saúde, que tenham capacidade de realizar um trabalho de qualidade, que prestem uma assistência pautada na responsabilidade, com ética e conhecimento técnico-científico que sejam capazes de promover a saúde para o outros, mas, também com respeito e valorização do seu trabalho e, com a promoção e manutenção da sua própria saúde.

Destacando-se ainda a necessidade de aprofundamento dos estudos que abordam as questões relacionadas aos acidentes de trabalho, tanto com estudos epidemiológicos, que avaliem o quantitativo e características dos acidentes de trabalho, quanto de estudos qualitativos, que abordem as causas dos acidentes, as reações dos profissionais frente a essas ocorrências e, principalmente, que abordem as questões subjetivas que se apresentam envolvidas após a vivência do acidente de trabalho, questões fortemente presentes neste estudo e que necessitam de novas investigações.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. N. G. de et al. Risco biológico entre os trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17. n.4, p. 595-600, 2009.
- ALMEIDA, C. F. A., BENATTI, M. C. C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.1, p.120-26, 2007.
- ALVES, S. S. M., PASSOS, J. P.; TOCANTINS, F. R. Acidentes com perfurocortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de biossegurança. **Rev. Enferm UERJ**, v.17, n.3, p.373-77, 2009.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 306, de 7 de dezembro de 2004. **Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 dez. 2004.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Ministério da Saúde. Brasília (Brasil): 2007.
- ARAÚJO, T. M; et al. Occupational accidents and contamination by HIV: feelings experienced by nursing professional. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online**, v. 4, n. 4, p. 2972-79, out./dez., 2012.
- ARDILA, A. M., MUÑOZ, A. I. Bioseguridad com énfasis en contaminantes biológicos em trabajadores de la salud. **Cien Saúde Colet**. V.14, n.6, p.2135-41, 2009.
- BALSAMO, A. C; FELLI, V. E. A. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 346-53, mai./jun. 2006.
- BARBOSA, M. A.; FIGUEIREDO, V. L.; PAES, M. S. L. Acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: um levantamento em banco de dados. **Rev. Enfermagem integrada**, v.2, n.1, p. 176-77, 2009.
- BARCHIFONTAINE, C. P; ZOBOLI, E. L. C. P. Organizadores. **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida: Idéias & Letras, Centro Universitário São Camilo, p.139-57, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.
- BARROS, I. P. et al. Resíduos biológicos no institutos de Medicina Legal de Goiás: implicações para os trabalhadores. **Rev. Eletr Enferm**, v.8, n.3, p.317-25, 2006.
- BAKKE, H. A.; ARAÚJO, N. M. C. Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. São Paulo, **Produção**, v. 20, n.4, p. 669-76, out/dez, 2010.

JÚNIOR BRANDÃO, P. S. Dimensões subjetivas da biossegurança nas unidade de saúde. **Bol Pneumol Sanit**, v.9, n.2, p.57-64, 2001.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa da Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro 1980. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.679**, de 19 de setembro de 2002. Institui a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST). Brasília, 2002.

CÂMARA, P. F. et. al. Investigação de Acidentes biológicos entre profissionais da equipe multidisciplinar de um hospital. **Rev. enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 583-6, out-dez, 2011.

CANINI, S. R. M. S. et al. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a brazilian tertiary-care university hospital. **Rev. Latino-Am enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.5, p.818-23, 2008.

CARDO, D. M. et al. A case-control study of HIV seroconversion in Elath care workers alter percutaneous exposure. Centers For Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. **N Engl J Med**, v.337, n.21, p.1485-90, 1997.

CASTRO, M. R.; FARIAS, S. N. P. Repercussões do acidente com perfurocortate para a enfermagem: uma construção a partir do grupo focal. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 523-29, 2009.

CAVALCANTE, A. A. C. et al. Riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem: uma análise contextual. **Cienc Cuid Saúde**, v.5, n.1, p.88-97, 2006.

CDC - Centers For Disease Control and Prevention. Update: **Human Immunodeficiency Virus infection in health care workers exposed to blood of infected patients**. MMWR, v. 36, n.19, p.285-89, 1987.

CDC - Centers For Disease Control and Prevention. **Guideline for the management of occupational exposure to HBV, HCV, HIV and recommendations for postexposure prophylaxis**. MMWR Recomm Rep [internet] v.50, n.RR11, p.1-42, 2001.

CDC - Centers For Disease Control and Prevention. Department of health and humam services. **Sharps injury prevetion program worbook information**. Atlanta, 2007.

CDC - Centers For Disease Control and Prevention. **Immunization of Heallth-Care Personnel**. MMWR Recomm Rep [internet] v.60, n.7, p.1-48, 2011.

CHIODE, M. B.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Occupational accidents involving biological material among public health workers. **Rev. Latimo-Am Enfermagem**, V.15, n. 4, p. 632-8, 2007.

CIORLIA, L. A. S.; ZANETTA, D. M. T. Significado epidemiológico dos acidentes de trabalho com material biológico: hepatite B e C em profissionais de saúde. **Rev. Bras Med Trab**, v.3, n.2, p.192-99, 2004.

CIRELLI, M. A., FIGUEIREDO, R. M., MASCARENHAS, S. H. Z. Adherence to standard precaution in the peripheral vascular Access. **Rev. latino-am Enferm**, v.15, n.3, p.512-14, 2007.

CORREA, C. F.; DONATO, M. Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva – a percepção da equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery R Enferm**, v.11, n.2, p.197-204, jun, 2007.

CUNHA, A. G. **Dicionário Etimológico da língua Portuguesa**, 2ª Ed. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1986.

DAMASCENO, A. P. et al. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. **Rev. Bras Enferm**, v.59, n.1, p.72-77, jan/fev, 2006.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre (RS), ArtMed; 2000.

DIAS, M. A. C.; MACHADO, A. A.; SANTOS, B. M. O. Acidentes ocupacionais com exposição a material biológico: retrato de uma realidade. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p. 12-22, 2012.

DOEBLLING, B. N., WENZELL, R. P. Nosocomial viral hepatitis. In: MANDEL, G. L., DOUGLAS, R. G. J., BENNET, J. E. In: **Principles and Practices of infectious diseases**. New York: Churchill Livinstone, cap. 282, p.2215, 1990.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.4, p. 517-525, jul./ago. 2006.

FACCHIN, L. T. **Prevalência de subnotificações de acidentes com material biológico para equipe de enfermagem de um hospital de urgência** [dissertação]: Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto/USP, 98p. 2009.

FLORÊNCIO, V. B. et al. Adesão às precauções padrão entre os profissionais da equipe de resgate pré-hospitalar do corpo de bombeiros de Goiás. **Rev. Eletr Enferm** [periódico online], v.5, n.1, 2003.

FRAGUÁS, S. A. Immunization against hapatitis B: a matter of ocupacional health nursing. **R. pesq. cuid. fundam. Online**. V.5, n.1, p. 150-58, jan/mar, 2013.

FREITAS, et al. Accidentes con material biológico entre estudantes universitários de odontologia. **Rev Clin Med Fam**, v.4, n.1, p.19-24, 2011.

FUNDACENTRO, MTE. **Manual de Implementação do Programa de Prevenção de Acidentes com Materiais Pêrfurocortantes em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, 2010, 166 p. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/ARQUIVOS/PUBLICACAO/l/perfurocortantes.pdf>>.

GALLAS, S. R; FONTANA, R. T. Biossegurança e a Enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 786-92, set./out. 2010.

GAMA, A. C. B. et al. A inserção do enfermeiro do trabalho no ambiente hospitalar como fator de prevenção à saúde ocupacional dos trabalhadores de enfermagem. In: **15º Pesquisando em Enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ, 2008, Anais Eletrônicos, Escola de enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2008.

GARCIA, L. P., BLANK, V. L. G. Prevalência de exposições ocupacionais de cirurgiões dentistas e auxiliares de consultório dentário a material biológico. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.1, p. 97-108, 2006.

GARCIA, G. F. B. **Legislação de segurança e medicina do trabalho**. 2 ed. São Paulo: Método, 2008.

GARNER, J. S. Hospital infection control and practices advisory committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. **Infect Control Hosp Epidemiol.** v.17, n.5, p.53-80, 1996.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOMO, D. B. et al. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Rev. enfermagem UERJ**, v.17, n.1, p.24-29, jan/mar, 2009.

GOMES, A. C. et al. Acidentes ocupacionais com material biológico e equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, n.2, p.220-23, 2009.

HELUANE R.; HATEM, T. S. Accidentes por contacto con material biologico: análisis de sus determinants. **Cienc. Trab**, v.9, n.25, p.129-34, 2007.

JULIO, R. S.; FILARDI, M. B. S.; MARZIALE, M. H. P. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em Municípios de Minas Gerais. **Rev Bras Enferm**, Belo Horizonte, V.67, n.1, p. 119-26, 2014.

KAKIZAKI, M. et al. Needlestick and sharps injuries among health care workers at public tertiary hospitals in na urban community in Mongólia. **BMC Res Notes**, v.4, p.184, 2011.

LEITE, J. L. et al. A atuação da enfermagem na epidemia de HIV/Aids. In: FIGUEIREDO, N. M. A, organizadora. **Práticas de Enfermagem: Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo, SP. Difusão Enfermagem, p.143-96, 2003.

LIMA, F. A.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. Acidentes com material perfurocortante: conhecendo os sentimentos e as emoções dos profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 205-11, jun., 2007.

LIMA, L. M.; OLIVEIRA, C. C.; RODRIGUES, K. M. R. Exposição ocupacional por material biológico no hospital Santa Casa de Pelotas – 2004 a 2008. **Esc. Anna Nery (impr)**. v.15, n. 1. P. 96-102, Jan-mar, 2011.

LUBENOW, J. A. M; MOURA, M. E. B. Representações sociais sobre as causas dos acidentes com materiais perfurocortantes por técnicos de enfermagem. **Revista Rede Enfermagem Nordeste (Rene)**, v. 13, n. 5, p. 1132-41, 2012.

MAGAGNINI, M. A. M; ROCHA, S. A; AYRES, J. A. O significado do acidente de trabalho com material biológico para os profissionais de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 302-8, jun. 2011.

MAFRA, D. A. L. et al. Percepção dos enfermeiros sobre a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual para Riscos Biológicos em um serviço de atendimento móvel de urgência. **Mundo Saúde**, v.32, n.1, p.31-38, 2008.

MALAGUTI, S. E. et al. Enfermeiros com cargos de chefia e medidas preventivas à exposição ocupacional: facilidade e barreiras. **Rev. Esc Enferm USP**, v.42, n.3, p. 496-503, 2008.

MARTINS, E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G. As condições de trabalho como fator desencadeador ao uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enf**, v.11, n.4, p.639-44, dez, 2007.

Ok MARZIALE, M. H. P. et. al. Consequências da exposição ocupacional a material biológico entre trabalhadores de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan/mar, 2014.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Ver. Latino Am-Enfermagem**, v.10, n.4, p.571-77, jul/ago, 2002.

MENDES, R.; DIAS, E. Da Medicina do Trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.2, p.139-49, 1991.

MICELI, M. et al. Adherence to occupational blood pathogens exposure management program among healthcare workers and other groups at risk in Argentina. **Braz J Infect Dis**, v.9, n.6, p.454-58, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012.

Ministério da Saúde. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV, Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 244p., 2008.

Ministério da Saúde. Secretaria e Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Hepatites Virais: O Brasil está atento.** 3ª Ed. Brasília, DF, 60p, 2008.

Ministério da Saúde. **Portaria nº1.602 de 17 de julho de 2006**, institui em todo território Nacional os calendários de vacinação da criança, adolescente, do adulto e do idoso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição Materiais Biológicos.** Brasília, DF, 76p, 2006.

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, DF, 2004.

Ok Ministério da Saúde. Portaria nº777, de 28 de abril de 2004. **Procedimentos técnicos para notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2004.

Ministério da Saúde. Manual: **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília, 2001.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº2616, de 12 de maio de 1998. **Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 1998.

Ministério da Saúde. **Segurança no Ambiente Hospitalar.** Brasília, DF, 1995.

Ministério do Estado da Saúde. **Portaria GM nº1.339 de 18 de novembro de 1999.** Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde.

Ministério do Trabalho e Emprego. Governo Federal. **Lei nº3214, de 08 de junho de 1978.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.

MTE. Governo Federal. **Lei nº7.855 de 14 de outubro de 1989.** Altera a Consolidação das Leis do Trabalho.

MTE. Portaria GM nº3.214, de 08 de junho de 1978. **Aprova a Norma Regulamentadora NR 09 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)** e Portaria SSST nº25, de 29 de dezembro de 1994. Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho, 1994.

MTE. Portaria nº485, de 11 de novembro de 2005. **Aprova a norma regulamentadora NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.** Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho, 2005.

MTE. Risco Biológico: Guia técnico. **Os Riscos biológicos no âmbito da NR nº32.** Brasília, 2008.

MTE. Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. **Aprova a norma regulamentadora NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)** e Portaria SIT n.º 128 de 12 de dezembro de 2009.

MTE. Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. **Aprova a norma regulamentadora NR 6 – Equipamento de Proteção Individual (EPI)** e Portaria SIT n.º 194 de 07 de dezembro de 2010.

MTE. Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. **Aprova a norma regulamentadora NR 5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)** e Portaria SIT n.º 247 de 07 de julho de 2011.

Ok MTE. Portaria n.º 1.748 / GM de 30 de agosto de 2011. **Dispõe sobre elaboração e implantação do Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes.**

MTE. Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. **Aprova a norma regulamentadora NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)** e Portaria GM n.º 1892 de 09 de dezembro de 2013.

MIRANDA, F. M. A. et al. Uma contribuição à saúde dos trabalhadores: um guia sobre exposição aos fluidos biológicos. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.45, n.4, p.1018-22, 2011.

MONTEIRO, C. M.; BENATTI, M. C. C.; RODRIGUES, R. C. M. Acidente de trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.17, n.1, jan/fev, 2009.

MORAES, G. V. M. **Enfermagem do Trabalho: programas, procedimentos e técnicas.** São Paulo: Iátria, 2007.

MOURA, J. P.; GIR, E.; CANINI, J. R. M. S. Acidentes ocupacionais com material perfurocortante em um hospital regional de Minas Gerais, Brasil. **Cienc. Enf**, v.12, n.1, p.29-37, 2006.

NEVES, H. C. C. et al. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.2, mar/abr, 2011.

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

NUNES, M. B. G; et al. O. Riscos Ocupacionais dos Enfermeiros Atuantes na Atenção à Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 204-9, abr./jun. 2010.

OLIVEIRA, B. A.; KLUTHCOVKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVKY, K. F. A. Estudo sobre a ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico em profissionais de enfermagem de um hospital. **Cogitare Enferm**, v.13, n.2, p.194-205, jan/mar, 2008.

OLIVEIRA, J. E; LAGE, K. R. Equipe de Enfermagem e os riscos biológicos: norma regulamentadora 32 (NR-32). **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga, v.4, n.2, nov./dez. 2011.

OLIVEIRA, M.; CARDOSO, C. S.; MASCARENHAS, D. Conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em relação à adoção das precauções de contato. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.5, p.625-31, 2009.

OLIVEIRA, A. C. et al. Knowledge and attitude regarding standard precautions in a Brazilian public emergency service: a cross-sectional study. **Rev. Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v.43, n.2, p.313-9, 2009.

PAULINO, D. C. R.; LOPES, M. V. O.; ROLIM, I. L. T. P. Biossegurança e acidentes de trabalho com perfurocortantes entre os profissionais de enfermagem de hospital universitário de Fortaleza – CE. **Cogitare Enferm**, v.13, n.4, p.507-13, out/dez, 2008.

PEREIRA, A. C. M. et al. Work accidents with needles and other sharp medical devices in the nursing team at public hospitals – Rio Branco, Acre – Brasil. **Online Braz J Nurs**, v.3, n.3, dez, 2004.

PEREIRA, C. A.; MIRANDA, L. C. S.; PASSOS, J. P. O estresse ocupacional da equipe de enfermagem em setor fechado. **Rev. de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, p. 196-202, set/dez, 2009.

PEREIRA, M. E. C. et al. A estruturação do Programa de Capacitação Profissional de Biossegurança no contexto do projeto de modernização da gestão científica do Instituto Oswaldo Cruz. **Saúde Soc**, São Paulo, v.19, n.2, p.440-48, 2010.

PIMENTA, F. R. et al. Atendimento e seguimento clínico especializado de profissionais de enfermagem acidentados com material biológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.1, p.198-204, 2013.

PINHEIRO, J; ZEITOUNE, R. C. G. Hepatite B: Conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 258-64, jun., 2008.

PRADO – PALOS, M. A. et al. Acidentes com material biológico ocorridos com profissionais de laboratório de análises clínicas. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v.18, n.4, p.231-34, 2006.

RAPPARINI, C., VITÓRIA, M. A. V., LARA, L. T. R. **Recomendações para o atendimento e acompanhamento de exposições ocupacionais a material biológico: HIV e hepatites B e C** [internet]. Rio de Janeiro, CRO-RJ, 2004.

REGIME JURÍDICO DA UNIÃO. Lei nº.8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos da União, das autarquias e das fundações públicas federais.**

RJU. Portaria MOG nº.1.675, de 06 de outubro de 2006. **Estabelece procedimentos a serem implementados na concessão de benefícios de que trata a Lei nº8.112**, de 11 de dezembro de 1990.

RIBEIRO, L. M. C. et al. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. **Cienc. Cuid. saúde**, v.9, n.2, p. 325-32, abr/jun, 2010.

RIBEIRO, E. J. G., SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. enferm.** v.60, n.5, p.535-40, 2007.

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

RODRIGUES, L. M. C. et al. Riscos ocupacionais: Percepção de profissionais de enfermagem da estratégia de saúde da família em João Pessoa – PB. **Rev. Bras de Ciências da Saúde**, v.16, n.3, p.325-32, 2012.

SANTOS, N. J. S., MONTEIRO, A. L. C., RUIZ, E. A. C. The first case of AIDS due to occupational exposure in Brazil. **Braz J Infect Dis.** V.6, n.3, p.140-1, 2002,

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

SANTOS, S. S.; COSTA, N. A.; MASCARENHAS, M. D. M. Caracterização das exposições ocupacionais a material biológico entre trabalhadores de hospitais do Município de Teresina, Estado do Piauí, Brasil, 2007 a 2011. **Epidemiol – serv. Saúde**, Brasília, v.22, n. 1., p. 165-70, jan/mar, 2013.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.36, n.3, p.222-30, 2002.

SÊCCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho na equipe de enfermagem de um hospital de ensino no Paraná – Brasil. **Ciencia y Enfermaria**, v.XIII, n.2, p.65-78, 2007.

SÊCCO, I. A. O. et al. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador: desafio para a saúde do trabalhador. **Espaço para a Saúde**, v.4, n.1, p. 68-81, 2002.

SES/GO – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Programa de prevenção ao acidente Profissional com material biológico.** Goiânia (GO): SES/GO, 2003.

SHIÃO, J. S. et al. National incidente of percutaneous injury in Taiwan healthcare workers. **Res Nurs Health**, v.31, n.2, p.172-9, 2008.

SIEGEL, J. D. et al. Health care infection control practices advisory committee, 2007. Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. **Am J Infect Control**. V.35, n.10 suppl 2, p. s65-164, 2007.

SILVA, C. D. L.; PINTO, W. M. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem sua ocorrência na equipe de enfermagem. **Saúde Coletiva em Debate**, v.2, n.1, p.62-62, dez, 2012.

SILVA, G. S. et al. Conhecimento e utilização de medidas de precaução padrão por profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery (impr)**, v.16, n.1, p.103-110, jan/mar, 2012.

SILVA, T. R. et al. Acidente com material perfurocortante entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v.31, n.4, p. 615-22, dez, 2010.

SILVA, J. A.; et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais da saúde. **Esc. Anna Nery (online)**, v.13, n.3, p.508-16, jul/set, 2009.

SIMÃO, S. A. F. et al. Fatores associados aos acidentes biológicos entre profissionais de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v.15, n.1, p. 87-91, jan/mar, 2010.

SIQUEIRA, W. K. A. D. **Acidentes ocupacionais no ambiente hospitalar: riscos à saúde dos profissionais, Fortaleza (CE)**. Monografia – Universidade Estadual do Ceará – UECE, 2003.

SMETZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan, 2002.

SOARES, L. G. et al. Multicausalidade nos acidentes de trabalho da Enfermagem com material biológico. **Rev. Bras. Enferm**, v.66, n.6, p. 854-9, 2013.

SOUZA, A. C. S. **Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem**. [tese] Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem/USP, 183 p. 2001.

SOUZA, A. C. S. et al. Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. **Rev. Eletr enferm**, v.10, n.2, p.428-37, 2008.

SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. F. Representações de profissionais da atenção primária sobre riscos ocupacionais de infecção pelo HIV. **Rev. Latino-Am enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.4, 8 telas, 2010.

SPAGNULO, R. S.; BALDO, R. C. S.; GUERINNI, I. A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Londrina. **Rev. Bras. Epidemiol**, Paraná, v. 119, n. 2, p. 315-23, jun., 2008.

SULKOWSKI, M. S., RAY, S. C., THOMAS, D. L. Needlestick transmisión of hepatitis C. **JAMA**, v.287, n.18, p. 2406-13, may, 2002.

TAKAYANAGUI, A. M. M.; MENDES, M. D.; DIAS, L. Biossegurança, enfermagem e os resíduos de serviços de saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v.21, n.8, p.23-27, 1993.

TIPPLE, A. V. F. et al. Equipamentos de proteção em centros de material e esterilização, uso e fatores intervenientes à adesão. **Cienc Cuid Saúde**, v.6, n.4, p.441-48, 2007.

TIPPLE, A. V. F. et al. Teaching infection control: a theoretical and practical essay. **Rev. Latino- Am Enfermagem**, v.11, n.2, p. 245-50, 2003.

VALIM, M. D.; MARZIALE, M. H. P. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v.20, n. esp, 2011.

VALLE, A. R. M. C; et al. A biossegurança sob o olhar de enfermeiros. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 361-7, jul./set., 2012.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I. C. S. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.4, p.804-10, 2008.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; PINHEIRO, R. D. C. Análise ds acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.2, 8 telas, mar-abr, 2011.

WALL, M. L. et al. The beliefs of health workers in occupational accidents with exposure to biological fluid: descriptive research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.10, n.1, 2011.

World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in healthcare. Global patient safety Challenger 2006-2006: "Clean care is safer care". **World Alliance for Paciente Safety**. Geneva: WHO, p.1-270, 2009.

YASDANPANA, Y. et al. Risks factors for hepatitis C virus transmission to health care workers alter occupational exposure: a European case-control study. **Clin Infect Dis**, v.41, n. 10, p. 1423-30, nov, 2005.

**APÊNDICE 1**  
Roteiro de Entrevista

Entrevista nº: \_\_\_\_\_

Perfil Sociodemográfico e Ocupacional

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo:                           ( ) Feminino  
                                      ( ) Masculino

Categoria Profissional:   ( ) Enfermeiro  
                                      ( ) Técnico de Enfermagem  
                                      ( ) Auxiliar de Enfermagem  
                                      ( ) Acadêmico de Enfermagem  
                                      ( ) Residente em Enfermagem

Vínculo Institucional:   ( ) Servidor Efetivo  
                                      ( ) Bolsista  
                                      ( ) Acadêmico  
                                      ( ) Residente

Carga Horária (nesta instituição): \_\_\_\_\_ horas

Por Ocasão do Acidente

Turno de Trabalho:       ( ) Diurno Plantonista  
                                      ( ) Diurno Diarista/Tardista  
                                      ( ) Noturno Plantonista  
                                      ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Entrevista:

- 1- Descreva como ocorreu seu acidente:
- 2- Este acidente trouxe alguma consequência para sua vida profissional?
- 3- Após ter sofrido o acidente, você passou a realizar ações diferentes durante suas atividades laborais? Por quê?

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo um estudo que consiste na discussão das ações adotadas pelos profissionais de enfermagem após terem passado pela experiência de sofrer algum tipo de acidente de trabalho envolvendo material perfurocortante, cujo título registrado na Plataforma Brasil é “AS (RE)AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM APÓS EXPOSIÇÃO À MATERIAIS BIOLÓGICOS”. Por isso, você está sendo convidado (a) a participar deste estudo.

Esta pesquisa tem como objetivos: Descrever as (re)ações modificadas após exposição acidental a materiais biológicos autorreferidas pelos profissionais de enfermagem; e discutir essas (re)ações autorreferidas no processo de trabalho na perspectiva da saúde do trabalhador.

Para realização desta pesquisa, os procedimentos para coleta de dados utilizados foram: ter a autorização da Direção da Unidade e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição de Ensino Superior.

Esclarecemos que a pesquisa apresenta riscos mínimos, não haverá custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo. E que todas as informações concedidas serão mantidas sob sigilo, e que servirão para conformar o presente estudo, além da garantia do anonimato e do respeito aos valores éticos, morais e individuais.

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Pedimos a sua assinatura neste Termo de Consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização do estudo, em concordância com a Resolução CNS nº 466/2012 que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através dos telefones e e-mail abaixo relacionados.

Desde já, agradecemos a sua atenção.

**Enf<sup>a</sup>. Érika Alves**  
Tel. (21) 2264-1486  
[erikaalmeida01@icloud.com](mailto:erikaalmeida01@icloud.com)  
Pesquisador Responsável

**Prof<sup>a</sup>. Dr. Joanir Passos**  
Tel. (21) 2542-7174  
[joanirpassos@bol.com.br](mailto:joanirpassos@bol.com.br)  
Orientadora

**CEP-UNIRIO**  
Tel. (21) 2542-7771  
[cep-unirio@unirio.br](mailto:cep-unirio@unirio.br)

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro **estar ciente** da finalidade da pesquisa. A explicação recebida esclarece os riscos mínimos e benefícios na participação do estudo, que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento da pesquisa, sem justificar minha decisão. E ainda, que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei nenhum recurso material ou financeiro para participar do estudo.

Estando ciente de tudo o que foi exposto, concordo em participar do estudo.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Participante**

### APÊNDICE 3

Análise de Conteúdo das Entrevistas Segundo BARDIN.

FASES:

1. Recorte

Unidades de Registro (UR) escolhidas: Frases

Número de UR (Total): 143

2. Inventário

3. Categorização – Quadros A, B e C

#### 2. UNIDADES DE REGISTRO – CONSTRUINDO O INVENTÁRIO

1. Eu fui lavar o material e o ganchinho, que é um afastador, ele entrou no meu dedo, então ele rasgou...
2. Eu tava trabalhando, fazendo medicação e tal, e conversando com o paciente, aí quando eu fui punccionar, o jelco bateu na minha mão e me furou...
3. Fui tentar tirar o esparadrapo do jontéx, e ele tava muito ressecado, aí quando eu puxei jorrou urina no meu rosto...
4. Quando eu fui pegar a agulha pra jogar fora, ela enganchou na luva e furou meu dedo...
5. Eu fui fazer um cateterismo vesical... aí a colega falou comigo, nisso a ponta da sonda escorregou e aí respingou urina na minha mucosa ocular...
6. Eu fui “lavar” o acesso... me distrai um segundo e aí eu me espetei...
7. Eu estava em pé, ao lado, conversando, enquanto a menina tava passando a sonda e aí veio um jato de “xixi” e caiu na minha mucosa ocular...
8. “Um minuto que você desvia a atenção e já era...”.
9. A gente tem que correr, principalmente no horário de fazer as medicações...
10. A gente é muito cobrada...
11. “Aí botei a mão assim, pra separar as pinças da bandeja e nem vi a lâmina, e aí ela vem e corta assim... bem no meio do dedo...”.
12. “Eu fui desprezar aquele material que o médico tinha usado, e o mandril quase atravessou a minha mão...”.
13. “Tinha uma lanceta usada, ela tava exposta, na bancada do posto... então eu me furei...”.
14. “Porque outra pessoa errou... alguém deixou uma agulha ali, no leito do paciente, ou seja, onde não devia...”.
15. “A colega pegou a bandeja do parto normal e colocou dentro da pia... com instrumental, e depois eu fui ver e tinha até os perfurocortantes...”.
16. “Descuido total da outra pessoa, que deixou aquele papel de luva, com um mandril sujo de sangue dentro, desencapado ainda por cima...”.

17. “Eu já vi, mais de uma vez, um mandril de jelco junto com a roupa de cama do paciente, imagina se o paciente se machuca?...”.
18. “Teve uma vez que eu vi um mandril de jelco espetado no colchão, e quase me furei nele...”.
19. “Não dá pra contar com o erro de outra pessoa... e adivinhar que tem uma agulha que a pessoa largou ali, ai eu acabei me furando...”.
20. “... foi a outra pessoa que acabou desprezando aquela lanceta no lugar que não era né! Inadequado...”.
21. “... a pessoa foi fazer uma punção e tirou o mandril e desprezou dentro do papel de luva...”.
22. “Eu fui reencapar a agulha e acabei furando o dedo...”.
23. “A gente sabe que é errado isso de reencapar a agulha, mas mesmo assim eu fiz...”.
24. “... e na hora de reencapar a agulha foi que eu me furei...”.
25. “A gente sabe o que não é pra fazer, sabe que tem que usar a luva e tudo mais, mas, às vezes... é rapidinho... e ai já era!”.
26. “Mas é aquilo né! De achar que a gente ta prestando atenção e que por isso não vai acontecer com a gente...”.
27. “A gente sabe que não tem que reencapar a agulha, mas a verdade é que a gente acaba fazendo...”.
28. “Eu não estava usando nada do que era pra usar, nem luva, nada mesmo...”.
29. “Tava sem nenhum EPI na hora...”.
30. “Tava com a minha mãe nua, tava sem luva mesmo, foi tão rápido...”.
31. “A verdade é essa, que a gente acha que como faz isso toda hora, que não precisa usar, ai é nesse dia que acontece o acidente...”.
32. “Numa cirurgia a gente tá propicio a tudo, a sangue, a se cortar, se machucar, não devemos né... mas a verdade é que acontece...”.
33. “Por mais que a gente tenha cuidado e uso os EPI direitinho, mesmo assim aconteceu e eu me acidentei...”.
34. “Fui fazer um HGT... e na época a gente estava sem lanceta...”.
35. “o descarpak é um pouquinho longe...”.
36. “... e a luva que a gente tem aqui nunca é do tamanho adequado, só tem luva G, ai fica muito grande na mão, e ai acaba atrapalhando né...”.
37. “... teve uma época que a gente ficou sem luva de procedimentos, ai faz como? A gente acaba usando a luva estéril mesmo...”.
38. “Porque o equipamento errado... ele te leva ao erro... se a luva é muito grande dificulta muito na hora de fazer um procedimento, se for só uma punção, a gente acaba fazendo sem luva mesmo...”.
39. “Quando não tem (o material) é que não adianta você dizer que tem biossegurança...”.
40. “Um tempo desse mesmo não tinha máscara... como faz uma cirurgia sem máscara? Não dá! É essencial né!”.
41. “Tipo... o gorro de pano é proibido! Mas e o dia que não tem touca? Ai deixam usar...”.
42. “A gente trabalha com o que tem, se não tem o óculos para a hora de aspirar a gente faz com mais atenção, tenta não deixar o rosto tão próximo... eu agora tenho o meu, que eu comprei e uso...”.
43. “Mas se eu tivesse com uma luva do tamanho adequado... Provavelmente eu não teria sofrido o acidente...”.

44. “Como a luva é maior, a gente corta a pontinha do dedo da luva, pra poder “sentir” melhor a veia, e ai fica mais fácil...”.
45. “Mudou completamente meu comportamento, sou muito mais cuidadosa, observo muito mais...”.
46. “... um acesso que eu vou fazer... tudo tranqüilo, sem pressa, sem me distrair com outras coisas...”.
47. “Faço tudo com mais calma...”.
48. “Modifiquei o uso da agulha, não uso mais agulha pra fazer HGT, só a lanceta...”.
49. “Cuidado é na hora que tiver fazendo a medicação ou puncionado... é sem conversa...”.
50. “Só passei a ter mais atenção mesmo...”.
51. “Agora minha atenção é muito maior, mesmo depois desse tempo do acidente... ficou pra sempre...”.
52. “Eu preciso ter toda essa atenção, é um cuidado comigo e com o paciente também...”.
53. “Só passei a ter muito mais atenção... eu já tinha cuidado...”.
54. “Eu passei a ter muito mais atenção com o material...”.
55. “Passei a ter mais atenção com o equipamento errado...”.
56. “Eu passei a ficar muito mais atenta, principalmente para o uso da luva, mesmo que só para pegar uma bandeja...”.
57. “Nossa! Muito mais atenção, em tudo mesmo...”.
58. “Tô sempre atenta, olho tudo mesmo, mesmo se for só pra instalar uma medicação no paciente...”.
59. “Depois que acontece a gente passa, sim, a tomar muito mais cuidado...”.
60. “Pior é isso né... tem que acontecer com a gente pra gente ficar esperta...”.
61. “Só atenção naquilo que eu to fazendo, centralizada...”.
62. “Centralizei mais naquele paciente (ao qual está realizando o procedimento), nem falo...”.
63. “Sempre tenho mais atenção... mais cautela, até na hora de trocar o lençol do paciente...”.
64. “Tenho mais cuidado em tudo...”.
65. “Eu fiquei muito mais alerta depois disso tudo...”.
66. “A gente passa sim a tomar mais cuidado...”.
67. “eu olho, observo, pra ver se ele tá me passando o instrumental corretamente e se estiver errado eu falo...”.
68. “Tenho mais atenção... se vou fazer um procedimento, seja ele qual for, tenho muito mais atenção e mais cuidado também...”.
69. “Tem que ser assim... tem que focar no paciente, mas sem esquecer do nosso cuidado né... porque depois que acontece é que a gente entende...”.
70. “Quando vou fazer um cateterismo, que eu sei que pode ser complicado, eu sempre também procuro usar o óculos, além dos outros equipamentos...”.
71. “Passei também a usar sempre máscara...”.
72. “Eu uso luva sempre...”.
73. “Porque as pessoas que trabalham no CTI acabam usando mais o EPI...”.
74. “Passei a usar sempre luva, usar óculos, capote sempre que tem paciente com precaução de contato, quando é precaução respiratória sempre máscara...”.
75. “Não deixo mais de usar a luva...”.
76. “Eu não manuseio mais nada sem luva...”.

77. “Sempre uso luva, dependendo do procedimento, se tiver óculos eu to de óculos...”.
78. “Se não tiver luva de procedimento ai vai a estéril mesmo, sem luva não faço mais...”.
79. “Sempre usar luva, sempre estar de capote...”.
80. “Nunca mais entrei num leito que tivesse acontecendo algum procedimento sem ta paramentada (EPI)...”.
81. “Sempre usar luva e tudo mais que tiver pra usar...”.
82. “Sempre estar com o material adequado...”.
83. “Quando a gente vai fazer o banho, ai então eu busco sempre utilizar a máscara, colocar o óculos, além da luva e do capote...”.
84. “Pego a agulha, o perfucortante, o que for e coloco direitinho, separado, pra descartar...”.
85. “Durante a cirurgia coloco o perfurocortante no cantinho ou na cuba... pra não ter perigo, nem eu, nem para o colega e assim que termina vou lá e viro a cuba na caixinha...”.
86. “... às vezes eu fazia isso de reencapar (agulha), mas depois de me furar, eu não fiz mais...”.
87. “Só realmente não reencapar mais agulha...”.
88. “Principalmente não reencapar agulha...”.
89. “Nunca mais reencepei agulha, foi uma vez... pra nunca mais...”.
90. “Eu tomo ainda mais cuidado com os perfurocortantes...”.
91. “Agora eu não faço mais (reencapar), agora eu deixo a agulha ou o jelco assim de lado e depois joga lá na caixinha...”.
92. “Cuidado é não reencapar a agulha, nem o jelco, nunca...”.
93. “Bom mesmo é quando o jelco tem o dispositivo de segurança, mas não são todos né, ai tem que ter mais atenção...”.
94. “E eu sempre peço atenção aos técnicos, de descartar no lugar certo e, de trocar o descarpak quando ele ta no limite...”.
95. “... na hora, quando eu vi que tinha me furado, foi muito medo... eu fiquei com muito medo, foi muita preocupação...”.
96. “... o pior foi o medo, de fazer todos aqueles exames, de ter algum resultado ruim, é uma angústia muito grande...”.
97. “Porque assim, em 22 anos, foi a primeira vez, isso nunca tinha me acontecido, então eu fiquei muito assustada, sem saber como seria...”.
98. “Eu já tinha visto isso acontecer com o colega, e você já pensa como seria... mas quando é com a gente, nem dá pra explicar, é um medo muito grande...”.
99. “Foi um desespero! Desespero mesmo! Confesso a você... passa mil coisas na cabeça e a gente só quer fazer os exames e ver que ta tudo bem...”.
100. “É uma coisa que assusta a gente né... ninguém quer passar por isso...”.
101. “Olha, só quem passou que sabe o que é... eu falo pros colegas, quando vejo eles fazendo alguma coisa errada, não quero isso pra ninguém...”.
102. “Aquilo me deprimiu demais, aquele medo, até porque meu acidente foi importante, a agulha quase atravessou minha mão, um risco alto...”.
103. “Foi muito estresse, muita tristeza mesmo...”.
104. “Fiquei muito nervosa, preocupada...”.
105. “É um medo que eu não desejo pra ninguém, e que nunca mais quero ter que passar...”.
106. “Você fica com aquela “coisa”, aquela angústia, que só some depois que você faz os exames...”.

107. “Mas Graças a Deus foi só o susto mesmo, mas é pra sempre, a lembrança é muito forte...”.
108. “Na hora eu fiquei desesperada, principalmente porque eu estava grávida, e só pensava em como seria... nunca vou esquecer...”.
109. “... eu lembro sempre e não quero nunca mais passar por nada parecido...”.
110. “Não quero nunca mais passar por isso, porque na hora é muito desespero mesmo...”.
111. “Outro dia mesmo, aqui no CTI, a gente fez cateterismo vesical, e a paciente era obesa, foi muito difícil e só lembrei do acidente...”.
112. “A lembrança do acidente, quando eu vou fazer algum procedimento, ela acaba sendo sempre presente...”.
113. “Porque a gente fica com lembrança na cabeça né! Do evento... mesmo depois desse tempo, eu sempre lembro...”.
114. “Nossa! Depois do acidente, ter que tomar aqueles medicamentos... você se sente doente... não dá pra não lembrar...”.
115. “No meu caso, que eu tinha que viver com aqueles remédios na minha bolsa, e eu já estava me sentindo doente... tinha medo de abrir a bolsa e cair aqueles medicamentos, já estava me sentindo com HIV, é coisa que não dá pra esquecer nunca...”.
116. “Então você passa a ter sempre aquela preocupação, de não se acidentarmos novamente...”.
117. “... a lembrança não deixa você cometer o mesmo erro, ainda mais eu, que me furei por fazer uma coisa que sei que não podia...”.
118. “Pelo menos comigo foi assim... mesmo depois desse tempo, eu ainda fiquei assim, em estado de alerta...”.
119. “Eu já sabia que era errado reencapar, então aquilo foi uma lição pra mim, de que eu não podia fazer, que era importante seguir as normas...”.
120. “Eu vi que realmente não era pra fazer, que não podia reencapar a agulha... que tinha risco...”.
121. “Infelizmente foi assim... Eu precisei me furar pra realmente ver que era perigoso...”.
122. “Porque a gente sabe que tem que trabalhar de luva e de máscara... mas é o hábito de não usar que atrapalha, então eu tenho que fazer o certo, por mim, pro meu cuidado...”.
123. “É no amor ou na dor, mas, de qualquer forma a gente aprende que tem que fazer o que é certo, né...”.
124. “Não tive um treinamento assim, de sentar numa sala e ter alguma coisa, mas, sempre que a enfermeira da CCIH passa, ela dá uma pincelada e diz... “Oh! Olha a máscara!” ou “Oh! Tem que usar a luva!”, então ela sempre nos cobrava... nos cobra...”.
125. “... então eu comecei a observar que o que ela falava (a enfermeira da CCIH) era importante, que tinha motivo... ai passei a ter mais cuidado em usar o EPI também...”.
126. “... eu tento aprender sempre, mesmo se foi uma coisa ruim... então fui pesquisar, me orientar mais...”.
127. “... a gente também precisa se atualizar, saber dos riscos, isso independente de eu ter sofrido o acidente...”.

128. “... a minha enfermeira aqui sempre fala, fica de olho, e quando vê que a gente tá fazendo alguma coisa sem a luva ela fala, então isso também ajuda, pra gente não esquecer...”.
129. “... eu não tive nenhum treinamento, mas quando tive o acidente, o médico me orientou, eu já sabia né... mas ele repetiu tudo aquilo, do EPI, da luva, do cuidado mesmo...”.
130. “Então eu comecei a observar que ela dizendo: “Oh! Olha a máscara!”... e aí a colega pegou tuberculose, aí a enfermeira da CCIH veio: “Viu, quando eu digo do uso do EPI?”, então aquilo serviu pra mim como um alerta... aí eu digo, isso é prevenção...”.
131. “... então não foi preciso ela dar uma aula sentada pra mim... de que aquilo ali era pra me prevenir e prevenir o paciente...”.
132. “Quando a gente sabe o que o paciente tem alguma dessas doenças, HIV ou hepatite, a gente sempre tem mais cuidado...”.
133. “Eu sempre fico atenta, até porque aqui a gente tem muitas crianças expostas, filhas de mãe com HIV...”.
134. “Porque na 10ª enfermagem é complicado né? Tem muita gente com HIV, então o cuidado tem que ser dobrado...”.
135. “... eu acho que ia ficar mais estressada se fosse uma criança comprovadamente exposta ao HIV...”.
136. “... quando a gente sabe o diagnóstico do paciente a gente fica com mais atenção ainda, se no caso ele tiver o HIV ou a hepatite C...”.
137. “Porque não adianta falar que não... porque a gente sempre tem medo maior do HIV, né?...”.
138. “Só é preocupante porque eu trabalho nessa enfermagem... é meio risco... a gente atende muito paciente de HIV aqui...”.
139. “Porque assim... do mesmo jeito que foi uma pessoa com câncer, podia ter sido uma pessoa com HIV, e aí? O importante é a gente ter todo aquele cuidado de sempre, não pode esquecer...”.
140. “Então você não sabe né! Nem sempre a gente sabe se o paciente tem HIV... Então o cuidado não pode ser diferente né!”.
141. “Porque podia ter sido um paciente com HIV, aí ia ser mais complicado... mas a gente sempre tem que pensar que o paciente tem alguma doença dessas, e se prevenir...”.
142. “A gente fica preocupado né? Você não conhece a pessoa e pensa, ela tá ali, internada, a gente não sabe o que ela tem, então é o mesmo cuidado pra todo mundo...”.
143. “A gente cuida do paciente, mas, nem sempre sabe o que ele tem... então é isso, não posso me descuidar nunca...”.

## 3 – Categorização:

Quadro A – Distribuição das Unidades de Registro relacionadas à Categoria 1: Fatores Contribuintes para a Ocorrência do Acidente de Trabalho e suas subcategorias, pertencentes à Classe Temática I: O Acidente de Trabalho.

Unidades de Registro	Subcategorias
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Eu fui lavar o material e o ganchinho, que é um afastador, ele entrou no meu dedo, então ele rasgou...”.</li> <li>2. “Eu tava trabalhando, fazendo medicação e tal, e conversando com o paciente, ai quando eu fui puncionar, o jelco bateu na minha mão e me furou...”.</li> <li>3. “Fui tentar tirar o esparadrapo do jontéx, e ele tava muito ressecado, ai quando eu puxei jorrou urina no meu rosto...”.</li> <li>4. “Quando eu fui pegar a agulha pra jogar fora, ela enganchou na luva e furou meu dedo...”.</li> <li>5. “Eu fui fazer um cateterismo vesical... ai a colega falou comigo, nisso a ponta da sonda escorregou e ai respingou urina na minha mucosa ocular...”.</li> <li>6. “Eu fui “lavar” o acesso... me distrai um segundo e ai eu me espetei...”.</li> <li>7. “Eu estava em pé, ao lado, conversando, enquanto a menina tava passando a sonda e ai veio um jato de “xixi” e caiu na minha mucosa ocular...”.</li> <li>8. “Um minuto que você desvia a atenção e já era...”.</li> </ol>	Realização de Procedimentos / Desatenção nas Tarefas
<ol style="list-style-type: none"> <li>9. “A gente tem que correr, principalmente no horário de fazer as medicações...”.</li> <li>10. “A gente é muito cobrada...”.</li> </ol>	Sobrecarga de Trabalho
<ol style="list-style-type: none"> <li>11. “Ai botei a mão assim, pra separar as pinças da bandeja e nem vi a lâmina, e ai ela vem e corta assim... bem no meio do dedo...”.</li> <li>12. “Eu fui desprezar aquele material que o médico tinha usado, e o mandril quase atravessou a minha mão...”.</li> <li>13. “Tinha uma lanceta usada, ela tava exposta, na bancada do posto... então eu me furei...”.</li> <li>14. “Porque outra pessoa errou... alguém deixou uma agulha ali, no leito do paciente, ou seja, onde não devia...”.</li> <li>15. “A colega pegou a bandeja do parto normal e colocou dentro da pia... com instrumental, e depois eu fui ver e tinha até os perfurocortantes...”.</li> <li>16. “Descuido total da outra pessoa, que deixou aquele papel de luva, com um mandril sujo de sangue dentro, desencapado ainda por cima...”.</li> <li>17. “Eu já vi, mais de uma vez, um mandril de jelco junto com a roupa de cama do paciente, imagina se o</li> </ol>	Descarte Inadequado

<p>paciente se machuca?...”.</p> <p>18. “Teve uma vez que eu vi um mandril de jelco espetado no colchão, e quase me furei nele...”.</p> <p>19. “Não dá pra contar com o erro de outra pessoa... e adivinhar que tem uma agulha que a pessoa largou ali, ai eu acabei me furando...”.</p> <p>20. “... foi a outra pessoa que acabou desprezando aquela lanceta no lugar que não era né! Inadequado...”.</p> <p>21. “... a pessoa foi fazer uma punção e tirou o mandril e desprezou dentro do papel de luva...”.</p>	
<p>22. “Eu fui reencapar a agulha e acabei furando o dedo...”.</p> <p>23. “A gente sabe que é errado isso de reencapar a agulha, mas mesmo assim eu fiz...”.</p> <p>24. “... e na hora de reencapar a agulha foi que eu me furei...”.</p> <p>25. “A gente sabe o que não é pra fazer, sabe que tem que usar a luva e tudo mais, mas, às vezes... é rapidinho... e ai já era!”.</p> <p>26. “Mas é aquilo né! De achar que a gente ta prestando atenção e que por isso não vai acontecer com a gente...”.</p> <p>27. “A gente sabe que não tem que reencapar a agulha, mas a verdade é que a gente acaba fazendo...”.</p> <p>28. “Eu não estava usando nada do que era pra usar, nem luva, nada mesmo...”.</p> <p>29. “Tava sem nenhum EPI na hora...”.</p> <p>30. “Tava com a minha mãe nua, tava sem luva mesmo, foi tão rápido...”.</p> <p>31. “A verdade é essa, que a gente acha que como faz isso toda hora, que não precisa usar, ai é nesse dia que acontece o acidente...”.</p>	Sentimento de Invulnerabilidade
<p>32. “Numa cirurgia a gente ta propicio a tudo, a sangue, a se cortar, se machucar, não devemos né... mas a verdade é que acontece...”.</p> <p>33. “Por mais que a gente tenha cuidado e uso os EPI direitinho, mesmo assim aconteceu e eu me acidentei...”.</p>	Risco Inerente a Profissão
<p>34. “Fui fazer um HGT... e na época a gente estava sem lanceta...”.</p> <p>35. “o descarpak é um pouquinho longe...”.</p> <p>36. “... e a luva que a gente tem aqui nunca é do tamanho adequado, só tem luva G, ai fica muito grande na mão, e ai acaba atrapalhando né...”.</p> <p>37. “... teve uma época que a gente ficou sem luva de procedimentos, ai faz como? A gente acaba usando a luva estéril mesmo...”.</p> <p>38. “Porque o equipamento errado... ele te leva ao erro... se a luva é muito grande dificulta muito na hora de fazer um procedimento, se for só uma punção, a gente acaba fazendo sem luva mesmo...”.</p>	Material Inadequado / Ausência de Material

- |  |  |
|--|--|
| <p>39. “Quando não tem (o material) é que não adianta você dizer que tem biossegurança...”.</p> <p>40. “Um tempo desse mesmo não tinha máscara... como faz uma cirurgia sem máscara? Não dá! É essencial né!”.</p> <p>41. “Tipo... o gorro de pano é proibido! Mas e o dia que não tem touca? Ai deixam usar...”.</p> <p>42. “A gente trabalha com o que tem, se não tem o óculos para a hora de aspirar a gente faz com mais atenção, tenta não deixar o rosto tão próximo... eu agora tenho o meu, que eu comprei e uso...”.</p> <p>43. “Mas se eu tivesse com uma luva do tamanho adequado... Provavelmente eu não teria sofrido o acidente...”.</p> <p>44. “Como a luva é maior, a gente corta a pontinha do dedo da luva, pra poder “sentir” melhor a veia, e ai fica mais fácil...”.</p> |  |
|--|--|

Quadro B – Distribuição das Unidades de Registros relacionadas à Categoria 2: Ações Autorreferidas após a Ocorrência do Acidente de Trabalho e suas subcategorias, pertencente à Classe temática II: Modificações Autorreferidas Após o Acidente de Trabalho.

Unidades de Registro	Subcategorias
<p>45. “Mudou completamente meu comportamento, sou muito mais cuidadosa, observo muito mais...”.</p> <p>46. “... um acesso que eu vou fazer... tudo tranquilo, sem pressa, sem me distrair com outras coisas...”.</p> <p>47. “Faço tudo com mais calma...”.</p> <p>48. “Modifiquei o uso da agulha, não uso mais agulha pra fazer HGT, só a lanceta...”.</p> <p>49. “Cuidado é na hora que tiver fazendo a medicação ou puncionado... é sem conversa...”.</p> <p>50. ”Só passei a ter mais atenção mesmo...”.</p> <p>51. “Agora minha atenção é muito maior, mesmo depois desse tempo do acidente... ficou pra sempre...”.</p> <p>52. “Eu preciso ter toda essa atenção, é um cuidado comigo e com o paciente também...”.</p> <p>53. “Só passei a ter muito mais atenção... eu já tinha cuidado...”.</p> <p>54. “Eu passei a ter muito mais atenção com o material...”.</p> <p>55. “Passei a ter mais atenção com o equipamento errado...”.</p> <p>56. “Eu passei a ficar muito mais atenta, principalmente para o uso da luva, mesmo que só para pegar uma bandeja...”.</p> <p>57. “Nossa! Muito mais atenção, em tudo mesmo...”.</p> <p>58. “Tô sempre atenta, olho tudo mesmo, mesmo se for só pra instalar uma medicação no paciente...”.</p> <p>59. “Depois que acontece a gente passa, sim, a tomar muito mais cuidado...”.</p> <p>60. “Pior é isso né... tem que acontecer com a gente pra gente ficar esperta...”.</p> <p>61. “Só atenção naquilo que eu to fazendo, centralizada...”.</p> <p>62. “Centralizei mais naquele paciente (ao qual está realizando o procedimento), nem falo...”.</p> <p>63. “Sempre tenho mais atenção... mais cautela, até na hora de trocar o lençol do paciente...”.</p> <p>64. “Tenho mais cuidado em tudo...”.</p> <p>65. “Eu fiquei muito mais alerta depois disso tudo...”.</p> <p>66. “A gente passa sim a tomar mais cuidado...”.</p> <p>67. “eu olho, observo, pra ver se ele tá me passando o instrumental corretamente e se estiver errado eu falo...”.</p>	<p>Atenção na Realização dos Procedimentos</p>

<p>68. “Tenho mais atenção... se vou fazer um procedimento, seja ele qual for, tenho muito mais atenção e mais cuidado também...”.</p> <p>69. “Tem que ser assim... tem que focar no paciente, mas sem esquecer do nosso cuidado né... porque depois que acontece é que a gente entende...”.</p>	
<p>70. “Quando vou fazer um cateterismo, que eu sei que pode ser complicado, eu sempre também procuro usar o óculos, além dos outros equipamentos...”.</p> <p>71. “Passei também a usar sempre máscara...”.</p> <p>72. “Eu uso luva sempre...”.</p> <p>73. “Porque as pessoas que trabalham no CTI acabam usando mais o EPI...”.</p> <p>74. “Passei a usar sempre luva, usar óculos, capote sempre que tem paciente com precaução de contato, quando é precaução respiratória sempre máscara...”.</p> <p>75. “Não deixo mais de usar a luva...”.</p> <p>76. “Eu não manuseio mais nada sem luva...”.</p> <p>77. “Sempre uso luva, dependendo do procedimento, se tiver óculos eu to de óculos...”.</p> <p>78. “Se não tiver luva de procedimento ai vai a estéril mesmo, sem luva não faço mais...”.</p> <p>79. “Sempre usar luva, sempre estar de capote...”.</p> <p>80. “Nunca mais entrei num leito que tivesse acontecendo algum procedimento sem ta paramentada (EPI)...”.</p> <p>81. “Sempre usar luva e tudo mais que tiver pra usar...”.</p> <p>82. “Sempre estar com o material adequado...”.</p> <p>83. “Quando a gente vai fazer o banho, ai então eu busco sempre utilizar a máscara, colocar o óculos, além da luva e do capote...”.</p>	<p>Maior Preocupação com o Uso dos EPI</p>
<p>84. “Pego a agulha, o perfucortante, o que for e coloco direitinho, separado, pra descartar...”.</p> <p>85. “Durante a cirurgia coloco o perfurocortante no cantinho ou na cuba... pra não ter perigo, nem eu, nem para o colega e assim que termina vou lá e viro a cuba na caixinha...”.</p> <p>86. “... às vezes eu fazia isso de reencapar (agulha), mas depois de me furar, eu não fiz mais...”.</p> <p>87. “Só realmente não reencapar mais agulha...”.</p> <p>88. “Principalmente não reencapar agulha...”.</p> <p>89. “Nunca mais reencepei agulha, foi uma vez... pra nunca mais...”.</p> <p>90. “Eu tomo ainda mais cuidado com os perfurocortantes...”.</p> <p>91. “Agora eu não faço mais (reencapar), agora eu deixo a agulha ou o jelco assim de lado e depois jogo lá na caixinha...”.</p> <p>92. “Cuidado é não reencapar a agulha, nem o jelco, nunca...”.</p> <p>93. “Bom mesmo é quando o jelco tem o dispositivo de</p>	<p>Maior atenção no manuseio do material perfurocortante</p>

segurança, mas não são todos né, ai tem que ter mais atenção...”.

94. “E eu sempre peço atenção aos técnicos, de descartar no lugar certo e, de trocar o descarpak quando ele ta no limite...”.

Quadro C – Distribuição das Unidades de Registros relacionadas à Categoria 3: Motivação para as Ações Autorreferidas Após a Ocorrência do Acidente de Trabalho e suas subcategorias, pertencentes à Classe temática II: Modificações Autorreferidas após o Acidente de Trabalho.

Unidades de Registro	Subcategorias
<p>95. “... na hora, quando eu vi que tinha me furado, foi muito medo... eu fiquei com muito medo, foi muita preocupação...”.</p> <p>96. “... o pior foi o medo, de fazer todos aqueles exames, de ter algum resultado ruim, é uma angústia muito grande...”.</p> <p>97. “Porque assim, em 22 anos, foi a primeira vez, isso nunca tinha me acontecido, então eu fiquei muito assustada, sem saber como seria...”.</p> <p>98. “Eu já tinha visto isso acontecer com o colega, e você já pensa como seria... mas quando é com a gente, nem dá pra explicar, é um medo muito grande...”.</p> <p>99. “Foi um desespero! Desespero mesmo! Confesso a você... passa mil coisas na cabeça e a gente só quer fazer os exames e ver que ta tudo bem...”.</p> <p>100. “É uma coisa que assusta a gente né... ninguém quer passar por isso...”.</p> <p>101. “Olha, só quem passou que sabe o que é... eu falo pros colegas, quando vejo eles fazendo alguma coisa errada, não quero isso pra ninguém...”.</p> <p>102. “Aquilo me deprimiu demais, aquele medo, até porque meu acidente foi importante, a agulha quase atravessou minha mão, um risco alto...”.</p> <p>103. “Foi muito estresse, muita tristeza mesmo...”.</p> <p>104. “Fiquei muito nervosa, preocupada...”.</p> <p>105. “É um medo que eu não desejo pra ninguém, e que nunca mais quero ter que passar...”.</p> <p>106. “Você fica com aquela “coisa”, aquela angústia, que só some depois que você faz os exames...”.</p> <p>107. “Mas Graças a Deus foi só o susto mesmo, mas é pra sempre, a lembrança é muito forte...”.</p> <p>108. “Na hora eu fiquei desesperada, principalmente porque eu estava grávida, e só pensava em como seria... nunca vou esquecer...”.</p> <p>109. “... eu lembro sempre e não quero nunca mais passar por nada parecido...”.</p> <p>110. “Não quero nunca mais passar por isso, porque na hora é muito desespero mesmo...”.</p> <p>111. “Outro dia mesmo, aqui no CTI, a gente fez cateterismo vesical, e a paciente era obesa, foi muito difícil e só lembrei do acidente...”.</p>	<p>Medo e outros sentimentos / Lembranças</p>

<p>112. “A lembrança do acidente, quando eu vou fazer algum procedimento, ela acaba sendo sempre presente...”.</p> <p>113. “Porque a gente fica com lembrança na cabeça né! Do evento... mesmo depois desse tempo, eu sempre lembro...”.</p> <p>114. “Nossa! Depois do acidente, ter que tomar aqueles medicamentos... você se sente doente... não dá pra não lembrar...”.</p> <p>115. “No meu caso, que eu tinha que viver com aqueles remédios na minha bolsa, e eu já estava me sentindo doente... tinha medo de abrir a bolsa e cair aqueles medicamentos, já estava me sentindo com HIV, é coisa que não dá pra esquecer nunca...”.</p> <p>116. “Então você passa a ter sempre aquela preocupação, de não se acidentarmos novamente...”.</p> <p>117. “... a lembrança não deixa você cometer o mesmo erro, ainda mais eu, que me furei por fazer uma coisa que sei que não podia...”.</p> <p>118. “Pelo menos comigo foi assim... mesmo depois desse tempo, eu ainda fiquei assim, em estado de alerta...”.</p>	
<p>119. “Eu já sabia que era errado reencapar, então aquilo foi uma lição pra mim, de que eu não podia fazer, que era importante seguir as normas...”.</p> <p>120. “Eu vi que realmente não era pra fazer, que não podia reencapar a agulha... que tinha risco...”.</p> <p>121. “Infelizmente foi assim... Eu precisei me furar pra realmente ver que era perigoso...”.</p> <p>122. “Porque a gente sabe que tem que trabalhar de luva e de máscara... mas é o hábito de não usar que atrapalha, então eu tenho que fazer o certo, por mim, pro meu cuidado...”.</p> <p>123. “É no amor ou na dor, mas, de qualquer forma a gente aprende que tem que fazer o que é certo, né...”.</p>	Entendimento dos Riscos
<p>124. “Não tive um treinamento assim, de sentar numa sala e ter alguma coisa, mas, sempre que a enfermeira da CCIH passa, ela dá uma pincelada e diz... “Oh! Olha a máscara!” ou “Oh! Tem que usar a luva!”, então ela sempre nos cobrava... nos cobra...”.</p> <p>125. “... então eu comecei a observar que o que ela falava (a enfermeira da CCIH) era importante, que tinha motivo... ai passei a ter mais cuidado em usar o EPI também...”.</p> <p>126. “... eu tento aprender sempre, mesmo se foi uma coisa ruim... então fui pesquisar, me orientar mais...”.</p> <p>127. “... a gente também precisa se atualizar, saber dos riscos, isso independente de eu ter sofrido o acidente...”.</p>	Orientações Recebidas

<p>128. “... a minha enfermeira aqui sempre fala, fica de olho, e quando vê que a gente ta fazendo alguma coisa sem a luva ela fala, então isso também ajuda, pra gente não esquecer...”.</p> <p>129. “... eu não tive nenhum treinamento, mas quando tive o acidente, o médico me orientou, eu já sabia né... mas ele repetiu tudo aquilo, do EPI, da luva, do cuidado mesmo...”.</p> <p>130. “Então eu comecei a observar que ela dizendo: “Oh! Olha a máscara!”... e ai a colega pegou tuberculose, ai a enfermeira da CCIH veio: “Viu, quando eu digo do uso do EPI?”, então aquilo serviu pra mim como um alerta... ai eu digo, isso é prevenção...”.</p> <p>131. “... então não foi preciso ela dar uma aula sentada pra mim... de que aquilo ali era pra me prevenir e prevenir o paciente...”.</p>	
<p>132. “Quando a gente sabe o que o paciente tem alguma dessas doenças, HIV ou hepatite, a gente sempre tem mais cuidado...”.</p> <p>133. “Eu sempre fico atenta, até porque aqui a gente tem muitas crianças expostas, filhas de mãe com HIV...”.</p> <p>134. “Porque na 10ª enfermaria é complicado né? Tem muita gente com HIV, então o cuidado tem que ser dobrado...”.</p> <p>135. “... eu acho que ia ficar mais estressada se fosse uma criança comprovadamente exposta ao HIV...”.</p> <p>136. “... quando a gente sabe o diagnóstico do paciente a gente fica com mais atenção ainda, se no caso ele tiver o HIV ou a hepatite C...”.</p> <p>137. “Porque não adianta falar que não... porque a gente sempre tem medo maior do HIV, né?...”.</p> <p>138. “Só é preocupante porque eu trabalho nessa enfermaria... é meio risco... a gente atende muito paciente de HIV aqui...”.</p> <p>139. “Porque assim... do mesmo jeito que foi uma pessoa com câncer, podia ter sido uma pessoa com HIV, e ai? O importante é a gente ter todo aquele cuidado de sempre, não pode esquecer...”.</p> <p>140. “Então você não sabe né! Nem sempre a gente sabe se o paciente tem HIV... Então o cuidado não pode ser diferente né!”.</p> <p>141. “Porque podia ter sido um paciente com HIV, ai ia ser mais complicado... mas a gente sempre tem que pensar que o paciente tem alguma doença dessas, e se prevenir...”.</p> <p>142. “A gente fica preocupado né? Você não conhece a pessoa e pensa, ela ta ali, internada, a gente não sabe o que ela tem, então é o mesmo cuidado pra</p>	<p>Diagnóstico do Paciente</p>

<p>todo mundo...”.</p> <p>143. “A gente cuida do paciente, mas, nem sempre sabe o que ele tem... então é isso, não posso me descuidar nunca...”.</p>	
--	--

## ANEXO 1

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

**Definição de caso:** Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.

Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data do Notificação		
	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		Z20.9				
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)				
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Acidente		
	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica					
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)
	<b>Dados Complementares do Caso</b>						
	Antecedentes Epidemiológicos	31	Ocupação				
32		Situação no Mercado de Trabalho			33 Tempo de Trabalho na Ocupação		
01- Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista		09 - Cooperativado			
02 - Empregado não registrado		06- Aposentado		10- Trabalhador avulso			
03- Autônomo/ conta própria		07- Desempregado		11- Empregador			
04- Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário		12- Outros			
				99 - Ignorado			
				1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano			
Dados da Empresa Contratante							
34	Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador				
36	Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	38	Município		
				Código (IBGE)			
39	Distrito		40	Bairro			
41	Endereço						
42	Número	43		Ponto de Referência			
				44 (DDD) Telefone			
45 O Empregador é Empresa Terceirizada							
		1 - Sim		2 - Não			
		3 - Não se aplica		9- Ignorado			

Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

SVS

27/09/2005

Acidente com material biológico	<b>46</b> Tipo de Exposição <input type="checkbox"/> Percutânea <input type="checkbox"/> Pele íntegra <input type="checkbox"/> Outros _____ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Mucosa (oral/ ocular) <input type="checkbox"/> Pele não íntegra		
	<b>47</b> Material orgânico <input type="checkbox"/> 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: _____		
	<b>48</b> Circunstância do Acidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01 - Administ. de medicação endovenosa 09 - Lavanderia 02 - Administ. de medicação intramuscular 10 - Lavagem de material 03 - Administ. de medicação subcutânea 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante 04 - Administ. de medicação intradérmica 12 - Procedimento cirúrgico 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 13 - Procedimento odontológico 06 - Punção venosa/arterial não especificada 14 - Procedimento laboratorial 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 15 - Dextro 16 - Reencape 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 98 - Outros 99 - Ignorado		
	<b>49</b> Agente <input type="checkbox"/> 1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado		
	<b>50</b> Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> LUVA <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Proteção facial <input type="checkbox"/> Bota		
	<b>51</b> Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses) <input type="checkbox"/> 1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado	<b>52</b> Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO) <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV	
	Dados do Paciente Fonte ( no momento do acidente) <b>53</b> Paciente Fonte Conhecida? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado	<b>54</b> Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos? 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Hbs Ag <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HCV	
	<b>55</b> Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir <input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B <input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Nelfinavir <input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____ <input type="checkbox"/> AZT+3TC <input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)		
	<b>56</b> Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado		
	<b>57</b> Se Óbito, Data _____	<b>58</b> Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado	
Informações complementares e observações			
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Acidente de trabalho com exposição à material biológico	Sinan Net	SVS 27/09/2005

## ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** As (Re) Ações dos Profissionais de Enfermagem Após Acidentes com Perfurocortantes.

**Pesquisador:** Érika Almeida Alves

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 30298514.3.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 633.092

**Data da Relatoria:** 30/04/2014

**Apresentação do Projeto:**

A saúde do trabalhador tem sido um tema discutido frequentemente, o mesmo vem ganhando, cada vez mais, destaque na contemporaneidade devido a influência, cada vez maior, que o trabalho exerce na vida dos indivíduos, que vivem, no seu dia a dia, condições laborais muitas vezes desfavoráveis para execução de suas funções, podendo acarretar em riscos à saúde. Este estudo tem com objeto as ações adotadas pelos profissionais de enfermagem após a ocorrência de acidentes ocupacionais com material perfurocortantes.

**Objetivo da Pesquisa:**

Descrever as (re) ações autorreferidas, utilizadas pelos profissionais acidentados com material perfurocortante na sua atividade laboral; Discutir essas (re) ações autorreferidas no processo de trabalho, na perspectiva da saúde do trabalhador.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos Mínimos: a pesquisa oferece riscos mínimos, justifica-se pela importância do benefício esperado, ou seja, a construção do conhecimento no campo da saúde do trabalhador e de enfermagem. Benefícios: investigar possíveis mudanças de conduta no processo de trabalho adotadas, após a ocorrência do acidente com material perfurocortante e o motivo que levou a tal

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 633.092

atitude, e se as mudanças são positivas no que se refere à adoção de práticas seguras, do uso dos equipamentos de proteção individual e com isso na prevenção da ocorrência de novos acidentes. E com isso contribuir de modo a estimular os profissionais da área de saúde na busca de informações a cerca da biossegurança, adoção de práticas assistenciais seguras, na valorização do uso dos equipamentos de proteção individual e alertar a importância da imunização para hepatite B, com vistas a diminuir o risco da ocorrência de acidentes e minimizar os agravos ou danos à saúde do trabalhador.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo de interesse para a área de saúde, devendo apresentar dados relevantes para a segurança do trabalhador.

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

Apresentou todos os termos obrigatórios, conforme orientações da CONEP.

**Recomendações:**

O pesquisador deve seguir as orientações da CONEP, realizando a pesquisa com segurança para os participantes.

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

Projeto sem pendência.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

RIO DE JANEIRO, 02 de Maio de 2014

---

**Assinador por:**  
**Sônia Regina de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**UF:** RJ

**Telefone:** (21)2542-7796

**CEP:** 22.290-240

**Município:** RIO DE JANEIRO

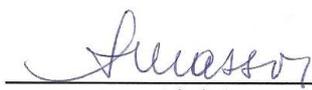
**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

## ANEXO 3



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: As (Re) Ações dos Profissionais de Enfermagem Após Acidentes com Perfurocortantes.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 10.000	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Érika Almeida Alves			
6. CPF: 098.892.337-89		7. Endereço (Rua, n.º): ANTONIO BADAJOS OSWALDO CRUZ 141 / Apt. 101 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 21351170	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (21) 7186-6023	10. Outro Telefone: 11. Email: erikitaalves@yahoo.com.br
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>20</u> / <u>03</u> / <u>2014</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO		14. CNPJ: 34.023.077/0001-07	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (21) 1542-7771		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>JOANIR PEREIRA PASSOS</u>		CPF: <u>402.083.907-68</u>	
Cargo/Função: <u>COORDENADORA DO PPGENF</u>			
Data: <u>20</u> / <u>03</u> / <u>2014</u>		 Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

Prof.ª Dr.ª Joanir Pereira Passos  
 Coordenadora do  
 PPGENF - Mestrado  
 UNIRIO