

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDA MOURA D'ALMEIDA MIRANDA

CRENÇAS E CONHECIMENTOS RELACIONADOS AOS ACIDENTES DE
TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS

CURITIBA
2011

FERNANDA MOURA D'ALMEIDA MIRANDA

CRENÇAS E CONHECIMENTOS RELACIONADOS AOS ACIDENTES DE
TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Enfermagem do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de
Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leila Maria Mansano Sarquis
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Elaine Drehmer de Almeida
Cruz.

CURITIBA
2011

Miranda, Fernanda Moura D'Almeida

Crenças e conhecimentos relacionados aos acidentes de trabalho com exposição a fluídos biológicos/ Fernanda Moura D'Almeida Miranda – Curitiba, 2011.
104 f.:il.;tab.

Orientadora: Profª Drª Leila Maria Mansano Sarquis
Co-orientadora: Profª Drª Elaine Drehmer de Almeida Cruz.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Riscos ocupacionais. 2. Acidentes de trabalho. 3. Saúde do trabalhador. 4. Enfermagem. I. Sarquis, Leila Maria Mansano; Cruz, Elaine Drehmer de Almeida . II. Universidade Federal do Paraná.

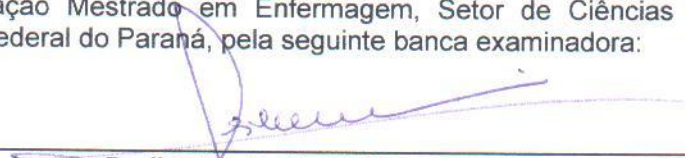
TERMO DE APROVAÇÃO

FERNANDA MOURA D'ALMEIDA MIRANDA


CRENÇAS E CONHECIMENTOS RELACIONADOS AOS ACIDENTES DE
TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUÍDOS BIOLÓGICOS

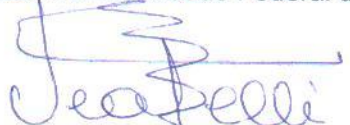
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:


Profª Drª Leila Maria Mansano Sarquis
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Co-orientadora:


Profª Drª Elaine Drenner de Almeida Cruz
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná, UFPR


Profª Drª Vanda Elisa Andres Felli
Membro Titular: Universidade de São Paulo – USP


Profª Drª Ana Lúcia Cardoso Kirchhof
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina UFSC

Curitiba, 8 de dezembro de 2011.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, benção e proteção.

Ao meu marido, Marcelo e ao meu filho Luís pela compreensão, incentivo e carinho nos momentos difíceis.

Aos meus pais, Fábio e Leonor, pelo apoio em todos os momentos da minha vida.

Aos meus irmãos Renata e Anderson pelo carinho e amizade.

À Sirlei e Nezi, pelo cuidado ao meu filho durante todo este período.

À Professora Dr^a Leila, pela orientação, apoio, incentivos, confiança e, principalmente, pela amizade.

À Professora Dr^a Elaine, pela acolhida, orientação, apoio e incentivo.

À Professora Dr^a Maria Ribeiro Lacerda, pelas críticas construtivas que ajudaram na construção deste estudo.

Ao Grupo de Pesquisa Multiprofissional em Saúde do Adulto, em especial a Professora Dr^a Maria de Fátima Mantovani, pela colaboração na construção deste estudo.

Aos amigos do Curso de Mestrado, principalmente, Tatiane, Janete e Luiza pela amizade, companheirismo e pela colaboração na realização deste trabalho e a Viviane, que representou brilhantemente nossa turma.

Aos amigos da UST, principalmente, Hermann e Silvia, pelo apoio, incentivo e amizade durante esta jornada.

Aos alunos de graduação, extensão e permanência, que contribuíram para o meu aperfeiçoamento didático.

Às acadêmicas de enfermagem, bolsistas da UST, pelo apoio e dedicação.

Ao Dr Iwan, pelo incentivo e apoio para a realização do Curso de Mestrado.

À Simonetta, pelo apoio, pelas aulas de inglês e, principalmente, pela amizade.

Aos meus amigos, por acreditarem que tudo é possível.

Aos professores, que esclareceram as dúvidas e possibilitaram a realização deste trabalho.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores de saúde que enfrentam condições de trabalho adversas para garantir uma assistência digna aos pacientes que deles necessitam.

EPÍGRAFE

“O que sabemos é uma gota, o que ignoramos é um oceano”
Isaac Newton

RESUMO

O acidente de trabalho com exposição a fluidos biológicos é uma das grandes preocupações do trabalhador de saúde por causa do risco de contrair doenças infecciosas. Este estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, modalidade exploratória, teve como sujeitos quinze trabalhadores de saúde e oito gerentes de recursos humanos do município de Curitiba/Paraná. Os dados foram coletados, por meio de entrevista estruturada, no período de 20 de outubro de 2010 a 02 de junho de 2011. Os resultados foram analisados em categorias associadas aos seis pressupostos do Modelo de Crenças em Saúde. Na categoria I: *Suscetibilidade Percebida*, unidade temática I- a percepção do risco para a aquisição da doença, os trabalhadores e os gerentes reconheceram este risco pós-acidente. Na categoria II: *Severidade Percebida*; unidade temática II- os sentimentos vivenciados pós-acidente, os trabalhadores acreditam na severidade da aquisição de doenças pós-acidente e também relatam sentir medo relacionado à atividade laboral, qualidade de vida e saúde. Os gerentes vivenciam, junto aos trabalhadores, a percepção da severidade dos acidentes e acreditam que as instituições devem arcar com as responsabilidades trabalhista, previdenciária e civil ocasionadas pelos acidentes. Na categoria III: *Benefícios Percebidos*, unidade temática III- facilidades encontradas pós-acidente, os trabalhadores apontam as mudanças comportamentais com atitudes preventivas e a valorização da educação em serviço, enquanto os gerentes citam que a instituição contribui com o trabalhador na flexibilização do horário de trabalho para a realização do monitoramento pós-acidente e o documenta, sendo esse um benefício para a instituição frente às ações trabalhistas. Na categoria IV: *Barreiras Percebidas*, unidade temática IV- as dificuldades encontradas para a prevenção do acidente, os trabalhadores reconhecem que a sobrecarga de trabalho, a falta de estrutura e a ausência do apoio institucional são barreiras. Os gerentes concordam com os trabalhadores no aspecto da desatenção na realização dos procedimentos e apontam-na como principal barreira para a prevenção, além da descrença na ocorrência do acidente, do estresse e do comportamento de risco. Na categoria V: *Conceito de Eficácia Pessoal*, unidade temática V: os comportamentos para a prevenção são apontados pelos trabalhadores como comportamentos preventivos do indivíduo. Os gerentes não identificam medidas de intervenção capazes de modificar a organização do trabalho. Na categoria VI: *Estímulo para Ação*, unidade temática VI- responsabilidade da instituição, os trabalhadores e gerentes identificam que o papel institucional é importante para a prevenção desses acidentes bem como a adesão ao protocolo pós-acidente. Os resultados obtidos evidenciam a necessidade de intensificar estímulos para as ações das instituições de saúde para à prevenção de acidentes evidenciaram também o papel do gerente junto ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho, como é relevante para uma política institucional de saúde do trabalhador, sendo o enfermeiro o responsável pelo encaminhamento de trabalhadores acidentados e de sua capacitação para adoção de medidas preventivas.

PALAVRAS-CHAVE: Riscos ocupacionais. Acidentes de trabalho. Saúde do trabalhador. Enfermagem do Trabalho.

ABSTRACT

The accident at work involving exposure to biological fluids is a major concern for the health worker because of the risk of contracting infectious diseases. This study of quantitative and qualitative approach, exploratory mode, as subjects had fifteen health workers and eight human resource managers of the city of Curitiba / Paraná. Data were collected through structured interviews, from 20 October 2010 to 02 June 2011. The results were presented in six categories associated with the assumptions of the Health Belief Model In Category I: Perceived Susceptibility, thematic unit I-the perception of risk for acquiring the disease, workers and managers have recognized this risk in post-accident. Category II: Perceived Severity, thematic unit II-feelings experienced after the accident, the workers believe in the severity of disease acquisition and post-accident report also fear related to work activity, quality of life and health. Managers experience, with the workers, the perception of the severity of accidents and believe that institutions should bear the responsibilities labor, social security and civil caused by accidents. In Category III: Perceived Benefits, thematic unit-III facilities found after the accident, workers showed behavioral changes in attitudes and preventive value of in-service education, while managers mentioned that the institution contributes to the worker flexibility in working hours to perform the post-accident monitoring and documenting, making a benefit to the institution in the face of labor action. In Category IV: Perceived Barriers, thematic unit-IV of the difficulties encountered to prevent the accident, workers recognize that the work overload, lack of structure and lack of institutional support are barriers. The managers agree with the workers in the appearance of inattention in procedures and shows it as the main barrier to prevention, in addition to disbelief in the accident, stress and risk behavior. Category V: Concepts of Personal Effectiveness, thematic unit V: prevention behaviors were identified by workers as a preventive behaviors of the individual. The managers did not identify measures of intervention to modify the organization of work. In Category VI: Stimulus for Action, thematic unit VI-responsibility of the institution, workers and managers found that the institutional role is important for the prevention of such accidents as well as adherence to the protocol after the accident. The results show the need for intensified action of the stimuli to health institutions in relation to accident prevention and the role of the manager with the Specialized Safety and Occupational Health is relevant to an institutional policy of workers' health, and the nurse responsible for the routing of injured workers and their capability to adopt preventive measures.

Keywords: Occupational Risks; Accidents, Occupational; Occupational Health; Occupational health nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1-	“MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE, COM DETERMINANDE DO COMPORTAMENTO PREVENTIVO EM SAÚDE (ROSENSTOCK, 1974).....	33
FIGURA 2-	CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS SOBRE O CONHECIMENTO DOS SUJEITOS DE PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS, CURITIBA, 2011.....	55
QUADRO 1-	CATEGORIAS E RESPECTIVAS UNIDADES TEMÁTICAS, ANALISADAS SEGUNDO O MCS NOS DISCURSOS DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, 2011.....	54
FIGURA 3-	CONVERGÊNCIAS DA PERCEPÇÃO DA SUSCETIBILIDADE PELOS SUJEITOS DA PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: PERCEPÇÃO DO RISCO PARA A AQUISIÇÃO DE DOENÇAS, CURITIBA, 2011.....	57
FIGURA 4-	CONVERGÊNCIAS SOBRE A PERCEPÇÃO DA SEVERIDADE PELOS SUJEITOS DA PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: SENTIMENTOS VIVENCIADOS APÓS O ACIDENTE, CURITIBA, 2011.....	61
FIGURA 5-	DIVERGÊNCIAS SOBRE A PERCEPÇÃO DE BENEFÍCIOS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: FACILIDADES OFERECIDAS APÓS O ACIDENTE, CURITIBA, 2011.....	65

FIGURA 6-	CONVERGÊNCIAS SOBRE A PERCEPÇÃO DAS BARREIRAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA A PREVENÇÃO DO ACIDENTE, CURITIBA, 2011.....	70
FIGURA 7-	DIVERGÊNCIAS SOBRE O CONCEITO DE EFICÁCIA PESSOAL DOS SUJEITOS DA PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: COMPORTAMENTOS PARA A PREVENÇÃO DE ACIDENTES, CURITIBA, 2011.....	73
FIGURA 8-	CONVERGÊNCIAS SOBRE OS ESTÍMULOS PARA AÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: RESPONSABILIDADE DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, CURITIBA, 2011.....	76

LISTA DE TABELAS

TABELA 1-	CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15), SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, SEXO, IDADE, ESCOLARIDADE, TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO E TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO, CURITIBA, 2011.....	40
TABELA 2-	CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15), SEGUNDO LOCAL DE TRABALHO, CURITIBA, 2011.....	44
TABELA 3-	CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS (N=8), SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, SEXO, IDADE, ESCOLARIDADE, TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO E TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO, CURITIBA, 2011.....	45
TABELA 4-	SENTIMENTOS VIVENCIADOS APÓS O ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS COM TRABALHADORES DE SAÚDE SOB A ÓTICA DOS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS, CURITIBA, 2011.....	60
TABELA 5-	PERCEPÇÕES DE BENEFÍCIOS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15) PARA A PREVENÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS CURITIBA, 2011.....	62
TABELA 6-	BENEFÍCIOS OFERECIDOS PELAS INTITUIÇÕES DE SAÚDE AOS TRABALHADORES DE SAÚDE APÓS O ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS SOB A ÓTICA DOS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS,CURITIBA, 2011.....	64
TABELA 7-	PERCEPÇÃO DAS BARREIRAS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15) SEGUNDO O ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS, CURITIBA, 2011.....	66

TABELA 8-	BARREIRAS ENCONTRADAS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE APÓS O ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS SOB A ÓTICA DOS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS, CURITIBA, 2011.....	69
TABELA 9-	CONCEITO DE EFICÁCIA PESSOAL PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15) SEGUNDO A PREVENÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS, CURITIBA, 2011.....	71
TABELA 10-	ESTÍMULO PARA AÇÃO PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15) SEGUNDO O ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS, CURITIBA, 2011.....	73
TABELA 11-	ESTÍMULO PARA AÇÃO PELOS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS (N=8) SEGUNDO OS ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS, CURITIBA, 2011.....	75

LISTA DE SIGLAS

AT- Acidente de Trabalho
ATs- Acidentes de Trabalho
ATEFB- Acidentes de Trabalho com Exposição a Fluidos Biológicos
CAT- Comunicação de Acidente de Trabalho
CDC- *Centers for Diseases Control and Prevention*
DT- Difteria e Tétano
EPC- Equipamento de Proteção Coletiva
EPI- Equipamento de Proteção Individual
FUNPAR- Fundação da Universidade Federal do Paraná
GRH- Gerente de Recursos Humanos
HBV- Vírus da Hepatite B
HCV- Vírus da Hepatite C
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
HT- Hospital do Trabalhador
ICOH- International Commission on Occupational Health
INSS- Instituto Nacional do Seguro Social
LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCS- Modelo de Crenças em Saúde
MS- Ministério da Saúde
MTE- Ministério do Trabalho e Emprego
NR- Norma regulamentadora
OMS- Organização Mundial de Saúde
OIT- Organização Internacional do Trabalho
PCMSO- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PS- Pronto Socorro
SESA- Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SINAN- Sistema Nacional de Notificação de Agravos
SMS- Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
SUS- Sistema Único de Saúde
TS- Trabalhadores de Saúde
UST- Unidade Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 A RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE	23
2.2 ACIDENTE DE TRABALHO, ACIDENTE DE TRABALHO POR EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS E NOTIFICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO	26
2.3 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PÓS- ACIDENTE DE TRABALHO POR EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO	31
3.1 MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE	31
4 METODO	36
4.1 TIPO DE ESTUDO	36
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO	36
4.3 LOCAL DO ESTUDO	37
4.4 COLETA DE DADOS	37
4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.	38
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	40
5.2 CONHECIMENTOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA A RESPEITO DO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS	46
5.3 PRESSUPOSTOS DAS CRENÇAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE E GERENTES DE RECURSOS HUMANOS QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	94
ANEXOS	102

1 INTRODUÇÃO

Em 1984, foi documentado o primeiro caso de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) por exposição ocupacional no mundo, mediante agulha contaminada, a um enfermeiro, desencadeando várias medidas de prevenção aos acidentes com TS (CDC, 1995; SAILER; MARZIALE, 2007). No Brasil, o primeiro caso de transmissão ocupacional foi descrito em 1997, referente a um acidente com perfurocortante ocorrido em 1994, com um auxiliar de enfermagem contaminado com o HIV (SANTOS *et al.*, 2002; SAILER; MARZIALE, 2007).

Os ATEFB podem ser decorrentes de inoculação percutânea, contato direto com membranas mucosas e contato direto com pele não íntegra (MIRANDA *et al.*, 2011; SAILER; MARZIALE, 2007; BRASIL, 2006). A maioria destas lesões poderia ser evitada por meio de estratégias de prevenção, como a implantação das precauções universais, o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), a vacinação dos trabalhadores de saúde contra HBV e o monitoramento dos ATEFB.) Entre esses acidentes de trabalho, os ferimentos com agulhas e materiais perfurocortantes são considerados os mais perigosos, podendo transmitir acima de 20 patógenos diferentes, incluindo os Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), os Vírus das Hepatites B (HBV) e Vírus das Hepatites C (HCV) (BRASIL, 2006a).

Uma das grandes preocupações com a saúde dos trabalhadores é a ocorrência de Acidentes de Trabalho com Exposição a Fluidos Biológicos (ATEFB), que podem resultar em graves doenças infecciosas àqueles que realizam, direta ou indiretamente, o cuidado ao paciente pela exposição a microrganismos presentes no sangue e outros fluidos biológicos (CAETANO *et al.*, 2006). Os ATEFB são considerados um problema de saúde pública mundial, pois os TS são vulneráveis à aquisição de diversos patógenos causadores de agravos infecciosos devido à atividade exercida, pois envolve procedimentos em que o trabalhador entra em contato com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados (MIRANDA *et al.*, 2011; WALL *et al.*, 2011; MALAGUTI, 2006).

O risco de infecção por HIV pós-exposição ocupacional percutânea com sangue contaminado é de aproximadamente 0,3% e 0,09% após exposição de mucosas. No caso de exposição ao HBV, o risco de infecção varia de 6 a 30%, podendo chegar até a 60%, dependendo de vários fatores, e para o HCV é de 1,8% (MIRANDA *et al.*, 2011; CDC, 2007; BRASIL, 2006).

Para evitar ou minimizar os ATEFB, é necessário o emprego das medidas preventivas, tanto as individuais, por meio do uso do equipamento de proteção individual (EPI), como luvas, óculos, avental e máscara, quanto do uso de Equipamentos de Proteção Coletivos (EPC), do estabelecimento de normas de biossegurança, da realização e capacitação através de educação continuada e da aquisição de dispositivos de segurança. Essas medidas nem sempre são adotadas pelas instituições de saúde e pelos trabalhadores, gerando um maior número de exposição dos trabalhadores aos agentes infectantes (BRASIL, 2006).

O risco de exposição a fluidos biológicos entre os trabalhadores de saúde (TS) está presente nas diversas instituições de saúde, entre eles, as unidades básicas de saúde, clínicas, hospitais, ambulatórios e consultórios. Entretanto, é no ambiente hospitalar que há maior concentração de portadores de doenças infecto-contagiosas. Na assistência hospitalar, frequentemente, ocorre maior número de procedimentos invasivos nos pacientes (SARQUIS; FELLI, 2002, MARZIALE; ROBAZZI, 2004), incorrendo também em maior exposição dos trabalhadores a sangue e outros fluidos biológicos.

Embora os ATEFB sejam vivenciados no cotidiano dos profissionais de saúde, há subnotificação dos acidentes e, quando notificados, observa-se um número significativo de não adesão ao protocolo de monitoramento pós-acidente (BALSAMO; FELLI, 2006; SARQUIS, 2007). Esse protocolo consiste em atendimento de urgência no momento do acidente e quatro consultas de retorno para acompanhamento sorológico durante 6 meses a 1 ano, devido ao risco de soroconversão para HIV, HBV e HCV (MIRANDA *et al.*, 2011).

Os estudos internacionais e nacionais, apontados a seguir, salientam a problemática dos ATEFB entre TS e permitem apreender a frequência e a gravidade desse agravo.

A *International Commission on Occupational Health* (ICOH) afirma que dois milhões de TS estão expostos à hepatite B, sendo 900 mil para hepatite C e 170 mil para HIV. Estes acidentes resultam em 40% de infecções por HBV e HCV e 25 % de infecções de HIV. O risco de aquisição destas doenças nos ATEFB pode ser significativamente reduzido por meio de prevenção primária efetiva e adoção da precaução padrão (ICOH, 2009).

No último estudo realizado pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) nos Estados Unidos, até dezembro de 2001 foram confirmados 57 casos de

soroconversão ATEFB e 140 casos de suspeitos de soroconversão entre os TS. Nesta população, estima-se que a cada ano aconteçam 385 mil ferimentos perfurocortantes, ou seja, uma média de 1000 acidentes percutâneos por dia, e desses 50% ou mais desses acidentes com TS não são relatados. Além do risco de transmissão do HIV, existe a possibilidade de transmissão da HBV e HCV por exposição ocupacional. Uma estimativa do CDC nos Estados Unidos mostrou que cerca de 800 trabalhadores de saúde se tornavam portadores do HBV e que 2 a 4% das infecções pelo HCV ocorreriam em ambiente hospitalar após exposição a sangue por ano (CDC, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2003, estimou que, entre 16 mil TS acometidos por infecções pelo HCV, 66 mil por HBV e mil infecções por HIV, muitos poderão morrer precocemente. São estimados 142, 261 e 736 óbitos, respectivamente, até 2030, além de mortes, podem ocorrer incapacidades (OMS, 2003). A OMS (2010) relata que dos 35 milhões de trabalhadores de saúde no mundo, aproximadamente três milhões já sofreram exposição percutânea por meio de sangue e dois milhões de trabalhadores de saúde foram expostos ao HBV, 900mil ao HCV e 170 mil ao HIV. Estas condições incorrem na infecção de 15 mil pessoas por HCV, 70 mil por HBV e mil por HIV, e 90% destas infecções acontecem em países em desenvolvimento.

Uma pesquisa descritiva realizada em Maracaibo/Venezuela com 285 trabalhadores de saúde, cujo objetivo foi avaliar os acidentes de trabalho por exposição percutânea e o cumprimento de medidas de manejo pós-exposição biológica, teve como resultado a participação de 156 TS, com predominância do sexo feminino em 87,2%, idade média de 37,9 anos, tempo na ocupação entre 1 a 10 anos e 67,3% no turno diurno (PANUNZIO *et al.*, 2010).

Outro estudo realizado em Paris/ França sobre ATEFB entre médicos residentes mostrou que, entre os 350 entrevistados, 52% já haviam sofrido pelo menos um acidente durante a residência, 53% dos casos ocorreram durante as cirurgias, somente 51% dos entrevistados notificaram o acidente e apenas 54% tinham anticorpos contra hepatite B. Esta pesquisa concluiu que o serviço de medicina do trabalho deve ser envolvido dentro do programa de residência já que aos entrevistados é oferecido, a cada seis meses, um treinamento específico com um médico infectologista sobre a prevenção dos ATEFB (MIR *et al.*, 2010)

No Brasil, estudos sobre ATEFB referem-se, na maioria, a pesquisas desenvolvidas de forma individualizada em instituições de saúde, como demonstrado a seguir.

No município de Curitiba/Paraná, na Unidade Saúde do Trabalhador/ Hospital do Trabalhador (UST/HT), estudo com objetivo de analisar a adesão ao monitoramento pós-acidente de trabalho com ATEFB mostrou que, dos 637 casos notificados, 53% dos trabalhadores abandonaram o monitoramento pós-exposição (CESPEDES *et al.*, 2010). Outra pesquisa semelhante realizada em Belo Horizonte com 238 participantes de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar mostrou que 61% dos acidentados não realizaram o seguimento do protocolo recomendado pelo MS (OLIVEIRA; LOPES; PAIVA, 2009).

A problemática da não adesão ao protocolo de monitoramento pós-ATEFB configura uma questão relevante pois atinge um grande número de TS que pode comprometer não só a saúde física, mas também a saúde mental. Em Curitiba/PR, existe uma parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA), a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS) e a Fundação da Universidade Federal do Paraná (FUNPAR), que instituíram a UST. É uma unidade de referência para o atendimento de trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais e para aqueles que sofreram ATEFB. Esta unidade está sediada no HT e atende anualmente acerca de 600 TS após ATEFB, provenientes do município de Curitiba e Região Metropolitana (HOSPITAL DO TRABALHADOR, 2011).

A consulta de enfermagem na UST foi implantada em outubro de 2005 para o atendimento dos TS acometidos por ATEFB, sendo uma atividade exclusiva do enfermeiro que possibilita prestar um cuidado de qualidade ao trabalhador. A lei do exercício profissional, Lei nº7498/86, em seu artigo 8º, dispõe que ao *enfermeiro incumbe (...) a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde (...)* (BRASIL, 1986). Como enfermeira da UST e por sete anos realizando a consulta de enfermagem aos TS após ATEFB, foi possível perceber, por meio dos relatos dos trabalhadores, que as condições de trabalho, o desconhecimento das chefias e dos próprios sobre o protocolo de ATEFB e as crenças dos TS constituem um impedimento para a continuidade do acompanhamento completo de 180 dias ou 360 dias após exposição ocupacional, conforme preconizado pelo protocolo do MS (BRASIL, 2006).

No ano de 2009, foram realizadas 1975 consultas de enfermagem na UST, inclusas as consultas de retorno de 30, 90, 180 e 360 dias após ATEFB, sendo que a média foi de 80 atendimentos/mês (HOSPUB, 2011). Foram notificados 862 casos de ATEFB no SINAN no ano de 2010, com predominância da faixa etária entre 20 a 39 anos. O sexo feminino predominou em 711 (82%) notificações: a exposição percutânea ocorreu em 734 (85%) casos; o material orgânico mais presente foi o sangue, com 678 (78%) casos; a circunstância do acidente mais comum foi na realização do exame de glicemia, com 79 casos; e os auxiliares de enfermagem foram os mais acometidos, com 235 (27%) casos, seguidos dos técnicos em enfermagem, com 193 casos. Em relação à situação no mercado de trabalho, 434 possuíam vínculo empregatício e 193 eram servidores públicos. Em relação ao monitoramento pós-ATEFB, 422 (49%) TS abandonaram. (SINAN, 2011).

Compreendemos que são diversos os motivos dos TS para a não adesão ao protocolo pós-ATEFB. Estudo desenvolvido por Sailer e Marziale (2007), utilizando o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), mostrou que os trabalhadores se sentem suscetíveis ao HIV após ATEFB. Também houve a percepção de barreiras para o uso da quimioprofilaxia, e a regularidade nos horários e os efeitos colaterais influenciaram na não adesão, de 42% dos trabalhadores de enfermagem para a conclusão do tratamento completo. Outro estudo realizado em 2001 sobre a aplicação do MCS na prevenção dos acidentes de trabalho com perfurocortantes evidenciou que o tempo de experiência profissional influencia na adesão à recomendação de não reencapar agulhas, tendo tido os trabalhadores com menos de dois anos de atividade profissional maior adesão as recomendações (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2001).

Apesar de existirem vários estudos referentes aos ATEFB, ainda há lacunas a serem pesquisadas. Neste estudo abordamos um novo grupo de sujeitos, os gerentes de recursos humanos e também utilizamos dois pressupostos do MCS ainda não abordados em estudos nacionais.

De acordo com Pierantoni *et al.* (2008), na atualidade tem ocorrido mudanças no processo de gestão. A gerência de recursos humanos é agora nominada de gestão de pessoas e tem por objetivo valorizar o capital humano e assim incentivar a qualidade, a produtividade e a competitividade em prol do mercado de trabalho. Ao trabalhador cabe a ampliação dos conhecimentos para ser polivalente e assim garantir oportunidades de trabalho. Na área da saúde, os gestores de pessoas são

responsáveis por um processo de trabalho específico, constituído pela qualificação dos recursos humanos existentes e pela organização do processo de trabalho a fim de prestar um cuidado de qualidade. Os instrumentos utilizados para a prestação da assistência são os recursos físicos, financeiros, materiais e o saber administrativo. Este último compreendido por meio de ações de planejamento, coordenação, direção e controle (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005).

Na gestão de pessoas o estudo dos riscos inerentes ao ambiente de trabalho demonstra que a unidade de saúde e segurança do trabalho deve estar atenta aos riscos, pois o absenteísmo dos trabalhadores devido a um afastamento decorrente destes riscos podendo gerar mudanças no processo de trabalho e assim influir negativamente nos resultados das instituições. Por isso, é importante salientar que a prevenção de acidentes visa à redução e eliminação de ATs e para isso as instituições possuem diversos recursos para minimizar os acidentes entre eles as palestras, internet, implantação de sistemas de saúde e segurança no trabalho e o gerenciamento do sistema. Destacam-se as palestras, nos quais os gestores de pessoas estão preocupados com a importância do capital humano dentro das instituições e assim percebem a necessidade de incentivar programas de educação em serviço a fim de conscientizar as pessoas quanto suas atividades na instituição e nas atividades específicas de saúde e segurança do trabalho (ARAÚJO; GARCIA, 2010).

Para compreender a problemática da prevenção dos ATEFB e da adesão ao protocolo pós-ATEFB, este estudo foi fundamentado no MCS proposto por Rosenstock (1974a), que busca explicar o comportamento humano no processo saúde/doença/trabalho e parte do pressuposto de que o ser humano pode expressar comportamentos em relação à doença. No entanto, na continuidade dos estudos, o uso do MCS se direcionou para a análise de comportamentos decorrentes de sintomas ou doenças diagnosticados, como, por exemplo, terapias medicamentosas anti-hipertensivas e dietas para emagrecer (ROSENSTOCK, 1974a; b; ROSENSTOCK, 1990).

O MCS favorece o desenvolvimento de estratégias e programas de promoção à saúde por enfermeiros com o objetivo de transformar os comportamentos não saudáveis em saudáveis. Neste sentido, julga-se pertinente conhecer o MCS como estratégia para identificar as ações voltadas à prevenção dos ATEFB.

Frente ao exposto, surgiu a seguinte questão norteadora: Quais são as crenças que influenciam a prevenção dos ATEFB e a adesão ao protocolo de monitoramento pós-acidente?

Neste contexto, os objetivos deste estudo foram:

1. Identificar o conhecimento acerca das causas e consequências do ATEFB e o protocolo de monitoramento pós-acidente,
2. Conhecer as crenças que influenciam na adesão ou não ao protocolo de monitoramento pós-acidente e
3. Apresentar as divergências e convergências das crenças e dos conhecimentos entre TS e gerentes de recursos humanos (GRH).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE

“O homem, ao produzir, só pode atuar como a própria natureza, isto é, mudando as formas da matéria. E mais. Nesse trabalho de transformação, é constantemente ajudado pelas forças naturais” (MARX, 2010, p.65).

O trabalho é um processo entre o homem e a natureza, no qual o homem realiza conscientemente sua atividade. A atividade laboral humana desenvolveu-se ao longo do tempo, o homem aprendeu a transformar a natureza, controlando-a por meio da captura e criação de animais e do cultivo de alimentos. O trabalho é indispensável à existência humana em sociedade, pois é a necessidade de manter as relações entre o homem e a natureza, assim como a vida humana (MARX, 2010).

A divisão social do trabalho é um sistema complexo, formado por um conjunto de mercadorias materiais distintas, que corresponde a diversos trabalhos de qualidades diferentes, o que resulta em uma sociedade de produtores de mercadorias (MARX, 2010).

Com a divisão social do trabalho, o trabalhador ficou limitado a uma única tarefa e, com o surgimento da máquina, ele foi submetido ao seu ritmo uniforme sem a preocupação com o sexo ou idade do indivíduo que a opera. Contudo, com o aumento das máquinas, muitas vezes perigosas, iniciou-se um período de trabalhadores mutilados, vítimas dos acidentes de trabalho (CAFIERO, 2008).

O trabalho humano é medido por meio do dispêndio da força de trabalho simples, no qual qualquer homem comum, seja ele instruído ou não, é capaz de executar com seu próprio organismo. O trabalho humano pode ser classificado em trabalho simples médio ou trabalho qualificado e irá depender do país e do estágio da civilização. O trabalho qualificado equivale a uma quantidade maior de trabalho simples (MARX, 2010).

Todo trabalho é produzido por meio da força humana de trabalho e assim cria-se o valor das mercadorias, porém quando se utilizada a força humana de trabalho sob forma especial, temos os valores-de-uso. A produtividade é definida pelo grau de eficácia da atividade produzida em um determinado período de tempo (MARX, 2010).

“O trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo- braços e pernas, cabeça e mãos-, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX, 2010, p. 211)”

O processo de trabalho é composto pelos seguintes elementos, a atividade adequada a um fim (próprio trabalho), a matéria em que se aplica o trabalho (objeto de trabalho) e os meios de trabalho (o instrumental do trabalho) (MARX, 2010).

No processo de trabalho, a atividade humana transforma um objeto de trabalho por meio do instrumental de trabalho em um produto, que é um valor-de-uso. Observando este processo, evidencia-se que tanto o meio quanto o objeto são meios de produção (MARX,2010).

O processo de organização do trabalho criado pelo homem surgiu na sociedade, o sistema material de alta complexidade, cujo elemento primordial é a força de trabalho. A sociedade é construída, historicamente, por meio da relação dialética do homem com a natureza, ou seja, o homem a transforma e é transformado por ela. Assim, as relações sociais têm como força motriz a atividade laboral, que se estabelece mediante as relações dos homens entre si na produção da vida em sociedade (EGRY; BERTLOZZI, 2006). Para Marx (2010), a produção social da vida humana está associada às relações necessárias, determinadas e independentes de suas escolhas, ou seja, às relações de produção, que são uma fase de desenvolvimento de suas forças produtivas. As relações de produção, por sua vez, formam as estruturas econômicas da sociedade. As forças produtivas são o conjunto dos meios de produção e da força de trabalho, já os meios de produção são os objetos e os meios de trabalho. A força de trabalho é calculada mediante tudo o que é necessário para manter o trabalhador, ou seja, o preço dos alimentos, das vestimentas, da moradia, entre outros (CAFIERO, 2008; MARX, 2004).

A força de trabalho no sistema capitalista tem como propriedade singular render mais do que custa ao capital, ou seja, produzir a mais-valia. Entretanto, para o capitalista, é necessário que haja um aumento maior na mais-valia, por isso é necessário prolongar a jornada de trabalho. Na Inglaterra, em 1863, as excessivas jornadas de trabalho causaram muitas mortes e, a partir do relato de casos fatais, os

trabalhadores exigiram que o Estado criasse leis que estabelecessem limites para a jornada de trabalho (CAFIERO, 2008; MARX, 2004).

Na área da saúde, o trabalho tem como finalidade estabelecer uma ação no processo saúde-doença e cuidado, como exemplo, o trabalho em saúde pode restaurar a normalidade biomédica ou então, em uma perspectiva coletiva, promover a saúde e a emancipação dos sujeitos. O produto final do trabalho em saúde é a assistência em saúde (PEREIRA *et al.*, 2009; PIRES, 2000).

Segundo Pereira *et al.* (2009), a força de trabalho dos TS promove uma transformação no indivíduo doente ou em uma comunidade em dificuldades. Assim, esses trabalhadores passam a ser vistos como um agente que produz as transformações pretendidas. Neste trabalho, há uma divisão técnica e social, em que a composição da força de trabalho está estratificada nas categorias profissionais. Assim, cada categoria possui conhecimento necessário para o exercício das atividades afins, o que não permite o planejamento coletivo das diversas avaliações profissionais (PIRES, 2000).

No Brasil, as relações de trabalho são caracterizadas por diferentes situações de trabalho, refletindo no processo saúde-doença dos trabalhadores. A precarização do trabalho, caracterizada pela desregulamentação e perda dos direitos trabalhistas e sociais, e a legalização dos trabalhos informais e temporários trazem como consequências o aumento no número de trabalhadores autônomos e subempregados e a fragilização dos sindicatos. Ainda neste contexto, a terceirização intensifica as práticas de trabalho, aumentando as jornadas de trabalho com o aumento de funções, além de maior exposição a fatores de riscos para a saúde, do descumprimento de medidas de proteção à saúde e segurança, dos baixos salários e da instabilidade no emprego (BRASIL, 2001).

Na área da saúde, as relações de trabalho podem causar situações de estresse que incorrem em acidentes de trabalho (ATs) e sofrimento psíquico. O ritmo ou a intensidade de trabalho são fatores desencadeantes de estresse psicossocial, podendo causar distúrbios emocionais, como ansiedade e depressão (SARQUIS; FELLI, 2009).

Nas organizações de saúde, é comum a falta de recursos humanos, sendo este o principal fator para o ritmo acelerado de trabalho. Os TS realizam longas jornadas de trabalho e, muitas vezes, com mais de um emprego, devido aos baixos salários e às jornadas flexíveis. Além disso, muitos podem ser trabalhadores

autônomos como os médicos, odontólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros (SARQUIS; FELLI, 2009).

Os ATEFB nos TS são intensificados pela forma de organização do trabalho e uso de dispositivos inseguros e EPIs inadequados. Assim, as atividades são exercidas com sobrecarga de trabalho, sob supervisão estrita e sem investimento das instituições, para a manutenção da força de trabalho, e sem medidas de proteção coletiva (SARQUIS; FELLI, 2009).

Uma revisão integrativa na literatura feita por Vieira e Padilha (2008) com 86 artigos publicados na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) apontou que os fatores predisponentes à ocorrência de ATEFB estão relacionados, tanto com as condições de trabalho institucionais quanto ao comportamento individual dos trabalhadores. Os fatores de destaque em relação às condições de trabalho foram ausência de programas de educação em serviço, sobrecarga de trabalho, escassez de recursos humanos e falta de materiais e equipamentos de segurança. E os fatores relacionados ao comportamento dos trabalhadores foram desconhecimento do risco de infecção, tensão e estresse e desconsideração das precauções padrão.

No contexto da ocorrência de ATEFB, é relevante conhecer os fatores relacionados à notificação dos acidentes e à legislação que ampara o trabalhador.

2.2 ACIDENTE DE TRABALHO, ACIDENTE DE TRABALHO POR EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS E NOTIFICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO

A primeira Lei de AT a ser criada foi a *Factory Act*, na Inglaterra, em 1883, com a qual os trabalhadores ingleses passaram a recorrer à autoridade pública em caso de desentendimento com os empregadores. Em seguida, outros países promulgaram leis acerca dos ATs, sendo eles a Alemanha, Áustria, Noruega, Inglaterra, França, Dinamarca, Itália e Espanha (MAENO; CARMO, 2005). No Brasil, a primeira Lei sobre AT foi aprovada pelo Decreto Legislativo nº 3.274, de 15 de janeiro de 1919, que considerava que alguns riscos eram inerentes às atividades laborais e que o acidente de trabalho era causado única e exclusivamente por esta

atividade. Esta lei não propunha intervenções nas condições de trabalho (MAENO; CARMO, 2005; OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Após a Segunda Guerra Mundial, surgiram os novos objetivos e funções dos serviços de medicina ocupacional definidos pela Recomendação nº 112, da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Esta recomendação estabelecia que os serviços deviam proteger os trabalhadores contra qualquer risco à sua saúde que pudesse decorrer do seu trabalho ou das condições em que ele fosse realizado. No Brasil, somente em 27 de junho de 1972, o governo regulamentou a obrigatoriedade dos serviços de segurança e medicina do trabalho nas empresas pela Portaria nº 3237. (MAENO; CARMO, 2005; OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Segundo Brasil, 2006b, p.11:

“O acidente de trabalho é o evento ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa, direta ou indiretamente, a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Inclui-se ainda o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio; assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa”.

É importante considerar que qualquer problema de saúde do trabalhador relacionado ao trabalho é em termos legais considerado acidente de trabalho. Para tanto incluem-se nessa legislação o acidente típico e de trajeto e as doenças relacionados ao trabalho.

Os ATs no Brasil constituem um grave problema de saúde pública, sendo considerados objeto de prioridade para ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em conjunto com outros órgãos do serviço público e da sociedade civil, tendo como objetivos sua prevenção e enfrentamento (BRASIL, 2006b). Em relação aos ATEFB, percebe-se que os trabalhadores adotam comportamentos e condutas diferenciadas ao se considerar um mesmo tipo de acidente e com as mesmas condições. (DAMASCENO *et al.*, 2005).

Em nosso país, a subnotificação dos ATs ocorre devido ao fato de serem frequentemente registrados como homicídios comuns e acidentes em geral. Inserir referencia A notificação é regulamentada pela Lei nº 8213, de 24/07/1991, do Ministério da Previdência Social, pelo preenchimento e encaminhamento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) ao INSS, que hoje, respaldado na

legislação supracitada constitui o Banco de Dados mais abrangente desses acidentes (BRASIL, 1991).

Até 2004, havia dois fatores importantes na subnotificação dos AT, o primeiro decorria do fato de os sistemas de informação ignorarem os acidentes que acometiam trabalhadores do mercado informal da economia brasileira e o segundo por não existir um sistema que centralizasse as informações de AT no país (HENNINGTON; CORDEIRO; MOREIRA, 2004). A partir de 2004, o Ministério da Saúde (MS) tornou compulsória a notificação de AT graves/fatais e dos ATEFB, independentemente do vínculo empregatício, por meio do Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) (BRASIL, 2004).

No Brasil, a legislação vigente para a proteção da saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde foi publicada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) em 16 de novembro de 2005, trata-se da Norma Regulamentadora - NR 32. Esta norma estabelece Diretrizes Básicas para implementação de medidas de proteção à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, além de atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2007). Em 18 de novembro de 2008, por meio da Portaria nº939, o governo estipulou os prazos para a aplicação da NR 32, sendo que os empregadores deveriam substituir os materiais perfurocortantes por dispositivos de segurança no prazo de 24 meses a partir da data da referida portaria (BRASIL, 2008). Desta forma, os serviços de saúde, a partir de novembro de 2010, deveriam fornecer aos TS os dispositivos de segurança, e o MTE e MS fiscalizar o cumprimento desta legislação.

Segundo Malaguti (2006), a NR 32 tem por objetivo reduzir o número de acidentes de trabalho por meio da informação aos empregados dos riscos aos quais estes trabalhadores são submetidos, garantindo gratuitamente acesso do trabalhador a um programa de imunização contra doenças transmissíveis, além de educação em serviço e do fornecimento dos EPIs, necessários antes do início de suas atividades.

2.3 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PÓS- ACIDENTE DE TRABALHO POR EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS

No Brasil, o protocolo de atendimento pós-acidente preconizado pelo MS recomenda o encaminhamento do TS que sofreu exposição a fluidos biológicos aos serviços de pronto atendimento. Neste serviço os TS deverão ser atendidos como em situação de emergência devido ao risco de soroconversão para HIV, HBV e HCV (BRASIL, 2006; CDC, 2008).

O atendimento pode ser realizado pela equipe clínica que iniciará as medidas de avaliação do TS, como a realização do teste rápido para HIV do paciente-fonte quando for conhecido; a definição da necessidade de profilaxia para HBV e da quimioprofilaxia para HIV e a indicação da coleta das sorologias no momento do acidente visando avaliar se o TS acidentado já era portador de HIV, HBV e HCV (BRASIL, 2006; CDC, 2008).

Nos casos em que o paciente-fonte for portador de HIV, o MS recomenda o início da quimioprofilaxia em menos de 2 horas, podendo ser administrado em até 72 horas após ATEFB. A duração da quimioprofilaxia pós-acidente é de 28 dias. A indicação da profilaxia deverá ser baseada em critérios de gravidade que dependem do volume de sangue, do tipo de exposição e a quantidade de HIV presente. A quimioprofilaxia recomendada pós-exposição deve seguir as recomendações do MS (BRASIL, 2008).

Em relação à exposição ao HBV, a conduta indicada dependerá do status sorológico do paciente-fonte e dos níveis de proteção, o anti-HBs, do trabalhador acidentado. Já para a exposição ao HCV, não há profilaxia indicada, apenas o monitoramento sorológico pós-exposição durante 6 meses (BRASIL, 2006; CDC, 2008).

Nas condutas pós-acidente é importante cuidar das áreas expostas quando ocorrer exposições cutâneas e percutâneas devendo estas serem lavadas com água e sabão e nas exposições de mucosa proceder com lavagem com água ou solução de soro fisiológico. Também é relevante avaliar o acidente estabelecendo o material biológico envolvido (sangue, sêmen, secreção vaginal, líquido, líquido sinovial, peritoneal, pleural, pericárdio e amniótico); o tipo de acidente (perfurocortante, contato com mucosa, contato em pele com solução de continuidade) e o conhecimento do status sorológico do paciente-fonte (paciente-fonte

comprovadamente infectado ou não e paciente fonte desconhecido)(BRASIL, 2006; CDC, 2008).

É importante, ainda segundo a legislação, no momento do acidente, orientar o TS acidentado sobre: o risco do acidente; o uso de quimioprofilaxia; o consentimento para realização de exames sorológicos e comprometê-lo com o acompanhamento durante seis meses. Também é necessário aconselhá-lo a relatar imediatamente ao serviço de pronto atendimento ou SESMT da empresa contratante quando este manifestar os seguintes sintomas: linfadenopatia, rash, dor de garganta e sintomas de gripe (sugestivos de soroconversão aguda) (BRASIL, 2006; CDC, 2008).

Destaca-se também as informações quanto à prevenção secundária, como o uso de preservativo nas relações sexuais, o não compartilhamento de materiais perfurocortantes (alicate de unha, aparelho de barbear e depilar, escovas de dente, instrumentos de aplicação de piercing e tatuagens) e também se deve evitar: a gravidez, a doação de sangue, de plasma, de órgãos, de tecidos e sêmen por um período de até 12 semanas e o aleitamento materno deve ser interrompido (BRASIL, 2006; CDC, 2008).

No Brasil, os ATEFB ocorridos com TS, são assegurados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e devem ser registrados por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Para o Ministério da Saúde (MS), independentemente do vínculo empregatício do trabalhador, o acidente deve ser notificado por meio do Sistema Nacional de Notificação de Agravos à Saúde (SINAN) (BRASIL, 2004).

3 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

3.1 MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) foi elaborado em 1950 por Godfrey Hochbaum, Kegels Stephen e Irwin Rosenstock, psicólogos sociais que trabalhavam para o Serviço de Saúde Pública Norte-Americano. Este modelo foi desenvolvido com o intuito de explicar a escassa participação dos indivíduos em programas de prevenção de agravos à saúde. Entretanto, na continuidade dos estudos, seu uso foi direcionado para a análise de comportamentos decorrentes de sintomas ou doenças diagnosticadas, como, por exemplo, as terapias medicamentosas anti-hipertensivas e dietas para emagrecer (ROSENSTOCK, 1974a).

O MCS possibilita abordar as percepções acerca dos agravos de saúde e avaliar o comportamento do indivíduo para sua prevenção ou controle. Favorece a análise do comportamento individual frente à suspeita ou doença diagnosticada (CRUZ, 2008). Busca compreender o comportamento humano no processo saúde-doença, e sua proposição menciona como o ser humano se expressa em relação à doença, sendo que determinado comportamento frente à doença poderá gerar um benefício, ou reduzir a suscetibilidade e/ou a seriedade do agravo. Por outro lado, o MCS analisa a existência de barreiras psicológicas capazes de impedir o ser humano de vivenciar fatores relacionados à prevenção de doenças (SAILER; MARZIALE, 2007).

O MCS, em 1974, era composto por quatro pressupostos: 1- *suscetibilidade percebida*, ou seja, a percepção subjetiva do risco do indivíduo de contrair um agravo; 2- *severidade percebida*, que se refere à gravidade ou seriedade da doença e suas consequências; 3- *benefícios percebidos*, que dizem respeito à eficácia da ação em reduzir a ameaça criada pelas percepções de suscetibilidade e severidade; e 4- *barreiras percebidas*, que são os aspectos negativos da ação (ROSENSTOCK, 1974b). Porém, em 1988, ao MCS foram incorporados novos pressupostos – 5- conceito de *eficácia pessoal* e presença do 6- *estímulo à ação* - para melhor explicar as condutas individuais nocivas à saúde, como fumar, alimentar-se demasiadamente e sedentarismo, entre outros. O conceito de *eficácia pessoal* refere-se ao sentimento

de ameaça determinado pela suscetibilidade ao agravo e à sua severidade, gerando um comportamento benéfico a si próprio. A presença do *estímulo à ação* refere-se à motivação do sujeito em agir de acordo com estímulos internos ou externos. Os estímulos internos decorrem da percepção de seu próprio estado de saúde pelo conhecimento dos sintomas de sua doença. Os estímulos externos são referentes a campanhas publicitárias ou interações interpessoais (ROSENSTOCK, 1990; BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2000; MCEWEN; WILLS, 2009). Este modelo está ilustrado na (FIGURA 1).

Ao MCS, em 1990, foram incorporados também os fatores modificadores que influenciam as crenças e, por consequência, o comportamento de saúde, as variáveis demográficas, psicossociais e estruturas que afetam a percepção individual e influenciam os comportamentos em saúde (ROSENSTOCK, 1990; BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2000).

Esse modelo preconiza que o ser humano necessita acreditar que é um indivíduo suscetível à doença e que sua ocorrência pode trazer algum agravamento para suas atividades da vida diária. Além disso, um comportamento, em particular, pode gerar um benefício e reduzir a suscetibilidade e ou a severidade da doença. O MCS enfatiza que existem barreiras capazes de impedir o ser humano de aceitar os comportamentos relacionados à prevenção de doenças (SAILER; MARZIALE, 2007), constituindo uma teoria da psicologia social que se relaciona basicamente à promoção à saúde quando aplicada na Enfermagem. Este modelo favorece o desenvolvimento de estratégias e programas por enfermeiros com o objetivo de transformar comportamentos não saudáveis em saudáveis (MCEWEN; WILLS, 2009).

Para que os TS adquiram novos comportamentos, eles devem sentir-se suscetíveis a uma doença para adotarem medidas preventivas, como uso de EPI, o não reencape de agulhas e a rotina de descarte adequado (WALL *et al.*, 2011). Esses novos comportamentos estão alicerçados na legislação vigente do país, cujo objetivo é diminuir o número de ATEFB por meio da informação dos riscos aos quais os TS estão submetidos e garantir que os empregadores forneçam educação em serviço (BRASIL, 2007).

Tanto os TS quanto os GRH devem adquirir comportamentos para a prevenção dos ATEFB, tornando-se para isso necessário que todos tenham conhecimento das medidas preventivas por meio de educação em serviço ou

informações escritas fixadas nas unidades de trabalho. Aos TS cabe o comportamento preventivo durante sua prática profissional e ao GRH cabe a promoção de políticas institucionais para a prevenção dos ATEFB e, quando ocorrem, deve haver diretrizes de ação definidas e conhecidas além do apoio ao trabalhador acidentado.

A (FIGURA 1) mostra esquematicamente o Modelo.

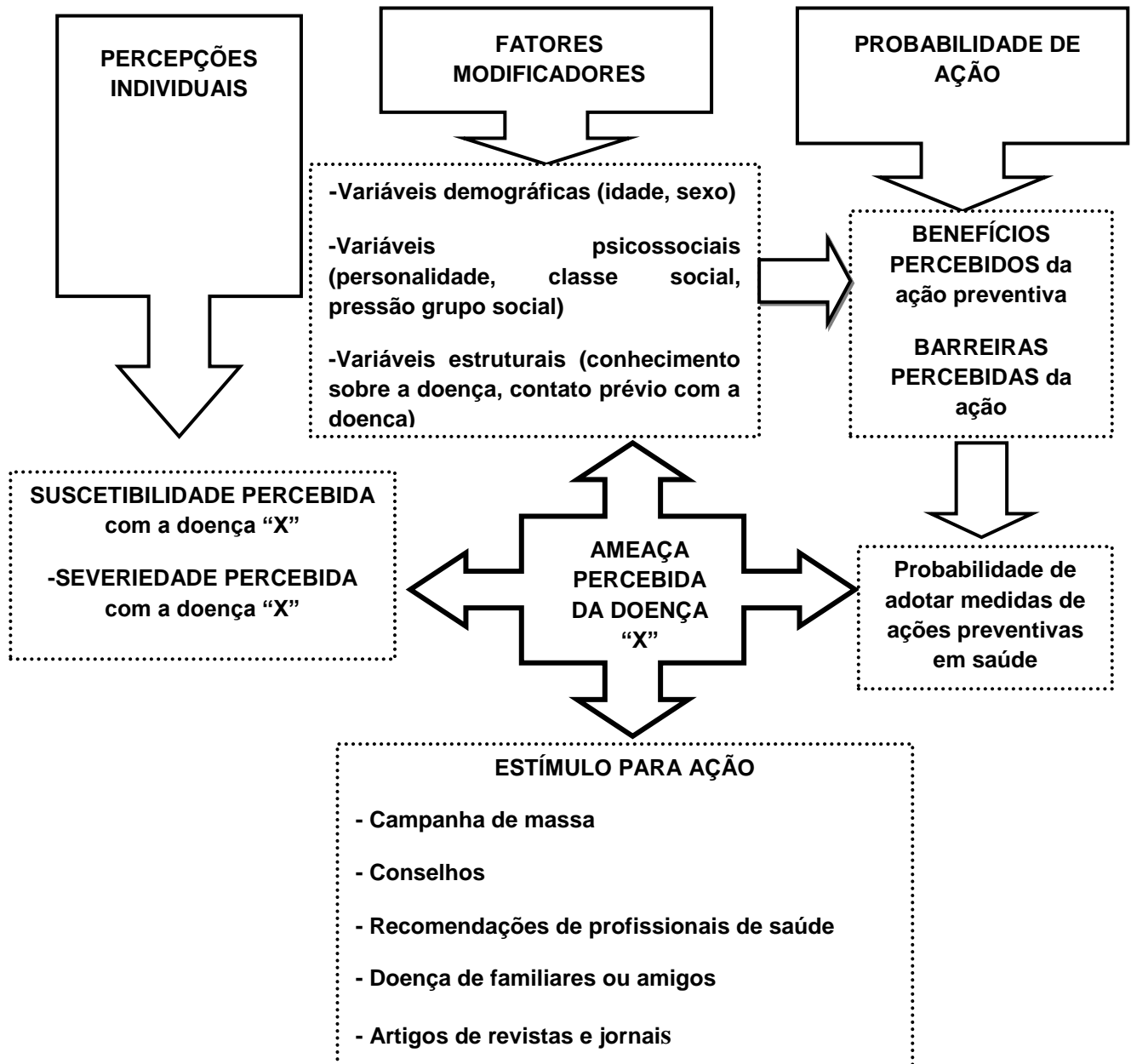


FIGURA 1- MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE, COM DETERMINANTE DO COMPORTAMENTO PREVENTIVO EM SAÚDE

(Adaptado e traduzido de Rosenstock, I.M. The Health Belief Model and preventive health behavior. Health Educ monogr. 1974; 2 (4): 354-86.)

Ao aprofundar o conhecimento sobre o emprego do MCS nas publicações em periódicos nacionais, observou-se que este modelo possibilita o estudo de comportamento em saúde em diferentes temáticas como ATEFB, câncer de mama, mulheres portadoras de HIV, mães soropositivas, depressão em adolescentes, trabalhadores hipertensos, percepção do HIV/AIDS entre mulheres faveladas e a prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama. A população eleita nos estudos revisados do MCS foi usuária de instituições públicas de saúde (PRAÇA; GUALDA, 2001; PRADO *et al.*, 2004; FUGITA; GUALDA, 2006; NEVES; GIR, 2006; NEVES; GIR, 2007; ANTUNES; CAMPOS, 2007; PIRES; MUSSI, 2008), tendo sido possível, identificar a necessidade de estratégias que promovam programas de educação em saúde inseridos no contexto sociocultural destes usuários, além de uma abordagem multidisciplinar (PRAÇA; GUALDA, 2001; PRADO *et al.*, 2004; NEVES; GIR, 2006; ANTUNES; CAMPOS, 2007). Porém, a estratégia apresentada foi de um cuidado de enfermagem mais efetivo, que permita aos usuários, em parceria com o enfermeiro, decidir qual a melhor opção de cuidado para sua saúde (FUGITA; GUALDA, 2006). A escuta ativa foi apresentada como proposta de intervenção dos profissionais devido à negação da doença por parte das mulheres soropositivas (NEVES; GIR, 2007). Com relação à equipe multidisciplinar em saúde, identificou-se a necessidade de uma assistência integral, mostrando a importância desta equipe (PRADO *et al.*, 2004; ANTUNES; CAMPOS, 2007; PIRES; MUSSI, 2008).

Em outros estudos, a população estudada foi de TS, tendo sido em três artigos abordado o tema risco biológico e em um artigo, a hipertensão arterial (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2001; SAILER; MARZIALE, 2007; MALAGUTI, *et al.*, 2008; MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009). Como estratégia de intervenção proposta nos estudos, foi sugerida a educação continuada por meio de programa institucional com o objetivo de minimizar os riscos de ATEFB (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2001; MALAGUTI *et al.*, 2008) . Em outro estudo, foram sugeridos a aquisição de equipamentos com dispositivos de segurança e também o acompanhamento dos TS expostos a fluidos biológicos (SAILER; MARZIALE, 2007). Já em outro estudo, foram avaliados os TS hipertensos e sugerida a implementação de programa para educação em saúde (MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009).

Em relação ao exposto acima, é possível dizer que mesmo os autores sendo enfermeiros, as ações propostas foram direcionadas às instituições e em apenas

dois artigos foi possível estabelecer a função do enfermeiro como parte integrante de uma equipe multidisciplinar, tendo ele um importante papel de facilitador em um processo de recuperação da saúde (PRADO *et al.*, 2004; FUGITA; GUALDA, 2006; NEVES; GIR, 2007).

A maioria dos artigos analisados se refere ao meio acadêmico e apenas dois foram utilizados para pesquisas na prática profissional (ANTUNES; CAMPOS, 2007; MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009). Acredita-se, contudo, que a enfermagem possa aplicar o MCS por estar relacionada à área de promoção em saúde e que possa também desenvolver estratégias e programas em educação em saúde a fim de conscientizar os pacientes sobre as doenças e propor mudanças de comportamento. Considerando que os artigos científicos estudados, com referencial teórico do MCS, ainda são em número reduzido, interessou-nos aplicar este referencial nesta pesquisa para contribuir para a construção do conhecimento na área de promoção de saúde do trabalhador e prevenção de ATEFB.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quali e quantitativa dos dados, de acordo com a especificidade de coleta de dados realizada. A abordagem quantitativa foi usada com intenção de ressaltar os aspectos mais prevalente, diferenciando do conjunto dos dados.

A pesquisa exploratória tem por objetivo aprimorar o conhecimento para torná-lo mais acessível, além disso, possibilita estudar diversos aspectos relevantes ao tema estudado, podendo ser utilizada em casos em que os sujeitos da pesquisa vivenciam o problema a ser pesquisado (GIL, 2002).

A abordagem quantitativa traz dados numéricos acerca da realidade social e produz instrumentos padronizados, visando a apresentar uma linguagem neutra com a possibilidade de expressar generalizações com precisão e objetividade (MINAYO, 2004). A metodologia qualitativa tem como objetivo compreender a experiência humana tal como ela é vivida, coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Para caracterizar um método qualitativo, é necessário que o sujeito pesquisado informe o que cada fenômeno lhe quer dizer simbolicamente, ou como ele percebe o processo que é dado, ou, ainda que significado ele atribui ao questionamento (TURATO, 2008).

Ao abordarmos o quantitativo e o qualitativo pretendemos compreender não somente o conhecimento exterior ao sujeito, mas também suas relações sociais, sendo possível afirmar que a dicotomia (quantitativo/qualitativo) é inseparável e interdependente, pois se completa para buscar uma melhor compreensão da realidade investigada (MINAYO, 2004).

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram 15 trabalhadores de saúde (TS) expostos a fluidos biológicos e 8 gerentes de recursos humanos (GRH) . A amostra de GRH foi extraída, de forma intencional, entre as 15 instituições de saúde em que ocorreram

os ATEFB em maior frequência e, por meio da análise no banco de dados do SINAN entre os anos de 2006 a 2010 do Hospital do Trabalhador, situado no município de Curitiba-PR. Já os TS foram selecionados na primeira consulta de enfermagem após 30 dias do acidente para seguimento do monitoramento sorológico na UST/HT.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo será realizado na cidade de Curitiba, capital do Paraná, com os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde que encaminham para o HT/UST para atendimento dos trabalhadores de saúde expostos a fluidos biológico. Esse hospital é referência para Curitiba e região metropolitana.

O município de Curitiba foi fundado em 29 de março de 1693, sendo considerada capital do Estado do Paraná em 29 de agosto de 1853. A cidade de Curitiba, tem altitude média de 934,6m e seu território é de 432 Km², quase totalmente ocupado, fazendo com que a Prefeitura planeje e implante ações com enfoque metropolitano. Sendo de clima temperado, com verões quentes e invernos frios, com possibilidade de geadas. Possui uma população de cerca de 1,7 milhões de habitantes. Está localizada na 2ª Regional do Estado do Paraná, que é composta por 29 municípios, incluindo a capital, com uma população total de 3.261.168 habitantes (CURITIBA, 2012).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de dois formulários elaborados para este estudo e composto por questões fechadas referentes à informação demográfica e profissional dos participantes e por questões abertas sobre as dimensões do MCS: suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras percebidas, conceito de eficácia pessoal e estímulos à ação. Para os gerentes e trabalhadores foram utilizados formulários com perguntas distintas, em partes, dispostos nos (APÊNDICES 1 e 2), os quais foram validados quanto à forma e ao conteúdo por oito juízes *experts* na temática, e suas considerações foram acatadas. O processo de validação observou

os preceitos de ética em pesquisas com os juízes, formalizando a participação por meio de um convite (APÊNDICE 4).

Para a coleta dos dados, foi utilizada a entrevista estruturada, na qual o entrevistador utilizou um roteiro previamente elaborado, não sendo permitido adaptar perguntas a uma determinada situação vivenciada, inverter a ordem ou elaborar questões novas (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

As entrevistas com os GRH foram previamente agendadas por meio de contato telefônico e conforme a disponibilidade deles. Com os TS, as entrevistas foram realizadas durante a primeira consulta de enfermagem realizada na UST, após ATEFB. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada baseada no MCS aos participantes, no período de 20 de outubro de 2010 a 02 de junho de 2011, segundo critério de saturação dos dados.

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.

Os dados foram digitados em uma planilha eletrônica e posteriormente analisados por meio de análise estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em tabelas, segundo frequência simples (absoluta e relativa). Os dados qualitativos foram analisados pela técnica de análise temática proposto por Minayo (2004), segundo as categorias pré-definidas – pressupostos do MCS, conhecimento e características sociodemográficos.

A análise temática foi realizada por meio de leitura das transcrições na íntegra para se ter o sentido do todo, a apreensão das unidades de significado e a expressão dos significados com um procedimento de reflexão. Os dados qualitativos ou as falas foram analisadas de maneira descritiva e categorizadas de forma a possibilitar a interpretação mediante a análise temática.

De acordo com esses procedimentos as fases de interpretação foram as seguintes (Minayo, 2004):

- a) Pré-análise: consiste na análise dos documentos coletados a partir dos objetivos da pesquisa e da sua reformulação frente ao que foi coletado, além da elaboração de indicadores que orientam sua interpretação final. Para a análise das repostas emitidas, foi realizada a leitura flutuante das questões norteadoras respondidas pelos 15 TS e 8 GRH. Diante das informações obtidas durante as entrevistas, as repostas foram

classificadas quanto à frequência foram classificadas e agrupadas por temas com base em assuntos em comum.

- b) Exploração do material: consistiu em codificar os dados brutos em núcleos de compreensão de texto. As respostas foram associadas ao MCS, levando em conta seus pressupostos, que nesta pesquisa foram denominados de categorias, que são: suscetibilidade, seriedade, benefícios e barreiras percebidas, conceito de eficácia pessoal e estímulos para ação. Estas categorias foram agrupadas às seis unidades temáticas encontradas neste estudo como percepção para o risco de aquisição da doença; sentimentos vivenciados após o acidente; facilidades encontradas após os acidentes; dificuldades encontradas para a prevenção do acidente; comportamentos para a prevenção de acidentes; e conhecimento do protocolo de monitoramento pós ATEFB.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados foram submetidos a operações estatísticas que permitiram visualizá-los, propor inferências e realizar interpretações.

Neste estudo, os discursos dos TS e dos GRH foram analisados, simultaneamente, com intuito de apresentar as convergências e divergências sobre ATEFB.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida à apreciação, análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná/Hospital do Trabalhador, no dia 25 de março de 2010, sob o número de protocolo CEP-SESA/HT nº 161/2010, CAAE: 0027.0.429.091-10, de acordo com o preconizado pela Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Os entrevistados foram esclarecidos quanto à finalidade do estudo e, quando de acordo em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3).

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. Os trechos das entrevistas que ilustraram os sentidos abstraídos foram codificados como: TS, referentes aos trabalhadores de saúde, e GRH referente aos gerentes de recurso de humanos, seguidos da sequência com que ocorreram as entrevistas (1, 2, 3,...).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com o intuito de atender aos objetivos propostos da pesquisa, os dados foram organizados em três itens: caracterização dos sujeitos, conhecimentos dos sujeitos quanto ao ATEFB e pressupostos do MCS. Os resultados são apresentados e discutidos concomitante, quantitativa e qualitativamente, para possibilitar a melhor análise da população estudada frente às convergências e divergências dos dados obtidos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Caracterização dos trabalhadores de saúde

Os dados referentes à caracterização dos TS foram reunidos na (TABELA 1).

TABELA 1- CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15), SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, SEXO, IDADE, ESCOLARIDADE, TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO E TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO, CURITIBA, 2011.

(continua)			
Variável	Classe	N	%
Categoria Profissional	Técnico de enfermagem	9	60,0
	Auxiliar de enfermagem	2	13,4
	Médico	1	6,6
	Classificador de resíduos	1	6,6
	Farmacêutica	1	6,6
	Atendente de farmácia	1	6,6
Total		15	100,0
Sexo	Feminino	14	93,4
	Masculino	1	6,6
Total		15	100,0
Idade (anos)	< 25	4	26,7
	25-134	7	46,7
	35-144	3	20,0
	45-155	1	6,6
Total		15	100,0
Variável	Classe	N	%
Escolaridade	Superior completo	3	20,0
	Superior incompleto	2	13,4
	Ensino médio completo	9	60,0
	Ensino fundamental	1	6,6
Total		15	100,0

TABELA 1- CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15), SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, SEXO, IDADE, ESCOLARIDADE, TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO E TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO, CURITIBA, 2011.

Variável	Classe	(conclusão)	
		N	%
Tempo de trabalho na ocupação (anos)	< 1	3	20,0
	1-5	6	40,0
	6-10	5	33,4
	26-30	1	6,6
Total		15	100,0
Tempo de trabalho na instituição (anos)	< 1	4	26,7
	1-5	4	26,7
	6-10	6	40,0
	21-25	1	6,6
Total		15	100,0

FONTE: A autora (2011).

Houve predominância dos trabalhadores de enfermagem, técnicos e auxiliares de enfermagem, totalizando 73,4% da população estudada. Os trabalhadores de enfermagem são os mais acometidos por ATEFB devido à prestação de cuidados intensivos aos pacientes, além de constituírem o maior quantitativo dos TS presentes nas instituições de saúde.

Foram observados resultados semelhantes em estudo realizado por Lima; Oliveira e Rodrigues (2011), na cidade de Pelota/RS, em que o maior número de ATEFB ocorreu entre os técnicos/auxiliares de enfermagem (57,7%), e o sexo mais acometido foi o feminino com (80,9%). Em outro estudo realizado em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, na cidade de Ribeirão Preto/SP, os profissionais mais acometidos por ATEFB foram os auxiliares de enfermagem, seguidos pelos técnicos em enfermagem e enfermeiros, totalizando 83% entre os trabalhadores de saúde (CHIODI *et al.*, 2010).

Estes estudos corroboram com os resultados encontrados nesta pesquisa, mostrando que os trabalhadores de enfermagem têm frequentemente sofrido o ATEFB, sendo necessária a implementação de medidas preventivas específicas para a categoria profissional. Percebe-se que no Brasil os trabalhadores de enfermagem representam a maior força de trabalho nas instituições de saúde e, atualmente, esta profissão é constituída por 87,24% de mulheres (COFEN, 2011).

Do total dos TS participantes desta pesquisa, as mulheres representaram a maioria (93,4%), e o predomínio do sexo feminino entre os participantes reflete o perfil da força de trabalho nas instituições de saúde. Estudos realizados por Portela; Rotenberg; Waismann (2005) e Sarquis (2007) identificaram nas profissões de

saúde intensa participação das mulheres devido às atividades desempenhadas por elas na sociedade. Além disso, a inserção das mulheres no mercado de trabalho tem como objetivo contribuir para a renda familiar, que, somada às atividades domésticas, causa um maior desgaste físico e psíquico, podendo contribuir para o risco de ATEFB.

O trabalho em saúde é caracterizado pela prestação de cuidados diretos e indiretos aos pacientes. Entre as profissões da saúde, o trabalhador de enfermagem tem seu trabalho caracterizado pelo cuidado direto ao paciente. Estudos realizados por Teixeira e Mantovani (2009) e Lunardi *et al.* (2007) mostram que os trabalhadores de enfermagem são responsáveis por 60% da assistência prestada à população. Além disso, suas atividades são desempenhadas nos cuidados diretos ao paciente para a busca da recuperação da sua saúde. No cuidado, os trabalhadores de enfermagem enfrentam situações de sofrimento relacionadas às perdas, doenças, frustrações e até à morte.

A (TABELA 1) também evidencia as faixas etárias dos os trabalhadores TS em que os sofreram ATEFB. Percebe-se maior incidência de ATEFB na faixa etária de 25 a 34 anos, seguida de < 25 anos, perfazendo um total de 73,4%, sendo a idade média dos TS era de 31 anos. A predominância de acidentes em faixa etária de jovens (22 a 34 anos) pode ser associada ao tempo de experiência, uma vez que estão em início de carreira. Segundo COFEN (2011), a faixa etária predominante entre os trabalhadores de enfermagem é de 26 a 45 anos, confirmando o resultado encontrado.

Este estudo está em concordância com os estudos de Lima, Oliveira e Rodrigues (2011), que encontraram 79,2%, para a população compreendida entre 21 a 40 anos. Em outro estudo realizado por Nwankwo e Aniebue (2011) sobre acidentes com perfurocortantes e exposição a sangue entre residentes de cirurgia, realizado em Enugu/Nigéria, a faixa etária predominante entre os 184 participantes foi de 25 a 34 anos com 124 (84%), com idade média de 31 anos. Estes números podem estar relacionados à inabilidade na manipulação de materiais perfurocortantes devido à inexperiência profissional, conforme apontado no estudo.

Outro dado relevante observado na (TABELA 1) é o nível de formação, no qual 60,0% possuíam o ensino médio completo. O estudo realizado por Sailer (2004) confirma este estudo, pois entre os 41 trabalhadores de enfermagem entrevistados, identificou-se predominância do ensino médio completo com 31,7%, seguido do

ensino superior completo com 19,2%, 19,5% com ensino superior incompleto, 12,2% com ensino médio incompleto e 7,3% com ensino fundamental completo. Estes resultados reforçam a necessidade de todos os TS deverem estar inseridos em programas de educação continuada, a fim de adotarem as medidas de prevenção para os ATEFB.

O tempo médio de trabalho na ocupação variou de 1 mês a 26 anos, com média de 6 anos. Em relação ao tempo de trabalho na instituição, ele variou de 1 mês a 23 anos, com média de 5 anos, sendo que 93,3% (14) do total de trabalhadores atua na instituição há menos de 10 anos. Estes resultados sugerem que quanto menor tempo de trabalho na instituição e de ocupação, maiores são as chances de ocorrência de ATEFB, devido à inexperiência profissional e à menor adaptação no processo de trabalho imposto pelas instituições de saúde, entretanto, são necessárias novas pesquisas para comprovação desse pressuposto.

Em outro estudo, foram evidenciados resultados semelhantes, os ATEFB ocorrendo aproximadamente após 5 anos do início da atividade laboral, podendo variar de 1 a 6 anos. Além disso, quanto maior tempo de atuação no serviço de saúde, maior a adaptação do trabalhador no desempenho de sua função, o que gera menor taxa de adesão às precauções padrão, que são de extrema importância para a prevenção dos ATEFB (OLIVEIRA; DIAZ; TOLEDO, 2010). Ressalta-se que a organização do processo de trabalho, muitas vezes, é imposta ao trabalhador de saúde, que tem que se adaptar às rotinas e atividades já constituídas, não podendo modificar suas próprias atividades de trabalho.

Os resultados relativos ao local de atuação profissional dos TS acidentados estão apresentados na (TABELA 2).

TABELA 2- CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15), SEGUNDO LOCAL DE TRABALHO, CURITIBA, 2011

Local de trabalho	Setor de trabalho	N	%
Hospital	Unidades de Terapia Intensiva	2	13,4
	Unidades de Internação	2	13,4
	Unidades de Emergência e Urgência	1	6,6
	Centro Cirúrgico	1	6,6
	Unidade de Preparo e Aplicação de Medicamentos Hospitalar	1	6,6
Laboratório	Unidade de Coleta de Sangue	2	13,4
Farmácia	Drogaria, Medicamentos e Dispensação	2	13,4
Ambulatório	Ambulatório	1	6,6
Atendimento Pré- Hospitalar	Domicílio	1	6,6
Usina de Reciclagem	Unidade separação de material reciclável	1	6,6
Unidade de Pré-Atendimento de Urgência	Unidade de Internação	1	6,6
Total		15	100,0

FONTE: A autora (2011)

Em relação ao local de trabalho, a maioria das unidades apresentadas, 46,7%, refere-se a hospital, s onde o cuidado é realizado nas 24 horas, demandando maior realização de procedimentos invasivos e a continuidade na assistência. Outros estudos apresentam resultados semelhantes, como o realizado por Chiodi *et al.* (2010), com 153 casos de ATEFB, em que o local de maior ocorrência de ATEFB foi o hospitalar, com 20,9% dos acidentes registrados, e os outros acidentes ocorreram nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto/ São Paulo. No ambiente hospitalar, muitas vezes os TS adoecem devido à falta de preocupação das instituições de saúde com a manutenção da sua capacidade laborativa, sua proteção e com a manutenção da saúde (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011).

Os dados apresentados na (TABELA 2) mostram que os ATEFB ocorreram em maior número em Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Internação. Este resultado está em concordância com estudo realizado pelo *National Surveillance System for Health Care Workers* (NaSH), realizado nos Estados Unidos, entre junho de 1995 a dezembro de 2003, com 23140 notificações de ATEFB, sendo que 39% ocorreram nas Unidades de Internação, entre elas, as enfermarias clínicas e cirúrgicas com 20%, a Unidade de Terapia Intensiva com 13% e outras com 6% (CDC, 2007).

Desta forma, os dados indicam a necessidade de implementar as políticas de saúde aos TS existentes no Brasil para proteger e manter sua segurança e sua saúde. As instituições de saúde devem cumprir as legislações vigentes que visam à promoção da saúde dos trabalhadores, entre essas legislações, a Portaria nº 1748 do MTE, em que o empregador deve elaborar e implantar um plano de prevenção de riscos de ATEFB. Um dos itens deste plano é a educação em serviço dos

trabalhadores para a prevenção dos ATEFB, devendo essa educação ser comprovada por meio de registro (BRASIL, 2011). Os resultados desta pesquisa mostram a necessidade de implantar programas de educação em serviço direcionadas, principalmente, aos TS que realizam atividades em unidades de internação hospitalar, visto estarem mais expostos aos ATEFB.

Caracterização dos gerentes de recursos humanos

Os dados referentes à caracterização dos gerentes de recursos humanos estão reunidos na (TABELA 3).

TABELA 3- CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS (N=8), SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, SEXO, IDADE, ESCOLARIDADE, TEMPO DE TRABALHO NA OCUPAÇÃO E TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO, CURITIBA, 2011.

Variável	Classe	N	%
Categoria Profissional	Psicólogo	3	37,5
	Contador	2	25,0
	Fisioterapeuta	1	12,5
	Administrador	1	12,5
	Engenheiro de Segurança do Trabalho	1	12,5
Total		8	100,0
Sexo	Feminino	5	62,5
	Masculino	3	37,5
Total		8	100,0
Idade (anos)	25-34	2	25,0
	35-44	2	25,0
	45-55	4	50,0
Total		8	100,0
Escolaridade	Superior completo	8	100,0
Total		8	100,0
Tempo de trabalho na ocupação (anos)	< 1 ano	1	12,5
	1- 5	1	12,5
	6- 10	2	25,0
	11- 15	1	12,5
	21- 25	3	37,5
	Total		8
Tempo de trabalho na instituição (anos)	< 1 ano	1	12,5
	1- 5	3	37,5
	6- 10	1	12,5
	21- 25	2	25,0
	26- 30	1	12,5
	Total		8
Local de trabalho	Hospital privado filantrópico	4	50,0
	Grupo de serviços de saúde	2	25,0
	Hospital privado	1	12,5
	Hospital público	1	12,5
Total		8	100,0

FONTE: A autora (2011).

Do total dos GRH, as mulheres representaram a maioria, o que pode ser entendido por esta atividade estar relacionada à área da saúde. Outro fator importante é a diversidade de profissões entre os gerentes, ressaltando não haver formação graduada específica para esta função.

A média de idade dos GRH foi de 41 anos e 6 meses, com predominância na faixa etária de 45 a 55 anos. Em relação ao tempo de trabalho na ocupação, a média foi de 12 anos, sendo que 3 (37,5%) do total atua na ocupação entre 21 a 25 anos, podendo ser associada ao fato de ocuparem cargos de chefia, o que muitas vezes exige uma maior experiência profissional. Em relação ao tempo de trabalho na instituição, obteve-se uma média de 11 anos, porém houve predomínio entre 1 a 5 anos, o que mostra uma rotatividade dos GRH, o que pode causar prejuízos na construção de uma política de recursos humanos na saúde, uma vez que não há continuidade nas ações. Com relação ao local de trabalho, houve predominância dos hospitais privados e filantrópicos. Após revisão de literatura, este estudo localiza a inexistência de artigos científicos sobre GRH em instituições de saúde, o que limitou a discussão nesta pesquisa.

5.2 CONHECIMENTOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA A RESPEITO DO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS

Um dos objetivos deste estudo foi identificar o conhecimento sobre as causas e consequências dos ATEFB e sobre o protocolo de monitoramento pós-acidente entre TS e GRH. Neste sentido, tornou-se necessário analisar a compreensão, tanto dos TS quanto dos GRH, a respeito das doenças causadas por ATEFB, a fim de que estes trabalhadores possam desenvolver comportamentos preventivos, tendo sido utilizado o MCS para nortear a análise dos dados.

A seguir, será apresentado o conhecimento dos TS e GRH a respeito das medidas preventivas e protocolo de monitoramento pós ATEFB.

Conhecimentos dos trabalhadores de saúde acerca das doenças ocupacionais preveníveis por meio da vacinação

A maioria dos TS deste estudo, 86,7%, ao serem questionados a respeito do conhecimento do esquema vacinal, responderam que tinham conhecimento acerca da necessidade de começar o esquema vacinal antes de iniciar sua atividade de trabalho e apenas 13,3% a desconheciam.

De acordo com a NR 32, os TS devem receber, gratuitamente, por meio de um programa de imunização, as vacinas contra HBV, difteria e tétano e, dependendo da atividade de trabalho exercida, podem receber outras vacinas, que deverão estar inseridas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Deste modo, legalmente é necessário que o empregador registre o esquema vacinal realizado no prontuário clínico individual do trabalhador e forneça o comprovante das vacinas recebidas (BRASIL, 2007).

Os TS constituem um grupo de risco para adquirir doenças após ATEFB, entretanto, existem profilaxias pré e pós-acidente. Para o HBV, o esquema vacinal é considerado seguro, eficiente e de custo efetivo. No Brasil, a vacina contra HBV começou a ser fornecida à população, gratuitamente, a partir de 1998; inicialmente para criança e adolescentes até 19 anos e aos TS (OLIVEIRA; PONTES, 2010). Atualmente, o Programa Nacional de Imunização (PNI) tem por objetivo vacinar os recém-natos, adolescentes menores de 20 anos, os trabalhadores vulneráveis como os TS, bombeiros, policiais militares, civis e rodoviários envolvidos em situações de emergência, carcereiros, profissionais do sexo, coletadores de lixo hospitalar e domiciliar, manicure, pedicure e outras populações vulneráveis (BRASIL, 2009).

No entanto, cabe ressaltar que após o ATEFB há recomendação de profilaxia adicional com administração de imunoglobulina contra HBV quando houver falhas no calendário vacinal de rotina, como doses incompletas ou ausência de vacinação. Estes casos são considerados de urgência, devendo ser administrada a imunoglobulina preferencialmente nas primeiras 24 horas, ou em até 7 dias pós-acidente após o ATEFB (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006; GOMES *et al.*, 2007).

Com relação ao tipo de vacina que deveriam receber, 10 (66,6%) parcialmente conhecem, 3 (20,0%) conhecem e 2 (13,4%) não responderam. As

falas a seguir apontam o conhecimento destes trabalhadores sobre o esquema vacinal recomendado:

“Sim, a gente revisa a de hepatite” (TS1)

“Vou falar a verdade! Pelo menos na rede pública, não! Quando trabalhei em um hospital privado, a gente precisou tomar imunização. Eu fiz por conta própria, por consciência minha, mas a rede precisa dizer vamos ver seu esquema vacinal, vamos fazer tal vacina não, eu fiz o esquema, comecei o esquema da hepatite B e a DT, a dupla bacteriana” (TS9)

Também foram questionados a respeito de quais doenças são preveníveis por meio de esquema vacinal e as vacinas necessárias frente a ATEFB, sendo que a maioria, 80,0%, conhece parcialmente, 13,4% desconhecem e 6,6% conhecem. Algumas respostas foram descritas a seguir.

“Hepatite, difteria” (TS6)

“Hepatite, eu fiz uma vacina para HIV” (TS9)

Nota-se que o TS 9 relata ter feito uma vacina contra HIV, tendo feito a Imunoglobulina Humana contra Hepatite B (IGHAHB), conforme observado no seu esquema vacinal. Este achado nos remete à importância dos empregadores orientarem e exigirem a vacinação dos TS, cujo objetivo deve ser prevenir as doenças causadas por ATEFB e garantir uma melhor qualidade de vida e saúde aos trabalhadores.

Ao ser questionado sobre o número de doses necessárias para cada tipo de vacina os resultados foram: 10 (66,6%) conhecem parcialmente, 2 (13,4%) conhecem, 2 (13,4%) não desconhecem. Observa-se nas falas a seguir:

“Se não terminou o esquema, tem que começar tudo de novo, três doses para hepatite B e tétano, e uma dose de reforço” (TS3)

“Eu só fiz um reforço para hepatite” (TS8)

Evidencia-se que o conhecimento sobre o número de doses das vacinas que deveriam ser tomadas é pequeno, mesmo que a maioria dos entrevistados tenha formação na área da saúde e em algum momento tenha tido esta temática

ministrada em seus cursos profissionalizantes, contudo o esquema vacinal muda, assim como as vacinas há necessidade de atualização.

Este conhecimento é preocupante e destaca a necessidade de realização de campanhas de imunização e de educação em serviço. Estudo recente concretizado por Lima; Oliveira e Rodrigues (2011), refere que 88,3% dos TS que sofreram ATEFB realizaram o esquema completo contra o HBV. Porém, 22,6% não apresentavam marcador de imunidade contra o HBV, ou seja, 34,3% dos TS pesquisados não estavam protegidos contra o HBV. A vacinação é uma das principais medidas de prevenção contra o HBV e deve ser indicada a todos os TS antes do exercício da atividade laboral. Sua eficácia é de 95% a 99% dos casos. A dosagem indicada é de 10 a 20mcg/ml, no esquema de três doses, exclusivamente no músculo deltoide, sendo realizada no momento zero, e depois em 30 dias e 180 dias (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006; GOMES *et al.*, 2007). Após o término do esquema vacinal, é indicado aos TS realizar o exame sorológico para a detecção de anticorpos protetores entre um a três meses, pois com o tempo os títulos de anticorpos podem cair e até se tornar indetectáveis; porém, os TS continuam protegidos contra o HBV, não sendo necessária a realização de reforço (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

Entretanto, alguns trabalhadores podem não responder a esquema vacinal completo, não atingindo níveis de protetores de anticorpos ideais (Anti-HBs<10UI/L), devendo receber outro esquema vacinal e após 30 dias realizar novo teste para estes níveis de anticorpos. Caso permaneçam sem resposta vacinal, nos ATEFB ou em outros tipos de exposição ao HBV, os TS deverão receber a IGHAHB, o mais breve possível, preferencialmente nas primeiras 24 horas, ou em até 7 dias pós-acidente (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006; GOMES *et al.*, 2007). Neste sentido, é necessário que os TS conheçam o número de doses para sua imunização e realizem exame para conhecer sua imunidade contra o HBV.

No que diz respeito ao esquema vacinal contra o tétano e a difteria, os TS, ao serem admitidos ao trabalho, devem ter avaliado seu estado vacinal pelas instituições de saúde. Caso o registro de vacinação esteja completo, deverá ser administrado somente um reforço a cada 10 anos. Segundo Gomes *et al.* (2007), caso o esquema vacinal esteja incompleto, ou não se tenha o registro, faz-se necessário completar ou iniciar o esquema de vacinação e realizar reforço a cada 10 anos.

Desta forma, para que os TS sejam incentivados a realizar a vacinação contra HBV, tétano e difteria, são necessários que reconheçam os riscos aos quais estão expostos, e o empregador deve capacitá-los quanto à importância de realizar a vacinação e mantê-la atualizada. Assim, os TS poderão reconhecer o risco e compreender a importância da prevenção vacinal, legalmente recomendada. Outro fator relevante é a educação continuada sobre quais vacinas e quantas doses o TS deverá receber; informação que pode ser reforçada com a divulgação continuada, como, por exemplo, cartazes e outras formas de comunicação em massa.

Conhecimentos dos gerentes de recursos humanos a respeito das doenças preveníveis por meio da vacinação

Os GRH deste estudo também foram questionados acerca do esquema vacinal recomendado. A totalidade dos participantes respondeu que tinham conhecimento da necessidade de começar um esquema vacinal antes de iniciar sua atividade de trabalho. Com relação ao tipo de vacina que deveriam receber, 4 (50,0%) conhecem e 4 (50,0%) conhecem parcialmente. Foram realizados os seguintes questionamentos para GRH: **Para começar a trabalhar você precisa tomar algum tipo de vacina? Quais vacinas?** Tais respostas são evidenciadas a seguir:

“Obrigatório, Hepatite e DT” (GRH2)

“Sim, hepatite, gripe e tétano” (GRH3)

“Sim, difteria, hepatite b e tétano, conforme NR 32” (GRH 8)

Também foram questionados sobre **quais doenças são preveníveis por meio de esquema vacinal frente aos ATEFB**, sendo que 7 (87,5%) conheciam parcialmente e apenas 1 (12,5%) conhecia. Algumas respostas são descritas a seguir:

“Existe um injeção para suspeita de HIV, hepatite também” (GRH1).

“Tuberculose, hepatite, as que a gente toma, não são desnecessárias, fazemos a hepatite” (GRH4).

“Acho que Hepatite” (GRH5).

Nota-se que o conhecimento dos GRH a respeito da necessidade de vacinação para a prevenção de doenças relacionadas às atividades de trabalho no setor da saúde é correto, quando a pergunta é sobre si próprio. Todavia, ao analisarmos as respostas obtidas, percebe-se que os GRH desconhecem as doenças preveníveis por meio do esquema vacinal frente aos ATEFB, o que pode comprometer a saúde dos trabalhadores sob sua gerência.

Ao serem questionados os participantes a respeito da quantidade de doses necessárias para cada tipo de vacina, 6 (75,0%) tinham o conhecimento parcial e 2 (25,0%) conheciam. Isso pode ser observado a seguir:

“Uma a cada 10 anos para tétano” (GRH1).

“Três doses, a pessoa que nunca tomou esta vacina, ela inicia o processo e o SESMT acompanha. Se tem um número elevado de pessoas para tomar duas ou três doses, a gente faz a campanha de vacinação aqui no hospital mesmo” (GRH2)

“Uma dose de tétano, vai fazer exame para fazer hepatite” (GRH4)

Percebe-se o desconhecimento quanto ao número de doses, porém observa-se a preocupação em se realizar o esquema vacinal naqueles que não haviam iniciado e de realizar o exame de anti-hepatites para comprovar a imunização contra o HBV.

Os GRH são responsáveis por TS e lhes cabe assegurar que recebam, gratuitamente, as vacinas contra tétano, difteria e hepatite B e outros agentes biológicos, aos quais podem estar expostos em seu ambiente de trabalho. Compete ao GRH, em parceria com a equipe de saúde ocupacional, entre eles o enfermeiro do trabalho, garantir o fornecimento de vacinas aos TS, realizar o controle da eficácia desta vacinação, assegurar o direito à informação sobre as vantagens, os efeitos colaterais e os riscos aos quais estão expostos em caso de falta ou recusa da vacinação (BRASIL, 2007). Nesses casos, os TS que não querem receber as vacinações deverão assinar um termo de responsabilidade para que as instituições de saúde não sejam responsabilizadas em caso de doenças ocasionadas pelos ATEFB.

Conhecimento dos trabalhadores de saúde acerca do protocolo de monitoramento dos acidentes de trabalho com exposição a fluidos biológicos

Verificou-se, em relação ao protocolo de atendimento e de monitoramento pós-ATEFB, que a maioria 11 (73,3%) desconhece e 4 (26,7%) conhecem parcialmente. A seguir, algumas falas:

“Sei bem pouca coisa” (TS5)

“Sei que vou ter que fazer o acompanhamento, mas por quanto tempo não sei” (TS12)

“Sei alguma coisa, passaram instruções” (TS14)

Com relação à participação em algum curso sobre ATEFB, a maioria 10 (66,7%) referiu não ter participado e 5 (33,3%) haviam participado. Tais situações observadas a seguir:

“Não, sempre tive vontade, mas não, não oferecem para a gente” (TS9)

“Não, teve um treinamento sobre bactérias e micobactérias, mas não tem nada a ver” (TS10)

Ao analisar os dados encontrados, percebe-se que a maioria dos entrevistados desconhece o protocolo de monitoramento de ATEFB proposto pelo MS ou outro órgão. Além disso, a maioria refere não ter realizado treinamento ou capacitação para prevenção dos ATEFB.

Atualmente, existem protocolos nacionais e internacionais que subsidiam as condutas pós-ATEFB. O MS preconiza a sistematização do atendimento nos três níveis de complexidade, padronizando os critérios diagnósticos, as condutas, as medidas preventivas e a notificação do acidente. Também recomenda os procedimentos pós-ATEFB, como cuidados locais com a área exposta, recomendações com a vacinação, condutas com a quimioprofilaxia, quando necessária, e o acompanhamento sorológico para HBV, HCV e HIV (BRASIL, 2006). O protocolo Norte-Americano do CDC contempla os riscos, aos quais os trabalhadores de saúde estão expostos nos acidentes, o custo, a epidemiologia e as

estratégias de prevenção. Além disso, apresenta como organizar e implementar um programa de prevenção de ATEFB nos serviços de saúde (CDC, 2007).

Nos estudos de Damasceno *et al.* (2006) e Malaguti *et al.* (2008), foi identificada a necessidade de realização de programas de educação em serviço para a transformação do processo de trabalho por meio de ações individuais e eficazes no cotidiano das equipes de saúde, com intuito de estimular a adesão às práticas de prevenção de ATEFB, como a adoção das precauções padrão. Os TS ao serem questionados sobre quem ministrou o curso sobre ATEFB, tais respostas são evidenciadas a seguir:

“Sim, com a Enfermeira do SESMT” (TS2)

“Já, com várias Enfermeiras do hospital mesmo” (TS6)

O enfermeiro é um dos responsáveis pela educação em serviço nas instituições de saúde. Ressalta-se a importância da participação deste profissional na formulação da estruturação educativa nas instituições de saúde, sendo capaz de instrumentalizar os TS para um comportamento preventivo na prática profissional.

As atividades de educação permanente continuada podem seguir diversas estratégias de ensino. Em estudo realizado em Goiânia, a estratégia adotada foi problematizar as situações cotidianas vivenciadas por TS nos ATEFB, discutir as causas da sua ocorrência com o objetivo de conscientizar a respeito do risco, propiciando aos trabalhadores identificar os desafios pessoais, o processo de organização do trabalho e assistência ao paciente. Ressalta-se que neste processo educativo sejam também incluídos os gestores de serviço, entre eles os GRH, para que contribuam para um ambiente de trabalho mais seguro (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Acreditamos que é papel do enfermeiro realizar educação em serviço, principalmente para prevenção dos ATEFB como para orientação sobre as condutas pós-acidente. Além disso, identificamos neste estudo que os TS têm interesse em participar de cursos referentes a esta temática. Por isso, afirmamos que a educação em serviço pode ser uma medida estratégica para reduzir o número de ATEFB, a subnotificação e o abandono do monitoramento pós-acidente.

Conhecimento do protocolo de monitoramento dos acidentes de trabalho com exposição a fluidos biológicos sob a ótica dos gerentes de recursos humanos

Os GRH foram questionados se conheciam o protocolo de monitoramento pós-acidente do Ministério da Saúde ou outro órgão: a maioria 6 (75%) desconhecia e (25%) conheciam, o que pode ser apreendido nas falas:

“Se faz o monitoramento por um período e caso o funcionário seja desligado, encaminha um telegrama” (GRH1).

“Formalmente não” (GRH2)

“Não. Já vi, o SESMT já mostrou, mas o conhecimento não acompanho” (GRH5)

A participação em algum curso sobre ATEFB foi registrada em 4 (50%) dos entrevistados. Algumas falas extraídas a seguir:

“Curso não, só treinamentos internos pelo SESMT. O último foi mês passado na SIPAT” (GRH2)

“Sim, com o enfermeiro do trabalho, há 3 meses”(GRH6)

“Sim, dou aula sobre isso, risco biológico, há 10 anos” (GRH 8)

Ao avaliar os dados encontrados, percebe-se que a maioria dos GRH desconhece o protocolo de monitoramento de ATEFB proposto pelo MS ou outro órgão, o que indica que os TS não foram monitorados após ATEFB. Além disso, pelos depoimentos, evidenciou-se que os GRH se apropriam deste conhecimento quando necessário, como nos casos em que há ações trabalhistas provenientes de falhas no acompanhamento sorológico. Entretanto, 50% dos entrevistados já participaram de algum tipo de treinamento ou capacitação para a prevenção dos ATEFB, o que, contudo, não parece ter resultado em conhecimento.

A (FIGURA 2) mostra as convergências e divergências do conhecimento de sujeitos da pesquisa a respeito dos ATEFB.

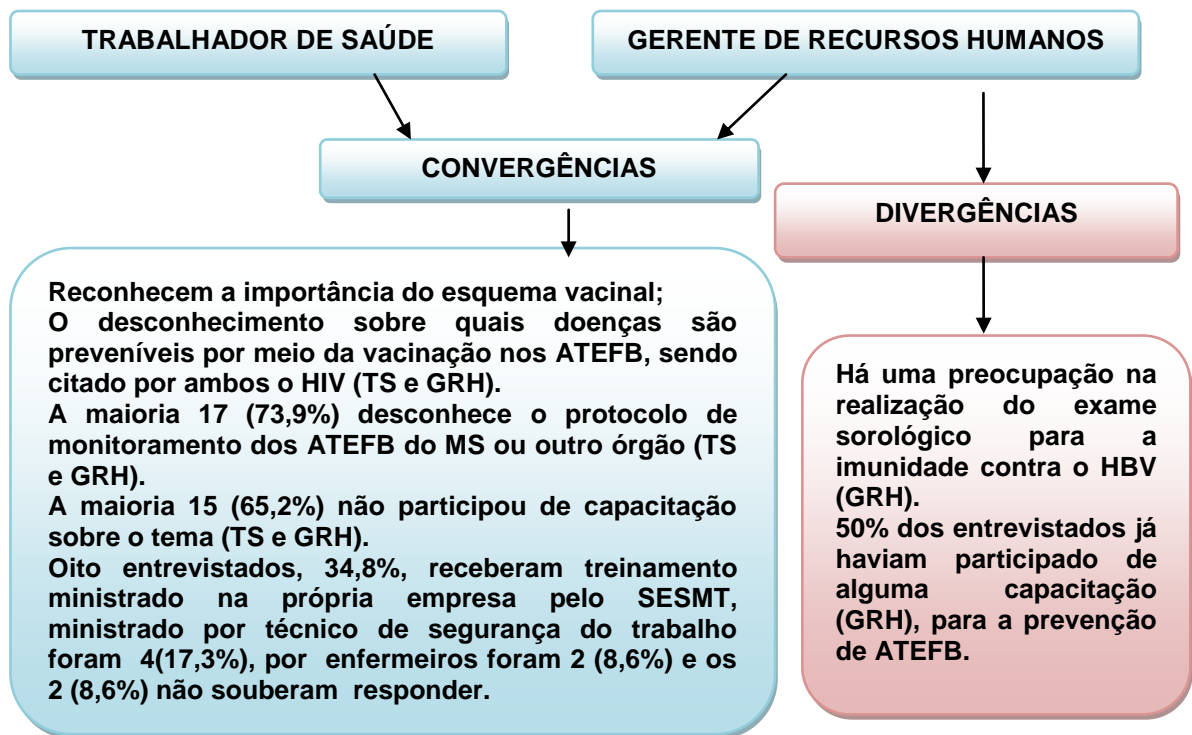


FIGURA 2- CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS SOBRE O CONHECIMENTO DOS SUJEITOS DA PESQUISA A RESPEITO DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS, CURITIBA, 2011.

FONTE: A autora (2011)

5.3 PRESSUPOSTOS DAS CRENÇAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE E GERENTES DE RECURSOS HUMANOS QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS

As crenças dos TS foram caracterizadas segundo o MCS proposto por Rosenstock (1974a, 1974b; 1990), denominadas de categorias. As respostas foram agrupadas respectivamente em seis unidades temáticas (QUADRO 1).

QUADRO 1 – CATEGORIAS E RESPECTIVAS UNIDADES TEMÁTICAS, ANALISADAS SEGUNDO O MCS NOS DISCURSOS DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, 2011.

Categorias	Unidades temáticas
<i>I. Suscetibilidade percebida</i>	I. Percepção do risco de aquisição de doenças
<i>II. Severidade percebida</i>	II. Sentimentos vivenciados pós acidente
<i>III. Benefícios percebidos</i>	III. Facilidades encontradas para a prevenção e pós- acidente
<i>IV. Barreiras percebidas</i>	IV. Dificuldades encontradas para a prevenção e pós- acidente
<i>V. Conceito de eficácia pessoal</i>	V. Comportamentos para a prevenção de acidentes
<i>VI. Estímulos a ação</i>	VI. Responsabilidades das instituições de saúde

FONTE: A autora (2011)

Categoria I- Suscetibilidade percebida pelos trabalhadores de saúde
Unidade Temática I- Percepção do risco de aquisição de doenças

A *suscetibilidade percebida* está definida neste estudo como o comportamento do indivíduo frente à ameaça de contrair uma doença, podendo ser apresentada em três estágios: negação da possibilidade de adquirir uma doença⁽¹⁾; crença de que existe uma possibilidade⁽²⁾, porém pouco provável; crença de adquirir a doença⁽³⁾ (ROSENSTOCK, 1974a).

Para identificar a percepção do risco, os TS foram questionados em relação à crença de ser possível adquirir alguma infecção ou doença após ATEFB. Dos 15 entrevistados, 14 (94,4%) acreditam ser possível, conforme as falas a seguir:

“Acredito que não” (TS3)

“Sim, no acidente, é o que ocorre na prática. Mas já imagino no olho a secreção” (TS5)

“Acredito, porque você não sabe de onde vem e que pessoa usou aquela agulha”(TS11)

“Sim, porque a gente está exposta ao risco. em nossa profissão corre risco a gente e acha que nunca acontece, mas um pequeno descuido, um segundo, foi o que bastou para acontecer ” (TS15)

A percepção da suscetibilidade pelos TS também foi encontrada em outros depoimentos apresentados a seguir:

“Com perfuro, às vezes, a gente está atendendo um paciente, não está bem prevenido, está sem máscara, está sem óculos, e aí, a secreção voa tanto na boca como foi o meu caso, como nos olhos. Às vezes eu estou mexendo com o paciente, estou sem luva, tirei a cutícula vou lá mexo no paciente HIV, não tem problema vou puncionar lá vaza sangue acabo me contaminando. A gente usa corretamente EPI e o colega que colabore, não esqueça uma agulha em cima da cama, até mesmo um médico. Porque isso acontece muito a gente vai arrumar o paciente, de repente, fura o dedo e sai com a agulha pendurada” (TS1)

“HIV, algumas hepatites. Tive uma amiga na unidade de urgência e emergência, nós fomos dar um banho em um paciente no SAV, atendemos um paciente com muitas escaras e ela teve contato ocular por Acinetobacter ” (TS9)

Nestas falas, identifica-se que os TS reconhecem o risco de adquirir HIV e/ou hepatites e outros microrganismos infecciosos, e demonstram conhecimento da forma de contágio pós ATEFB.

Estudo realizado por Sailer e Marziale (2007), com características semelhantes à presente pesquisa, objetivou analisar as crenças que auxiliam a optar pela quimioprofilaxia, e teve como resultado em relação à suscetibilidade percebida que os trabalhadores de enfermagem se sentem expostos ao risco de contrair alguma doença. Esses resultados convergem com os encontrados por Malaguti *et al.* (2008) ao realizar estudo com 87 enfermeiros, sendo que 70 (81%) deles se consideravam suscetíveis ao HIV, HBV e HCV pós-ATEFB. Além de se perceberem suscetíveis às doenças, também acreditam que a doença pode lhes trazer danos à saúde, como o desenvolvimento de uma doença crônica, ou até a morte, o que vem ao encontro a estes resultados.

Resultados semelhantes foram obtidos no estudo realizado em um hospital geral da região centro-oeste com 15 profissionais de enfermagem, no qual se constatou a suscetibilidade às doenças por meio do conhecimento dos riscos a que os trabalhadores estão expostos em seu ambiente de trabalho (NEVES *et al.*, 2010). Neste estudo, foi possível identificar que os TS se sentem suscetíveis ao ATEFB por identificarem as doenças e os riscos para sua aquisição, além das consequências que podem causar.

Categoria I- Suscetibilidade percebida pelos gerentes de recursos humanos

Unidade Temática I- Percepção para o risco de aquisição de doenças

Para identificar a percepção do risco os GRH, foram questionados acerca da possibilidade de adquirir alguma infecção ou doença após ATEFB. Todos os entrevistados acreditam ser possível adquirir alguma doença, apontando esta possibilidade nas falas:

“Sim, se não tiver protegido ou imune pode acontecer” (GRH2)

“Sim, por falta de cuidado fica mais ampliada, através da mucosa ocular, perfuro, no próprio descarte” (GRH3)

“Sim, se o paciente for fonte, tiver alguma doença” (GRH5)

“Sim, vou dizer pela minha experiência com ações trabalhistas dentro daquele protocolo, eu vi que Hepatite entra em corrente sanguínea, e o HIV, apesar de o risco ser baixo” (GRH7)

Ao analisar as falas, foi possível perceber que os GRH reconhecem o risco aos quais os TS estão expostos. Nos relatos, são identificadas as infecções e as doenças: 7 (87,5%) reconhecem o risco para aquisição do HIV, 5 (62,5%) para hepatites, 3 (37,5%) para hepatite B, 2 (25%) para hepatite C e 1 (12,5%) reconhece o risco de adquirir meningite, tétano, gripe e zoonoses.

Desta forma, pode-se afirmar que os GRH acreditam que os TS, quando expostos, podem adquirir infecções ou doenças relacionadas ao ATEFB, e com isso se sentem sensibilizados para promoção da prevenção deste agravo. Ressalta-se que um dos gerentes citou sua experiência em ações trabalhistas devido aos ATEFB. Os GRH, ao identificarem o risco ao qual estão expostos os TS, devem implementar medidas preventivas para ATEFB e, por conseguinte, contribuir para reduzir a suscetibilidade a que os TS estão expostos.

A (FIGURA 3) mostra as convergências da percepção da suscetibilidade por sujeitos desta pesquisa quanto ao ATEFB: percepção do risco para a aquisição de doenças.

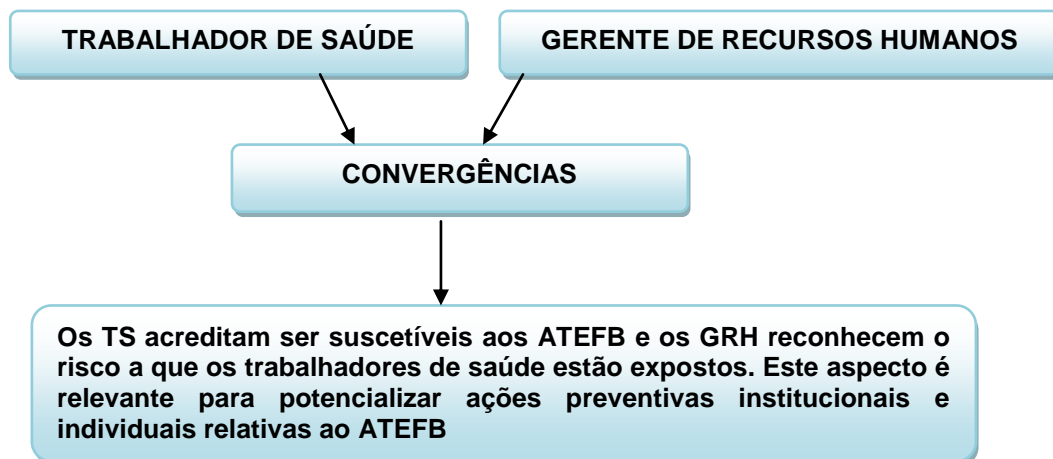


FIGURA 3- CONVERGÊNCIAS DA PERCEPÇÃO DA SUSCETIBILIDADE PELOS SUJEITOS DE PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: PERCEPÇÃO DO RISCO PARA A AQUISIÇÃO DE DOENÇAS, CURITIBA, 2011.
FONTE: A autora (2011)

Categoria II- Severidade Percebida pelos trabalhadores de saúde;
Unidade Temática II- Sentimentos vivenciados após o acidente

A *severidade percebida*, segundo Rosenstock (1974a), é traduzida sobre como o indivíduo visualiza a manifestação da doença mediante os sinais e sintomas como dor, desconforto, incapacidade laborativa ou até a morte. Esta percepção pode interferir em seu convívio social e familiar e, por muitas vezes, é representada por expressões de medo ou ansiedade.

Ao investigar as consequências que os ATEFB podem acarretar para os TS e para as instituições de saúde, percebe-se que os trabalhadores reconhecem que elas podem ser relevantes:

“Se eu me contaminar com uma hepatite, se eu me contaminar com um HIV, penso muito no HIV, porque o paciente com quem eu me contaminei era HIV. A gente fica muito preocupada por muito tempo” (TS1)

“Eu acredito também que para eles [instituição de saúde] seria um problema; eles são responsáveis pelo que aconteceu comigo, principalmente a chefia do setor e o hospital em geral” (TS6)

“Eu me deprimi, fiquei preocupada, até saber os resultados” (TS9)
 “Comprometimento da minha carreira profissional, eu posso até não poder mais trabalhar” (TS15)

“Eles [instituição de saúde] consideraram isso gravíssimo, assinei advertência por ter avisado só no outro dia. É uma coisa que deve ser tratada com muita seriedade, eles têm uma precaução bem grande” (TS15)

Foi possível perceber a preocupação em transmitir a doença, de não poder exercer a atividade laboral. Há uma preocupação muito significativa com a responsabilidade da instituição de saúde e da chefia, pois o trabalhador de saúde compreende que a ocorrência do ATEFB é muito grave, sendo expressa pela advertência. O principal sentimento foi o medo revelado por TS e está diretamente relacionado à incerteza do exercício profissional e à qualidade de vida após possível contaminação ocupacional.

Na fala do TS15, percebe-se que ao não comunicar às instituições de saúde seu ATEFB, ele foi advertido. Entretanto, esta medida pode gerar um temor nos outros TS, contribuindo para que não comuniquem o acidente pelo risco da punição.

Um dos estudos realizados por Sarquis e Felli (2009) mostra que os sentimentos vivenciados após o ATEFB são o medo, a insegurança e a culpa, que

não só acometem os TS, mas seus familiares e outras pessoas de seu convívio. A preocupação dos TS em transmitir o HIV, HBV e HCV para seus familiares compromete o convívio social e a dinâmica familiar, trazendo incerteza e preocupação como consequências do acidente. Além disso, estes sentimentos são gerados pela organização do trabalho, causando sofrimento mental aos trabalhadores.

Resultados semelhantes foram obtidos por Neves *et al.* (2011), mostrando que as preocupações dos trabalhadores de enfermagem entrevistados estão relacionadas com o risco de se adquirir uma doença e, como consequência, interferir nas relações familiares e sociais, causando problemas pessoais e psicológicos em decorrência do ATEFB.

Outro estudo desenvolvido com 382 trabalhadores de saúde em uma instituição especializada em emergência em Goiânia apontou que a experiência pós-acidente provocou sentimentos diversos entre os TS e que para cada um deles a vivência do acidente parte de conhecimentos anteriores, com conceitos e valores diferenciados (DAMASCENO *et al.*, 2006).

Categoria II- Severidade Percebida pelos gerentes de recursos humanos

Unidade Temática II- Sentimentos vivenciados após o acidente

O questionamento utilizado para identificar os sentimentos vivenciados pelos GRH foram relativos às consequências do ATEFB para o trabalhador e para a instituição. Os dados foram agrupados na (TABELA 4).

TABELA 4 – SENTIMENTOS VIVENCIADOS APÓS O ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS COM TRABALHADORES DE SAÚDE SOB A ÓTICA DOS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS, CURITIBA; 2011.

Sentimentos vivenciados após o acidente*		N	%
Trabalhadores de saúde	Abalo emocional e psicológico	5	26,3
	Risco de contaminação ou infecção	4	21,0
	Afastamento do trabalhador	2	10,5
Instituição de saúde	Responsabilidade trabalhista, civil e previdenciária	5	26,3
	Necessidade de acompanhar o trabalhador	1	5,3
	Desmotivação da equipe	1	5,3
	Falha da instituição	1	5,3
Total		19	100

*Houve mais de uma resposta por gerente de recursos humanos.

FONTE: A autora (2011).

Pela (TABELA 4) possível perceber que os GRH vivenciam junto aos TS a percepção da severidade do ATEFB. Eles acreditam que para a instituição a

severidade percebida seja o acompanhamento dos TS e que a empresa deverá arcar com os processos trabalhistas decorrentes de ATEFB, como as questões previdenciárias previstas no caso de afastamento do trabalho dos trabalhadores de saúde, o aumento de encargos, provavelmente, decorrentes do fator previdenciário, além da responsabilidade civil caso algum trabalhador venha a desenvolver uma patologia relacionada ao ATEFB, conforme descrito nas falas a seguir:

“Adquirir uma patologia viral” (GRH 8)

“Ruim, o acidente prejudica a saúde, tem que olhar com cuidado” (GRH7)

“Problema psicológico, depressão” (GRH6)

“Funcionário não produz bem, afastamento do trabalho” (GRH6)

A (FIGURA 4) mostra as convergências e divergências em relação à percepção da severidade por participantes da pesquisa quanto ao ATEFB: sentimentos vivenciados após o acidente.

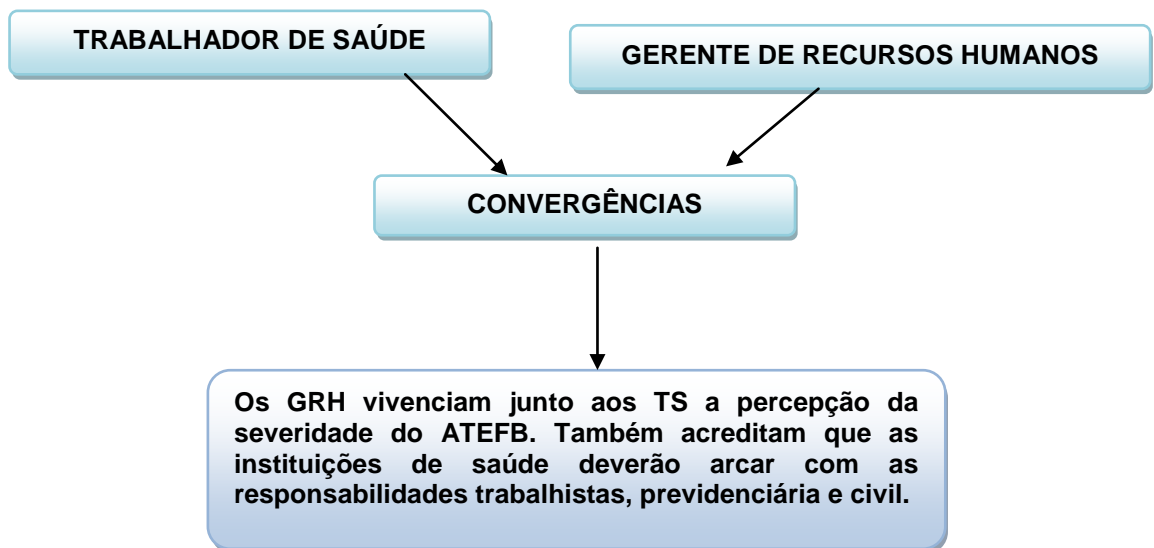


FIGURA 4 - CONVERGÊNCIAS SOBRE A PERCEPÇÃO DA SEVERIDADE PELOS SUJEITOS DA PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: SENTIMENTOS VIVENCIADOS APÓS O ACIDENTE, CURITIBA, 2011.

FONTE: A autora (2011)

Categoria III- Benefícios percebidos pelos trabalhadores de saúde

Unidade Temática III- Facilidades encontradas para a prevenção dos acidentes

O *benefício percebido* é representado pela crença de o indivíduo ser suscetível à doença, e na sua gravidade, ele aceita ações à sua saúde desde que elas sejam possíveis e eficazes (ROSENSTOCK, 1990).

Para identificar a percepção dos benefícios, os TS foram questionados sobre quais as medidas empregadas no seu trabalho para prevenir os ATEFB. Dos 15 trabalhadores de saúde, 2 (13,4%) responderam que não havia medida preventiva em seu trabalho. Os outros responderam conforme a (TABELA 5).

TABELA 5 – PERCEPÇÕES DE BENEFÍCIOS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15) PARA A PREVENÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO EXPOSIÇÃO A FLUÍDOS BIOLÓGICOS, CURITIBA, 2011.

Medidas preventivas*	N	%
Uso de EPI	12	60,0
Treinamentos	2	10,0
Não reencapar agulhas	2	10,0
Descarte correto de materiais	1	5,0
Uso único do material	1	5,0
Caixa de perfurocortante para transporte	1	5,0
Higienização das mãos	1	5,0
Total	20	100

*Houve mais de uma resposta por trabalhador de saúde.

FONTE: A autora (2011).

As falas a seguir mostram a percepção de benefícios pelos TS:

“Uso de EPIs, descarte correto, tem a lixeirinha separadas” (TS2)

“Luva, óculos de proteção, avental de contágio, máscara” (TS3)

“Agora, eles estão adotando uma regra: tudo que for usado vai ser descartado agulha, seringa, o próprio vácuo. Claro que vai ser melhor para a gente que faz a coleta, é menos risco, não que não vá acontecer acidentes” (TS5)

“Eles dão bastantes treinamentos, bastante orientação, orientam bastante uso de luvas, uso de óculos para aspiração. Eles fazem bastantes treinamentos para uso de EPI”(TS6).

Nestes depoimentos, identifica-se que os TS reconhecem a importância do uso do EPI para a prevenção de ATEFB, além da capacitação, do descarte correto de materiais perfurocortantes e não reencapar as agulhas.

A NR 6, que dispõe sobre os EPIs, obriga o empregador a fornecer, gratuitamente, a todos os trabalhadores os dispositivos adequados ao risco a que estão expostos, devendo estar em perfeitas condições de uso e funcionamento.

Além disso, é dever dos TS utilizar o EPI e responsabilizar-se por sua guarda e conservação (BRASIL, 2007). Na NR 32, que dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, preconiza-se que o empregador forneça o EPI em número suficiente nos postos de trabalho, assegure a capacitação continuada e forneça aos trabalhadores normas escritas e de linguagem acessível sobre as medidas de prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho, além de supervisionar o uso do EPI por trabalhadores (BRASIL, 2007).

Em estudo realizado com 101 trabalhadores de enfermagem, em um serviço de emergência em um hospital público da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, observou-se que um dos fatores que contribuem para a ocorrência dos acidentes é a ausência de EPI. E, como causa do acidente, o reencape de agulhas, descarte inadequado de material perfurocortante e a ausência ou uso inadequado de EPI (SIMÃO *et al.*, 2010). Outra pesquisa realizada em um hospital da região centro-oeste do Brasil apontou que os trabalhadores de enfermagem identificaram o uso de EPI como um benefício, que traz a sensação de bem-estar, tranquilidade e equilíbrio, contudo, não elimina o risco de acidente (NEVES *et al.*, 2011).

Categoria III- Benefícios percebidos pelos gerentes de recursos humanos

Unidade Temática III- Facilidades encontradas para a prevenção dos acidentes

Para identificar a percepção dos benefícios, os GRH foram questionados sobre quais as medidas empregadas no seu trabalho para prevenir os ATEFB. A totalidade respondeu que são fornecidos treinamentos, 6 (75%) citaram os EPC, 3 (37,5%), a educação continuada, 2 (25%), orientações em geral e 1 (12,5%) citou que promovem campanhas de vacinação e precaução padrões. Percebe-se nas falas a seguir:

“É fornecido EPI, tem educação continuada e treinamentos” (GRH1)

“Orientação, treinamento todos os trabalhadores que iniciam passam pelo treinamento obrigatório de segurança do trabalho em que eles já são responsáveis por suas ações e os treinamentos são constantes” (GRH2)

“Treinamento periodicamente sobre como evitar acidente com material biológico” (GRH6)

A partir das entrevistas com os GRH, foi possível perceber que todos afirmam fornecer treinamentos. Além disso, 6 (75%) consideram necessário o uso de EPI para a prevenção dos ATEFB, confirmando o preconizado pela legislação.

Outros questionamentos foram utilizados para identificar a percepção dos benefícios oferecidos pela instituição aos TS. A exemplo, a realização de algum tipo de acompanhamento ou monitoramento do TS após o ATEFB e como este acompanhamento ocorre, também foram investigadas quais as principais facilidades oferecidas pela instituição ao TS exposto ao ATEFB. Estas repostas foram agrupadas na (TABELA 6).

TABELA 6- BENEFÍCIOS OFERECIDOS PELAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE AOS TRABALHADORES DE SAÚDE APÓS O ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS SOB A ÓTICA DOS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS, CURITIBA, 2011.

Benefícios oferecidos pelas instituições de saúde	N	%
Acompanhamento pelo SESMT	5	29,4
Transporte para o atendimento de urgência	3	17,6
Disponibilização do horário de trabalho para a realização do acompanhamento.	2	11,7
Exames sorológicos realizados na própria instituição	1	5,9
Atendimento rápido na própria instituição	1	5,9
Laboratório na instituição para realização de exames sorológicos no momento do acidente	1	5,9
Fluxograma com orientações fixado nos setores	1	5,9
Realização da coleta de exames sorológicos do paciente-fonte	1	5,9
Atendimento e acompanhamento na própria instituição	1	5,9
Abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho	1	5,9
Total	17	100,0

*Houve mais de uma resposta por gerente de recursos humanos.
Fonte: A autora (2011).

Sob o olhar dos GRH, foi possível identificar que o acompanhamento pelo SESMT foi considerado um benefício percebido aos TS. Outro benefício identificado foi a condução para o atendimento de urgência, que deve ser realizado no Hospital do Trabalhador. Além disso, em alguns casos, os GRH relatam a disponibilização do horário de trabalho para a realização do monitoramento do ATEFB, conforme os depoimentos a seguir:

“É feito acompanhamento, ficha de análise de acidentes pessoais a FAP, e um específico para os acidentes biológicos. Este acompanhamento para ver a soroconversão, e este processo todo durante 6 meses” (GRH2)

“Vem para o SESMT se for horário administrativo, se não for, a gente tem contato fácil, fornece a locomoção de maneira fácil, se precisar tem vale táxi” (GRH5)

“O SESMT acompanha, no caso, a Enfermeira do Trabalho e o Médico do trabalho têm uma planilha e vão fazendo o acompanhamento” (GRH5)

Os GRH também foram questionados em relação a alguma vantagem para a instituição em fazer o acompanhamento após ATEFB. Algumas falas ilustram a seguir estas vantagens referidas:

“A minha vantagem de ter colaborador aqui. A gente poder contar com o colaborador e ele poder contar conosco” (GRH2)

“Então, muitas vezes, ele olha, puxa não usei o EPI de forma correta ou não usei o EPI, então, esta é a vantagem. A gente sabe o ponto que tem de corrigir ou nesse caso, por exemplo, das auxiliares da higienização, que estavam sofrendo acidente no fechar a caixa de perfurocortante, era uma falha que foi facilmente corrigida” (GRH5)

“Sim, tive experiência nos casos de ação trabalhista, é uma prova” (GRH7)

Pelo relato dos participantes, foi possível perceber que a preocupação da instituição com os TS gera um benefício para ele, além de demonstrar a importância do trabalhador para a instituição. Também, identifica-se que o acompanhamento dos ATEFB devidamente registrados, no prontuário do trabalhador, é uma prova da instituição contra ações trabalhista que venham a ocorrer.

A (FIGURA 5) mostra as divergências da percepção de benefícios por sujeitos da pesquisa quanto ao ATEFB: facilidades oferecidas após o acidente.

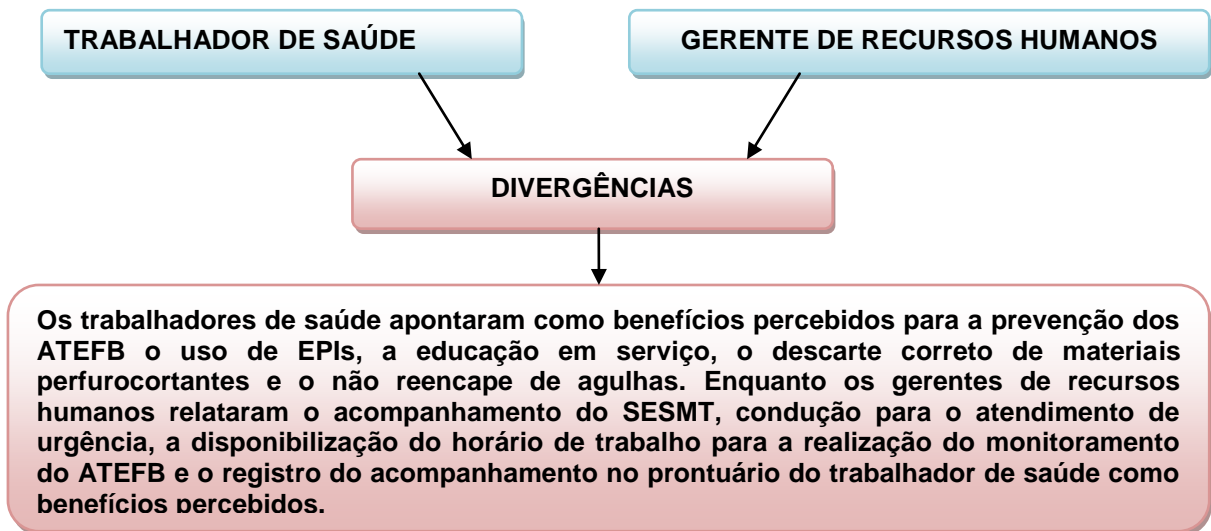


FIGURA 5- DIVERGÊNCIAS SOBRE PERCEPÇÃO DE BENEFÍCIOS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: FACILIDADES OFERECIDAS APÓS O ACIDENTE, CURITIBA, 2011.
 FONTE: O autor (2011)

Categoria IV- Barreiras percebidas pelos trabalhadores de saúde

Unidade Temática IV- Dificuldades encontradas para a prevenção e adesão ao protocolo pós- acidente

Segundo o MCS, barreiras são aspectos negativos que impedem o indivíduo a adotar um comportamento recomendado para sua saúde (ROSENSTOCK, 1990). Os questionamentos utilizados para identificar a percepção das barreiras pelos TS foram: **Quais os principais motivos que influenciam o ATEFB e as principais barreiras ou dificuldades encontradas para prevenir a exposição aos ATEFB?** Os resultados estão apresentados na (TABELA 7).

TABELA 7- PERCEPÇÃO DAS BARREIRAS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15) SEGUNDO O ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS, CURITIBA, 2011.

Barreiras relativas à prevenção dos acidentes associados aos TS	N	%
Imprudência do Trabalhador	31	44,9
Não conformidade do procedimento	4	5,7
Movimentação do paciente durante o procedimento	3	4,3
Preconceito dos colegas em relação ao ATEFB	1	1,5
Total parcial	39	56,4
Barreiras relativas à prevenção dos acidentes associadas às instituições de saúde	N	%
Negligência da instituição	10	14,6
Inadequação de recursos humanos e materiais	9	13,0
Baixa remuneração	1	1,5
Cansaço devido a horas extras de trabalho	1	1,5
Total parcial	21	30,6
Barreiras relativas à adesão ao protocolo pós-acidente associadas às instituições de saúde	N	%
Ausência de rotina e acompanhamento pós-acidente	5	7,2
Formas punitivas da instituição ao trabalhador	3	4,3
Afastamento do funcionário ao trabalho	1	1,5
Total parcial	9	13,0
TOTAL	69	100

*Houve mais de uma resposta por trabalhadores de saúde.

FONTE: A autora (2011).

Pelos aspectos levantados na (TABELA 7), foi possível identificar os principais motivos que conduzem aos ATEFB. A desatenção ou descuido na realização dos procedimentos e a ausência do uso de EPIs foram as principais barreiras percebidas. Estes dados evidenciam que os ATEFB podem ser causados por fatores comportamentais, como a ausência do uso dos EPIs, mas por outros motivos relacionados ao processo de trabalho, sobretudo quando se exige dos trabalhadores uma maior agilidade para executar suas atividades com maior eficiência e eficácia no menor tempo possível, conforme os depoimentos a seguir:

“Falta de funcionário, é muito paciente e a rotatividade é 15 a 20 pacientes internados no pronto-socorro. Você tem que se desdobrar em 10 para atender. O material é fornecido, porém às vezes na correria por falta de cuidado ”(TS1)

“Falta de atenção: você enfia a agulha e na hora de descartar tem uma trava de segurança, e nessa hora, é que eu fui apertei a trava de segurança e ela escapou e perfurou o meu dedo. Depois que me ensinaram, eu aprendi, achei bem interessante” (TS5)

“Acaba entrando nas rotinas da empresa, um pouco de irresponsabilidade não usar o equipamento de proteção. Geralmente este acidente acontece quando você está com pressa” (TS8)

“Eu ganhei uma advertência: você vai levar advertência para servir de exemplo para os colegas. Meus colegas disseram que se eu me machucar eu não vou comunicar, porque eu vou ser penalizado ao invés de alguém me tratar realmente” (TS12)

“Eu acabei deixando para depois e no outro dia quando eu comentei com a minha supervisora (sobre o acidente que sofreu), imediatamente me deu um puxão de orelha e falou assim: não acredito que você fez isto, vai agora para o Hospital do Trabalhador, vai abri a CAT, isso é inadmissível, e levei uma advertência também, e aqui estou eu” (TS15)

Segundo um estudo realizado por Oliveira, Diaz e Toledo (2010) com 144 TS, em uma unidade de urgência e emergência de um hospital público de Belo Horizonte, 56,2% relataram que a desatenção foi o grande causador de ATEFB. A pressa foi a causa referida por 16% dos entrevistados, e a existência de materiais mal-acondicionados ou inadequados, por 12%. Este estudo é semelhante a esta pesquisa pelo fato de as barreiras apresentadas pelos TS terem sido a desatenção, a pressa, EPI inadequados, entre outros.

Confirmando os resultados deste estudo, Braga (2009) realizou uma pesquisa em um hospital público de referência para atendimento de ATEFB com 11 TS, que apontaram como causas de acidente a desatenção e o descuido ocorridos pelo cansaço, o nervosismo e a pressa. Isso porque os TS buscam terminar suas atividades rapidamente para terem um pouco de descanso no trabalho. Outro fator apontado foi a escassez de recursos humanos, que faz com que os trabalhadores executem suas atividades de maneira rápida para cumprir suas tarefas diárias.

Em outro estudo realizado por Sarquis (2007), a ausência de uso de EPI foi apontada em 40% dos casos, o que contraria as normas de segurança no trabalho e mostra que não ocorre somente por desconhecimento dos TS, mas principalmente por omissão das instituições de saúde em supervisionar o uso adequado do EPI,

evidenciando uma lacuna entre a prática e a legislação existentes. Além disso, a ausência do uso de EPI ocorre em procedimentos técnicos, nos quais os TS acreditam não haver risco de contaminação, como verificação de glicemia, aplicação de injeções intramusculares e retiradas de pontos.

O reencape de agulha e o descarte inadequado de material perfurocortante são uma das principais causas de ATEFB, porém, vale ressaltar que os TS possuem conhecimento acerca do risco da realização destes procedimentos e desacreditam na possibilidade do acidente, podendo expor tanto a si mesmos como seus colegas de trabalho (BRAGA, 2009). Em relação às instituições de saúde, as principais barreiras percebidas por TS na prevenção dos ATEFB foram a quantidade elevada de pacientes por funcionário, infraestrutura inadequada, ausência de acompanhamento institucional, EPI inadequado para o uso e funcionário em número insuficiente. O trabalho na saúde é caracterizado por baixos salários, duplo emprego com longas jornadas, condições inadequadas, precariedade de recursos materiais, insuficiência de recursos humanos e relações interpessoais conflitantes entre a equipe de saúde e/ou da enfermagem, entre outros aspectos relacionados à organização do trabalho. Estes aspectos levam os TS a submeter-se a todo tipo de contrato de trabalho, mesmo que isto coloque sua saúde em risco (LEITE; SILVA, 2007; CAVALCANTE *et al.*, 2006).

Nas organizações de saúde é comum a falta de capital humano, sendo este o principal fator para o ritmo acelerado do trabalho. O ritmo e a intensidade de trabalho podem ser considerados uma das causas dos distúrbios emocionais como a ansiedade e a depressão. Os ATEFB podem ocorrer em decorrência do processo de trabalho dos TS, que por muitas vezes trabalham em turnos. Eles utilizam materiais inseguros e não usam os EPIs necessários; além disso, as instituições de saúde não proporcionam investimentos para a manutenção da saúde de seus trabalhadores (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2001, SARQUIS; FELLI, 2009). Nesta pesquisa, foi possível identificar que a falta de funcionários, a organização do trabalho e o não uso de EPI são fatores geradores de ATEFB, porém ressalta-se que medidas de intervenção no processo de trabalho poderiam diminuir o número de acidentes.

Categoria IV- Barreiras percebidas pelos gerentes de recursos humanos

Unidade Temática IV- Dificuldades encontradas para a prevenção e adesão ao protocolo pós-acidente

Para identificar as percepções das barreiras pelos GRH, foram utilizados os seguintes questionamentos: **Quais os principais motivos que influenciam na ocorrência de ATEFB em sua instituição e as principais barreiras ou dificuldades encontradas pelo trabalhador de saúde exposto aos ATEFB.** As respostas foram agrupadas na Tabela 8. Dos 8 entrevistados, 2 (25%) afirmaram que não há barreiras para a prevenção de ATEFB.

TABELA 8 – BARREIRAS ENCONTRADAS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE APÓS O ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS SOB A ÓTICA DOS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS, CURITIBA, 2011.

Barreiras relativas à prevenção dos acidentes associadas aos trabalhadores de saúde	N	%
Descuido/desatenção	7	29,1
Descrença na ocorrência do acidente	2	8,3
Estresse	2	8,3
Não usar os EPIs	2	8,3
Pressa	1	4,2
Cansaço	1	4,2
Ter dois ou mais empregos	1	4,2
Não seguir as orientações	1	4,2
Movimentação do paciente durante o procedimento	1	4,2
Total parcial	18	75,0
Barreiras relativas à adesão ao protocolo pós-acidente associadas aos serviços de saúde	N	%
Alta rotatividade de trabalhadores	1	4,2
Não existir acompanhamento dos trabalhadores pós-acidente	1	4,2
Falta de informações nos finais de semana e feriados	1	4,2
Ausência da chefia	1	4,2
Transporte para realizar o acompanhamento sorológico pós-acidente	1	4,2
Tempo de espera entre as consultas	1	4,2
Total parcial	6	25,0
Total	24	100

*Houve mais de uma resposta por trabalhadores de saúde

FONTE: A autora (2011)

Pelos dados apresentados na (TABELA 8), foi possível identificar os principais motivos que proporcionam os ATEFB sob a ótica dos gerentes de recursos humanos. A maioria relatou que a desatenção ou descuido na realização dos procedimentos é a principal barreira para a prevenção dos ATEFB. Além disso, a descrença na ocorrência do acidente, o estresse e o não uso de EPI, conforme as falas a seguir:

“Nos acompanhamentos, o trabalhador fala que foi por sua culpa, por distração, tanto que há outros fatores envolvidos. A gente sabe que devido ao cansaço do colaborador, às vezes, o acidente é inevitável” (GRH2)

“Às vezes, falta de informação mesmo a falta de informação da chefia naquele momento ou, às vezes, ausência da chefia e quando ocorre em finais de semana, feriados ou à noite em que o SESMT não está [aberto] apesar de, como eu falei, já ter todo um fluxo, e com diversos canais de comunicação” (GRH5)

A (FIGURA 6) mostra as convergências e divergências da percepção das barreiras dos sujeitos da pesquisa quanto ao ATEFB: dificuldades encontradas para a prevenção do acidente.

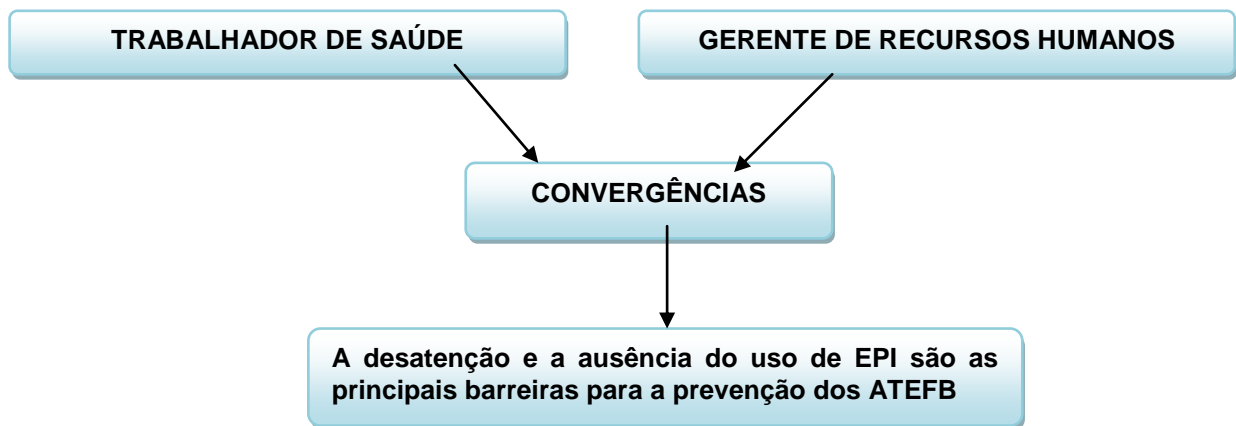


FIGURA 6- CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS SOBRE PERCEPÇÃO DAS BARREIRAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA A PREVENÇÃO DO ACIDENTE, CURITIBA, 2011.

FONTE: A autora (2011)

Categoria V- Conceito de eficácia pessoal pelos trabalhadores de saúde

Unidade Temática V- Comportamentos para prevenção de acidentes

Segundo Rosenstock (1990), o conceito de eficácia pessoal refere-se ao sentimento do indivíduo ao se sentir ameaçado pela soma da percepção da suscetibilidade e severidade, assim ele considera que seja necessária uma mudança no seu comportamento, com resultados benéficos. Para que a mudança ocorra, é necessário que o indivíduo se sinta capaz de realizá-la.

Durante a entrevista com os TS, foi possível identificar o conceito de eficácia pessoal nas falas, não sendo necessária a utilização de questionamentos para extrair comportamentos benéficos para a prevenção dos ATEFB.

TABELA 9- CONCEITO DE EFICÁCIA PESSOAL PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15) SEGUNDO A PREVENÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS, CURITIBA, 2011.

Comportamentos benéficos para a prevenção dos acidentes *	N	%
Ter iniciativa para prevenir acidentes	7	35,0
Estar atenta/ ter cuidado na realização de procedimentos	3	15,0
Comunicar o acidente à chefia	3	15,0
Aprender novos procedimentos	2	10,0
Não reencapar a agulha	2	10,0
Estar consciente da ação	1	5,0
Usar corretamente os EPIs	1	5,0
Ser eficiente, rápida e eficaz	1	5,0
Total	20	100

*Houve mais de uma resposta por gerente de recursos humanos.

FONTE: A autora (2011)

Nos aspectos apresentados na (TABELA 9), foi possível identificar que os trabalhadores de saúde se percebem suscetíveis ao ATEFB, assim adquirem comportamentos benéficos com destaque para a tomada de iniciativas para prevenção de acidentes. Segundo o estudo realizado por Damasceno, Pereira, Souza e Prado (2006), com 39 participantes, metade dos TS entrevistados informaram que após o ATEFB mudaram seus hábitos e rotinas que consideravam de risco antes do acidente.

Em outro estudo, a conscientização do TS em relação ao risco de soroconversão fez com que o profissional se cuidasse melhor em sua atividade de trabalho, adquirindo comportamentos benéficos, como o uso de precauções padrão, técnicas corretas e concentração na realização de procedimentos, o que reduz o risco de acidentes (CAMARGO; LACERDA; SARQUIS, 2010).

Algumas falas extraídas:

“É só você ter consciência do que você está fazendo, principalmente os pacientes que estão em isolamento de contato, aéreo; e usar os EPIs corretamente” (TS1)

“Uso de luva, cuidado de não reencapar a seringa” (TS14)

“A gente acha que nunca acontece, mas um pequeno descuido foi o que bastou para acontecer” (TS15)

Categoria V- Conceito de eficácia pessoal pelos gerentes de recursos humanos

Unidade Temática V- Comportamentos para prevenção de acidentes

Nas entrevistas dos GRH, foi possível identificar o conceito de eficácia pessoal em apenas um na fala entre os 8 entrevistados, sendo extraída abaixo:

“Em uma das mudanças que a gente teve no hospital, detectamos que o pessoal da higienização sofria acidente com perfuro porque no fechar a caixa passavam a mão para lacrar. Então, a gente desenvolveu um lacrador para que eles não tenham que colocar a mão. Sabe, aqueles para lacrar caixa de mercado! A gente fez isso aí, com isso diminuíram os acidentes, pois eles ocorriam na hora de fechar a caixa. Eu sinto que quando ocorre um acidente com material biológico, a gente sente uma falha, então, para a instituição fica o sentimento de falha. Tem que orientar melhor e tem cobrar melhor, tem condições de não acontecer é só a gente orientar melhor” (GRH5)

Observa-se que este gerente percebeu um risco para o ATEFB na instituição de saúde e adquiriu um comportamento benéfico para a sua prevenção. Ressalta a relevância de desenvolver formas mais criativas no processo de organização do trabalho para que diminuam o risco de acidente e que a orientação deve ser aperfeiçoada após um novo acidente.

A (FIGURA 7) evidencia as divergências do conceito de eficácia pessoal dos sujeitos da pesquisa quanto ao ATEFB: comportamentos para a prevenção de acidentes.

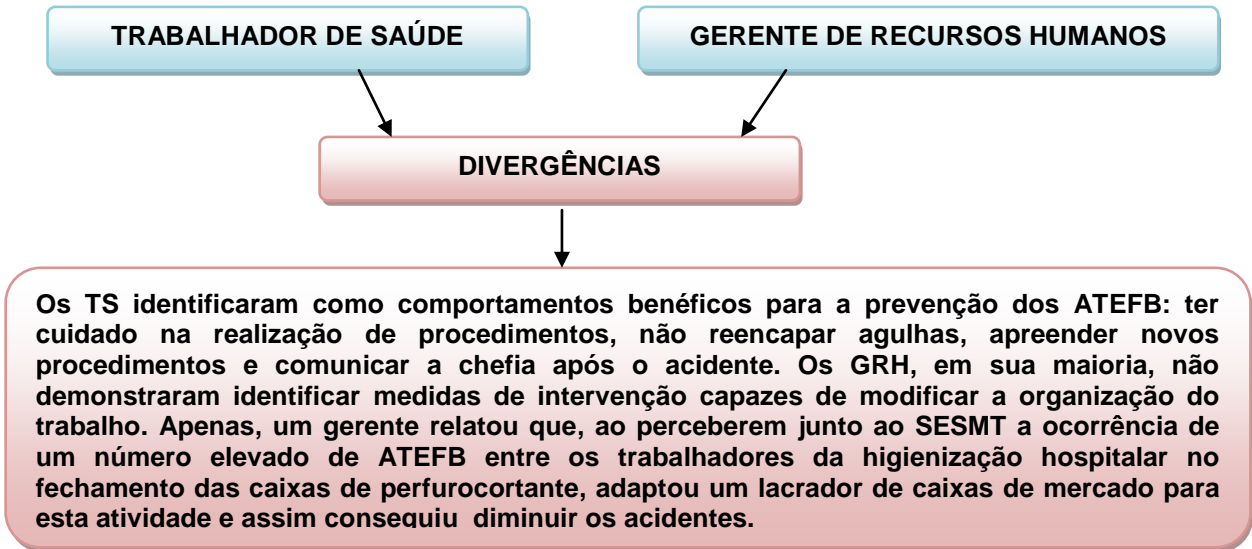


FIGURA 7- DIVERGÊNCIAS SOBRE O CONCEITO DE EFICÁCIA PESSOAL DOS SUJEITOS DA PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: COMPORTAMENTOS PARA A PREVENÇÃO DE ACIDENTES, CURITIBA, 2011.
 FONTE: A autora (2011)

Categoria VI- Estímulo para ação pelos trabalhadores de saúde

Unidade Temática VI- Responsabilidade das instituições de saúde

Os estímulos são os motivadores para a ação do indivíduo, podendo ser internos ou externos. Os internos são as percepções do seu próprio estado de saúde ou o conhecimento dos sintomas de sua doença, os externos podem ser as campanhas da mídia, com *outdoors*, campanhas publicitárias ou interações interpessoais (ROSENSTOCK, 1990).

Os TS evidenciaram, mediante as falas, que para os estímulos à ação mostrados na (TABELA 10) não foi necessário fazer uso dos questionamentos. As falas ilustram os aspectos apresentados.

TABELA 10- ESTÍMULO PARA AÇÃO PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE (N=15) SEGUNDO NO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS, CURITIBA, 2011.

Estímulos para ação referidos pelos trabalhadores de saúde	Nº	%
A empresa encaminhou para atendimento de urgência	15	46,9
A empresa ofereceu treinamentos ou palestras sobre acidente	6	18,7
A empresa forneceu transporte ou vale táxi para atendimento de urgência pós-acidente.	6	18,7
A empresa está acompanhando o monitoramento sorológico pós-acidente	4	12,5
A empresa cobra do trabalhador de saúde comparecimento às consultas pós-acidente.	1	3,2
Total	32	100

*houve mais de uma resposta por trabalhador de saúde.

FONTE: A autora (2011)

A partir dos aspectos apresentados na (TABELA 10), foi possível identificar a importância da empresa, tanto para a realização do primeiro atendimento após o ATEFB, como para o acompanhamento do monitoramento sorológico dos TS. A instituição de saúde foi citada pelos entrevistados como o estímulo mais importante nos casos de ATEFB, conforme evidenciado nos depoimentos a seguir:

“Já encaminharam para abrir o CAT. A ambulância me trouxe e depois de manhã, já passei pelo médico do trabalho” (TS4)

“Preencheram o CAT, me encaminharam para o Hospital do Trabalhador. Aí, farei tanto o acompanhamento aqui quanto com o médico do trabalho do hospital. O tempo de duração vai ser o mesmo, quando terminar aqui vai terminar lá e foram coletados os exames do paciente também para ver se havia algum tipo de infecção” (TS6)

“O uso de EPI, eles dão treinamentos, eles dão bastantes orientações quanto aos riscos e cuidados a serem tomados, o que deve ser realizado. Se algo ocorrer, um acidente de trabalho, comunicar imediatamente à chefia. Nem fechou um mês, nem fiz a consulta, e eles já estão atrás cobrando” (TS6)

Estudo realizado em 2010 mostrou que quando a chefia ou a empresa exigem que o trabalhador finalize o monitoramento, a taxa de adesão aumenta. Além disso, o ideal seria que os TS fossem acompanhados em seu local de trabalho, pois facilitaria para empresa realizar o controle dos ATEFB e para o trabalhador agilizar o tempo de deslocamento para o monitoramento pós-acidente (CAMARGO; LACERDA; SARQUIS, 2010).

Cabe ressaltar que a legislação brasileira, por meio da NR32, obriga o empregador a elaborar e implementar um plano de prevenção de riscos de ATEFB que visa à proteção, à segurança e à saúde dos trabalhadores. Este plano deve conter as medidas de controle para a prevenção de ATEFB, a seleção de materiais perfurocortantes com dispositivos de segurança e a capacitação dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

Categoria VI- Estímulo para ação pelos gerentes de recursos humanos
Unidade Temática VI- Responsabilidade das instituições de saúde

Os GRH confirmaram, por meio das falas, os estímulos à ação apresentados na (TABELA 11), não sendo necessária a utilização de um questionamento específico, pois foi possível identificar os estímulos à ação em diferentes perguntas.

TABELA 11- ESTÍMULO PARA AÇÃO PELOS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS (N=8) SEGUNDO OS ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS, CURITIBA, 2011.

Estímulos para ação *	N	%
A empresa cobra o acompanhamento do monitoramento sorológico após o acidente	5	25,0
A empresa encaminha para o atendimento de urgência	5	25,0
A empresa fornece transporte ou vale táxi para atendimento de urgência pós-acidente.	4	20,0
A empresa divulga nos postos de trabalho os fluxogramas com orientações em caso de acidente	3	15,0
A empresa oferece treinamentos para os trabalhadores de saúde e chefias	2	10,0
A empresa realiza campanhas de vacinação na própria instituição	1	5,0
TOTAL	20	100

*Houve mais de uma resposta por gerente de recursos humanos.

FONTE: A autora (2011)

A partir dos aspectos apresentados na (TABELA 11), foi possível identificar que os GRH reconhecem a importância do papel institucional no atendimento de urgência pós-acidente, incluindo o acompanhamento para que os TS realizem o monitoramento pós-acidente, favorecendo o seu deslocamento, sendo a instituição de saúde o principal estímulo para a ação. Em estudo realizado por Assunção *et al.* (2007) verificou-se haver necessidade de iniciativa dos serviços de saúde para conhecer a organização, o processo e as condições de trabalho, de modo a garantir ambientes seguros aos TS, o que pode ser confirmado nos depoimentos dos GRH a seguir:

“A gente faz a campanha de vacinação aqui no hospital mesmo” (GRH2)

“Benefício é a conscientização de que ele vai aderir ao acompanhamento. É feito a cobrança” (GRH2)

“O procedimento nos acidentes com material biológico é encaminhar para o Hospital do Trabalhador, tem liberação do motorista ou táxi, faz o registro no SESMT para acompanhar” (GRH4)

“Nós temos um fluxograma disponível nos editais dos postos de trabalho, no RH e na também na intranet, além do treinamento dos responsáveis e das chefias” (GRH5)

Convergências acerca dos *estímulos para ação* dos sujeitos da pesquisa quanto aos ATEFB, cuja responsabilidade das instituições de saúde está evidenciada na (FIGURA 8).

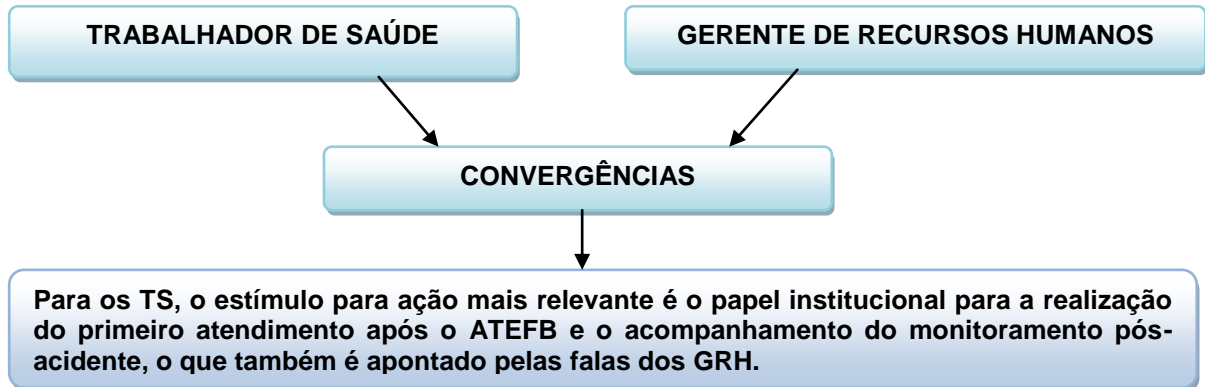


FIGURA 8- CONVERGÊNCIAS SOBRE OS ESTÍMULOS PARA AÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA QUANTO AO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS: RESPONSABILIDADE DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, CURITIBA, 2011.
FONTE: A autora (2011)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à alta frequência e à gravidade dos ATEFB, à necessidade de conhecer as crenças que influenciam sua prevenção e à adesão ao protocolo de monitoramento pós-acidente, pretendeu-se, com este estudo, fornecer subsídios para intervir e promover a adesão dos trabalhadores de saúde ao referido protocolo.

Os ATEFB, entre os TS, são um tema frequente nas pesquisas científicas pelas peculiaridades do processo de organização do trabalho e dos riscos envolvidos, trazendo consequências tanto para as instituições de saúde como para os trabalhadores.

Nesta pesquisa, tivemos a oportunidade de investigar um grupo novo de sujeitos, os GRH, que são os responsáveis pela organização do processo de trabalho dos TS, sendo de extrema importância sua participação na prevenção dos ATEFB e na adesão dos trabalhadores ao monitoramento pós-acidente.

Os resultados desta pesquisa apontaram entre os 15 TS entrevistados que as características predominantes foram: 93,4% dos trabalhadores de enfermagem eram do sexo feminino, 46,7% tinham idade entre 25 a 34 anos, 60% tinham ensino médio completo, 60% tinham menos de cinco anos na ocupação e 53,4% tinham menos de cinco anos de trabalho na instituição de saúde, e o local de trabalho mais comum foi o hospitalar, com 46,7%.

Entre os 8 GRH entrevistados, as características predominantes foram: 37,5% dos profissionais eram psicólogas, 62,5% eram do sexo feminino, a totalidade possuía ensino superior completo, 50% tinham idade entre 45 e 55 anos, 37,5% atuam na ocupação entre 21 a 25 anos, 37,5% estão na instituição entre um e cinco anos e 50%, em hospitais privados filantrópicos.

Para atender aos objetivos propostos desta pesquisa, foram abordadas as questões referentes ao conhecimento dos ATEFB, como a prevenção e o monitoramento pós-acidente. Também foram identificadas as crenças de TS e GRH referentes ao ATEFB, segundo os pressupostos do MCS.

O conhecimento dos TS e dos GRH para as doenças ocupacionais preveníveis pela vacinação aponta que ambos reconhecem a importância da vacinação como uma medida preventiva para os ATEFB, porém as doenças

preveníveis pela vacinação nos ATEFB são desconhecidas, sendo citado por ambos, o HIV.

Os GRH possuem conhecimento e se preocupam com os TS para a realização de exames sorológicos de imunidade para hepatite B. Este fato é relevante, pois a maioria dos gerentes de recursos humanos não tem formação na área de saúde.

Os TS e GRH, em sua maioria, 73,9%, desconhecem o protocolo de monitoramento dos ATEFB do MS ou outro órgão. No que concerne à sua participação em algum curso de ATEFB, a maioria, 65,2%, não participou de nenhuma capacitação. Porém, a metade dos gerentes de recursos humanos entrevistados já havia participado de alguma capacitação, sendo que um ministra aulas sobre risco biológico em cursos de Pós Graduação *Lato Sensu*.

Em relação à capacitação dos GRH, 39,1% relatam que tiveram na própria empresa por meio do Serviço de Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), e os profissionais responsáveis pela palestra foram os técnicos de segurança do trabalho, 17,3%, e os enfermeiros do trabalho, 8,6%.

Os resultados possibilitaram considerar as crenças dos TS e dos GRH diante da necessidade de compreender os ATEFB, apoiados no referencial do MCS com a utilização dos pressupostos *suscetibilidade percebida, severidade percebida, benefícios percebidos, barreiras percebidas, conceito de eficácia pessoal e estímulo para ação*.

Os TS têm **percepção da suscetibilidade** aos ATEFB e os GRH reconhecem o risco a que os TS estão expostos. Este aspecto é relevante, pois pode gerar um comportamento benéfico para a prevenção destes acidentes, tanto comportamental quanto organizacional.

Todos os TS **percebem a severidade** da aquisição de infecções causadas pelos ATEFB, como HIV e vírus de hepatites. Também relatam sentir medo, que está intimamente ligado à atividade laboral, à qualidade de vida e saúde. Os GRH vivenciaram, junto aos TS, a percepção da severidade do ATEFB, acreditando que as instituições de saúde deverão arcar com a responsabilidade trabalhista, previdenciária e civil ocasionada por ATEFB.

Os benefícios percebidos após o acidente pelos TS são as mudanças comportamentais com atitudes preventivas e valorização da educação em serviço. Os GRH percebem que a instituição contribui com o trabalhador quando flexibiliza o

horário de trabalho para a realização do monitoramento do ATEFB e o documenta, sendo esse um benefício para a instituição frente às ações trabalhistas.

As dificuldades encontradas pelos TS para a prevenção do acidente são **percebidas como barreiras** relacionadas ao comportamento, à sobrecarga no trabalho e à falta de estrutura e apoio institucional. Os GRH concordam com os TS no aspecto da desatenção na realização dos procedimentos, apontando-a como a principal barreira percebida para a prevenção dos ATEFB, além da descrença na ocorrência do acidente, do estresse e do comportamento de risco.

Como **conceito de eficácia pessoal** foi identificado entre os TS, os comportamentos preventivos do indivíduo. Os GRH não identificaram as medidas de intervenção capazes de modificar a organização do trabalho.

A responsabilidade das instituições de saúde foi identificada como um **estímulo para ação** para a prevenção de ATEFB e adesão ao protocolo tanto pelos TS como pelos GRH.

Os resultados obtidos evidenciam que há necessidade de intensificar os estímulos para ação pelas instituições de saúde e que o papel dos GRH junto ao SESMT é de extrema relevância para que haja uma política institucional para a saúde, sendo o enfermeiro o responsável pelo encaminhamento de trabalhadores acidentados e de sua capacitação para adoção de medidas preventivas.

Diante do exposto, recomendamos o repensar na saúde do trabalhador, direcionando o olhar para que os TS conheçam seu esquema vacinal, e os GRH, junto ao SESMT, acompanhem seu monitoramento. Recomendamos ainda que haja capacitação sobre o protocolo pós-acidente, que a instituição de saúde deve facilitar o atendimento pós-acidente e sua notificação e que haja acompanhamento pós-acidente nas instituições de saúde para os TS, tendo como finalidade melhorias no processo de organização do trabalho para a identificação dos ATEFB e posteriormente sua prevenção. Este acompanhamento pode ser realizado por enfermeiro do trabalho com a implantação da consulta de enfermagem pós-ATEFB, a implementação de cursos de capacitação para todos os TS e GRH nas instituições de saúde a respeito dos ATEFB, sua prevenção e monitoramento pós-acidente, assim como implantação de fluxogramas com informações pós-acidente em todas as unidades. Assim se promove o direcionamento das políticas de segurança e saúde do trabalhador já existentes para a melhoria das condições laborais dos TS.

Finalizando, esta pesquisa mostrou a necessidade de implantação de medidas de controle institucionais que visem à melhoria da organização do processo e das condições de trabalho, com o propósito de reduzir o número de ATEFB. Embora, existam as medidas preventivas para os ATEFB, sabe-se que eles acontecem devido a situações imprevisíveis causadas pela dor, sofrimento, agitação e morte do paciente, que podem influenciar a ocorrência destes acidentes.

O estudo traz uma importante discussão acerca do papel do GRH para a prevenção dos ATEFB, pois este profissional é invisível para os TS. Outro aspecto importante apresentado foi que os TS querem ser assistidos pelas instituições de saúde, tanto para a prevenção do ATEFB como para o monitoramento pós-acidente, e os GRH reconhecem esse papel institucional como fundamental para a valorização destes trabalhadores. Ao pesquisar o GRH como um dos elementos para prevenção dos ATEFB, este trabalho trouxe um novo olhar para futuras pesquisas nesta temática.

Por fim, as crenças e o conhecimento tanto dos TS quanto dos GRH estão intimamente relacionados ao processo organizacional do trabalho e a adoção destes dois elementos possibilita uma maior prevenção, notificação e adesão ao protocolo de monitoramento pós-ATEFB.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, H.M.; CAMPOS, C. J. G. Pais e responsáveis do adolescente deprimido: buscando conhecer experiências que levaram à procura de atendimento especializado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p.205-212, junho 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200005>.

ARAÚJO, L.C.G.; GARCIA, A.A. **Gestão de Pessoas: edição compacta**. São Paulo: Atlas, 2010.

ASSUNCAO, A. A. *et al*. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.S193-S201. 2011. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17/11/2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400009>.

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**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 346-353. 2006 / mai/jun. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17/11/2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000300007>.

BRASIL. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em 17/11/2011.

_____. Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos e benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, DF, 14 ago. 1991. Disponível em:
<<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em: 07/09/2010.

_____. Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2000 580p.

_____ Portaria nº777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravo à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2004/GM/GM-777.htm>>. Acesso em: 07/09/2010.

_____ **Protocolo de Exposição a materiais biológicos**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; Editora do Ministério da Saúde , 2006 76p. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/cesat/Publicacoes/Protocolos_ST/Proto_AT_material_biologico.pdf>. Acesso em 18/11/2011.

_____ **Protocolo de Acidente de Trabalho Grave/Fatal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; Editora do Ministério da Saúde , 2006 32 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf>. Acesso em: 18/11/2011.

_____ **Segurança e Medicina do Trabalho** – Lei nº 6514, de 22 de dezembro de 1977. 60 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007.

_____ Portaria nº 939, de 19 de novembro de 2008. **Publica o cronograma previsto no item 32.2.4.16 da Norma Regulamentadora nº 32, aprovada pela Portaria MTE nº 485, de 11 de novembro de 2005, que dispõe sobre Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariante939_2008.htm>. Acesso em 18/11/2011

_____ **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Série A Normas e Manuais Técnicos. 7ªed. Brasília/DF; 2009. 813p. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/guia/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf> Acesso em: 18/11/2011.

_____ Portaria nº 1748, de 30 de agosto de 2011. **Dispõe sobre o plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes** – Anexo III da Norma Regulamentadora nº32. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A31F92E65013224E36698767F/p_20110830_1748%20.pdf>. Acesso em 18/11/2011.

_____ Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV- 2008: suplemento III tratamento e prevenção.** Brasília:

Editora do Ministério da Saúde. 1ª ed. 2010. Acesso em:23/12/12 disponível em< <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Brazil%20ADULTO2008.pdf> >

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 193-201 Apr. 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17/11/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000200014>.

CAVALCANTE, C.A.A.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P.; MEDEIROS, S.M. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n.1,p.88-97, 2006/jan-abr.

CAETANO, J.A., SOARES, E., BRAQUEHAIS, A.R, ROLIM, K.A.C. Acidentes de trabalho com material biológico no cotidiano da enfermagem em unidade de alta complexidade. **Enfermería global revista eletrônica semestral de enfermería** n.9, p.1-10, 2006/nov. Disponível em: < revistas.um.es/eglobal/article/view/371/363>. Acesso em 17/11/2011.

CAFIERO, C. **Compendio de O Capital**. São Paulo: Centauro, 2008.

CAMARGO, T.B. **Vivência do cuidado de si do trabalhador de saúde frente o acidente com fluidos biológicos: contribuições da enfermagem**. 161fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009. Disponível em:< www.ppgenf.ufpr.br/DissertaçãoTatianaBraga.pdf> Acesso em: 18/11/2011.

CAMARGO, T., LACERDA, M., SARQUIS, L.. Self-care and accident with biological waste: Grounded Theory. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9,n.1 abril 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2797>>. Acesso em: 20/11/2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) **Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood**. France, United Kingdom and United States. January 1988-August 1994. **MMWR**. v.44,n.50,p.929-3,22 dezembro 1995. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm4450.pdf>>. Acesso em: 17/11/2011.

_____. Updated U.S. **Public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis**. **MMWR**.v. 50, n. 11, p.1-42, 29 junho 2001. Disponível

em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>>. Acesso em: 17/11/2011.

_____. Updated U.S. **Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis**. MMWR. v.54, n.9, p. 1-24 30 setembro 2005. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5409.pdf>>. Acesso em: 17/11/2011.

_____. Department of Health and Human Services. **Sharps injury prevention Program Workbook Information about the workbook**. 1 ed. Atlanta: CDC, 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/sharpssafety/pdf/sharpsworkbook_2008.pdf> Acesso em: 26/08/2010

CIAMPONE, M.H.T; MELLEIRO, M.M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: Kurcgant P, organizador. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CESPEDES, L.D.M. *et al*. Estudo da adesão de trabalhadores acidentados de trabalho notificados. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v.15, n.2, p. 245-249. 2010 abril/junho. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17854>> Acesso em 20/11/2011.

CHIODI, M. B. *et al*. Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 211-217 2010/junho . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17/11/2011 <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200002>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Produto2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais. Março 2011 71p. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em 18/11/2011.

CRUZ, E. D. A. **Staphylococcus aureus e Staphylococcus aureus resistente à metilina em trabalhadores de um hospital universitário**: colonização e crenças em saúde. 189 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-06102008-151422/>>. Acesso em: 18/11/2011.

DAMASCENO, A. P. et al . Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 72-77. fevereiro 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18/11/ 2011.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100014>.

EGRY, E.Y. CUBAS, M.R. **O trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC**. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem, seção Paraná, 2006.

FUGITA, R. M. I; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 501-506, dezembro 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18/11/2011.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400008>.

GOMES, A. *et al.* **Atualização em vacinação ocupacional: guia prático**. ANAMT SBIM, 2007 p 34. Disponível em:< www.sbim.org.br/sbim_guia_ocupacional.pdf>. Acesso em 17/11/2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. São Paulo: Atlas, 2002.

HENNINGTON, E. A.; CORDEIRO, R.; MOREIRA FILHO, D.C. Trabalho, violência e morte em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.610- 617 abril. 2004 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:18/11/ 2011.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200031>.

HOSPITAL DO TRABALHADOR [homepage na internet] Disponível em:< <http://www.hospitaldotrabalhador.saude.pr.gov.br>> Acesso: 20/11/2011.

HOSPUB. Versão 12.0.0 Brasil: Datasus, 2010 Disponível em:<<http://dev-hospub.datasus.gov.br/w3c/hp.php>> Acesso em 20/11/2011.

INTERNATIONAL COMMISSION ON OCCUPATIONAL **Protecting the health of health care workers: A global perspective**. HEALTH: AMERICAN COLLEGE OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE: 58p. February, 2009

LEITE, P.C. ; SILVA, A. Morbidade referida em trabalhadores de enfermagem de um centro de material e esterilização. **Cienc Cuid Saúde**, v. 6, n. 1, p. 95-102, jan/mar/2007.

LIMA, L. M. de; OLIVEIRA, C. C. de; RODRIGUES, K. M. R. de. Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas - 2004 a 2008. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 96-102, março 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/ 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100014>.

LUNARDI, V.L. *et al* . A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 493-496, junho 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/ 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300020>

MAENO, M.; CARMO, J.C. **Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MALAGUTI, S. E. **Crenças de enfermeiros com cargo de chefia de um hospital universitário sobre os riscos ocupacionais com material biológico**. 2006. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-23042007-152905/>>. Acesso em: 18/11/2011.

MALAGUTI, S. E. *et al* . Enfermeiros com cargos de chefia e medidas preventivas à exposição ocupacional: facilidades e barreiras. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 496-503, setembro 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/ 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300012>.

MATHEUS, M.C.C.; FUSTINONI, S.M. **Pesquisa qualitativa em Enfermagem**, 1ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

MARX, K. **A origem do Capital: a acumulação primitiva**. São Paulo: Centauro, 2004.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Tradução de: SANT'ANNA, Reginaldo. 27 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

MARZIALE, M.H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 571-577, julho 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/ 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000400015>.

MARZIALE, M.H.P., ROBAZZI, M.L.C.C. **Accidentes de trabajo con material corto punzante en enfermeras de hospitales**. Nure Investigación. n.2, p. 1-7, fevereiro 2004. Disponível em: < <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/original2.pdf>>. Acesso em: 17/11/2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro:Hucitec-Abrasco, 2004.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p.340-347, abril 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/ 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200016>.

MIR, O. *et al*. Accidental blood exposures among medical residents in Paris, France. **Clinical Microbiology and Infection**.,v.17,n.3,p. 464-468, março 2010. Disponível em:< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-0691.2010.03321.x/abstract>>. Acesso em: 18/11/2011. doi: 10.1111/j.1469-0691.2010.03321.x

MIRANDA, F. M. D. *et al* . Uma contribuição à saúde dos trabalhadores: um guia sobre exposição aos fluídos biológicos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1018-1022 , agosto 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 18/11/2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400033>.

MCEWEN M., WILLS E.M. **Bases Teóricas para Enfermagem**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MOREIRA, A. K. F.; SANTOS, Z. M. S. A; CAETANO, J. A. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 989-1006, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000400005>.

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, p.354-361 abril 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200018>

NEVES, L. A. S.; GIR, E. Crenças das mães soropositivas ao HIV acerca da transmissão vertical da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p.781-788, outubro 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500021>.

NWANKWO, T.O., ANIEBUE, U.U. Percutaneous injuries and accidental blood exposure in surgical residents: Awareness and use of prophylaxis in relation to HIV. **Niger J Clin Pract** v.14,n. 1, p. 34-7, abril 2011. C:< <http://www.njcponline.com/text.asp?2011/14/1/34/79237>>. Acesso em: 18/11/2011. DOI: 10.4103/1119-3077.79237

OLIVEIRA, B.R.G.; MURFOSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.9, n.1, p. 109-115, jan 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11538.pdf>>. Acesso em: 18/11/2011

OLIVERIA, A.C.; DIAZ, M.E.P.; TOLEDO, A.D. Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes entre a equipe multiprofissional de uma unidade de emergência. **Ciênc. Cuid. Saúde**,v.9, n.2, p.341-349, abri/jun 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8537> >. Acesso em: 18/11/2011. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i2.8537.

OLIVEIRA, A. C.; LOPES, A. C. S.; PAIVA, M. H. R. S. Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico entre a equipe multiprofissional do atendimento pré-hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.677- 683, setembro 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342009000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/ 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300025>.

OLIVEIRA, L. C. M. de; PONTES, J. P. J. Frequency of hepatitis B immunity and occupational exposures to body fluids among brazilian medical students at a public university. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo, v. 52, n. 5, p.247-252 outubro 2010 . Disponível em
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652010>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Seguridad Del personal de salud: ayuda memoria: Una estratégia para La protección Del personal salud contra infecciones de vírus transmitidos por sangre. Disponível em:
 <http://www.who.int/occupational_health/activities/oehcdrom1.pdf> Acesso em: 20/11/2011.

PANUNZIO, A. et al . Accidentalidad por fluidos biológicos en profesionales de laboratorios clínicos de Maracaibo, Venezuela. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 12, n. 1, p. 93-102 fevereiro 2010 . Disponível em
 <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000100009>.

PEREIRA, M. J. B. *et al* . A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p.771-777, outubro 2009 . Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500022>.

PEREIRA, W. A.P.; LIMA, M. A. D. S. Prehospital teamwork life support service for traffic accident victims. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 320-327, junho 2009 . Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18/11/2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200010>

PIERANTONI, C. R. *et al* . Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.685-704 2008 . Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400005>.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.2257-2267, 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900030>.

POLIT, D.F.; BECK, C.T., HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, métodos, avaliação e utilização** Tradução de: THORRELL, Ana; 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTELA, L. F.; ROTENBERG, L.; WAISSMANN, W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p.802-808, outubro 2005 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500016>.

PRAÇA, N. S.; GUALDA, D. M. R. Percepção de risco para HIV/AIDS de mulheres faveladas segundo o modelo de crenças em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 54-59, março 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18/11/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000100009>.

PRADO, M. A. S. *et al* . A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 494-502, junho 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300007>.

PRUSS-USTUN A, RAPITI E, HUTIN Y. **Sharps injuries: global burden of disease from sharps injuries to health-care workers**. Geneva: Word Health Organization; 2003 (WHO Enviromental Burden of Disease Series, 3). Disponível em: <http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/en/sharps.pdf> Acesso em: 18/11/2011.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; PINHEIRO, R. D. C. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p.332-339, abril 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011 <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200015>.

RODRIGUES, M.S.P., LEOPARDI, M.T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros.** Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

ROSENSTOCK, I.M. **Historical Origins of the Health Belief Model**, Health Educ monogr. v.2, n.4, p.328-35, 1974.

ROSENSTOCK, I.M. **The Health Belief Model and preventive health behavior.** Health Educ monogr. v.2, n.4, p. 354-386, 1974.

ROSENSTOCK, I.M. **The health belief model: explaining health behavior through expectancies.** In: Glanz K. Lewis FM, Rimer BK, Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; p.39-62. 1990.

SAILER, G. C. **Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com os anti-retrovirais pós-exposição ocupacional a material biológico.** 148 f. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12082004-171728/>>. Acesso em: 21/11/2011.

SAILER, G.C.; MARZIALE, M.H. P. Vivência dos trabalhadores de enfermagem frente ao uso dos antiretrovirais após exposição ocupacional a material biológico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p.55-62 março 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100007>. Acesso em: 18/11/2011.

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**, Salvador, v. 6, n. 3, p. 140-141 junho 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702002000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702002000300007>

SARQUIS, L.M. M. **O monitoramento do trabalhador de saúde após exposição a fluidos biológicos.** 2007. 195 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-13072007-093824/>>. Acesso em: 18/11/2011.

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**, Salvador, v. 6, n. 3, p.140-141, junho 2002 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702002000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702002000300007>.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p.701-704, outubro 2009 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500008>

SÊCCO, I.A.O, *et al.* Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador hospitalar: um desafio para a saúde do trabalhador. **Rev Espaço Saúde**. v.4, n.1, p.19-24, 2002.

SEPKPWITZ, K.A., EISENBERG, T. L. Occupational deaths among healthcare workers. **Emerg Infect Dis**. v.11, n.7, p.1003-1008, julho 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16022771> > Acesso em: 18/11/2011.

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. Disponível em:< ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/17177> Acesso em: 18/11/2011.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Relatório do Hospital do Trabalhador, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRA. Vacina contra hepatite B. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 5, outubro 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17/11/2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000500009>.

TOMAZIN, C.C., BENATTI, M.C.C. Acidente do trabalho por material perfurocortante em trabalhadores de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 22, n.2, p. 60-73; 2001. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4376> Acesso em: 18/11/2011.

TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M.F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 415-421; junho 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18/11/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200022>.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistemas de Bibliotecas, **Normas para apresentação de documentos científicos. v. 2 teses e dissertações** Curitiba: Ed.UFPR, 2007.

_____. Sistemas de Bibliotecas, **Normas para apresentação de documentos científicos. v.3 citações e notas de rodapé**. Curitiba: Ed.UFPR, 2007.

_____. Sistemas de Bibliotecas, **Normas para apresentação de documentos científicos. v.4 referências**. Curitiba: Ed.UFPR, 2007.

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**, 10 maio 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3206.1>>. Acesso em: 18/11/2011.

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. 804-810, dezembro 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400026>.

APÊNDICES

APÊNDICE1- ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS.....	95
APÊNDICE 2 - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DE SAÚDE	97
APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – AOS PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO.....	99
APÊNDICE 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS JUÍZES.....	100
APÊNDICE 5- AUTORIZAÇÃO PARA A DIVULGAÇÃO DO NOME DA INSTITUIÇÃO.....	101

APÊNDICE 1- ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS GERENTES DE RECURSOS HUMANOS

1.Instituição:	2.Data da entrevista:
3. Categoria Profissional:	4. Local:
4.Idade:	5.Sexo: ()fem ()masc
6. Tempo de trabalho na Instituição: anos meses	
7. Tempo nesta ocupação: anos meses	
8. Você acredita que é possível adquirir alguma infecção ou doença através do acidente de com material biológico? ()sim ()não Como?	
9. Cite algumas infecções ou doenças que podem ser adquiridas por acidente de trabalho com material biológico.	
10. Para começar a trabalhar, você precisa tomar algum tipo de vacina?	
11. Quais as vacinas?	
12. E quantas doses para cada tipo de vacina?	
13. Quais doenças são preveníveis através de esquema vacinal que você conhece, nos acidentes de trabalho com material biológico?	
14. Cite as medidas empregadas no seu trabalho para prevenir os acidentes de trabalho com material biológico.	
15. Na sua opinião, qual a probabilidade de uma pessoa ficar doente quando se expõe a material biológicos:	
exposição percutânea	
exposição mucosa	
exposição pele não íntegra	
16. Você conhece os tipos e casos de acidente ocorridos na instituição?	
17. Cite os principais motivos que influenciam na ocorrência de exposição acidental com material biológico potencialmente contaminado em sua instituição.	
18. Na ocorrência do acidente de trabalho por exposição biológica, quais as condutas adotadas em sua instituição?	
19. É realizado algum tipo de acompanhamento/monitoramento do trabalhador após acidente de trabalho com fluídos biológicos em sua instituição? Como ele ocorre?	
20. O trabalhador desfruta de algum benefício para aderir ao monitoramento após acidente de trabalho com material biológico?	
21.O trabalhador enfrenta alguma dificuldade para aderir ao monitoramento após acidente de trabalho com material biológico?	
22. Quais as conseqüências que os acidentes por exposição biológica podem acarretar para o profissional exposto? E para a instituição?	
Para o profissional exposto:	
Para a instituição:	
23. Cite as principais facilidades oferecidas pela instituição ao trabalhador exposto a acidente com material biológico	
24. Cite as principais barreiras/dificuldades encontradas pelo trabalhador exposto a acidente com material biológico.	
25. Você já participou de algum curso sobre acidente de trabalho com material biológico? Quem ministrou? Se institucional, cite a instituição. ()sim ()não. Há quanto tempo último curso?	
26. Você tem conhecimento do protocolo para monitoramento após exposição a material biológico do Ministério da Saúde ou de outro órgão?	
27. Há alguma vantagem para instituição em se fazer o acompanhamento após	

acidente de trabalho por exposição a material biológico? Descreva-as (ou) cite-as.
28. Você tem conhecimento sobre a responsabilidade trabalhista e civil da instituição nos casos de acidente com mb?
29. Você tem conhecimento das complicações com o tratamento (quimioprofilaxia)?
30. Você tem conhecimento dos custos do acompanhamento e de quem é a responsabilidade pelo acompanhamento?
31. Gostaria de acrescentar outro aspecto ainda não perguntado?

APÊNDICE 2- ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DE SAÚDE

1.Instituição:	2.Data da entrevista:
3. Categoria Profissional:	4. Local:
4.Idade:	5.Sexo: ()fem ()masc
6. Tempo de trabalho na Instituição:	anos meses
7. Tempo nesta ocupação:	anos meses
8. Você acredita que é possível adquirir alguma infecção ou doença após acidente de trabalho com material biológico? ()sim ()não Como?	
9. Cite algumas infecções ou doenças que podem ser adquiridas por acidente de trabalho, com material biológico.	
10. Para começar a trabalhar, você precisa tomar algum tipo de vacina?	
11. Quais as vacinas?	
12. E quantas doses para cada tipo de vacina?	
13. Quais doenças são preveníveis através de esquema vacinal que você conhece, nos acidentes com material biológico?	
14. Cite as medidas empregadas no seu trabalho para prevenir a exposições com material biológico.	
15. Em sua opinião, qual a probabilidade de uma pessoa ficar doente quando se expõe a material biológico:	
exposição percutânea	
exposição mucosa	
exposição pele não íntegra	
17. Cite os principais motivos que influenciam o acidente com material biológico em seu trabalho.	
18. Na ocorrência do acidente de trabalho por exposição biológica, quais foram as condutas adotadas em sua instituição?	
19. Está sendo realizado algum tipo de acompanhamento/monitoramento do após o seu acidente de trabalho com fluídos biológicos em sua instituição? Como ele é feito?	
20. Você desfruta de algum benefício para realizar o monitoramento após acidente de trabalho com material biológico?	
21.Você enfrenta alguma dificuldade para realizar o monitoramento após acidente de trabalho com material biológico?	
22. Quais as conseqüências que os acidentes por exposição biológica podem acarretar para o você? E para a instituição?	
Para o profissional exposto:	
Para a instituição:	
23. Cite as principais facilidades oferecidas pela instituição a vc Para prevenir a exposição a acidente com material biológico .	
24. Cite as principais barreiras/dificuldades encontradas por você. Para prevenir a exposição a acidente com material biológico.	
25. Você já participou de algum curso sobre acidente de trabalho com material biológico? Quem ministrou? Se institucional, cite a instituição. ()sim ()não. Há quanto tempo último curso?	
26. Há alguma vantagem em se fazer o protocolo de acompanhamento após acidente de trabalho por exposição a material biológico? Descreva-as (ou) cite-as.	

27. Você tem conhecimento do protocolo para monitoramento após exposição a material biológico do Ministério da Saúde ou de outro órgão?

28. Quais foram as providencias tomadas após você ter sofrido o acidente com material biológico,? Se nada for relatado pelo entrevistado [não fiz nada / continuei trabalhando / comuniquei ao superior, questionar o **porquê**.

29. Gostaria de acrescentar outro aspecto ainda não perguntado?

APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – AOS PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO.

Título da dissertação: Crenças e conhecimentos relacionados à acidentes de trabalho com exposição à fluídos biológicos.

Mestranda: Fernanda Moura D'Almeida Miranda

Orientadora: Professora Dra Leila Maria Mansano Sarquis

Co-orientadora: Professora Dra Elaine Drehmer de Almeida Cruz

Esclarecimento aos participantes da investigação

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujos objetivos são conhecer e analisar as crenças que influenciam a aceitação dos cuidados necessários após acidente de trabalho com fluídos biológicos (secreção, sangue, urina e entre outros) entre empregadores e trabalhadores de saúde.

Sua colaboração é de extrema importância, pois contribuirá para identificarmos as crenças que influenciam a adesão ao protocolo de monitoramento de exposição à material biológico e assim apresentarmos aos empregadores e trabalhadores de saúde orientações para a melhoria da aceitação dos cuidados necessários após acidente de trabalho com fluídos biológicos (secreção, sangue, urina e entre outros) .

Solicitamos sua participação, de forma voluntária, para responder esta entrevista para coleta de informações. Durante todas as etapas deste projeto, você terá assegurado o direito de não ser identificado, suas respostas serão mantidas em segredo e que não haverá danos e riscos a sua pessoa. Em qualquer momento, você poderá retirar seu consentimento e/ou deixar de participar desta pesquisa, sem que isto traga prejuízo ou penalização à continuação do trabalho. Não haverá despesas para você e também não receberá pagamento para participar desta pesquisa. Caso se sinta constrangido em qualquer momento desta entrevista poderá desistir de participar.

A responsável pela pesquisa é a Enfermeira Fernanda Moura D'Almeida Miranda, aluna do Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná que poderá ser encontrada através do telefone (41) 3212-5756 ou e-mail fernandadalmeida79@hotmail.com.

Caso não tenha dúvidas e aceite a participar da pesquisa, solicitamos que assine o termo de consentimento livre e esclarecido.

Grata por sua participação.

Fernanda Moura D'Almeida Miranda
Mestranda em Enfermagem UFPR

Consentimento: A ser preenchido pelo participante:

Acredito que ficaram claros para mim quais são os objetivos desta pesquisa, os procedimentos a serem realizados e a garantia de confiabilidade. Diante do exposto, concordo voluntariamente a participar deste estudo.

Nome: _____

RG: _____

Data: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS JUÍZES.

Título da dissertação: Crenças e conhecimentos relacionados à acidentes de trabalho com exposição à fluídos biológicos.

Mestranda: Fernanda Moura D'Almeida Miranda

Orientadora: Professora Dra Leila Maria Mansano Sarquis

Co-orientadora: Professora Dra Elaine Drehmer de Almeida Cruz

Esclarecimento aos juízes

Prezado Professor Doutor, você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujos objetivos são conhecer e analisar as crenças que influenciam a aceitação dos cuidados necessários após acidente de trabalho com fluídos biológicos (secreção, sangue, urina e entre outros) entre empregadores e trabalhadores de saúde.

Sua colaboração é de extrema importância, na qualidade de juízes expertises na temática, na avaliação do instrumento a ser aplicados aos gerentes e trabalhadores de saúde. A pesquisa faz parte do projeto de dissertação do Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. A mestranda responsável é a Enfermeira Fernanda Moura D'Almeida Miranda e poderá ser encontrada através do telefone (41) 3212-5756 ou e-mail fernandadalmeida79@hotmail.com.

Sua valiosa contribuição possibilitará uma coleta fidedigna e contribuirá para a enfermagem enquanto ciência

Fernanda Moura D'Almeida Miranda

Mestranda em Enfermagem UFPR

Aceito participar desta pesquisa na qualidade de juiz expertise.

Nome: _____

RG: _____

Data: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 5- AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DO NOME DA INSTITUIÇÃO

Ao Senhor Diretor Acadêmico do Hospital do Trabalhador

Dr. Iwan Augusto Colaço

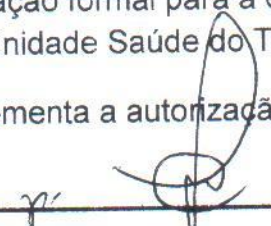
Ao Senhor Coordenador da Unidade Saúde do Trabalhador

Dr. Hermann Valentim Guimarães

Venho por meio deste, informar que minha pesquisa intitulada " Crenças e conhecimentos relacionados aos acidentes de trabalho com exposição a fluidos biológicos", já aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa SESA/HT em 25 de março de 2010, sob nº161/2010, C.A.A.E. 0027.0.429.091-10.

Solicito a V.S^a autorização formal para a divulgação do nome da instituição "Hospital do Trabalhador e Unidade Saúde do Trabalhador no corpo da dissertação.

Tal solicitação complementa a autorização informal recebida por mim.



Dr. Iwan Augusto Colaço

Diretor Acadêmico do Hospital do Trabalhador



Dr. Hermann Valentim Guimarães

Coordenador da Unidade Saúde do Trabalhador



Enfª Fernanda Moura D'Almeida Miranda

Mestranda em Enfermagem- UFPR

ANEXOS

ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética em pesquisa de seres humanos (SESA/HT).....	103
ANEXO 2- Andamento do projeto- CAAE – 0027.0.429.091-10.....	104



Curitiba, 25 de Março de 2010.

**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
SESA/HT**

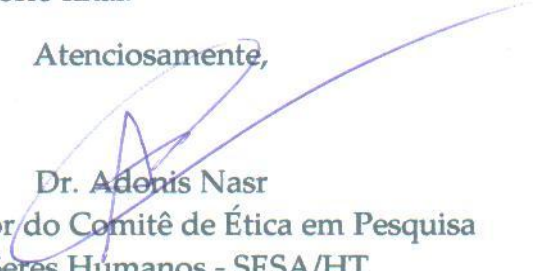
Protocolo: CEP-SESA/HT nº161/2010	CAAE:
Projeto de Pesquisa: A adesão ao protocolo de monitoramento após acidente de trabalho por exposição a material biológico	
Pesquisador: Fernanda Moura D'Almeida Miranda	
Patrocinador: não consta	
Instituição: UFPR	
Área Temática Especial: Grupo III	
Data de apresentação ao CEP: 11/03/2010	Data de Entrega do Parecer: 25/03/2010

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná/Hospital do Trabalhador analisou na sessão do dia **25 de Março de 2010** o processo Nº. 161/2010, referente ao projeto de pesquisa: **"A adesão ao protocolo de monitoramento após acidente de trabalho por exposição a material biológico"**, tendo como pesquisador (a) **Fernanda Moura D'Almeida Miranda**.

Mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**. O mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio a este CEP de relatórios sobre o andamento da pesquisa bem com o envio de relatório final.

Atenciosamente,


Dr. Adenis Nasr
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos - SESA/HT

Andamento do projeto - CAAE - 0027.0.429.091-10				
Título do Projeto de Pesquisa				
A adesão ao protocolo de monitoramento após acidente de trabalho por exposição a material biológico.				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	19/10/2010 16:22:35	19/10/2010 16:24:36		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	19/10/2010 15:19:59	Folha de Rosto	FR380050	Pesqu
3 - Protocolo Aprovado no CEP	19/10/2010 16:24:36	Folha de Rosto	161	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	19/10/2010 16:22:35	Folha de Rosto	0027.0.429.091-10	CEP

[Voltar](#)