**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

***ADESÃO DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM AO
TRATAMENTO COM OS ANTI-RETROVIRAIS PÓS-EXPOSIÇÃO
OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO***

Giselle Clemente Sailer

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de investigação intitulada: **Saúde do Trabalhador**, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Fundamental.

RIBEIRÃO PRETO

2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

***ADESÃO DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM AO
TRATAMENTO COM OS ANTI-RETROVIRAIS PÓS-EXPOSIÇÃO
OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO***

Giselle Clemente Sailer

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de investigação intitulada: **Saúde do Trabalhador**, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Palucci Marziale

RIBEIRÃO PRETO

2004

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Sailer, Giselle Clemente

Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com anti-retrovirais pós-exposição ocupacional a material biológico. Ribeirão Preto, 2004.

130p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Orientador: Marziale, Maria Helena Palucci

1.Saúde Ocupacional 2.Crenças 3.Anti-retrovirais
4. Enfermagem 5. Trabalho

FOLHA DE APROVAÇÃO

Giselle Clemente Sailer

Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com anti-retrovirais pós-exposição ocupacional a material biológico.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem Fundamental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Orientadora

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Profa. Dra. Márcia Maria Fontão Zago

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Profa. Dra. Vanda Elisa Andres Felli

Professora Associada do Departamento de Orientação Profissional da Escola de
Enfermagem Universidade de São Paulo.

Julgamento:_____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

À Equipe de Enfermagem da UETDI,
pelo carinho e receptividade com que fui acolhida na unidade.
Com muita admiração pelo respeito e humanidade com que estes profissionais
assistem os portadores do HIV/AIDS.

Aos Meus Pais, João e Gercy,
fonte de amor pleno, pelos ensinamentos e valores transmitidos com muita
dignidade e pelo apoio incondicional durante esta trajetória.

Ao Marcelo,
que mostrou ser um grande companheiro, sabendo transmitir serenidade e
compreensão, nos momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Maria Helena Palucci Marziale, por acreditar nas minhas potencialidades, demonstrando empenho, disponibilidade e conhecimento durante a preparação deste estudo; pela alegria de viver.

À Profª Drª Márcia M. F. Zago, pelas valiosas contribuições, como membro da banca examinadora e prontidão nas orientações.

À Profª Drª Vanda Elisa A. Felli, pelas relevantes sugestões e simpatia com que me recebeu em São Paulo.

À Profª Maria José, que minuciosamente realizou a correção gramatical deste estudo.

À Andréia, que em um curto período de tempo e com muito zelo, efetuou a etapa estética da pesquisa.

À Coordenação Médica da UETDI, em nome da Dr^a Alcione Machado Artioli pela permissão em realizar o estudo nesta clínica.

À Diretora Técnica de Enfermagem, Enf^a Cleide Baldini e à Enf^a Chefe da UETDI, Maria Izabel Silva, que com muita compreensão, facilitaram meu caminhar.

As Amigas Camilla e Nely, pela agradável convivência diária, transformando a ausência de nossos familiares, em um novo lar.

Em especial agradeço a amiga Nely pela infundável colaboração, mostrando além da amizade, competência intelectual no desenrolar da pesquisa.

MUITO OBRIGADA !

“Todo homem tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; esse direito inclui a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular”.

Artigo XVIII da Declaração dos Direitos Humanos

SUMÁRIO

Lista de Ilustrações
Lista de Tabelas
Lista de Siglas
Resumo
Abstract
Resumen

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS	12
3 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO	14
3.1 O trabalho de enfermagem e o risco de exposição ocupacional.....	15
3.2 Conduta frente aos acidentes ocupacionais ocasionados por exposição a material biológico.....	23
3.3 Quimioprofilaxia.....	29
3.4 Adesão ao uso dos Anti-Retrovirais.....	33
3.5 Modelo de Crenças em Saúde.....	40
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	52
4.1 Característica da Investigação.....	53
4.2 Local de Estudo.....	54
4.3 População.....	56
4.4 Estratégias de investigação.....	57
4.5 Procedimentos éticos.....	58
4.6 Análise e Interpretação dos Dados	59
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
5.1 Características dos trabalhadores de enfermagem.....	62
5.2 A adesão a quimioprofilaxia.....	90
6. CONSIDERAÇÕES GERAIS	103
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES.....	125
ANEXO.....	129

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Recomendações referente à profilaxia de Hepatite B para Profissionais de Saúde Expostos a Material Biológico.....	27
Figura 2. Posologia e administração da quimioprofilaxia.....	30
Figura 3. Profilaxia Anti-retrovirais após exposição ocupacional.....	31
Figura 4. “Modelo de Crença em Saúde”, com determinante do comportamento preventivo em saúde (ROSENSTOCK, 1974)..	51
Figura 5. Síntese das categorias do Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974b), extraídos das respostas escritas pelos profissionais de enfermagem nos formulários analisados.....	60
Figura 6. Ocorrência de acidente com material biológico entre os trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial em Tratamento de Doenças Infecciosas.....	68
Figura 7. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP – USP, segundo indicação dos Anti-retrovirais.....	81
Figura 8. Apresentação das informações obtidas dos trabalhadores de enfermagem, quanto a categoria suscetibilidade percebida.....	91
Figura 9. Informações emitidas pelos trabalhadores de enfermagem, quanto à categoria “sériosidade percebida”, que está relacionada ao tema “comportamento vivenciado pelo acidentado”.....	92
Figura 10. Informações emitidas pelos trabalhadores de enfermagem, quanto à categoria “sériosidade percebida”, que está relacionada ao tema “percepção de mudança após o acidente”.....	95
Figura 11. Informações emitidas pelos trabalhadores de enfermagem quanto a categoria “benefícios percebidos”, ligadas ao tema: “experiência positiva no uso dos anti-retrovirais”.....	99
Figura 12. Informações emitidas pelos trabalhadores de enfermagem quanto à categoria “barreiras percebidas”, relacionada ao tema: “experiência negativa no uso dos anti-retrovirais”.....	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP, segundo idade, sexo e estado civil. Ribeirão Preto, 2004.....	63
Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP-USP, segundo sua opção religião. Ribeirão Preto, 2004.....	64
Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas - FMRP-USP, segundo o grau de instrução e categoria profissional. Ribeirão Preto, 2004.....	65
Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP-USP, segundo o tempo de atuação profissional. Ribeirão Preto, 2004.....	66
Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas - HCFMRP-USP, segundo o turno de trabalho. Ribeirão Preto, 2004.....	67
Tabela 6 - Distribuição dos resultados acerca dos trabalhadores de enfermagem que se acidentaram na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP – USP, segundo faixa etária, sexo, estado civil e religião. Ribeirão Preto, 2004.....	69
Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem acidentados na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP – USP, segundo o grau de instrução e categoria profissional. Ribeirão Preto, 2004.....	72
Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem acidentados na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP – USP, segundo o tempo de atuação profissional, turno de trabalho e outro vínculo empregatício. Ribeirão Preto, 2004.....	73

Tabela 9 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da UETDI-HCFMRP-USP que sofreram acidente ocupacional Segundo o tipo de exposição, Ribeirão Preto, 2004.....	79
Tabela 10 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas - HCFMRP-USP de acordo com tempo de tratamento com os anti-retrovirais pós exposição ocupacional, Ribeirão Preto, 2004...	83
Tabela 11 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem acidentados na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas - HCFMRP-USP conforme o número de dias de uso dos anti-retrovirais pós-exposição ocupacional, Ribeirão Preto,2004....	85
Tabela 12 - Distribuição dos fármacos indicados na quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV. Ribeirão Preto, 2004.....	88

LISTA DE SIGLAS

3TC	Lamivudina
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Anti-HBV	Anticorpo contra o vírus da Hepatite B
Anti-HCV	Anticorpo contra o vírus da Hepatite C
Anti-HIV	Anticorpo contra ao vírus da Imunodeficiência Humana
AOPS	Ambulatório de Acidente Ocupacional do Profissional da Saúde
ARV	Anti-retrovirais
AZT	Zidovudina
AZT+3TC	Biovir
CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers For Disease Control and Prevention
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
DDC	Zalcitabina
DDI	Didanosina
DIR	Divisão Regional da Saúde
EPI	Equipamento de proteção individual
EUA	Estados Unidos da América
HBIG	Imunoglobulina humana contra Hepatite B
HbsAg	Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B
HBV	Vírus da Hepatite B
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
NR	Norma Regulamentadora

PP	Precauções Padrão
PU	Precauções Universal
REPAT	Rede eletrônica de acidentes do trabalho com exposição a material biológico
SCIH	Serviço de controle de infecção hospitalar
SESMT	Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
SINABIO	Sistema de Notificação de acidentes Biológicos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UETDI	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas
UNAIDS	Programa das Nações Unidas contra a AIDS
USP	Universidade de São Paulo

RESUMO

Sailer, G.C., **Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com anti-retrovirais pós-exposição ocupacional a material biológico**. 2004. 130f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Este estudo teve como objetivo analisar as crenças significativas para a adesão ou não dos trabalhadores de enfermagem, que sofreram acidentes do trabalho com exposição a material biológico, ao tratamento quimioprolático com anti-retrovirais. Trata-se de numa pesquisa embasada no Modelo de Crença em Saúde- MCS, com abordagem de análise de dados quanti-qualitativa, efetuada por meio de cálculos percentuais (dados quantitativos) e análise de conteúdo, estabelecendo-se temas de análise estruturados nas categorias pré-definidas do MCS (dados qualitativos). Coletaram-se os dados utilizando-se entrevista semi-estruturada com registro escrito, dos dados feitos pelos próprios sujeitos, em formulário próprio, sendo todos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de tratamento de doenças infecciosas de um hospital universitário do interior do estado de São Paulo. Os resultados encontrados revelaram, que dentre os 41 trabalhadores de enfermagem que compuseram a população estudada, 29 (70,74%) exerciam a função de auxiliar de enfermagem, 10 (24,39%) eram enfermeiros e 02 (4,87%) eram técnicos de enfermagem. O estudo mostrou que 20 (49 %) trabalhadores haviam sido vítimas de um ou até cinco acidentes do trabalho com exposição a material biológico, perfazendo a ocorrência de 38 acidentes. Em 12 (34,30%) casos o trabalhador realizou o tratamento completo com anti-retrovirais; em 15 (42,85%) trabalhadores não o completaram e em 8(22,85%) não emitiram informações a respeito. À luz do Modelo de Crenças em Saúde e das categorias preestabelecidas: suscetibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas, extraíram-se os seguintes indicadores: percepção do risco da infecção, comportamento vivenciado pelo acidentado, percepção de mudanças após o acidente, experiência positiva com o uso dos anti-retrovirais e percepção negativa com o uso dos anti-retrovirais. Os resultados revelaram que a principal crença que favoreceu a adesão ao tratamento quimioprolático foi a suscetibilidade percebida, sendo fundamental para o trabalhador de enfermagem o pensamento acerca do risco de contrair a AIDS. A crença seriedade percebida foi identificada pelo medo de contrair a AIDS, preocupação com a transmissão, sensação de inferioridade. A determinação individual, a letalidade da doença, a ausência de efeitos colaterais e a crença na proteção oferecida pelo tratamento foram os benefícios percebidos pelos sujeitos para adoção de tratamento. Como principal barreira percebida para a não-adesão do trabalhador ao tratamento, estão os efeitos colaterais ocasionados pelos fármacos, as exigências de horários rigorosos para a ingestão dos medicamentos e o descrédito da ameaça da doença. No estudo realizado evidenciou-se a necessidade em proporcionar atendimento ao trabalhador acidentado considerando seus aspectos físicos e pessoais, bem como os emocionais, além da implementação de ações que minimizem a ocorrência de tais injúrias.

Palavras-Chave: saúde ocupacional, crenças, anti-retrovirais, enfermagem, trabalho.

ABSTRACT

Sailer, G.C., **Adherence of nursing workers to antiretroviral treatment after occupational exposure to biological material.** 2004. 130f. Master Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2004.

This study aimed to analyze significant beliefs among nursing workers who were victims of occupational accidents with exposure to biological material, with a view to adherence or not to chemoprophylactic treatment with antiretroviral medication. This research is based on the Health Belief Model-HBM, using a quanti-qualitative approach by means of percentage accounts for quantitative data, while treating qualitative data through content analysis and the establishment of analytical themes structured within the predefined categories of the HBM. Data were collected through semi-structured interviews with nursing workers at an infectious disease treatment unit of a university hospital in the interior of São Paulo, Brazil, which were registered in writing. Results demonstrated that, out of the 41 nursing workers who made up the study population, 29 (70.74%) were nursing auxiliaries, 10 (24.39%) were nurses and 02 (4.87%) were nursing technicians. 20 (49 %) workers had been victims of one to five occupational accidents with exposure to biological material, totalling 38 accidents. In 12 (34.30%) cases, workers followed the complete treatment with antiretroviral medication, while they did not finish treatment in 15 (42,85%) cases and no information was published in 8 (22.85%) of the cases. In view of the Health Belief Model and the pre-established categories: perceived susceptibility, perceived gravity, perceived benefits and perceived obstacles, the following indices were extracted: infection risk perception, victim's behavior, perception of changes after the accident, positive experience of using antiretroviral medication and negative perception of using antiretroviral medication. The results revealed that the main belief determining adherence to chemoprophylactic treatment was perceived susceptibility, considering the risk of getting AIDS as fundamental for nursing workers' performance. The belief on perceived gravity was identified by the fear of getting AIDS, worries about the transmission, feeling of inferiority. The subjects perceived the following benefits: individual determination, lethality of the disease, absence of collateral effects and belief in the protection offered by treatment. The main obstacles perceived for workers' non adherence to treatment were collateral effects caused by the medication, need for medication intake at strict times and discredit in the disease as a threat. This study disclosed the need to consider physical, personal and emotional aspects of worker casualties when delivering care to the workers and to implement actions that minimize the occurrence of these injuries.

Keywords: occupational health, beliefs, antiretroviral drugs, nursing, work.

RESUMEN

Sailer, G.C., **Adhesion de trabajadores de enfermería al tratamiento con antirretrovirales tras exposición ocupacional a material biológico**. 2004. 130f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

La finalidad del estudio fue analizar las creencias significativas para la adhesión o no de los trabajadores de enfermería que sufrieron accidentes de trabajo, con exposición a material biológico, al tratamiento quimioproláctico con antirretrovirales. Esta investigación se basa en el Modelo de Creencias en Salud- MCS, utilizando el análisis cuanti-cualitativo de los datos mediante cálculos porcentuales (datos cuantitativos) y análisis de contenido y establecimiento de temas de análisis estructurados en las categorías predefinidas del MCS (datos cualitativos). Recopilamos los datos a través de entrevistas semi-estructuradas y registrados por escrito con los trabajadores de enfermería de una unidad de tratamiento de enfermedades infecciosas de un hospital universitario del interior del Estado de São Paulo, Brasil. Los resultados demostraron que, entre los 41 trabajadores de enfermería que constituyeron la población del estudio, 29 (70,74%) trabajadores eran auxiliares de enfermería, 10 (24,39%) eran enfermeros y 02 (4,87%) eran técnicos de enfermería. 20 (49 %) trabajadores habían sido víctimas de uno hasta cinco accidentes de trabajo con exposición a material biológico, totalizando 38 accidentes. En 12 (34,30%) de los casos, los trabajadores realizaron el tratamiento completo con antirretrovirales mientras, en 15 (42,85%) casos, no completaron el tratamiento y en 8 (22,85%) no fueron emitidas informaciones. De acuerdo con el Modelo de Creencias en Salud y de las categorías preestablecidas: susceptibilidad percibida, seriedad percibida, beneficios percibidos y obstáculos percibidos, extraemos los siguientes indicadores: percepción del riesgo de infección, comportamiento vivido por el accidentado, percepción de cambios tras el accidente, experiencia positiva del uso de los antirretrovirales y percepción negativa del uso de los antirretrovirales. Los resultados revelaron que la principal creencia con vistas a la adhesión al tratamiento quimioproláctico fue la susceptibilidad percibida, considerando el riesgo de contraer Sida como fundamental para la acción del trabajador de enfermería. La creencia respecto a la seriedad percibida fue identificada mediante el miedo de contraer Sida, preocupación con la transmisión, sensación de inferioridad. Los sujetos percibieron como beneficios la determinación individual, la letalidad de la enfermedad, la ausencia de efectos colaterales y la creencia en la protección ofrecida por el tratamiento. Los principales obstáculos percibidos para la no adhesión del trabajador al tratamiento fueron los efectos colaterales causados por los fármacos, las exigencias de horarios rigurosos para la ingestión de los medicamentos y el descrédito de la amenaza de la enfermedad. El estudio realizado evidenció la necesidad de proveer atención al trabajador, considerando los aspectos físicos, personales y emocionales del trabajador accidentado y la implementación de acciones que minimizen la ocurrencia de tales injurias.

Términos-Clave: salud ocupacional, creencias, antirretrovirales, enfermería, trabajo.

1. INTRODUÇÃO

Os acidentes do trabalho com exposição a material biológico entre os trabalhadores da área de saúde têm sido considerados fator preocupante, não só pelos prejuízos que acarretam às instituições como aos próprios trabalhadores.

Para Decker (1992), a exposição ocupacional que ocorre durante o trabalho e pode ser prevenida, é caracterizada pelo contato direto com fluídos potencialmente contaminados e pode acontecer de três modos distintos: por inoculação percutânea, também chamada de parenteral; pelo contato direto com membranas mucosas e contato direto com pele não-íntegra, isto é, cortada, arranhada ou afetada por dermatites ou solução de continuidade.

A inoculação parenteral é responsável pela maioria das exposições ocupacionais, sendo mais conhecidas a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e as Hepatites dos tipos B e C. Diante da ocorrência de um acidente deste tipo, o trabalhador de saúde deve procurar atendimento especializado a fim de que sejam tomadas medidas que impeçam a instalação de infecções veiculadas por meio de secreções e fluidos corpóreos.

Neste sentido, o Boletim Epidemiológico do Programa DST – AIDS da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, datado de julho de 1999, aponta que os profissionais da saúde estão constantemente sob o risco de um acidente do trabalho com sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente contaminados, que podem resultar em infecções viróticas, como a AIDS e as Hepatites (SÃO PAULO, SES, 1999). O mesmo documento ressalta, ainda que o risco de infecção

pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), após exposição ocupacional de profissionais da saúde a material biológico é de cerca de 0,3 %, previsão que associada à ausência de informações com relação a este risco e às características epidemiológicas do vírus em nosso meio, indica a necessidade do estabelecimento de recomendações e condutas a serem seguidas por esses profissionais, nestes casos.

Embora o risco de infecção apresente-se em níveis baixos, deve-se dar atenção especial a esta possibilidade devido à letalidade da AIDS, doença crônica causada pelo vírus HIV, que leva à perda gradativa da imunidade celular, cuja consequência é o aparecimento de infecções oportunistas (MIOLA, et al., 2000).

De acordo com o Programa Global da AIDS publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, MS.1999b), desde o início da epidemia até dezembro de 1994, existiam em todo o mundo mais de 18 milhões de infectados e, 62% destes se contaminaram por contato heterossexual. Pesquisa recente feita pelo Programa das Nações Unidas contra a AIDS (UNAIDS), estimou que, possivelmente 40 milhões de pessoas em todo mundo estejam vivendo com HIV/AIDS. Dados do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2004) mostram que, nos Estados Unidos da América (EUA), cerca de 1 milhão de pessoas vivem com a doença, enquanto que, no Brasil, segundo dados do Programa Nacional de DST/AIDS, coletados de 1980 a dezembro de 2003, o Ministério da Saúde contabilizou 310.310 pessoas infectadas pela AIDS em todo o país, com maior prevalência entre os homens (71,1%) tendo as mulheres participado de apenas 28,8% dos casos (AIDS,2004).

Os cientistas asseguram que a transmissão do agente infeccioso está relacionada à via hematológica e, portanto, as vítimas da infecção são aquelas pessoas que adotam "comportamento de risco", praticando sexo inseguro (sem uso

de preservativo); as que recebem sangue ou derivados contaminados; que compartilham drogas injetáveis fazendo uso da mesma seringa e agulha; as crianças que adquirem a doença por via perinatal ou, ainda, os profissionais que se contaminam acidentalmente, no transcurso da prática assistencial através do contato com o sangue do soropositivo para o HIV (FRANÇA,2000).

Sangue ou qualquer outro fluido orgânico contendo sangue; secreção vaginal e sêmen; tecidos e materiais concentrados de vírus, são materiais biológicos potencialmente capazes de transmitir o HIV, embora a transmissão ocupacional deste vírus entre profissionais da saúde registre exposições a sangue, a material biológico visivelmente contaminado por sangue ou a materiais concentrados de vírus em laboratórios de pesquisa. Quanto ao suor, lágrima, fezes, urina e saliva, estes são líquidos biológicos sem risco de transmissão ocupacional do HIV (riscobiologico,2004).

Para Brevidei; Cianciarullo (2001), a contaminação pelo HIV é uma das conseqüências mais sérias dos acidentes ocupacionais percutâneos, entretanto, não é a única que merece atenção. Anualmente vários trabalhadores que sofreram este tipo de acidente são afetados tanto psicológica como emocionalmente, devido à espera do resultado de testes sorológicos, que acarretam transtornos em suas vidas pessoal e profissional pela possibilidade de se tornarem soropositivos. O conflito de sentir-se entre a vida e a morte, vivenciado pela pessoa contaminada no próprio ambiente de trabalho, é um sentimento avassalador para o profissional da saúde.

O primeiro caso de transmissão ocupacional da infecção pelo HIV foi documentado em 1984, na Inglaterra, quando uma enfermeira sofreu um acidente perfuro-cortante e 13 dias após começou a apresentar sintomas de infecção aguda causados por esse vírus tendo no 49º dia o seu exame para HIV revelado positivo

(TEIXEIRA; VALE, 1996), fato que desencadeou pânico entre os profissionais da saúde, motivando discussões e estudos sobre essa temática, o que possibilitou avanços na área da saúde ocupacional e nas práticas de controle da infecção hospitalar (PRADO et al., 1999).

No Brasil, o primeiro caso foi notificado em 1997, referindo-se a uma auxiliar de enfermagem contaminada pelo vírus HIV, com confirmação de AIDS, devido a um acidente de trabalho com material perfuro-cortante ocorrido em 1994, em São Paulo (SANTOS, MONTEIRO, RUIZ, 2002).

Continuaram as evidências sobre registros de casos de contaminação e soroconversão do HIV, entre os profissionais de saúde, em vários países, tendo os EUA registrado 57 casos de soroconversão até dezembro de 2001, em Atlanta, de acordo com o Centers For Disease Control and Prevention (CDC, 2004). No mesmo país, outros 134 profissionais HIV positivos também se contaminaram por meio de acidentes, mas como não houve notificação, estes casos não aparecem nesta estatística.

Desde o início da epidemia da AIDS, em 1981, até 1999, há registros, em todo mundo, de 100 casos comprovados e uma estimativa de outros 213 prováveis de contaminação pelo HIV entre profissionais de saúde, totalizando 313 casos (riscobiologico, 2004).

Além do risco da transmissão do vírus HIV, o acidente de trabalho causado por exposição a material biológico é preocupante também pela possibilidade de transmissão dos vírus da Hepatite B - vírus HBV e Hepatite C - vírus HCV (MARZIALE, RODRIGUES, 2002).

Segundo Godfr (2001), os acidentes ocasionados por picadas de agulhas respondem por cerca de 80 a 90% das transmissões de doenças infecciosas entre

os trabalhadores da saúde, sendo que o risco de transmissão de infecção de uma agulha contaminada é de um em três, para a Hepatite B, de um em trinta, para a Hepatite C e de um em trezentos para o HIV.

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2001) estimou que, nos Estados Unidos, cerca de 800 trabalhadores de saúde tornavam-se anualmente infectados pelo vírus HBV e que de 2 a 4% das infecções causadas pelo vírus HCV ocorreram em ambiente hospitalar, após exposição ao sangue.

Dados mais recentes do International Health Care Work Safety Center (2001), indicam que o risco de infecção pós-exposição ocupacional a material biológico é de 0,25 a 0,4% para o vírus HIV, de 6 a 30% para o vírus HBV e de 0,4 a 1,8% para o vírus HCV.

Para controle dos riscos de acidentes com exposição a material biológico há necessidade de se identificarem a sua frequência e em que situações eles ocorrem, para que se estabeleçam e implementem medidas de prevenção, porém, para que isso aconteça, é necessário os registros dos acidentes (MARZIALE et al., 2004).

Marziale (2003), refere que embora o risco de acidentes do trabalho com exposição a material biológico esteja presente nas atividades dos profissionais de saúde, principalmente entre os trabalhadores de enfermagem, não só a subnotificação desses acidentes é uma realidade, como também a inexistência de um diagnóstico real da situação vivenciada no país.

No Brasil, notificar legalmente um acidente do trabalho significa registrá-lo no formulário de Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT, disponibilizado em via impressa e eletrônica; também por ocasião da comunicação, o empregador é obrigado a comunicar à Previdência Social a ocorrência do evento acidentário

(MENDES,2003). A esse respeito, Marcelino (1999), relata que o sub-registro ocorre devido a problemas relativos à qualidade e quantidade das informações solicitadas.

Marziale e Robazzi (2004), a respeito das subnotificações dos acidentes do trabalho causados por exposição dos trabalhadores a material biológico, principalmente àqueles relacionados a lesões perfuro-cortantes, mencionam que elas acontecem devido a fatores como: desconhecimento dos trabalhadores para com a obrigatoriedade da notificação; por estes não darem importância ao acidente devido à pequena extensão das lesões ocasionadas; descrédito da contaminação e por medo da perda do emprego.

Diante dos riscos provenientes de sangue e fluidos corpóreos veiculadores de infecções, os profissionais de saúde que manipulam tais substâncias devem adotar medidas preventivas, dentre as quais as criadas pelo CDC desde 1987, que incluem a adoção de uma política conhecida como “Precauções Universais” (PU). Estas foram elaboradas no sentido de normatizarem as práticas de manuseio com sangue e/ou outros fluidos corpóreos e possibilitarem maior segurança profissional, sendo atualmente denominadas de “Precauções Padrão” (PP). Vários estudos mostram que a adoção de tais medidas reduz significativamente o risco de acidentes com material biológico e, conseqüentemente, a transmissão ocupacional pelos vírus da AIDS e Hepatites (BREVIDELLI; ASSAYAG;TURCATO,1995, PRADO et al.,1999, SARQUIS,1999, BALSAMO, 2002).

No entanto, quando os acidentes ocorrem, algumas medidas devem ser tomadas, e a primeira delas é a lavagem da área atingida com água e sabão (pele), e soro fisiológico a 0,9% (mucosa), seguida da colheita de sangue para exames laboratoriais, como sorologia anti-HIV e Hepatite C - anti HCV, e HbsAg e anti-Hbsag (este somente se o acidentado foi vacinado contra a Hepatite B) tanto do trabalhador

como do paciente fonte, além da emissão de Comunicado do Acidente de Trabalho (CAT) e encaminhamento do trabalhador a uma unidade especializada para investigação da necessidade da quimioprofilaxia e seguimento por seis meses, visando à detecção de uma possível soroconversão (BRASIL.M S, 2001).

Os fatores de risco relativos à aquisição ocupacional do HIV por exposição são: profundidade da lesão; paciente-fonte em fase terminal (morte em até 2 meses); sangue visível no dispositivo e acidente com agulha retirada diretamente do vaso sangüíneo do paciente (SOUZA; ARANTES; ABREU, 2000).

A transmissão ocupacional da Hepatite representa maior risco do que a transmissão do HIV, e nesse caso a combinação de vacina com gamaglobulina reduz de 90 a 95% a soroconversão da Hepatite B. A vacinação contra Hepatite B entre os trabalhadores da saúde é fortemente indicada devido ao risco de contato com sangue e fluidos corporais (SOUZA; ARANTES; ABREU, 2000).

A possibilidade de complicações na evolução da Hepatite C é de quatro a dez vezes mais que para o HBV, sendo que de 30 a 70% dos infectados por HCV podem evoluir para uma doença crônica. A aquisição profissional deste agente etiológico é um fator agravante, pois demonstra a ausência de medidas preventivas (SOUZA; ARANTES; ABREU, 2000).

Todos os acidentes do trabalho com risco de infecção devem ser considerados como “emergência médica”, uma vez que a prioridade dada às profilaxias anti-retrovirais (ARV), no início pode diminuir acentuadamente o risco da soroconversão. No caso do HIV recomenda-se que elas se iniciem de 2 a 72 horas após o acidente (BRASIL,M.S., 2001).

A terapêutica com anti-retroviral surgiu há mais de uma década e a droga AZT (*zidovudina* - um inibidor da transcriptase reversa) foi a primeira aprovada para comercialização (ACÚRCIO; GUIMARÃES, 1999).

Em 1996, o CDC fez a primeira recomendação referente ao uso da droga para profilaxia pós exposição ocupacional ao HIV, aos profissionais de saúde (SÃO PAULO, SES, 1998). No entanto, no Brasil, a administração de quimiprofilaxia pós-exposição ocupacional foi preconizada tanto pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo como pelo Ministério da Saúde, em 1999, tendo o programa estadual de AIDS e o Instituto de Infectologia Emílio Ribas implantado, ainda em 1999, um programa para atendimento dos profissionais acidentados com material biológico. Neste sentido, a partir de 2001, a prefeitura do município de São Paulo iniciou programa de atendimento a trabalhadores acidentados, com ampliação do mesmo a toda rede pública. Em dezembro de 2001, a Coordenação Nacional DST/AIDS do Ministério da Saúde publicou as “Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV – 2001”, aplicáveis não apenas aos trabalhadores da saúde (SÃO PAULO, SES, 2002).

Os tratamentos medicamentosos de qualquer tipo costumam ser prejudicados pela falta de adesão do paciente ao regime terapêutico proposto, aparecendo como causas mais freqüentes à adesão do paciente: omissões; propositais (tomar medicamentos por motivos errados); erros de dose e entre os intervalos da administração; acréscimo de medicamentos não prescritos ou suspensão prematura da terapia, sem o consentimento médico (KANAI; CAMARGO, 2002).

Os usuários da medicação anti-retroviral enfrentam vários fatores que podem impedir, dificultar ou mesmo provocar a utilização inadequada desses

medicamentos para a terapêutica indicada (ACÚRCIO; GUIMARÃES, 1999), e dentre eles, é importante salientar, estão os efeitos colaterais. Sabe-se que quase todos os medicamentos podem levar a inúmeras reações desagradáveis, por isso deve-se ter em mente que as reações adversas dos mesmos só serão documentadas a partir de informações estatísticas colhidas após a utilização do produto, expressando o que pode acontecer aos seus usuários (GUIA DO PACIENTE - GUIA DE REMEDIOS EM LINGUAGEM CLARA, 1997).

Entretanto os efeitos mais freqüentes evidenciados pelos anti-retrovirais estão as náuseas, vômito, dor abdominal, má digestão, tontura, pancreatite, formigamentos, fraqueza, ansiedade, insônia, icterícia, vermelhidão da pele, anemia (BRASIL, 1999 a).

Tem-se observado na prática profissional, que vários os trabalhadores da área da saúde, não aceitam a profilaxia pós-exposição ocupacional. É o que ocorreu com a autora desta pesquisa, que tendo sido vitimada por um acidente do trabalho com material pérfuro-cortante, durante a prestação de assistência a um paciente soropositivo para o HIV, foi submetida à terapia profilática com anti-retroviral, tratamento que abandonou devido aos efeitos colaterais causados pelas drogas.

Como enfermeira atuante em uma unidade especializada na assistência a pacientes com doenças infecciosas, também tomamos conhecimento de casos semelhantes em que os colegas abandonaram a referida terapêutica. Assim, diante dessa problemática, decidimos realizar a pesquisa em questão com a finalidade de conhecermos as crenças que influenciam os trabalhadores de enfermagem a aderirem ao tratamento pós exposição ocupacional com anti-retrovirais, esperando que seus resultados tragam subsídios que visem melhorar as estratégias utilizadas atualmente na adesão ao tratamento.

Esta investigação encontra-se embasada no Modelo de Crenças em Saúde (MCS) proposto por Rosenstock (1974a), visto que o mesmo busca explicar o comportamento humano no processo saúde-doença, pois parte do pressuposto que para o indivíduo expressar comportamentos em relação a uma determinada doença, ele necessita acreditar que seja pessoalmente suscetível a ela e que sua ocorrência deva trazer moderada seriedade para algumas atividades de sua vida, pois uma ação particular, poderá ser-lhe benéfica e reduzir sua suscetibilidade, como também a seriedade da doença. Segundo este modelo, existem barreiras psicológicas importantes capazes de impedir que o indivíduo acate ações relacionadas à prevenção de doenças (DELA COLETA, 1995).

2. OBJETIVOS

- Traçar as características dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas de um Hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo.
- Identificar os trabalhadores de enfermagem vitimados por exposição ocupacional a material biológico.
- Identificar, dentre os trabalhadores de enfermagem que sofreram acidentes do trabalho com material biológico, aqueles que receberam indicação de tratamento profilático com anti-retrovirais.
- Analisar as crenças consideradas importantes para estes trabalhadores, que os auxiliaram ou não a optar pelo tratamento quimioprofilático.

3. CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

3.1 O trabalho de enfermagem e o risco de exposição ocupacional

O trabalho de enfermagem é caracterizado pela prestação de assistência ao indivíduo sadio ou doente e à sua família ou comunidade, no desempenho de atividades que visem promover, manter ou recuperar a saúde (ALMEIDA; ROCHA,1997).

Para Azambuja; kerber; Vaz (2001), a enfermagem assume uma dupla condição humana, pois ao mesmo tempo que é agente de ação do cuidar assistido ao outro (cliente), é agente da ação de sua própria saúde no ambiente de trabalho, local que pode ser favorável ou desfavorável à sua saúde.

Em nosso país, o trabalho de enfermagem é realizado por uma equipe composta por trabalhadores de diferentes categorias que de acordo com a Lei nº 7.498, referente ao exercício Profissional de enfermagem (Cofen, 2004) são os enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras. Algumas instituições de saúde apresentam em seus quadros funcionais os atendentes de enfermagem, porém desde 1996, estão proibidos legalmente de efetuar novas contratações dessa categoria.

De acordo com dados do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 1996) 98,3% do pessoal de enfermagem trabalhava em estabelecimentos de saúde e destes, 70,4% atuavam em hospitais. Embora atualmente os campos de atuação

desses trabalhadores tenham se diversificado, a literatura mostra que a maioria dos trabalhadores de enfermagem continua atuando em instituições hospitalares. Ainda segundo o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen, 2004), até maio de 2004 havia registro 102.979 enfermeiros, 165.345 técnicos, 463.151 auxiliares de enfermagem, 26.107 atendentes e 41 parteiras inscritos neste Conselho.

Marziale (1995), estudando as condições de trabalho de enfermagem em hospitais, ressalta que elas vem atraindo a atenção de muitos pesquisadores nas últimas décadas, devido ao risco que o ambiente oferece e às peculiaridades das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, destacando, principalmente, o desrespeito aos ritmos biológicos e aos horários destinados a alimentação, falta de programas de trabalho, dimensão inadequada de mobiliários e espaços. Menciona, ainda que, dentre as peculiaridades do trabalho de enfermagem, o turnos, principalmente aqueles cujos esquema de horários que se alteram, pode trazer prejuízos à alimentação, sono, repouso e convívio familiar do trabalhador. O resultado disso leva à fadiga mental que, conseqüentemente interferirá na produtividade e na qualidade da assistência e de vida do trabalhador.

O trabalhador no hospital, no desempenho de suas função submete-se a determinadas condições laborai relacionadas a agentes físicos, biológicos, químicos, além de vivenciar situações, tais como: divisão e organização do trabalho, sistema hierárquico, relações de poder, conteúdos das tarefas, supervisão, jornada de trabalho, esquemas de horários, salários, entre outros (SILVA; RIBASGOMES; ANSELM, 1993).

Marziale; Rodrigues (2002), acrescentam que, além dos riscos físicos, químicos e biológicos, os trabalhadores de enfermagem durante a assistência ao paciente encontram-se expostos a riscos no ambiente laboral, causados por fatores

ergonômicos e psicossociais, que também podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.

No Brasil, o hospital é considerado uma instituição integrada ao setor terciário da economia, com grau de risco três, devido às operações insalubres ali realizadas. Segundo a legislação brasileira, a classificação de grau de risco é variável entre um a quatro graus (MARZIALE, 1995).

A esse respeito, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1995), define risco “como uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar lesões a pessoa, danos a equipamentos e instalações ao meio ambiente, perda de material em processo ou redução da capacidade de produção”.

A palavra risco é proveniente do latim *risius* ou *riscus*, do verbo *resecare* (cortar) e para Bulhões (1998), ela significa perigo, inconveniente, dano ou fatalidade eventual, provável e às vezes até previsível.

A legislação brasileira, mais especificamente o Ministério do Trabalho (Portaria 3214 de 08/06/1978), estabelece por meio das Normas Regulamentadoras - NRs - as condições de salubridade e segurança no trabalho que as empresas devem cumprir. A referida legislação regulamenta a obrigatoriedade e a composição do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT (normatizada pela NR-5), cujas competências estão voltadas à identificação dos riscos, visando à redução, eliminação e análise dos acidentes ocorridos na empresa, para prevenir a repetição de eventos semelhantes (BINDER et al., 1997).

A NR-9 da portaria nº 3214/78, atualizada pela portaria nº 25, de 29/12/1994, traz definições legais a respeito dos agentes potenciais de danos à saúde do trabalhador (riscos) e dentre estes agentes estão: físicos, químicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos e psicossociais (MEIRELLES, 1997).

Os riscos químicos ocorrem a partir da exposição ocupacional dos trabalhadores de enfermagem a substâncias químicas, os quais podem estar mais ou menos expostos aos riscos desses agentes a depender da sua área de atuação, e ainda a fatores, como: tipo do agente, tempo de exposição, contato com o material e concentração do produto. Neste grupo, incluem-se medicamentos, gases anestésicos e esterilizantes, drogas citostáticas, dentre outros, que podem ocasionar sensibilização alérgica, aumento da atividade mutagênica e até esterilidade (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Dentre os riscos físicos presentes no ambiente hospitalar, estão a temperatura ambiental (elevada nas áreas de esterilização e baixa no Centro Cirúrgico), as radiações ionizantes e não-ionizantes, ruídos externos e internos, iluminação inadequada, exposição a incêndios e choques elétricos (JANSEN, 1997, MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Quanto aos riscos psicossociais, estes provêm da sobrecarga do contato com o sofrimento dos pacientes, rodízios de turnos, ritmo de trabalho, tarefas fragmentadas e repetitivas. Tais ocorrências podem levar a sinais e sintomas, como: estresse, depressão, insônia, suicídio, tabagismo, consumo de álcool, drogas e fadiga mental (MARZIALE, 1995, JANSEN, 1997).

Os agentes ergonômicos incluem o transporte de pacientes e sua movimentação, o manuseio de equipamentos e materiais, posturas prolongadas e inadequadas e flexões da coluna vertebral em atividades de assistência, que podem prejudicar a saúde do trabalhador, ocasionando fraturas, lombalgias, varizes (MARZIALE, 1995).

Os riscos biológicos referem-se ao contato do trabalhador com microorganismos ou material infecto-contagante e estes podem causar doenças,

como: tuberculose, hepatite, rubéola e AIDS (MARZIALE; RODRIGUES, 2002). O contato com microorganismos patológicos veiculados pelos materiais biológicos, aos quais o trabalhador fica exposto é um fator preocupante em todo mundo por causar acidente do trabalho, merecendo destaque especial o material pérfuro-cortante (MARZIALE, 2003).

Na presença de fatores de riscos, o trabalhador de enfermagem que atua no ambiente hospitalar está sujeito a acidentes do trabalho.

O significado etimológico do termo acidente está relacionado à idéia de evento fortuito, de acaso, de imprevisto e de fatalidade. Estes significados pertencem ao senso comum e referem-se aos eventos de natureza geral que se caracterizam pela impossibilidade de controle dos fatores causadores dos acidentes (BRAGA, 2000). No entanto, o acidente do trabalho é legalmente definido em termos da Consolidação das Leis Trabalhistas como “aquele que ocorreu pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal de perturbação funcional que causa a morte ou a perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho” e ainda como “acidente sofrido pelo segurado no local e no horário de trabalho em consequência de: a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiros ou companheiro de trabalho e em b) ato de imprudência, negligência ou imperícia de terceiros ou companheiro de trabalho”. Acrescenta-se ainda a “doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de suas atividades” (CAMPANHOLE, 1991).

A respeito de acidentes do trabalho, a legislação brasileira sofreu importantes modificações desde a primeira lei datada de 1919, que conceituava “risco ocupacional” como sendo natural à atividade profissional exercida (risco biológico, 2004).

Machado et al. (1992), estudando os acidentes do trabalho ocorridos em ambiente hospitalar, que envolviam exposição a material potencialmente infectado com HIV, constataram que o maior percentual de acidentados referia-se aos profissionais de enfermagem, responsáveis por 88,8% dos acidentes investigados.

Para Brevidegli; Assayag; Turcato (1995), a inoculação parenteral foi responsável pela maioria dos acidentes ocupacionais, geralmente ocasionados por perfuração de agulha contaminada com sangue durante o reencape ou descarte da mesma, como também por punção venosa. Corroborando com este achado verificou-se que, no Estado de São Paulo, de acordo com o Boletim Epidemiológico (São Paulo, SES.,2004), a grande maioria dos acidentes notificados foi causada por perfurações com agulha oca (85,40%); contato de material biológico em mucosa ocular (5,76%); pele não - íntegra (4,10%), mucosa oral (1,22%) e outros (3,52%). A agulha foi responsável pela maioria dos acidentes com material biológico, resultados evidenciados tanto por estudos nacionais como internacionais (DECKER,1992; SARQUIS,1999; OSHA,2001; BÁLSAMO,2002; MARZIALE; RODRIGUES, 2002; MARZIALE,2003).

Diante do grande número de acidentes com material pérfuro-cortante, entre trabalhadores de saúde nos Estados Unidos, ações governamentais daquele país estabeleceram uma legislação específica para a prevenção de tais acidentes e dentre as estratégias utilizadas está a proibição do uso de agulhas sem mecanismo de segurança. Desde então, tem sido dada atenção especial ao descarte do referido material (REPAT,2004).

As estratégias básicas utilizadas para a prevenção dos acidentes em muitos países estão centradas ainda nas Precauções Padrão (PP) estabelecidas há mais de uma década nos Estados Unidos da América. Neste país, com o surgimento

da AIDS, as ações governamentais reformularam as questões referentes à prevenção e às Precauções Padrão (PP), caracterizadas como barreiras físicas que evitavam contato do profissional com material biológico, bem como técnicas decorrentes de manipulação de descarte de agulhas e objetos cortantes. Apesar da importância das Precauções Padrão, ainda existe resistência por parte dos profissionais no que tange a adoção destas medidas.

Em estudo sobre a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) na manipulação de material biológico humano, Bálsamo (2002), constatou que 66,67% dos trabalhadores usavam EPI no momento do acidente e que os demais justificaram a não-utilização porque acreditavam que o procedimento não os expunha a risco.

Estudo realizado por Sarquis (1999), identificou que 84% dos trabalhadores de enfermagem julgaram desnecessário o uso de EPI, por desacreditarem na contaminação do material que estavam manipulando. Para a referida autora, o trabalhador não consegue ter uma visão ampliada do processo de trabalho, restringindo-se apenas à atividade técnica do procedimento, fatores que interferem no uso de EPI.

Nishide et al. (2004), pesquisando a adesão dos profissionais ao uso de EPI, constataram que apenas 40% dos trabalhadores faziam uso dos Equipamentos de Proteção Individual, evidenciando que estes avaliavam de forma equivocada a utilização dos mesmos durante os procedimentos a serem realizados, por não valorizarem a real importância do seu uso para a prevenção dos acidentes ocupacionais.

Dentre os EPIs utilizados estão as luvas. A esse respeito, Brevidelli (2003), constatou um elevado índice de adesão ao uso desse equipamento de

proteção, em relação aos demais tipos de EPIs, no entanto, considerou que os profissionais continuavam subestimando os riscos potenciais de contato extra manual com fluidos orgânicos.

Além dos problemas relacionados à utilização de EPI, às condições inseguras do material disponível, bem como às condições inadequadas do ambiente de trabalho em muitos hospitais, há ainda os problemas relacionados à proteção vacinal dos trabalhadores da saúde contra doenças como a Hepatite B, por exemplo.

Dados da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro (2001), mostram que o número de profissionais da saúde não-vacinados contra a Hepatite B é muito alto, nas várias categorias profissionais. Estudo realizado no período de 1997 a 2001, por este órgão, identificou que 47,6% dos trabalhadores do setor da limpeza, 34% dos laboratoristas, 31% dos trabalhadores de enfermagem de nível médio, 21% dos enfermeiros, 17,6% dos médicos e 9,9% de dentistas da amostra investigada não eram vacinados contra a Hepatite B.

Para Brevidegli; Assayag; Turcato (1995), é difícil explicar a despreocupação dos profissionais de saúde com as exposições ocupacionais a material biológico e outros fluidos orgânicos antes do surgimento da AIDS. Embora o risco de aquisição de hepatite já existisse, foi o surgimento da AIDS, talvez por ser esta uma doença fatal, que fez com que o profissional da saúde repensasse em sua profissão com mais segurança.

3.2 Conduta frente aos acidentes ocupacionais ocasionados por exposição a material biológico

A Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, por meio do Programa DST/AIDS (SÃO PAULO, SES,1998), recomenda que os acidentes com material biológico sejam analisados sob três aspectos: material biológico envolvido, tipo de acidente e situação sorológica do paciente-fonte, em relação ao HIV. Quando indicada quimioprofilaxia, esta deverá ser iniciada nas primeiras duas horas após o acidente, com duração de quatro semanas ou até que se descubra a sorologia do paciente-fonte.

Sobre as providências a serem tomadas após a ocorrência de um acidente, a Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, em 2001, atualizou as recomendações referentes às condutas a serem tomadas em caso de exposição ocupacional ao HIV, publicada no "Manual de Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV" elaborado em 1999. Essas recomendações foram extraídas do CDC dos Estados Unidos da América e das experiências nacionais de atendimento e condução de casos de exposição ocupacional a fluídos biológicos. O programa da Vigilância Epidemiológica para as DSTs/AIDS provê a disponibilização de medicamentos anti-retrovirais e recursos laboratoriais como teste rápido para a detecção do HIV do paciente fonte (SÃO PAULO. SES,2002).

Ainda em dezembro de 1999, criou-se o Sistema Informatizado de Vigilância de Acidentes com Exposição a Fluidos Corpóreos. O Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos (SINABIO) da Secretaria Municipal da Saúde de

São Paulo, acrescentado informações trabalhistas do indivíduo, na ficha de notificação (SÃO PAULO, SES, 2002).

O SINABIO, criado em dezembro de 1999, recebeu 1700 notificações/ano em 2000 e 2001, havendo uma redução nesse número no ano de 2002, da ordem de 20%, a qual parece estar relacionada à falta de notificações e não à redução do número de acidentes. Observou-se, ainda, um elevado percentual de casos sem conclusão adequada, como notificações com seguimento um ano após sua ocorrência (SÃO PAULO, SES, 2004).

A Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – Programa Estadual de DST/AIDS – Divisão de Vigilância Epidemiológica, (SÃO PAULO, SES, 2002) orienta que diante de uma exposição acidental a material biológico, o profissional de saúde deve seguir as instruções:

- a) Cuidados locais: as lesões decorrentes de acidentes com material pérfuro-cortante potencialmente contaminado, devem ser lavados imediatamente após sua ocorrência, com água e sabão ou solução anti-séptica detergente. Quanto as membranas mucosas e à pele, devem ser lavadas com água corrente em abundância ou soro fisiológico a 0,9%, repetindo-se a operação. Em hipótese alguma devem-se usar substâncias cáusticas (como hipoclorito de sódio) que só aumentaram a área lesada e, conseqüentemente, a exposição ao material infectante.
- b) Notificação: imediatamente após o acidente, a chefia fará a notificação e esta, por sua vez, notificará o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e/ou o setor responsável para avaliar o acidente e determinar a conduta a ser tomada. O ideal é realizar o atendimento nas primeiras duas horas e no máximo até 72 horas após o acidente.

O Departamento Pessoal da instituição deverá emitir a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), cujo verso deverá ser preenchido pelo médico do trabalho que atender o acidentado (documentando o acidente para efeitos legais).

O acidente deverá ser avaliado pela equipe responsável que levará em conta os aspectos relacionados a seguir:

- Material biológico envolvido: consideram-se fluidos biológicos de risco: o sangue, líquido orgânico contendo sangue e líquidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, líquido e líquidos sinovial, peritônio, pericárdio e amniótico). Não se recomendam quimioprofilaxia e acompanhamento sorológico nos casos de exposição a suor, lágrima, fezes, urina e saliva, por esses elementos não constituírem risco de transmissão.
- Tipos de acidente:
 - Pérfuro-cortante – ocorre por meio da penetração de agulha ou material médico–cirúrgico contaminado com sangue ou outros líquidos orgânicos e potencialmente infectantes na pele do trabalhador.
 - Contato com mucosa ocular, oral ou pele com solução de continuidade – quando há contato direto da mucosa ou pele com solução de continuidade (ferida aberta, dermatite), sangue, líquido orgânico contendo sangue visível ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectantes.
 - Contato com pele íntegra – contato da pele íntegra com sangue e líquidos orgânicos potencialmente infectantes. Este tipo de acidente não constitui situação de risco para infecção pelo HIV e dispensa o uso de quimioprofilaxia. Entretanto, se a exposição envolver grande volume de sangue e alta carga viral, em extensa área de pele e por um período prolongado, deve-se considerar a quimioprofilaxia.

- A situação sorológica do paciente-fonte em relação ao HIV:
 - quando o paciente-fonte é comprovadamente negativo: deve existir um exame laboratorial disponível recente para o HIV (até 3 meses antes da data do acidente) ou no momento do acidente. No caso não se indica a quimioprofilaxia anti-retroviral.
 - quando o paciente-fonte é comprovadamente HIV positivo: o paciente é considerado infectado pelo HIV quando há documentação de exames anti-HIV positivos ou diagnóstico clínico de AIDS. Nesta situação, deve-se iniciar a quimioprofilaxia com anti-retroviral.
 - quando o paciente-fonte tem situação sorológica desconhecida ou este é desconhecido – no primeiro caso, deve-se realizar rapidamente o teste para HIV, após o consentimento do paciente, além de colher também sorologias para o HBV e HCV. Na impossibilidade de se colherem as sorologias do paciente-fonte por desconhecimento do mesmo, recomenda-se a avaliação do risco de infecção pelo HIV, considerando o tipo de exposição, dados clínicos e epidemiológicos.

Quanto à exposição dos profissionais da saúde ao vírus da Hepatite B, seguem-se a recomendação apresentadas na Figura 1.

Situação do Profissional de Saúde Exposto	Paciente Fonte HbsAg Positivo ou desconhecido COM RISCO*	Paciente Fonte HbsAg desconhecido SEM RISCO	Paciente Fonte HbsAg Negativo
Não-Vacinado ou Vacinação incompleta	01 dose de HBIG ¹ e iniciar esquema vacinal** ou completar vacinação	Iniciar esquema vacinal** ou completar esquema vacinal	Iniciar esquema vacinal** ou completar esquema vacinal
Vacinado com Resposta adequada ²	Não imunizar	Não imunizar	Não imunizar
Vacinado sem Resposta adequada ³	01 dose de HBIG ⁴ e Revacinar ⁵	Revacinar ⁵	Revacinar ⁵
Vacinado com Resposta Não Conhecida	Fazer Anti-HBs ⁶ Com resposta adequada Não Imunizar Sem resposta adequada: 01 dose de HBIG ⁴ e Revacinar ⁵	Fazer Anti-HBs ⁷ Com resposta adequada Não Imunizar Sem resposta adequada: Revacinar	Fazer Anti-HBs Não Imunizar

Fonte: Modificado de CDC, 1997- Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, 2002

* Pacientes usuários de drogas, contactantes domiciliares e sexuais de portadores de HbsAg, homossexuais e bissexuais masculinos, indivíduos com história prévia de DST, pacientes provenientes de prisões, pacientes HIV+

** A vacina anti-Hepatite B consiste de 03 doses em intervalos de 30 e 180 dias (0, 1 e 6 meses).

1. HbIg (Imunoglobulina Humana contra a Hepatite B): administrar o mais precocemente possível até 7 dias após o acidente; dose = 0,06 ml/Kg, administrada por via IM. Solicitar o HbIg aos Centros de Referências para Imunobiológicos Especiais.
2. Anti-HBs > 10UI/ml
3. Anti-HBs < 10UI/ml
4. Apenas para as pessoas que, mesmo após revacinação, continuam sem resposta adequada.
5. Administrar novamente 03 doses da vacina contra Hepatite B (0, 1 e 6 meses). Nas situações que continuarem sem resposta adequada, cada caso deverá ser discutido individualmente.
6. Na impossibilidade de fazer o teste Anti-HBs rapidamente, tratar o profissional acidentado com 01 dose de HbIg + 01 dose de vacina contra Hepatite B.
7. Na impossibilidade de fazer o teste Anti-Hbs, tratar o profissional acidentado com 01 dose de vacina contra Hepatite B.

Figura 1– Recomendações referente à profilaxia de Hepatite B para Profissionais de Saúde Expostos a Material Biológico.

Segundo Sanches (2002), o risco de contaminação pelo vírus da Hepatite B (HBV), após um acidente percutâneo, fica entre 6 a 40%, ou seja, mais de 100 vezes o risco estimado para o HIV. Nos Estados Unidos da América surgem a cada ano cerca de 1000 novos casos de contaminação de profissionais de saúde pela Hepatite B. Para sua prevenção, existe vacinação fornecida pela rede pública, e a indicação de profilaxia com gamaglobulina hiperimune. O autor menciona que mais de dois bilhões de pessoas, cerca de um terço da população mundial, podem estar infectadas pelo HBV e que aproximadamente, 350 milhões de indivíduos são portadores crônicos desta infecção, podendo morrer em consequência dela.

Com relação à exposição ocupacional ao vírus da Hepatite C (HCV), a partir da década de 90, esse tema tem despertado grande preocupação, pois ao contrário da Hepatite B que pode ser prevenida pela vacinação, não há ainda qualquer medida preventiva contra ela, nem ao menos profilaxia pós exposição efetiva (OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION- OSHA, 2001). O risco médio de transmissão da Hepatite C é estimado entre 1,8% a 10%, sendo previstos de 200 a 500 novos casos de contaminação, anualmente entre os profissionais da saúde dos E.U.A. Esta infecção é a maior causa de doença hepática crônica, cujas consequências incluem: a cirrose e o câncer hepático, liderando as causas de transplantes hepáticos.

Em relação à profilaxia pós exposição ocupacional ao HIV, a administração de anti-retrovirais (ARV) em profissionais de saúde que sofreram exposição acidental a material biológico de paciente HIV positivo foi defendida pela Nacional Comissao on Aids dos EUA, em 1993. Posteriormente o CDC recomendou e considerou os seguintes dados: redução de 69% na transmissão materno-fetal de HIV com AZT; redução da viremia associada ao uso de ARV; identificação de efeito

protetor de AZT pós exposição para profissionais em estudo multicêntrico e caso-controle (SÃO PAULO, SES, 2002).

3.3 Quimioprofilaxia

A indicação da quimioprofilaxia com ARV para profissionais da saúde que sofreram exposição acidental a material biológico, na assistência a pacientes portadores do vírus HIV, teve início nos EUA, em 1993, após recomendação do CDC. No Brasil, no entanto, a recomendação data de 1999 e partiu do Ministério da Saúde do Brasil e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, SES, 2002), assim, devido ao aumento de sobrevida com redução de viremia pelos esquemas combinados de ARV e com identificação de casos de falha na profilaxia pós-exposição com AZT, isoladamente, optou-se pela associação de drogas.

A decisão de considerar ou recomendar a administração de anti-retrovirais no caso das exposições ocupacionais deve basear-se no tipo da exposição, na sua gravidade, no volume de material biológico, na profundidade e no paciente- fonte. É importante considerar que o uso indiscriminado dos ARVs propicia cepas resistentes, aumenta o risco de toxicidade para o profissional, além de elevar os custos do sistema de saúde. Assim as situações não previstas devem ser analisadas em benefício do acidentado (SÃO PAULO, SES, 2002).

Na Figura 2, encontram-se orientações sobre a posologia e administração da quimioprofilaxia recomendada pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, SES, 2002).

DROGA	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO
AZT (zidovudina)	300 mg 3 caps. (100 MG)	12/12 horas 2X/dia	4 semanas 28 dias
3TC (lamivudina)	150 mg 1 caps. (150 MG)	12/12 horas 2X/dia	4 semanas 28 dias
BIOVIR (AZT + 3TC)	1 COMP 150 mg 3TC + 300 mg AZT	12/12 horas 2X/dia	4 Semanas 28 dias
INDINAVIR	800 MG 2caps. (400 mg)	8/8 horas 3X/dia	4 Semanas 28 dias
NELFINAVIR	750 mg 5 comp. (250 mg)	12/12 horas 2X/dia	4 semanas 28 dias

Quando indicado Inibidor de Protease (IP), recomendar Indinavir (Crixivam®) ou Nelfinavir (Viracept®)

Fonte: Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, 2002.

Figura 2 – Posologia e administração da quimioprofilaxia

Quando o acidente for considerado de alto risco e se introduzir um inibidor de protease, devem-se monitorizar os efeitos colaterais, pois quando estes estiverem presentes e forem de grande intensidade, devem ser substituídos por outro esquema terapêutico.

O fluxograma apresentado na Figura 3 refere-se à Profilaxia Anti-retrovirais após exposição ocupacional, sendo o mesmo extraído do Manual de Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV e elaborado pela coordenação Nacional DST/AIDS do Ministério da Saúde, em 2001(BRASIL, MS, 2001).

Legenda:

+grave: agulha de grosso calibre e grande lúmen, lesão profunda, sangue visível no objeto contaminante ou agulha usada recentemente em artéria ou veia do paciente-fonte.

-grave: lesão superficial, agulha sem lúmen.

Pequeno volume: poucas gotas de material biológico de risco.

Grande volume: contato prolongado ou grande quantidade de material biológico de risco.

(1) Estudos em exposição sexual e transmissão vertical sugerem que indivíduos com carga viral < 1500 cópias/ml apresentam um risco muito reduzido de transmissão do HIV.

(2) Considerar uso em locais com alta prevalência de indivíduos HIV + ou história epidemiológica para o HIV e outras DSTs (doenças sexualmente transmissíveis).

(*) consultar texto.

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2002

Figura 3 - Profilaxia anti-retroviral após exposição ocupacional

Quanto à coleta de material e seguimento clínico laboratorial do trabalhador acidentado, devem-se obedecer os seguintes procedimentos:

- a) relatar a história do acidentado em uma ficha de evolução clínica para documentação do caso;
- b) verificar no prontuário do paciente fonte os resultados de sorologias do mesmo; solicitar exames necessários para definir medidas adicionais de profilaxia ao acidentado;
- c) proceder a coleta de amostra de sangue do profissional de saúde para sorologia imediata para HIV, HbsAg, Anti-HBs, Anti-HCV. Investigar a situação vacinal do acidentado para Hepatite B, e quando este não tiver o esquema vacinal em dia, deverá completá-lo;
- d) o anti-HIV deverá ser colhido nas seguintes situações: no ato do acidente (data zero) até, no máximo, 15 dias depois; aos 45 dias (06 semanas); 90 dias (03 meses) e 180 dias (06 meses) após, devendo-se colher também: função hepática, renal e hemograma antes e durante o uso dos ARVs. Enquanto o acidentado estiver fazendo uso dos anti-retrovirais ele deve-se submeter à avaliação clínica semanal;
- e) o principal objetivo do tratamento é evitar a contaminação. Portanto, faz-se necessário realizar orientações no sentido de impedir a amamentação, incentivar o uso de preservativos e a não-doação de sangue ou órgãos, durante o período de acompanhamento clínico/laboratorial, reforçando a importância de se adotarem medidas gerais de prevenção.

Segundo orientações da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (2002), após a ocorrência do acidente do trabalho com material biológico humano os cuidados devem ser iniciados no próprio local de trabalho sob supervisão da chefia imediata seguido pela notificação do acidente por meio da Comunicação do Acidente de Trabalho – CAT e exame da situação pelo médico do trabalho ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH. A análise de dados da fonte de contágio deve ser realizada por meio de investigação das causas dos acidentes, tipos de acidentes, medidas a serem adotadas (vacinas, quimiprofilaxia, outros), essa análise deverá ser feita pela CCIH, Serviço de Medicina do Trabalho e pela Comissão Interna de Prevenção de Acidente – CIPA. A orientação individual ao trabalhador e seguimento clínico laboratorial apropriado, são as ultimas medidas a serem tomadas.

Vale ressaltar que em 2004 foi editado a nova versão do "Manual de Recomendações e Condutas após Exposição Ocupacional de Profissionais de Saúde" (2004), não sendo possível viabilizar consulta ao mesmo, para completar este estudo, por não estar disponível para esse fim até o término deste, portanto utilizamos a versão anterior, de 2001.

3.4 Adesão ao uso dos Anti-Retrovirais

Desde o início da epidemia até os dias atuais, muito se fez para proporcionar melhor qualidade de vida aos portadores de HIV/AIDS. A distribuição de medicamentos, iniciada em 1991, no estado de São Paulo, com AZT (ziduvudina), é hoje garantida por lei em todo o país e marca um importante diferencial (e referencial) na política pública brasileira de assistência, em relação à maioria dos países afetados. O Brasil foi o primeiro país do terceiro mundo a adotar

a política de distribuição gratuita e universal de medicamentos anti-retroviral (TEIXEIRA et al., 2000).

A situação de portador de uma doença crônica influencia vários determinantes, como personalidade, mecanismos de enfrentamento utilizados, auto-conceitos e auto-imagem, experiência prévia com a doença e atitude dos cuidadores da saúde. As respostas emocionais do paciente são freqüentemente medidas pelas atitudes das pessoas que o cercam, inclusive dos profissionais ligados à saúde, amigos e familiares (NOBRE et al., 2001). Para os referidos autores, a cronicidade da doença e a ausência de sintomas específicos, bem como as complicações a longo prazo exercem influência no processo de adesão ao tratamento, que varia em torno de 50%, nas doenças crônicas.

De forma geral, o conceito de adesão ao tratamento compreende a utilização de pelo menos 80% dos medicamentos prescritos ou de outros procedimentos, observando-se horários, doses e tempo de tratamento (LEITE; VASCONSELOS, 2003).

A definição da palavra adesão está relacionada à inferência na vontade e no juízo, e a adesão ocorre automaticamente quando o conteúdo do juízo é uma idéia clara e distinta (DELTA LARROUSE, 1981).

A adesão aos medicamentos para o HIV é complexa, se comparada aos portadores de outras doenças crônicas, pois o tratamento inclui altas doses de medicamentos num curto intervalo entre as tomadas, chegando a mais de 30 comprimidos ao dia, esquema que requer atenção quanto à administração e intervalos das alimentações, o que dificulta a vida de muitos portadores do HIV (MOLASSIOTIS et al., 2002).

A adesão ao tratamento com anti-retrovirais é um dos principais fatores relacionados ao sucesso da terapia contra o HIV, pois ao contrário de outras doenças, o controle do HIV demanda adesão quase que absoluta ao esquema terapêutico. Além do mais, a incapacidade de gerar máxima supressão viral (indeteção) relaciona-se à emergência de resistência, hoje, um dos principais desafios e obstáculos ao controle terapêutico desta infecção (LOPES, 2003).

Para Nobre et al. (2001), a adesão ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do cliente.

Ainda, com relação à adesão, Molassiotis et al. (2002) a definem como a extensão ao uso do medicamento e à prescrição médica. Portanto, a não-adesão refere-se ao indivíduo que não faz seguimento do tratamento prescrito, dentre eles os não tomam suas medicações com a frequência prescrita, ou ainda, não combinam os medicamentos com os alimentos ou horários adequados. A não-adesão é o maior desafio para os profissionais de saúde, sem contar as implicações para a melhoria ou manutenção da saúde do indivíduo, que também impedem a avaliação efetiva do tratamento.

A complexidade da adesão dos medicamentos acarreta múltiplas reações de comportamento, como efeitos psicossociais, planejamento completo das doses e horários e aspectos culturais acerca do abuso dos medicamentos. Além destes, existem os fatores da própria doença, o relacionamento do paciente com a equipe de saúde, bem como as características desta equipe. Os aspectos sociodemográficos têm mostrado que a adesão está relacionada à idade, nível econômico e de instrução e ainda ao uso de álcool e drogas ilícitas. A satisfação com a vida e ter suporte emocional e social adequados, atualmente, favorecem a adesão dos portadores de HIV/AIDS ao tratamento (MOLASSIOTIS et al., 2002).

Para Carciolo (2002), a adesão ao tratamento com anti-retrovirais parece estar intimamente ligada à aceitação da situação de portador de infecção HIV/AIDS, à forma de contaminação e, também, à conformação com a mortalidade do ser humano.

Inúmeras são as dificuldades encontradas para definir adequadamente os níveis mínimos de adesão ao tratamento e várias são as formas para se quantificar essa adesão, quais sejam: parâmetros biológicos, monitoramento terapêutico de medicamentos, avaliação da adesão pelo médico, revisão dos dados da farmácia, contagem das pílulas, monitoramento eletrônico e relato do paciente, embora todas elas apresentem dificuldades e vantagens (LOPES, 2003).

Pesquisas sobre adesão ao tratamento com anti-retrovirais têm adotado diferentes métodos e definições para estudar essa adesão, mas a maioria dos autores trabalha com o corte de 80% ou mais do total dos comprimidos prescritos. Não há portanto, dados suficientes que indiquem se esse corte associa-se a parâmetros de melhora clínica ou laboratorial (JORDAN et al., 2000).

Jordan et al. (2000), citam estudo desenvolvido no Brasil, que analisou a adesão aos anti-retrovirais, o qual comparou a adesão entre 50 adultos da cidade de Ribeirão Preto; 64, de Londres; 26, de Oslo e 95, de São Francisco, utilizando para esse fim três indicadores de adesão (não se revelando quais os indicadores). Os resultados mostraram que não houve diferença nas quatro cidades.

Os fatores relacionados à adesão, descritos por Lopes (2003), são: complexidade dos esquemas, número de pílulas, frequência de administração, tempo de uso, restrições dietéticas, número e tipo de medicamentos prescritos, conveniência e adequação do tratamento à rotina diária e efeitos adversos.

A literatura evidencia vários estudos a respeito da adesão aos anti-retrovirais, com enfoque direcionado somente aos portadores HIV/ AIDS. Dentre os quais destaca-se o estudo de Drezett et al. (1999), cujo enfoque era a adesão de mulheres sexualmente vitimadas ao tratamento com ARVs, por se aproximar do estudo ora realizado, cujo foco é a adesão dos trabalhadores de enfermagem ao tratamento com ARVs, após exposição ocupacional.

Almeida (2003), desenvolveu estudo sobre a adesão dos trabalhadores de saúde ao tratamento com anti-retrovirais e evidenciou que 13,6% deles (em 2000) e outros 3,9% (em 2001) não tomaram nenhuma medicação prescrita; que 28,4% trabalhadores (em 2000) e outros 35,1% (em 2001) interromperam o uso da medicação, tomando ARV de um a vinte dias apenas, não concluindo, portanto, o tempo preconizado (28 dias), sendo por isso considerados não-aderentes. Em contrapartida, 57,9% trabalhadores (em 2000) e outros 59,7% (em 2001) aderiram ao tratamento. Tais resultados aumentam a preocupação tendo em vista que os trabalhadores não consideram os riscos nem as recomendações legalmente estabelecidas.

A adesão ao tratamento é dificultada pelo grande número de medicamentos prescritos e pelo esquema terapêutico, fatores que estimulam a não-adesão ao tratamento com anti-retrovirais, que é complexo e exige grande empenho do paciente, uma vez que precisa adaptar sua alimentação, seus horários e seu ritmo diário, a fim de cumprí-lo (NEMES et al.,2000).

Para Milstein-Moscati; Persano; Castro (2000), a percepção dos efeitos colaterais da terapia é um entrave para a adesão do paciente, tanto que podem ser chamados de efeito protetor à não-adesão (não-adesão inteligente à terapêutica).

Os autores referem que a adesão está relacionada à decisão de o paciente mudar seu ritmo de vida ou aceitar os efeitos adversos da medicação.

Porém no caso da AIDS, a ausência de sintomas, em algumas fases do adoecimento, é um dos fatores que dificultam a adesão medicamentosa (TEIXEIRA et al., 2000).

Em vítimas de violência sexual, o uso da quimioprofilaxia anti-retroviral tem sido freqüentemente contestado e recebido resistência por parte de alguns autores. Entre os argumentos mais freqüentes, estão: a condição de desconhecimento sorológico do agressor e a falta de estudos estatisticamente significativos quanto aos resultados positivos ou não do uso. Entretanto, outras situações de risco equivalentes ou potencialmente menores têm recebido atenção considerável, seja na forma de programas específicos, como no caso dos acidentes ocupacionais envolvendo profissionais de saúde (KANAI; CAMARGO, 2002).

Bálsamo (2002), investigando a adesão de trabalhadores ao tratamento com anti-retrovirais, verificou que, do total das 21 ocorrências para as quais indicou-se o uso do medicamento, cerca de 43% dos trabalhadores da saúde não concluíram a quimioprofilaxia recomendada devido aos efeitos colaterais. Quanto aos sete profissionais que concluíram o tratamento, cinco deles apresentaram efeitos colaterais, porém não o abandonaram. Os trabalhadores que terminaram a profilaxia relataram que o apoio familiar e a força de vontade foram determinantes para adesão ao tratamento.

De acordo com dados publicados por Segatto; Dallon (1999), cerca de 20% dos trabalhadores de saúde acidentados não suportaram os efeitos dos anti-retrovirais e abandonaram o tratamento, sendo a intolerância digestiva citada como a principal causa.

Para o CDC, a profilaxia utilizada em acidentes com material pérfuro-cortante, entre trabalhadores de saúde, mostrou-se suficiente em cerca de 80% dos casos. Quanto à eficácia dos anti-retrovirais para a profilaxia do HIV, ela dependerá do início precoce de sua introdução, da rigorosidade de sua administração e do tempo adequado de utilização. Estudos realizados com animais mostraram que a eficácia destas drogas começa a diminuir após 36 horas de exposição (KANAI; CAMARGO, 2002). Para estes autores, a adesão à terapia e a resistência à medicação são assuntos que estão se tornando cada vez mais polêmicos, de modo que as barreiras à adesão, tais como: a presença de efeitos colaterais, as experiências negativas prévias com medicamentos e a falta de convicção sobre o diagnóstico de uma terapia devem ser mais exploradas.

Almeida (2003), salienta que as doenças crônicas demandam tratamentos mais longos que as agudas, exigindo, assim, rotina, continuidade e regularidade no seguimento para serem controladas com maior eficácia. No entanto, é fundamental que a prescrição das drogas seja rigorosamente obedecida.

Buscando na literatura internacionais referências sobre adesão, encontramos os termos *adherence* e *compliance*, que possuem significados diferentes. Este último pode ser traduzido como obediência e pressupõe um papel passivo do paciente, enquanto *adherence* é utilizado para identificar escolha livre das pessoas para adotarem ou não certa recomendação (BRAWLEY; CULOS-REED, 2000).

Segundo Kidd ; Altman (2000), a adesão como um dos critérios do uso de medicamentos e do cuidado de saúde como um todo, é afetada pelo meio social e cultural em que acontece, sofrendo, ainda, interferência dos valores e crenças dos indivíduos.

Kroll; Barlow; Shaw (1999), ainda em relação aos termos “adherence e compliance”, retratam que podem ser utilizados, pois são definidos como um processo ativo em que o propósito do paciente é manter sua saúde em sintonia ou colaboração com a equipe que o assiste.

A adesão ao tratamento com anti-retrovirais é um tema que tem suscitado reflexões dos profissionais que lidam com esta questão, o que fez surgir vários estudos cujo foco principal é a comunicação efetiva entre a equipe de saúde e o cliente, com o intuito de melhor adequar o tratamento à realidade de cada indivíduo.

A esse respeito, Almeida (2003), ressalta que deve existir uma cumplicidade terapêutica entre os profissionais de saúde e o paciente, pois ambos estão envolvidos no tratamento, cada um com sua responsabilidade no processo.

Neste estudo, para facilitar a análise, decidimos trabalhar com a adesão total, ou seja, 100% de adesão aos anti-retrovirais nos acidentes ocupacionais com material biológico, no tempo preconizado de 28 dias, conforme recomenda o Ministério da Saúde, ao invés de utilizarmos o corte de 80% (como a maioria dos estudos encontrados), uma vez que nossa intenção é trabalhar com as crenças da adesão, não priorizando a análise quantitativa desta informação.

3.5 Modelo de Crenças em Saúde

A saúde, em seu sentido mais amplo, é definida como um estado dinâmico, ao qual o indivíduo se adapta, de modo a manter uma situação de bem-estar nas suas dimensões internas e externas (PEDROSA, 1991).

Para Souza (1997), a saúde é um estado que cada um define de acordo com seus próprios valores. Uma condição que pode parecer desfavorável a um indivíduo, é saudável para outros, do mesmo modo que a concepção de saúde de determinadas instituições pode não corresponder à do cliente.

Diversos modelos de pesquisa vêm sendo desenvolvidos para entender o comportamento na área da saúde, entre eles: modelos estruturais, modelos de barreiras situacionais, educacionais e os modelos de crenças em saúde. Este último mostrou-se um instrumento conceitual valioso para compreensão de uma variedade de comportamentos relacionados à saúde, como: alterações de dieta, adesão a programas de imunização, obediência a regimes médicos e decisão de parar de fumar (STUCHI, 1999).

O Modelo de Crenças em Saúde, surgiu no início dos anos 50, desenvolvidos por psicólogos sociais, no serviço de saúde pública dos Estados Unidos; priorizando a prevenção, era usado para explicar por que razão as pessoas tomavam ou não medidas de saúde preventiva (JANZ et al, 2002), pois a ênfase até então eram os estudos sobre o comportamento do indivíduo em relação à doença e o seu tratamento.

O Modelo de Crenças em Saúde inicialmente foi proposto para explicar comportamentos preventivos e, posteriormente, foi adaptado a comportamentos de busca de diagnóstico e de cura para as doenças, com variáveis biográficas, psicossociais, cognitivas e motivacionais. O modelo é uma alternativa que merece a atenção de estudiosos que pretendam atuar em pesquisa ou intervenção na área de saúde (DELA COLETA, 1995).

O modelo destacou a resistência comum das pessoas em aceitar a prevenção das doenças ou a realização de testes para a detecção das mesmas,

dentre as quais: a tuberculose, o câncer cervical e, posteriormente a poliomielite e a influenza (ROSENSTOCK,1974b).

O Modelo de Crença em Saúde (MCS), originado na Teoria de Campo de Kurt Lewin, tem como premissa básica que o mundo do percebedor é que determinará o que ele fará, embora o ambiente físico tenha significativo papel, somente na maneira como ele é configurado na mente do indivíduo. Portanto, este modelo apresenta forte elemento de motivação do mundo perceptível do indivíduo (DELA COLETA,1995).

Gir (1997), descreve que a compreensão inicial do MCS se resume em um espaço vital composto por campos com valência positiva, quais sejam: atividades diárias, aspectos negativamente avaliados, como o processo de doença e, ainda, aspectos relativamente neutros.

Rosenstock (1974a), propôs o Modelo de Crenças em Saúde, para melhor apreensão dos fatores que influenciam a percepção das pessoas acerca das crenças, e para elaboração de um planejamento mais efetivo dos cuidados voltados à manutenção ou obtenção da saúde.

A pessoa e o meio são vistos conjuntamente em uma única realidade, denominada espaço de vida. Nesse sentido, Souza (1997), com base na física, considerou que as atividades psicológicas das pessoas ocorrem num espaço vital (espécie de campo psicológico), formado pelo meio comportamental da própria pessoa, constituído pela totalidade dos fatos que determinam o comportamento num certo momento.

As características preliminares do Modelo de Crenças em Saúde consideram que para um indivíduo adotar medidas preventivas, ou seja, evitar doenças, ele necessariamente precisa acreditar em três aspectos:

- ele é suscetível à doença;
- que a ocorrência da doença deverá acarretar pelo menos alterações moderadas em alguns componentes de sua vida;
- que a tomada de determinada ação deverá ser benéfica, reduzindo sua susceptibilidade à referida condição, diminuindo sua gravidade e desvinculando-a de barreiras mais importantes, tais como custo, conveniência, dor, embaraço. Outras variáveis podem afetar a percepção individual influenciando indiretamente a ação final, dentre elas estão os fatores biográficos, psicossociais e estruturais.

Há também a variável motivacional que envolve o estímulo à saúde e, como conseqüências do modelo, a disposição para agir. O ponto central do modelo refere-se à crença em que toda conduta é motivada, abordagem que procura entender e controlar o comportamento humano, identificando suas motivações.

Lescura (1987), menciona que “de acordo com a ciência do comportamento, todo comportamento resultante de uma motivação não é suficiente para se considerar um ato explícito de saúde, pois deve ser considerado como um funcionamento de motivos e crenças pessoais”.

Rokeach (1981), relata que ao atingir a idade madura, o indivíduo terá, possivelmente, centenas de milhares de crenças relativas ao que é ou não verdadeiro, bonito e bom sobre o mundo social e físico no qual viver. Considera que as crenças são inferências feitas por um observador sobre estudos de expectativas básicas. Assim, quando uma pessoa diz: “nisto eu acredito...” ela pode ou não estar representando aquilo que verdadeiramente acredita, porque freqüentemente há em todas as situações razões sociais e pessoais constrangedoras, conscientes e inconscientes, as quais ela não contará ou não poderá contar.

No intuito de encontrar uma definição mais adequada para crença, buscamos na antropologia a definição de religião, que para Tylor, apud Mello(1991, p.390), é “uma crença no sobrenatural”. Com relação à fé, sabemos que a religião conta com um corpo doutrinário, um verdadeiro sistema de mitos, e a crença faz parte desse sistema, representado por um ato de confiança, de respeito e reconhecimento. A crença não supõe a compreensão e o conhecimento, ao contrário, ela existe para abolir a falta de entendimento em muitos problemas existenciais humanos.

Assim, crer é pensar como verdadeiro, sem poder absolutamente prová-lo, pois para o cético todo pensamento é crença. Crédulo é aquele que crê facilmente, o que não quer dizer que tenha maior afinidade que os outros para a crença e, sim, menos para a dúvida (COMTE-SPONVILLE , 2003).

Crenças são intimas convicções e opiniões que se adaptam com fé e convicção, além de tornar real a existência de alguma coisa (DELTA LARROUSE,1981).

Segundo Japiassu; Marcondes (1996), crença é “atitude pela qual afirmamos, com certo grau de probabilidade ou de certeza, a realidade ou a verdade de uma coisa, embora não consigamos prová-la racional e objetivamente”. Do ponto de vista religioso é “assentimento firme e seguro do espírito, sem justificação racional, à existência de uma realidade transcendente ou divina”. Crença é, pois, sinônimo de fé.

Rosenstock (1974b), fez uma revisão do MCS aplicado ao comportamento preventivo e destacou os conceitos elaborados por Kasl e Cobb aos diferentes comportamentos, denominados comportamentos de saúde, quais sejam:

- **Comportamento na saúde** é “qualquer atividade empreendida por uma pessoa que acredita estar saudável, com o intuito de prevenir doenças ou detectá-las em um estágio assintomático”.
- **Comportamento frente ao sintoma** é “qualquer atividade de uma pessoa que se sente doente, com o propósito de definir seu estado de saúde e de descobrir o remédio adequado” .
- **Comportamento de doença** “refere-se à atividade empreendida por aqueles que se consideram doentes, com o propósito de curar-se”.

Gir (1997), Souza (1997), citam Kirscht, o qual menciona que, segundo o MCS, aplicado ao comportamento frente ao sintoma, o indivíduo tenta descobrir o que está errado consigo mesmo, fato é que caracterizado como a passagem entre o estado percebido e a tomada de alguma ação restauradora. Nesse período ocorrem: a auto-medicação, a busca por terapias alternativas, a procura ou não pelo diagnóstico, episódios de não-tratamento.

Esses comportamentos ocorrem de forma contínua, entrelaçando-se, embora as distinções entre eles sejam importantes, quando se consideram as diversas concepções inerentes a cada situação. O primeiro caso está relacionado ao desejo de se evitar a doença e continuar saudável; a distinção nos dois últimos casos é que uma pessoa frente a um sintoma pode procurar o médico para conhecer o diagnóstico e decidir não fazer o tratamento por motivos pessoais, como o alto custo do mesmo ou ainda porque a doença é vista como incurável (DELA COLETA, 1995).

Para Souza (1997), tomar decisão em saúde é um processo onde o indivíduo atravessa uma série de estágios em que as interações com pessoas ou

eventos em cada um desses estágios influencia o indivíduo na tomada de decisão para sua saúde.

Para apreensão do significado de comportamento preventivo, é necessário entender uma ampla variedade de ações preventivas que demonstre como elas estão inter-relacionadas. Quando o comportamento refere-se de maneira moderada e não totalmente à saúde, a alteração pode estar voltada para a variável crença sobre a doença. A crença pode variar de pessoa para pessoa, apresentar-se diferentes em uma outra pessoa, de doença para doença, mas o importante é tentar identificar que fatores estão concorrendo para essa diversificação de ações em saúde. Embora a tomada de ação preventiva seja um ato voluntário, nota-se que as pessoas são motivadas por sua própria decisão; então, como a motivação é individual, a tomada de decisão em saúde está baseada na crença individual, isto é, no grau de percepção e motivação que a pessoa tem sobre uma determinada realidade (LESCURA, 1987).

Rosenstock (1974a), aponta que uma pessoa somente será motivada a tomar decisões preventivas em ações de saúde quando acreditar realmente na sua suscetibilidade em contrair um dano ou nas conseqüências sérias que poderão advir de tal ocorrência, ou ainda que a ação tomada poderá reduzir essa ameaça. Assim, as crenças do indivíduo, em relação ao comportamento preventivo, são demonstradas por quatro dimensões (variáveis): suscetibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas.

a) Suscetibilidade percebida:

O pensamento das pessoas varia quanto à aceitação da possibilidade de contrair determinada condição, motivo pelo qual a aceitação e o entendimento dos

indivíduos sofrem variações acerca de sua suscetibilidade a uma determinada situação, ou seja, as pessoas podem descartar quaisquer percepções de risco, crer em determinadas possibilidades de risco ou expressar sentimentos que indicam a percepção do risco real de contrair a doença. Estas percepções são influenciadas por fatores, como sexo, idade, raça, condições socioeconômicas e culturais. Quanto à suscetibilidade, esta refere-se aos riscos subjetivos de se contrair uma dada condição.

b) *Seriedade percebida:*

As convicções relacionadas à seriedade de um problema de saúde variam de pessoa para pessoa, podendo a dimensão do problema ser considerada de acordo com a incapacidade física ou mental, temporária ou permanente do indivíduo, bem como de sua mortalidade. O grau de seriedade ou gravidade da doença pode ser avaliado tanto pelo grau de estimulação emocional criado em torno dela, como também pelas diversas conseqüências biológicas, sociais, emocionais e financeiras que a mesma poderá acarretar. Além disso, a seriedade percebida numa dada condição pode incluir questões muito mais abrangentes e complexas, como por exemplo: os efeitos da doença no seu trabalho, na sua família e na sua relação social.

A suscetibilidade e a seriedade percebidas têm um forte componente cognitivo, estando parcialmente vinculadas ao grau de conhecimento. A aceitação da suscetibilidade a uma doença percebida como séria potencializa a ação e define a trajetória a ser seguida, sendo esta última influenciada por crenças relativas à efetividade das ações, ou seja, as alternativas disponíveis e conhecidas reduzem a ameaça da doença, diante da qual o indivíduo percebe-se como sujeito, e passa valorizar os benefícios acarretados.

A noção de realidade subjetiva, em determinadas situações de saúde, é representada pelo quanto o indivíduo percebe a sua suscetibilidade a determinada condição de saúde, e pelas conseqüências sérias que a doença trará para si ao contraí-la, isso é, quanto esta ameaça irá representar para esse indivíduo.

O comportamento que determina as ações relacionadas à saúde dependerá do grau de ameaça percebido pelo indivíduo, que traduzir-se-á pela realidade (ROSERSTOCK, 1974 a).

Direcionando este olhar para o tema do nosso estudo, passamos a refletir sobre a atitude da equipe de enfermagem frente à sua exposição a doenças como a AIDS e as Hepatites, que trazem consigo medo, aversão, incertezas, principalmente a AIDS, doença ainda muito estigmatizada em nosso meio.

c) Benefícios percebidos:

Os benefícios percebidos referem-se à crença na efetividade da ação e na sua percepção, com resultados positivos. A direção da ação é influenciada pelas crenças do indivíduo em relação à efetividade das alternativas conhecidas para reduzir a ameaça, à qual se sente submetido. Uma alternativa vista como benéfica é a relacionada à redução da suscetibilidade ou seriedade de uma doença. Em muitos casos, as crenças são influenciadas por normas e pressões sociais e podem ser conflitantes.

d) Barreiras percebidas:

As barreiras negativas são constituídas pelos aspectos negativos da ação em saúde, percebidas como impeditivas para a tomada de ação. São avaliadas em termos de custo, esforços dispensados, caracterização invasiva a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a situações que causam insatisfação, dor,

aborrecimento, fatores que servem como barreiras para a ação e estimulam motivos conflitantes de enfrentamento (GIR, 1997).

Ferreira (1983), comenta que, quando o estado de alerta para ação é alto e os aspectos negativos são percebidos como baixos, a ação é tomada. Ao contrário, se o estado de alerta é baixo e os aspectos negativos são percebidos como fortes, estes funcionam como barreiras e evitam que a ação seja tomada. Portanto, a associação da suscetibilidade com a severidade atinge níveis de intensidade consideráveis, sem resultar necessariamente em ação. Enfatizam-se os componentes internos que dizem respeito ao indivíduo, como por exemplo, um sintoma, e os fatores externos às relações interpessoais e sociais e ao impacto da mídia, como elementos que podem funcionar como estímulos aliciadores de ações.

O "Modelo de Crenças em Saúde", de Rosenstock (1974a), tem sido utilizado em pesquisas de enfermagem no Brasil, dentre as quais destacam os: Souza (1997), que estudou portadores de HIV/AIDS e usuários de drogas; Gir (1997), que abordou a sexualidade e a mulher portadora do HIV e Brevidelli; Ciancirullo (2001), que estudaram a prevenção dos acidentes com agulhas entre profissionais da saúde.

A escolha do Modelo de Crenças em Saúde como referencial para a análise e interpretação dos resultados deste estudo, que investiga as crenças dos trabalhadores de enfermagem quanto à adesão ou não ao tratamento quimioprolático, ocorreu pelo fato de o considerarmos o principal modelo para explicar e predizer a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde.

A Figura 4 apresenta o Modelo de Crenças em Saúde esquematizado por Rosenstock, 1974b.

Para melhor interpretação desta figura, acrescentamos algumas informações sobre:

- percepções individuais: estão relacionadas aos níveis combinados de suscetibilidade e seriedade percebidos na doença;
- fatores modificadores: características pessoais (idade e sexo), psicossociais (personalidade, classe social etc), estruturais (conhecimento sobre a doença e contato prévio com a mesma).
- probabilidade de ação: as ações são selecionadas tendo em vista os benefícios e as barreiras percebidas.

Figura 4 - “Modelo de Crença em Saúde”, com determinante do comportamento preventivo em saúde (ROSENSTOCK, 1974)

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Característica da Investigação

Trata-se de um estudo exploratório de carácter retrospectivo, e com base na abordagem metodológica quanti-qualitativa, buscamos respostas às indagações que fazemos sobre a prática profissional, em relação à adesão ou não do trabalhador de enfermagem ao tratamento com anti-retrovirais, após exposição ocupacional.

O método quantitativo é um processo formal, objetivo e sistemático, onde se utilizam dados numéricos para obtenção de informações acerca do mundo, pois é usado para descrever, testar relações e determinar causas. Quanto ao método qualitativo, trata-se de uma abordagem sistemática e subjetiva, que serve para descrever as experiências de vida e dar-lhes significados, sendo utilizado pelas ciências sociais e comportamentais há várias décadas. Na enfermagem, o interesse por este método data da década de 70 (KOIZUMI,1992).

A junção dos dois métodos mostra-se complementar e não contraditória, pois as duas perspectivas, cujas naturezas são diferentes, se completam na busca de melhor se aproximarem de uma realidade (MINAYO; SANCHES,1993).

Na análise qualitativa, investigamos as informações emitidas pelos trabalhadores, acerca das questões norteadoras, segundo a qualidade e quantidade dos conteúdos, as quais foram guiadas pelos postulados de Bardin (1977). Este autor define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das

comunicações que visam obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, os indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para Bardin (1977), as diferentes fases de análise de conteúdo estão organizadas em três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados e a inferência e interpretação.

4.2 Local de Estudo

Para realização do estudo, selecionamos a Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, pelo fato de a autora deste estudo fazer parte da equipe de enfermagem dessa unidade e, portanto, vivenciar as mais diversas reações dos trabalhadores de enfermagem frente aos acidentes com exposição a material biológico e à necessidade de tratamento profilático com uso de anti-retrovirais.

A UETDI foi inaugurada em junho de 1996, com o objetivo de prestar assistência aos pacientes portadores de HIV/AIDS. A equipe de enfermagem que atua nesse setor é coordenada por uma enfermeira da Divisão de Enfermagem, sendo composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem (não existindo diferenças nas atividades desempenhadas pelas duas últimas categorias).

A parte física da unidade é formada pelo ambulatório, hospital-dia e enfermaria. O ambulatório presta atendimento aos pacientes adultos, portadores do HIV/AIDS, fornece assistência às crianças, também portadoras da doença, recém-

nascidos, visando prevenir a transmissão vertical, atendendo de segunda à sexta-feira, das 7:00 às 18:00 horas. Quanto ao hospital dia, tem a finalidade de atender às crianças e adultos que necessitem de medicamentos e não necessariamente devam permanecer internados nas enfermarias. Tem capacidade para quatorze leitos, distribuídos da seguinte forma: dez leitos destinados a adultos e quatro infantis, atende de segunda à sexta-feira, das 7:00 às 18:00 horas. Tanto o ambulatório como o hospital-dia estão localizados no piso inferior. Já a enfermaria, situada no piso superior, tem capacidade para atender dezesseis adultos e seis crianças. A assistência de enfermagem ali prestada é complexa devido à gravidade dos casos e, normalmente, sua capacidade total de leitos atinge o atendimento máximo, uma vez que o funcionamento é ininterrupto.

Junto ao ambulatório da unidade foi criado, em 1997, o Ambulatório Ocupacional do Profissional de Saúde (AOPS), que presta atendimento aos trabalhadores de saúde da cidade de Ribeirão Preto e região, que sofreram acidente com material biológico. Nesse local, são dispensados medicamentos, mediante indicação médica, conforme o protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil,1999), além de serem realizadas sorologias para HIV e hepatite B e C do paciente-fonte (quando conhecido) e do acidentado. Devido às dificuldades de atendimento aos acidentados provenientes de outros hospitais e ao aumento da demanda, houve necessidade de se reestruturar o serviço, assim, o atendimento aos trabalhadores oriundos de hospitais particulares da cidade de Ribeirão Preto passou a ser realizado no próprio local onde ocorreu o acidente.

Quanto aos trabalhadores da saúde do município, estes passaram a ser atendidos nas Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) que oferecem suporte adequado para esse fim e que possuem, inclusive, medicamentos disponíveis. Além

dos profissionais municipais de saúde, a prefeitura também presta assistência a policiais, bombeiros, entre outros, vítimas de acidente ocupacional com material biológico.

Após a recente implantação das Políticas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores pelo Sistema Único de Saúde (SUS), será inaugurado na cidade de Ribeirão Preto – São Paulo o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador – CREST, que atenderá os 25 municípios desta região, prestando também atendimento especializado aos trabalhadores vitimados por acidentes do trabalho com exposição a material biológico.

4.3 População

Os 47 trabalhadores de enfermagem lotados na UETDI, foram selecionados como população deste estudo, excluindo os que estavam afastados por licenças ou férias, durante o período estabelecido para a coletas dos dados, aqueles que não aceitaram participar do estudo e os trabalhadores que não se acidentaram na UETDI. Assim, o estudo contou com uma população de 41 trabalhadores.

Por meio do levantamento realizado com aplicação do Formulário 1 de coleta de dados (APÊNDICE A), constatamos que 20 trabalhadores de enfermagem haviam sofrido exposição ocupacional a material biológico, enquanto executavam suas atividades laborais na UETDI, e destes 17 receberam indicação para o uso de ARVs.

4.4 Estratégias de investigação

Os dados foram coletados pela própria autora desta pesquisa, no período de novembro a dezembro 2003, por meio de procedimentos que incluíam as seguintes etapas:

Primeira etapa: Com a finalidade de identificar os trabalhadores da UETDI que haviam sofrido exposição ocupacional a material biológico, aplicamos o Formulário 1 (APÊNDICE A) contendo perguntas abertas e fechadas, o qual foi entregue ao trabalhadores de enfermagem da unidade para ser devolvido à pesquisadora, depois de respondido, que determinou o prazo de sete dias para devolução dos mesmos preenchidos, sendo que apenas dois deles não foram devolvidos.

Segunda etapa: neste momento, utilizamos o Formulário 2 (APÊNDICE B), contendo as questões norteadoras que subsidiaram a análise qualitativa das informações. Este formulário foi respondido somente pelos trabalhadores vitimados que receberam tratamento profilático com ARV, os quais registraram as informações por escrito.

Cabe destacar que, visando ajustes nos formulários, inicialmente, os submetemos à análise de três pesquisadores especialistas na área de saúde do trabalhador, para melhor definição de conteúdo, clareza, objetividade e adequacidade. Após as avaliações, realizamos os ajustes propostos nas questões norteadoras do Formulário 2. Posteriormente, fizemos um teste piloto, do qual participaram três trabalhadores da equipe de enfermagem (dois enfermeiros e um auxiliar de enfermagem) que atuavam na Unidade de Moléstias Infecciosas do mesmo hospital. Escolhemos esta clínica pela semelhança dos clientes atendidos

com os unidade investigada, e ainda pela semelhança entre os fatores de riscos biológicos presentes. Após esses procedimentos, os instrumentos foram considerados adequados ao estudo pretendido.

A princípio, pensamos realizar as entrevistas com auxílio de um gravador, mas como a pesquisadora era integrante da unidade estudada, optamos por colher as informações dos participantes por meio de registro escrito. Acreditamos que a presença da autora, durante as entrevistas gravadas, prejudicasse os resultados da pesquisa, ainda que fossem realizadas por outro colaborador o prejuízo estaria presente.

Existe, atualmente, um grande apelo no meio acadêmico para que pesquisas sejam feitas por enfermeiros de campo, afim de que, por meio do conhecimento científico, estes profissionais promovam mudanças no cotidiano de trabalho. Este estudo é relevante, uma vez que a motivação da enfermeira pesquisadora surgiu da prática laboral vivenciada no dia-a-dia de seu trabalho.

4.5. Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado na 123ª Reunião Ordinária, realizada em 04/02/2002 (Anexo A).

4.6. Análise e Interpretação dos Dados

Efetuamos a análise dos dados quantitativos por meio de estatística descritiva, com o objetivo de caracterizar a população do estudo, utilizando tabelas de frequência simples (absoluta e relativa) para a apresentação dos dados.

Pelos dados obtidos no formulário das questões norteadoras, identificamos as unidades temáticas relevantes para os profissionais de enfermagem que sofreram acidente ocupacional com fluidos corpóreos e que necessitaram dos anti-retrovirais, como medida profilática à transmissão do HIV. A seguir, analisamos essas categorias por meio do Modelo de Crenças em Saúde.

De posse dos dados obtidos nos formulários, realizamos a análise dos conteúdos das informações registradas pelos trabalhadores, seguindo os postulados de Bardin (1977).

Executamos os seguintes passos, para a análise e interpretação dos dados coletados:

- **Pré-análise:** efetuamos leitura flutuante das respostas emitidas pelos trabalhadores de enfermagem às questões norteadoras, respondidas pelos 17 sujeitos investigados, garantindo a regra de representatividade e assegurando a pertinência da fonte de informação e do objetivo de análise. A hipótese que estabelecemos para o estudo foi que a crença do trabalhador de enfermagem em relação ao risco de contrair a doença era fundamental para sua adesão ao tratamento quimioprofilático. O referencial teórico eleito foi o Modelo de Crenças em Saúde, proposto por Rosenstock (1974a), com análise de crenças feita por meio das variáveis: suscetibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios e barreiras percebidos.

- **Exploração do Material:** diante das informações escritas obtidas junto aos trabalhadores, classificamos os conteúdos e sua frequência, e os agrupamos nas categorias preestabelecidas pelo MCS levando em conta os conteúdos comuns; posteriormente, encontramos as unidades temáticas pertinentes (indicadores ou temas).

- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** conseguimos os dados referentes a este item mediante a elaboração de uma relação das categorias estabelecidas, segundo as unidades abordadas pelos sujeitos.

Categoria 1 – Suscetibilidade percebida
Unidade Temática: Percepção do risco de infecção
Categoria 2 - Seriedade percebida
Unidade Temática: (a) Comportamento vivenciado pelo acidentado
Unidade Temática: (b) Percepção de mudança após o acidente
Categoria 3 – Benefícios percebidos
Indicador: Experiência positiva do uso dos anti-retrovirais
Categoria 4 – Barreiras percebidas
Unidade Temática: Experiência negativa do uso dos anti-retrovirais

Figura 5 - Síntese das categorias do Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974b), extraídos das respostas escritas pelos profissionais de enfermagem nos formulários analisados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizemos a apresentação e a discussão dos dados em duas etapas. A **primeira** delas refere-se à apresentação dos dados quantitativos para caracterizar os sujeitos e a **segunda** compreendeu a análise qualitativa das variáveis significativas relacionadas à adesão ou não à quimioprofilaxia, dos trabalhadores de enfermagem pós- exposição ocupacional a material biológico.

5.1 Características dos trabalhadores de enfermagem

A equipe de enfermagem da UETDI é composta por 47 trabalhadores, porém no período destinado à coleta de dados, trabalhavam efetivamente na unidade somente 41 sujeitos que compuseram o estudo, uma vez que quatro deles estavam afastados devido a licença saúde/maternidade ou férias, e outros dois trabalhadores recusaram-se a participar do estudo.

Na Tabela 1, estão apresentados os dados relativos às variáveis idade, sexo e estado civil dos trabalhadores de enfermagem da UETDI, participantes do estudo.

Tabela 1- Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP, segundo idade, sexo e estado civil. Ribeirão Preto, 2004.

VARIÁVEIS	Nº	%
Idade (anos)		
20 — 30	09	21,95
30 — 40	20	48,78
40 — 50	09	21,95
50 ou +	03	7,32
Total	41	100
Sexo		
Masculino	07	17,07
Feminino	34	82,93
Total	41	100
Estado Civil		
Solteiro	16	39,02
Casado	18	43,90
Divorciado	07	17,08
Total	41	100

A Tabela 1 mostra que a faixa etária predominante dos trabalhadores lotados na unidade foi de 30 a 39 anos (48,78%), seguida das faixas etárias de 20 a 29 anos (21,95%) e de 40 a 49 anos (21,95%); apenas 3 (7,32%) dos trabalhadores possuíam idade superior a 40 anos. Em relação ao sexo, podemos observar predomínio de trabalhadores de enfermagem do sexo feminino 34 (82,93%) em detrimento dos do sexo masculino 7 (17,07%). Tais dados eram esperados, uma vez que a força de trabalho na unidade, assim como nos hospitais de todo país, é eminentemente feminina (JANSEN,1997; SARQUIS,1999; ALMEIDA,2003). Quanto ao estado civil, observamos que 18(43,90%) dos trabalhadores de enfermagem eram casados; 16 (39,02%) solteiros e 07(17, 08%), divorciados.

Ainda a respeito do estado civil, o estudo de Nishide et al.(2004), sobre acidente ocupacional em uma unidade de terapia intensiva demonstrou que 50% dos trabalhadores pesquisados eram casados, valor próximo ao encontrado neste estudo.

Brandão (2000), pesquisando as dimensões psicossociais dos acidentes de trabalho, também identificou que 47,6% dos trabalhadores eram solteiros; 33,5% casados; 14,2% eram amigos e 4,7% estavam separados. O autor cita que 47,6% trabalhadores tinham parceiros fixos e 52,4% indicaram parceiros ocasionais, fato que se torna importante ao analisarmos, por exemplo, as repercussões do acidente na vida amorosa destes profissionais, pois a necessidade do uso do condom explicita o questionamento sobre a fidelidade do parceiro.

A Tabela 2 mostra os resultados obtidos quando investigada a opção religiosa dos trabalhadores participantes.

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP-USP, segundo sua opção religiosa. Ribeirão Preto, 2004.

RELIGIÃO	Nº	%
Católica	26	63,41
Evangélica	09	21,95
Espírita	06	14,63
TOTAL	41	100

Conforme demonstram os dados da Tabela 2, houve predomínio da religião católica, que somou 26 (63,42%) trabalhadores, seguido de 09 (21,95%) trabalhadores evangélicos e 06 (14,63%) trabalhadores espíritas, revelando que todos os trabalhadores possuíam uma opção religiosa.

Tendo como base o Modelo de Crenças em Saúde adotado, buscamos conhecer qual o credo ou religião dos trabalhadores, pois os mesmos podem influenciar ou não na sua adesão ao tratamento profilático, pois conforme definido anteriormente, a crença está relacionada com a fé religiosa, embora esta comparação não tenha sido contemplada neste estudo, nas informações registradas no formulário.

Na Tabela 3 apresentamos as informações sobre a categoria profissional dos trabalhadores participantes e o seu grau de instrução.

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas - FMRP-USP, segundo o grau de instrução e categoria profissional. Ribeirão Preto, 2004.

VARIÁVEIS	N	%
GRAUS DE INSTRUÇÃO		
1º grau completo	3	7,32
2º grau incompleto	5	12,20
2º grau completo	13	31,70
3º grau incompleto	8	19,52
3º grau completo	12	29,26
TOTAL	41	100
CATEGORIA PROFISSIONAL		
Auxiliar de enfermagem	29	70,74
Técnico de enfermagem	02	4,87
Enfermeiro	10	24,39
TOTAL	41	100

De acordo com a Tabela 3, observamos que a categoria funcional dos trabalhadores de enfermagem mais freqüente foi a de auxiliar de enfermagem, com 29 (70,74%) sujeitos, seguida da de enfermeiro, com 10 (24,39%) e da categoria de

profissionais técnicos de enfermagem, com 02 (4,87%) sujeitos . A categoria auxiliar de enfermagem foi a mais expressiva quanto ao número de trabalhadores em todo país, dado evidenciado por pesquisas realizadas pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEn (BRASIL,1996; BULHOES,1998; CANINI 2000; BALSAMO, 2002).

Evidências científicas revelaram que a qualificação profissional não mostrou-se uma variável relevante na acidentalidade dos trabalhadores de enfermagem, estando mais relacionada à proporção dos trabalhadores (SANTOS; PELÁ, 1989, SANTOS et al.,1989, MACHADO et al., 1992, BENATTI, 1997, SILVA 1999, NISHIDE et al., 2004).

Os dados da Tabela 3 indicaram ainda, que, dentre os sujeitos estudados, 13 (31,70%) completaram o 2º grau; 12 (29,26%) o 3º grau; 8 (19,52%) não completaram o 3º grau; 5 (12,20%) não concluíram o 2º grau e outros 3 (7,32%) tinham o 1º grau completo.

Na Tabela 4, apresentamos os dados relativos à experiência profissional dos trabalhadores de enfermagem participantes.

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas - HCFMRP-USP, segundo o tempo de atuação profissional. Ribeirão Preto, 2004.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL (ANOS)	Nº	%
1 — 4	4	9,76
5 — 9	23	56,10
10 — 14	3	7,31
15 — 19	8	19,52
20 ou +	3	7,31
TOTAL	41	100

Podemos observar que 23 (56,10%) trabalhadores de enfermagem atuavam na profissão por um período entre 5 e 10 anos; 8 (19,52%) com tempo entre 15 e 19 anos; 4 (9,76%) com período entre 1 e 4 anos; 3 (7,31%) atuavam entre 10 e 14 anos e 3 (7,31%) trabalhavam há mais de 20 anos na profissão.

Na Tabela 5 temos a distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo o turno de trabalho.

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas - HCFMRP-USP, segundo o turno de trabalho. Ribeirão Preto, 2004.

TURNO DE TRABALHO	Nº	%
Diurno	27	65,85
Noturno	14	34,15
TOTAL	41	100

Quanto ao turno de trabalho, constatamos que 27 (65,85%) trabalhadores exerciam suas atividades no período diurno e os outros 14 (34,15%) no período noturno.

Os trabalhadores que exercem suas atividades no período diurno estão mais propensos a sofrer acidentes, devido ao maior número de procedimentos realizados neste período (BRONDI et al, 1998).

Em relação à atuação profissional com mais de um vínculo empregatício, verificamos que 27 (65,85%) trabalhadores possuíam outro emprego e somente 14 (34,15%) tinham apenas um. Neste sentido o estudo de Marziale (1995), revela que a sobrecarga de horas trabalhadas pode interferir na concentração da atenção e

devido a fadiga física e mental, fatores que aumentam a probabilidade da ocorrência de acidentes do trabalho.

Na Figura 6 distribuímos graficamente os trabalhadores que se acidentaram devido à exposição ocupacional a material biológico.

Figura 6 – Ocorrência de acidente com material biológico entre os trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial em Tratamento de Doenças Infecciosas.

Na Figura 6, identificamos que dos 41 sujeitos pesquisados, 21 (51%) não sofreram acidente ocupacional na UETDI e o restante, 20 (49%) foram acometidos por exposição ocupacional a material biológico.

Acreditamos que, após a introdução do sistema fechado para procedimentos intravenosos periféricos com agulha plástica, há cerca de dois anos, houve diminuição dos acidentes com exposição aos fluidos corpóreos, principalmente os materiais perfuro-cortantes, embora não tenhamos contemplado essa análise neste estudo.

Na Tabela 6 apresentamos os resultados acerca dos trabalhadores de enfermagem participantes que se acidentaram na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas .

Tabela 6 – Distribuição dos resultados acerca dos trabalhadores de enfermagem que se acidentaram na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP – USP, segundo faixa etária, sexo, estado civil e religião. Ribeirão Preto, 2004.

VARIÁVEIS	Nº	%
Idade (Anos)		
20 — 30	04	20
30 — 40	13	65
40 — 50	03	15
TOTAL	20	100
Sexo		
Masculino	03	15
Feminino	17	85
TOTAL	20	100
Estado Civil		
Solteiro	07	35
Casado	10	50
Divorciado	03	15
TOTAL	20	100
Religião		
Católica	13	65
Evangélica	05	25
Espírita	02	10
TOTAL	20	100

Os dados da Tabela 6, nos permite constatar que a faixa etária predominante de trabalhadores acidentados na unidade foi referente a faixa entre 30 e 39 anos (65%), seguida das faixas de 20 e 29 anos (20%) e de 40 e 49 anos (15%). Resultados de estudos realizados por autores como Canini (2000) e Almeida (2003) corroboram estas informações.

Canini (2000), investigando acidentes do trabalho com material biológico entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola, encontrou que 36,56% da população de trabalhadores acidentados possuíam idade entre 31 e 40 anos. Seguindo a mesma linha de investigação, Almeida (2003), ao estudar a adesão à quimioprofilaxia dos trabalhadores da saúde pós-exposição a material biológico, no Grupo de Vigilância Epidemiológica do Departamento Regional (DIR XX) de São João da Boa Vista nos anos de 2000 e 2001, encontrou que o maior índice de acidentes do trabalho na população estudada foi registrado na faixa etária entre 30 e 39 anos, perfazendo 36,6%, no ano de 2000, e 35,8% no ano de 2001.

Quanto ao sexo, observamos que 17 (85%) trabalhadores de enfermagem acidentados eram do sexo feminino e apenas 3 (15%) do sexo masculino.

Bálsamo (2002), em sua pesquisa sobre acidente ocupacional de trabalhadores de saúde com material biológico, desenvolvida em um hospital universitário de São Paulo, verificou predomínio de acidentes com os trabalhadores do sexo feminino (83%), ao passo que, na Espanha, um estudo realizado por Monge et al. (2001), sobre a mesma temática, apresentou resultado semelhante ao identificar que 80,7% dos trabalhadores da saúde que haviam sofrido acidente eram do sexo feminino.

Desde os primórdios da profissão, a assistência de enfermagem é prestada eminentemente por mulheres, uma vez que o cuidado aos enfermos é

reconhecido como papel apropriado e atribuído às mulheres (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Segundo Marziale; Carvalho (1996), o sexo é uma variável importante a ser observada, quando analisamos a situação de trabalho, porque existem diferenças significativas do ponto de vista fisiológico (força muscular) e psicológico (enfrentamento do estresse) que devem ser respeitadas.

Sobre o estado civil, notamos que 10 (50%) trabalhadores de enfermagem acidentados eram casados, 07 (35%) eram solteiros e outros 03 (15%) divorciados.

Quanto à religião, notamos que houve predomínio da religião católica, com um demonstrativo de 13 (65%) trabalhadores de enfermagem acidentados; seguida da evangélica, com 05 (25%) sujeitos e da espíritas, com 02 (10%) trabalhadores de enfermagem acidentados.

Brandão (2000), também mostrou a maioria dos trabalhadores católica (62%), seguida de 19% de espíritas e 9,5% citaram o candomblé e o protestantismo como opções religiosas. Enfatiza que este aspecto torna-se relevante à medida que a religião funciona como suporte para lidar com o medo da contaminação pelo vírus da AIDS.

Na Tabela 7, apresentamos as informações sobre a categoria profissional e grau de instrução dos trabalhadores de enfermagem acidentados.

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem acidentados na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP – USP, segundo o grau de instrução e categoria profissional. Ribeirão Preto, 2004.

VARIÁVEIS	Nº	%
Grau de Instrução		
2º grau incompleto	03	15
2º grau completo	08	40
3º grau incompleto	04	20
3º grau completo	05	25
TOTAL	20	100
Categoria Profissional		
Auxiliar de Enfermagem	13	65
Técnico de Enfermagem	02	10
Enfermeiro	05	25
TOTAL	20	100

A Tabela 7 mostra que 08 (40%) trabalhadores de enfermagem acidentados concluíram o 2º grau, seguidos de 05 (25%) que tinham o 3º grau completo e de 03 (15%) trabalhadores que não haviam completado o 2º grau.

Quanto à categoria profissional, observamos que 13 (65%) trabalhadores de enfermagem acidentados pertenciam à categoria profissional auxiliar de enfermagem, 05 (25%) eram enfermeiros e 02 (10%) eram técnicos de enfermagem.

Na Tabela 8 apresentamos as informações sobre o tempo de atuação profissional acidentados na clínica, o turno de trabalho e se os trabalhadores de enfermagem acidentados possuíam outro vínculo empregatício.

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem acidentados na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP – USP, segundo o tempo de atuação profissional, turno de trabalho e outro vínculo empregatício. Ribeirão Preto, 2004.

VARIÁVEIS	Nº	%
Atuação Profissional (Anos)		
1 — 4	02	10
5 a 9	12	60
10 a 14	02	10
15 a 19	04	20
TOTAL	20	100
Turno de Trabalho		
Diurno	13	65
Noturno	07	35
TOTAL	20	100
Outro vínculo empregatício		
Sim	08	40
Não	12	60
TOTAL	20	100

Constatamos que 12 (60%) trabalhadores de enfermagem atuavam na profissão por um período entre quatro e nove anos, quatro (20%) exerciam a profissão entre 14 e 19 anos; dois (10%) entre um até quatro anos e outros dois (10%) trabalhadores de enfermagem acidentados atuavam entre 10 e 14 anos, demonstrando que toda esta população tinha pouco tempo de atuação profissional.

No estudo realizado por Marziale (2003), em hospitais da região nordeste do Estado de São Paulo foi constatado que 17% dos trabalhadores de enfermagem acidentados, expostos a material biológico, tinham menos de um ano de serviço no hospital onde ocorreu o acidente do trabalho, 43,3% dos trabalhadores tinham entre

um e seis anos de experiência e outros 39,7% mais de seis anos de atuação profissional. A autora considerou que o motivo da ocorrência dos acidentes pode estar associado a outros fatores além da falta de experiência profissional, tais como: carga de trabalho, idade, fadiga e estresse.

Chan (1998), analisando 113 casos de acidentes do trabalho com material perfuro-cortante constatou que a falta de experiência profissional foi responsável por 57% dos acidentes ocorridos.

Estudo desenvolvido por Canini (2000), identificou que a maioria dos acidentes do trabalho aconteceu devido à exposição a material biológico, e que os trabalhadores de enfermagem estudados atuavam há menos de um ano. A autora ressalta que o tempo de atuação profissional pode estar relacionado à adoção ou não de medidas de prevenção e que mudanças nem sempre são aceitas pelo trabalhador, pois a adoção de medidas preventivas exige, além da informação, atitudes.

Os achados de Valenzuela-Suazo (1999), demonstraram que a maioria dos trabalhadores de enfermagem que notificou os acidentes ocupacionais nos hospitais chilenos, exercia sua função entre 01 e 05 anos. Em contra-partida, resultados apresentados por Machado et al. (1992), ao estudarem trabalhadores de um hospital universitário que sofreram acidentes no trabalho, mostram que a inexperiência no trabalho parece ter pouca importância para determinar a ocorrência de acidentes no trabalho, pois a maioria dos trabalhadores que se acidentaram eram funcionários antigos da instituição. O estudo não informou o tempo de atuação dos mesmos.

Brevidelli; Assayag; Turcato (1995), constataram que os profissionais de enfermagem com maior tempo de experiência profissional tinham resistência em

aplicar as recomendações das *precauções padrão*, pois os trabalhadores consideravam essas medidas preventivas destituídas de resultados práticos e eficaz.

Sarquis (1999), identificou que os trabalhadores que sofreram acidente com material perfuro-cortante atuavam entre 10 e 15 anos (36,17%) na profissão de enfermagem, o que demonstra que a habilidade profissional dos trabalhadores não os exclui da exposição a acidente ocupacional.

Concordamos com Sarquis (1999), quando a autora afirma que, ao longo da carreira profissional, os trabalhadores tornam-se mais seguros e com maior domínio das habilidades técnicas, desse modo, assumem comportamentos arriscados na realização das suas atividades, pois acreditam que sabem todas as regras e normas de proteção e prevenção de acidentes. Assim, por se sentirem familiarizados com as técnicas, banalizam os riscos eminentes na execução das suas tarefas.

Quanto ao turno de trabalho, pudemos constatar que 13 (65%) dos trabalhadores de enfermagem exerciam suas atividades laborais no período diurno e 07 (35%) no período noturno.

Bálsamo (2002), em seu estudo sobre acidentes com exposição a material biológico, identificou que os acidentes ocorreram predominantemente no período da manhã (43,75%), possivelmente pelo alto número de procedimentos realizados nesse período. Lacerda (2000), pesquisando trabalhadores do centro cirúrgico, também constatou predomínio de acidentes com material biológico no período da manhã.

Contrapondo-se a estes achados, Nishide et al. (2004), em seu estudo sobre acidente ocupacional em uma unidade de terapia intensiva, obtiveram dados

indicativos de que 53% dos acidentes ocorreram no plantão noturno, além de constatarem que 31% dos trabalhadores possuíam outro vínculo empregatício.

No que se refere ao vínculo empregatício, observamos que 12 (60%) trabalhadores de enfermagem acidentados possuíam outro vínculo empregatício e outros 08 (40%) tinham apenas um vínculo empregatício.

A esse respeito, Bálsamo (2002), menciona que a mulher geralmente se insere no mercado trabalho para contribuir com a renda familiar, sendo submetida à dupla ou tripla jornada de trabalho, favorecendo a ocorrência de acidente ocupacional, devido aos desgastes físicos e emocionais.

Vários estudos apresentaram forte vulnerabilidade do profissional de enfermagem à ocorrência de acidentes desta natureza, pois estes são responsáveis por uma gama de atividades diárias dentro dos estabelecimentos de saúde, muitas vezes exercendo suas atividades ininterruptamente devido a dupla ou tripla jornada de trabalho (MACHADO, et al., 1992, MARZIALE; ROBAZZI, 2004).

Sarquis (1999), ao analisar a ocorrência dos acidentes do trabalho com material perfuro-cortante, encontrou que 82,97% dos trabalhadores sofreram um acidente no período de um ano; quase todos relataram ter sofrido outros acidentes desta natureza em período maior há um ano, alegando como causas: sobrecarga de serviço, grande número de medicações injetáveis, que tornam o acidente imperceptível. A autora, nesse ponto, ressalta a ausência das notificações, que ocorre devido ao fato de os trabalhadores, terem dificuldades para se lembrarem o número de vezes em que foram vitimados por acidentes ocupacionais desta natureza, durante sua vida profissional.

Em relação à ocorrência de acidentes do trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais da equipe de enfermagem, Marziale;

Robazzi (2004) chamam a atenção para a não-notificação dos referidos acidentes, fator que tem prejudicado a adoção de medidas preventivas e a revelação do diagnóstico real da situação em nosso país.

Ao analisarmos a quantidade de acidentes com exposição a material biológico ocorridos entre os trabalhadores de enfermagem que atuavam na UETDI, encontramos 9 (45%) trabalhadores que mencionaram um acidente; 07 (35%) foram vitimados duas vezes; 02 (10%) três vezes; 01 (5%) quatro vezes e 1 (5%) foi acometido por cinco episódios acidentais. Assim, pudemos constatar a ocorrência de 38 acidentes sofridos por 20 trabalhadores de enfermagem.

Estes resultados mostraram o quanto é preocupante a questão da recidiva dos acidentes de trabalho. Assim, percebemos que as medidas de prevenção são discutidas, mas parece que estão dissociadas da prática. Souza (2001), descreveu que muitos trabalhadores de saúde não assumiam condutas de segurança, devido à desatenção, morosidade para mudanças de hábitos e descrédito quanto ao risco de acidente, que é encarado, muitas vezes, como fatalidade.

O fato de 45% dos trabalhadores de enfermagem já terem sofrido acidente do trabalho torna-se bastante significativo, segundo dados de nossa pesquisa, devido a característica principal da clínica, que é assistência aos portadores de HIV/AIDS. Situação mais alarmante ainda é a constatação de que 55% dos trabalhadores sofreram mais de um acidente com material biológico, chegando a acontecer até cinco episódios acidentais com um mesmo profissional. Diante destes números, constatamos que é imprescindível a intervenção da equipe de enfermagem implementando medidas que visem a promoção e a proteção do

trabalhador; podendo, em casos mais drásticos, transferi-lo para outro setor do hospital, objetivando sua própria segurança.

Dentre os fatores predisponentes à ocorrência de acidentes do trabalho com material pérfuro-cortante, evidenciados na literatura e descritos por Marziale; Rodrigues (2002), estão as condições em que o trabalho é executado, tais como: situações de urgência, sobrecarga de trabalho, não disponibilização do material de segurança ao trabalhador, entre outros. Há ainda, outros fatores como, comportamento individual dos trabalhadores, que incluem desconsideração às precauções padrão, desatenção, cansaço, fadiga, encape ativo de agulhas, falta de percepção individual sobre os riscos de infecção e fatalidade.

Outros fatores que podem interferir na ocorrência de acidentes ocupacionais são citados em estudos de Valenzuela-Suazo (1999), que salienta a importância na relação da idade na ocorrência dos acidentes do trabalho. A autora ressalta que as pessoas com idade mais avançada podem sofrer alterações na concentração/atenção, ter maior predisposição à fadiga, tanto física como mental, favorecendo a ocorrência de acidentes de trabalho.

Segundo Bulhões (1998), a idade pode interferir no desenvolvimento do trabalho, uma vez que após os 35 anos de idade, as funções cardiovasculares, pulmonares, musculares e biomecânicas diminuem, assim como há menor predisposição ao esforço físico, estando os profissionais mais sujeitos às agressões e ao estresse.

Na Tabela 9, apresentamos os resultados quanto ao tipo de exposição ocupacional dos trabalhadores de enfermagem pesquisados.

Tabela 9 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da UETDI-HCFMRP-USP que sofreram acidente ocupacional segundo o tipo de exposição, Ribeirão Preto, 2004.

TIPO DE EXPOSIÇÃO	Nº	%
Pérfuro-cortante	24	63,15
Mucosa	09	23,68
Pele não íntegra	05	13,17
TOTAL	38	100

A Tabela 9 mostra o total das vezes em que ocorreu acidente com material biológico, sendo que 24 (63,15%) acidentes foram causados por material pérfuro-cortante; 9 (23,68%) episódios envolveram mucosas e 5 (13,17%) acidentes ocorreram em pele não-íntegra.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Programa Estadual de DST/AIDS – SP (São Paulo.SES,2004), dos 5000 acidentes ocorridos entre janeiro de 1999 a outubro de 2003, 92,08% dos casos referiam-se à exposição a material pérfuro-cortante.

Machado et al. (1992), Brevidelli; Assayag; Turcato (1995), Sarquis; Felli (2000), Marziale (2004) e Nishide, et al. (2004), apontaram em seus estudos um maior percentual de acidentes com material pérfuro-cortante e os relacionam à manipulação de objetos, tais como: agulhas, bisturis e dispositivos intra-venosos, pelos profissionais de enfermagem.

Dos 100 caso de infecção ocupacional pelo HIV comprovados em to do o mundo, 89% ocorreram após exposições percutâneas e 8%após exposições mucocutâneas, sendo que em dois casos publicados não se relatou o tipo de exposição. Dentre os casos comprovados, em 69% deles a contaminação ocorreu com uma única exposição percutânea (RISCOBIOLOGICO,2004).

Dos 38 acidentes informados pelos 20 trabalhadores vitimados, em 12 (31,57%) deles com exposição a material biológico foram registrados na CAT e em 26 (68,57%) acidentes não houve o registro da ocorrência, não podemos considerar esse dado significativo, pois a notificação não estava explicitamente questionada no formulário. A questão da subnotificação do acidente do trabalho, constitui um grande problema na realidade nacional, conforme evidências científicas.

Diferentes sistemas de vigilância sobre acidentes ocupacionais com material biológico foram iniciados em vários países, principalmente após a década de 80, devido à epidemia da AIDS. No Brasil, há somente um sistema de vigilância sobre acidentes com materiais biológicos, implantado em São Paulo, que é o SINABIO (São Paulo.SES,2002). A maioria dos estudos refere-se exclusivamente a programas desenvolvidos de forma individualizada em hospitais universitários e a outros serviços de saúde (risco biológico, 2004).

Na tentativa de sistematizar o registro dos acidentes do trabalho com exposição a material biológico bem como as estratégias adotadas para preveni-los, em hospitais de diferentes regiões do país, criou-se a Rede Eletrônica de Prevenção de Acidentes do Trabalho com Exposição a Material Biológico (REPAT), base de dados que disponibiliza informações sobre pesquisas relacionadas a esta temática, servindo também de intercâmbio de informações interativas on-line (REPAT, 2004).

No Brasil, não existe uma legislação específica a esse respeito, como a Lei Federal Americana “Needlestick Safety an Prevention Act”, assinada em 06 de novembro de 2000, que se destina a proteger 8 milhões de profissionais da saúde norte-americanos das lesões causadas por agulhas e outros dispositivos perfuro-cortantes. Esta lei exige que as instituições norte-americanas de saúde subordinadas à Occupational Safety and Health Administration (OSHA) utilizem

instrumentos mais seguros, como os equipamentos pérfuro-cortantes com dispositivos de proteção contra ferimentos e os sistemas sem agulhas para prevenção de acidentes (HALL; PRINCE, 2001; SÃO PAULO, SES, 2000).

Na Figura 7 apresentamos o número de trabalhadores de enfermagem que recebeu indicação para uso de quimioprofilaxias pós-exposição ocupacional ao HIV, ocorridas na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas.

Figura 7- Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas – HCFMRP – USP, segundo indicação dos Anti-retrovirais.

A Figura 7 evidencia que em 35 (92%) acidentes devido à exposição ocupacional os trabalhadores receberam, após avaliação médica, indicação de tratamento quimioprofilático com ARV, não sendo indicado o referido tipo de tratamento medicamentoso para 3 (8%) acidentes apenas.

O risco de infecção pelo HIV é maior quando a exposição envolve grande quantidade de sangue originado de ferimento visivelmente contaminado com sangue de paciente com sorologia positiva pelo HIV e procedimento que envolve catéter diretamente ligado a veias e artérias (LIMA et al., 1997¹). A exposição percutânea de sangue de doentes em estágios avançados de AIDS ou com infecção aguda pelo HIV aumenta o risco de contaminação, pois nestes dois momentos da infecção a carga viral circulante é elevada, necessitando-se da profilaxia com anti-retrovirais.

Vários estudos mostram a indicação de anti-retrovirais, dentre os quais destacamos: Bálsamo (2002) constatou que houve indicação dos anti-retrovirais em 43,75% dos acidentes com exposição aos líquidos corporais humanos; Sinabio (SÃO PAULO, SES, 2002) registrou indicação dos anti-retrovirais em 49% dos acidentes; segundo os dados de Garb (2002), 20% dos acidentes foram tratados com ARV; Carvalho et al (2002), mencionaram indicação dos ARV em 36,5% dos acidentes. Almeida (2003), ao comparar a conduta médica quanto à indicação dos ARVs nos anos de 2000 e 2001, verificou um percentual de 51,2% e 37,2% respectivamente a estes anos.

Marziale et al. (2004), estudando 30 casos de acidentes do trabalho com exposição a material biológico, ocorridos em hospitais de Ribeirão Preto – SP, entre trabalhadores de enfermagem, referem que 26 casos (86,16%) receberam indicação da quimioprofilaxia. É importante ressaltar que este estudo foi realizado na mesma unidade em que desenvolvemos nossa pesquisa.

Após exposição ocupacional a material biológico, devemos estabelecer criteriosa avaliação quanto ao risco de transmissão do HIV, em função do tipo de acidente ocorrido, do tipo e quantidade de material envolvido e qual a toxicidade das medicações usadas na quimioprofilaxia. O acompanhamento sorológico anti-HIV

deverá ser realizado no momento do acidente e repetido após seis e doze semanas, pelo menos seis meses depois da ocorrência (BRANDÃO, 2000).

Brevidelli; Assayag; Turcato (1995) estimaram que a taxa de contaminação pelo HIV, após uma perfuração acidental de agulha, foi de 0,4%, significando uma contaminação a cada 250 perfurações. Também bastante importante e pouco comentado, segundo os autores, é o risco de contaminação pelo vírus da hepatite B (HBV), calculado entre 6 a 30%. Estima-se que entre 200 e 300 profissionais de saúde morreram por ano nos EUA, por terem adquirido o HBV no trabalho. Mesmo sendo baixo o risco de contaminação ocupacional pelo HIV, a mortalidade esperada é de 100%, por isso tão valorizado.

Relembremos que na unidade estudada todos os pacientes internados são portadores do HIV, com raras exceções (quando ainda não foi confirmada a sorologia), fato que deve ser considerado pelos trabalhadores de enfermagem, quando ignoram a recomendação para o uso dos anti-retrovirais.

Na Tabela 10, apresentamos dados sobre o tratamento quimioprolático.

Tabela 10 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas - HCFMRP-USP de acordo com tempo de tratamento com os anti-retrovirais pós exposição ocupacional, Ribeirão Preto, 2004.

TRATAMENTO COM OS ANTI-RETROVIRAIS	Nº	%
Completo	12	34,30
Incompleto	15	42,85
Não informado	08	22,85
TOTAL	35	100

Dos 35 casos de acidentes ocorridos entre os trabalhadores, constatamos que 12 (34,30%) deles realizaram tratamento com anti-retrovirais, durante todo o período indicado, ou seja, 28 dias; em 15 (42,85%) casos, o tratamento ocorreu de forma incompleta e 8 (22,85%) acidentados não forneceram informações.

No estudo realizado por Almeida (2003), a interrupção da quimioprofilaxia contra o HIV, pelos trabalhadores, foi muito significativa, representando um percentual de 43% no ano de 2000 e de 39%, em 2001.

Bálsamo (2002), cita que, do total das 21 ocorrências de acidentes em que foi indicado os ARVs, cerca de 43% dos trabalhadores não concluíram o tratamento devido aos efeitos colaterais do mesmo.

O Sinabio (SÃO PAULO, SES, 2002) encontrou resultados semelhantes aos nossos, pois somente 37% dos acidentados terminaram a profilaxia recomendada.

Belei et al (2001), estudando o tratamento profilático com os anti-retrovirais, observou que ele foi interrompido em 70% dos acidentes, pelos seguintes motivos: devido aos efeitos colaterais, sorologia do paciente-fonte negativa e pela decisão do próprio trabalhador.

O Instituto de Infectologia Emílio Ribas, em São Paulo, conceituado centro especializado no diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas, não registrou nenhuma soroconversão de HIV por acidente, mas contabilizou dois casos de conversão do vírus da Hepatite C (HCV) e três do vírus da Hepatite B (HBV). Neste hospital, a taxa de perda ou abandono de acompanhamento do tratamento pelo funcionário acidentado é muito grande. Segundo levantamento feito há quatro anos, no Brasil a taxa de abandono foi de até 70%, enquanto nos Estados Unidos da

América, em seis meses a perda de seguimento atingiu 50% (BECTON DICKINSON, 2002).

Para Cocolo (2004), um tratamento com anti-retrovirais pode reduzir em até 81% os riscos de soroconversão para o HIV, se iniciado poucas horas após o acidente. Entretanto, não se sabe ao certo a eficácia do esquema proposto pelo CDC, em 1998, e adotado pelo Ministério da Saúde no ano posterior, como profilaxia após exposição ocupacional, devido à possibilidade de o paciente apresentar resistência aos medicamentos e abandonar o tratamento.

Na Tabela 11 apresentamos os resultados relativo à duração em dias do tratamento com ARV efetuado pelos trabalhadores de enfermagem do estudo.

Tabela 11 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem acidentados na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas - HCFMRP-USP conforme o número de dias de uso dos anti- retrovirais pós-exposição ocupacional, Ribeirão Preto, 2004.

NÚMERO DE DIAS DE USO DOS ANTI-RETROVIRAIS	Nº	%
1 — 7	01	2,85
7 — 15	02	5,71
15 — 20	03	8,60
20 — 27	01	2,85
28 — 30 *	12	34,28
Não informado	16	45,71
TOTAL	35	100

* O tempo preconizado para uso dos ARV é de 28 dias (4 semanas), mas algumas prescrições médicas indicam tratamento por 30 dias. Optamos por considerar como tratamento completo aquele realizado entre 28 e 30 dias.

Pelos dados da Tabela 11, observamos que em 16 (45,71%) acidentes os trabalhadores não informaram o tempo de uso dos ARVs; em outros 12 (34,28%), os trabalhadores fizeram tratamento conforme o protocolo recomendado, ou seja, por quatro semanas; em 3 (8,60%), utilizaram os anti-retrovirais entre 15 e 20 dias; em 2 (5,71%) acidentes os trabalhadores usaram os ARVs entre 7 e 15 dias; em 1 (2,85%), o tratamento durou entre 21 e 27 dias. Em um único caso (2,85%) de acidente os ARVs foram usados por menos de uma semana. Assim, constatamos que o tratamento recomendado foi efetuado em 34,28% dos casos, resultados que, quando comparados aos da Tabela 7, revelam discrepância pois a maioria dos trabalhadores informaram abandono do tratamento, realizando-o de modo incompleto (48,4%). Para tanto, acreditamos que quando o percentual, de dias de tratamento não foi informado, significou abandono da quimioprofilaxia.

Almeida (2003), identificou que, em cerca de 2,3% dos acidentes em 2000 e 1,3% em 2001, os trabalhadores receberam tratamento profilático por quatro semanas (28 dias), conforme o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) e que a maioria deles, cerca de 55,6% em 2000 e 58,4% em 2001, receberam os ARVs por tempo além do preconizado, ou seja, por 30 dias ou mais. O referido autor informa que houve um decréscimo em relação ao tempo de uso dos ARVs, passando para 13,5% em 2000 e para 3,9% em 2001, porém com melhor aceitação da quimioprofilaxia.

Bálsamo (2002), cita que, das 21 ocorrências em que houve indicação dos ARVs, cerca de 43% dos trabalhadores não terminaram a profilaxia devido aos efeitos colaterais.

Os resultados do SINABIO revelam que, em 78% dos acidentes com exposição a material biológico, somente 37% dos acidentados não concluíram o tratamento (SÃO PAULO, SES, 2002).

Belei et al. (2001), identificaram que 46% dos trabalhadores de enfermagem não completaram o tratamento profilático pelo fato de o paciente-fonte ter sorologia negativa para o HIV; 24% devido aos efeitos colaterais e 15%, por decisão de ordem pessoal; o restante não respondeu ao questionário.

Wang et al. (2000), detectaram que 98% dos acidentados fizeram o tratamento completo com ARV pós-exposição ocupacional a material biológico, porém estranhamos este resultado, pois na maioria dos estudos encontramos altos índices de abandono da quimioprofilaxia .

Com relação à conduta seguida pelos trabalhadores de saúde acidentados, constatamos que 47,65% foram medicados com ARVs e dentre estes, o tempo de uso foi conhecido para 906 relatos, onde 45% usaram medicações de 1 a 7 dias; 4% usaram-nas de 8 a 14 dias; 50 %, de 15 a 30 dias e 1% as utilizou por mais de 30 dias, embora o tratamento recomendado fosse por 28 dias, isto é, 4 semanas (SÃO PAULO, SES, 2004).

Vale ressaltar que os estudos que contemplam os motivos pessoais que levam os trabalhadores a aderir ou não à quimioprofilaxia são poucos, indicando a necessidade de voltar maior atenção a essa temática.

Na Tabela 12 apresentamos os resultados relativo aos fármacos indicados na quimioprofilaxia pelos participantes.

Tabela 12 – Distribuição dos fármacos indicados na quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV. Ribeirão Preto, 2004.

FÁRMACO	N	%
AZT+ 3TC+IDV	11	31,41
AZT+ 3TC + NFV	08	22,87
AZT + Efavirenz	02	5,71
AZT	02	5,71
DDI + AZT	01	2,85
RITONAVIR + AZT + 3TC	01	2,85
Não informado	10	28,57
TOTAL	35	100

Legenda:

AZT= Zidovudina 3TC = Lamivudina
 IDV = Indinavir NFV = Nelvinavir
 AZT = Efavirenz DDI = Didanosina

Na tabela 12, observamos que em 11(31,44%) casos de acidentes envolvendo trabalhadores de enfermagem foram indicadas associações de AZT+ 3TC+IDV; em 8 (22,87%), houve indicação de AZT+ 3TC + NFV e em 02 (5,71%) casos foram indicados a monoterapia com zidovudina. Vale destacar que, em 10 (28,57%) casos, os trabalhadores que se acidentaram com material biológico não souberam informar as drogas utilizadas no seu tratamento.

Dentre os fármacos mais utilizados por trabalhadores de enfermagem, como quimioprofiláticos à infecção pelo HIV, Marziale et al. (2004), citaram o Biovir (AZT+3TC), que foi usado em 53,3% das indicações, seguido pelas associações de Biovir e Indinavir, em 10% dos casos.

Para Machado et al.(1992), que a indicação da quimioprofilaxia está relacionada ao tipo e profundidade da lesão, tipo de agulha, títulos circulantes,

quantidade de sangue ou fluidos corpóreos, informações sobre pacientes-fonte e sua imunidade.

Atualmente, o tratamento da AIDS é feito por meio da administração do “coquetel anti-AIDS”, composto por *zidovudina*, *lamivudina*, *estavudina*, *nevirapina*, *indinavir*, *efavirenz*, *saquinavir*, entre outros. O Brasil é um país que tem merecido destaque internacional na abordagem desse tema, pelo seu programa de disponibilização gratuita da terapêutica medicamentosa e pela própria fabricação das drogas que compõem o chamado “coquetel”, impedindo assim o aumento do número de casos comprovados da doença no país e proporcionando melhor qualidade de vida ao portador da doença (LOPES,2003).

Os anti-retrovirais ocasionam efeitos colaterais em muitos de seu usuários, quer sejam portadores do HIV/HIV como trabalhadores da saúde que estão recebendo estes farmacos como medida profilática.

Marziale et al. (2004), descrevem que, devido aos efeitos colaterais das drogas quimioprofiláticas, principalmente do medicamento Biovir, os trabalhadores de enfermagem buscaram aconselhamento médico no sentido de minimizarem ou eliminarem efeitos colaterais do tratamento, tais como: vômito, náuseas, diarreias e alterações sensoriais. Os referidos sintomas foram os responsáveis pela interrupção do tratamento dos acidentados estudados.

Na prática assistencial, observamos que trabalhadores de enfermagem que sofreram exposições acidentais relataram a manifestação de outros efeitos colaterais associados aos já citados, quais sejam: tontura, cefaléia, astenia, rash cutâneo, severa reação de hipersensibilidade, aumento das enzimas hepáticas, o qual pode desenvolver hepatite medicamentosa, entre outras.

5.2 A adesão a quimioprofilaxia

A seguir, apresentamos os resultados oriundos da análise do conteúdo das informações obtidas através das questões norteadoras referentes às crenças **(2ª etapa)**, as quais foram importantes para motivar, os trabalhadores de enfermagem vitimados por exposição ocupacional a material biológico, na UETDI, a aderirem ou não ao tratamento com ARV.

Os resultados apresentados a seguir referem-se às informações emitidas pelos 17 trabalhadores de enfermagem que, após exposição ocupacional a material biológico, receberam a indicação de tratamento profilático com ARV, os quais foram responsáveis por 35 acidentes com material biológico.

Analisando esses acidentes, constatamos que, em 12 (34,30%) deles, os trabalhadores de enfermagem efetuaram o tratamento com ARV no período de 28 a 30 dias (tempo considerado como adesão ao tratamento recomendado); em 15(42,85%) casos o tratamento foi interrompido (não-adesão) e em 08 (22,85%) outros, os profissionais não informaram a respeito. Assim, dos 27 acidentes informados, constatamos que 12 (34,30%) trabalhadores aderiram ao tratamento com ARV e 15 (42,85%) não aderiram.

Diante das informações contidas no Formulário 2, classificamos os conteúdos quanto à frequência e os agrupamos por categoria, com base em conteúdos comuns. Posteriormente, associamos as categorias em temas, levando em conta as crenças segundo o Modelo de Crenças em Saúde, quais sejam: suscetibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios e barreiras percebidas.

Após várias leituras das informações registradas nas categorias, obtivemos cinco indicadores ou temas: percepção do risco de infecção; comportamento vivenciado pelo acidentado; percepção de mudança após o

acidente; experiência positiva com o uso dos anti-retrovirais e experiência negativa com o uso dos anti-retrovirais. Assim, apresentaremos os resultados na sequência das áreas temáticas identificadas, bem como discutiremos os referidos temas.

Na Figura 8, apresentamos informações relevantes referentes à categoria suscetibilidade percebida.

Categoria 1- Suscetibilidade Percebida

Unidade Temática: Percepção do risco de infecção

Unidades de registro extraídas das informações fornecidas pelos profissionais de enfermagem pesquisados:

“O risco existe principalmente nesta clínica”(A1).

“O risco é aumentado quando existe uma porta de entrada”(A10).

“O risco é aumentado pelo acidente com pêrfuro-cortante”(A4).

“... tenho dúvidas sobre a existência do risco”(A6).

“O risco é maior quando a carga viral é alta e o paciente vai a óbito logo”(A12).

Figura 8 - Apresentação das informações obtidas dos trabalhadores de enfermagem, quanto a categoria suscetibilidade percebida.

Na categoria “suscetibilidade percebida”, encontramos o tema percepção do risco de infecção, o qual nos fez perceber que os trabalhadores de enfermagem sentem-se expostos ao risco da infecção, principalmente devido ao tipo de clientes atendidos na unidade estudada. A percepção de suscetibilidade, segundo o MCS de Rosenstock (1974a), é identificada quando o indivíduo acredita que um problema de saúde ou uma determinada situação pode afetá-lo particularmente. Um trabalhador de enfermagem informou ter dúvidas sobre o risco, evidenciando também a crença de suscetibilidade, embora de forma negativa, pois de acordo com sua percepção, o risco não está bem definido.

Brevidelli; Cianciarullo (2001), em estudo com aplicação do MCS na prevenção dos acidentes ocupacionais com agulha, citam que, apesar dos

trabalhadores mostrarem-se estimulados a adotar a recomendação do não reencape de agulhas, não puderam verificar a influência dessa variável no comportamento individual, pois a suscetibilidade foi mensurada em um número pequeno de itens, não tendo validade e confiabilidade.

Em estudo norte-americano, elaborado por Catania et al. e citado por Dela Coleta (1995), onde foi investigada a suscetibilidade percebida em relação à AIDS, os autores observaram que a suscetibilidade está relacionada a redução dos comportamentos de risco e do número de parceiros sexuais, a evitar relações com estranhos e ao uso de preservativo.

Na Figura 9, apresentamos as informações extraídas das respostas emitidas pelos trabalhadores de enfermagem referentes à categoria “seriedade percebida”, relacionada ao tema “comportamento vivenciado pelo acidentado”

Categoria 2- Seriedade Percebida

Unidade Temática: 2 a) Comportamento vivenciado pelo acidentado

Unidades de registro extraídas das informações fornecidas pelos profissionais de enfermagem pesquisados:

*“... fiquei muito chateada, me sentindo inferior aos outros”(A10).
“... fiquei muito abalada emocionalmente, entrei em pânico”(A2).
“... preocupação por estar na condição de mãe”(A11).
“... optei por não pensar no assunto”(A4).
“... tive preocupação com o contato sexual com meu marido”(A17).
“... talvez necessitasse de licença- saúde, pois a falta de apetite deixa a pessoa frágil e é preciso estar bem para trabalhar aqui”(A14).
“... quando procurei ajuda não houve mão amiga”(A13).
“...me senti como se minha vida passasse em minha mente em fração de segundos” (A16)*

Figura 9 - Informações emitidas pelos trabalhadores de enfermagem, quanto à categoria “seriedade percebida”, que está relacionada ao tema “comportamento vivenciado pelo acidentado”.

Nos relatos, a crença sobre a seriedade da doença ficou evidente, uma vez que no MCS a referida variável é definida pela percepção do grau de seriedade

que uma determinada doença tem sobre os funcionamentos fisiológico, mental, psicológico e social. O grau de seriedade pode ser mensurado pelo nível de motivação emocional criado por uma doença, bem como pelo tipo de dificuldade que o indivíduo tem para identificar certa condição de saúde (ROSENSTOCK, 1974 a).

Nas informações emitidas pelos trabalhadores, identificamos a existência da crença “seriedade percebida”, evidenciada pela preocupação com o perigo e medo de adquirir uma doença como a AIDS.

A frase a seguir ilustra com propriedade a variável da crença “seriedade percebida”: *“fiquei muito abalada emocionalmente, entrei em pânico de pensar que poderia ter AIDS” (A2).*

Para Souza (1997), a AIDS, desde o seu surgimento nos anos 80, já era tida como uma doença mortal e sem cura. Assim, toda pessoa afetada, tocada, atingida pelo vírus estava condenada, e esta desenvolvia sentimentos e atitudes como medo, impotência, fuga e morte, imprimindo marcas nessas pessoas.

Parece que a opção do trabalhador acidentado em “não pensar no assunto” tem a conotação de que o acidente não ocorreu, justificativa que tornou a causa externa ao indivíduo, como se fosse uma obra do destino. A situação pode ser considerada como negação ao fato ocorrido devido às dificuldades individuais para o enfrentamento do problema.

O acidente exacerba diversos conflitos, dentre eles o medo da contaminação, preocupação com os familiares, principalmente no que se referem às relações sexuais conjugais, tanto por parte do acidentado como do parceiro (BRANDÃO, 2000).

Belei et al. (2001), estudando o comportamento profissional após o acidente, constataram que o comportamento referente a dispensar maior atenção às

atividades foi manifestado por 50% dos acidentados estudados; quanto aos demais, 35% mencionaram não ter mudado comportamento e 10% expressaram medo de se acidentarem novamente, esse último item não foi citado por nenhum dos participantes deste estudo.

Para Souza (2001), a seriedade percebida ocorre quando os profissionais conscientizam-se da gravidade das conseqüências de terem adquirido patógenos veiculados pelo sangue.

O temor pela contaminação do HIV normalmente não está embasado em evidências científicas sobre a doença e, sim, nos valores e crenças de cada indivíduo (CHAVES et al.,1999).

Diante da ocorrência dessas injúrias, e esta parece estar centrada apenas na esfera fisiológica, pois não se reconhecem os prejuízos emocionais que o acidente pode acarretar. Feix; Pontalti; Fernandes (1998), descrevem que somente o sofrimento físico é reconhecido pela organização do trabalho; quanto ao sofrimento psíquico, este é tratado com descaso, como se não existisse.

Quanto ao relato do trabalhador “... quando procurei ajuda, não houve mão amiga”, podemos inferir que diante de uma inoculação accidental, o trabalhador ao procurar apoio, não sente-se acolhido, talvez pelo despreparo do próprio sistema em percebê-lo em situação de fragilidade.

Em situações ocorridas em hospitais, devido às formas de organização de trabalho adotadas, observamos falta de humanização no trabalho, situação que pode ser revertida com esforços não só das gerências, mas também dos próprios trabalhadores, principalmente dos da enfermagem que, muitas vezes, mostram-se alheios aos acontecimentos do ambiente laboral.

Na unidade avaliada, não encontramos situação diferente da apresentada no país, pois ela ainda não conta com uma equipe multidisciplinar para prover atendimento aos acidentados, embora muito faça para favorecer o atendimento. Outro fato observado na instituição estudada é que existe pequena integração entre os Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH e UETDI por meio do Ambulatório de Atendimento ao trabalhador.

Na Figura 10, apresentamos as informações relacionadas à categoria “seriedade percebida”, ligadas ao tema “percepção de mudança após o acidente”.

Categoria 2- Seriedade Percebida

Unidade Temática: 2 b) Percepção de mudança após o acidente

Unidades de registro extraídas das informações fornecidas pelos profissionais de enfermagem pesquisados:

“... valorizo muito meus dias ao ver o sofrimento do paciente com AIDS”(A11).

“...agora me valorizo mais”(A16).”

“... faço as tarefas com mais calma”(A7).

“... procuro ficar tranquila ao cuidar do paciente”(A2).

“tenho maior atenção nas atividades”(A10).

“Depois do acidente me preocupo mais em usar EPIs”(A9).

“Continuo trabalhando da mesma forma que antes”(A2).

Figura 10 – Informações emitidas pelos trabalhadores de enfermagem, quanto à categoria “seriedade percebida”, que está relacionada ao tema “percepção de mudança após o acidente”.

As informações apresentadas na Figura 10 mostram o quanto a presença da variável “seriedade percebida” ocorreu, caracterizada pelo apego à vida diante da ameaça vivenciada. O relato destacado a seguir traduz a referida variável de crença:

“valorizo muito meus dias ao ver o sofrimento do paciente com AIDS” (A11).

No estudo de Gir (1977), sobre a sexualidade e a mulher portadora do HIV, a autora descreve que as pessoas precisam assegurar o valor de viver para acreditarem que a vida tem significado, para tanto, precisam sentir-se necessárias e amadas. Reafirma que o enfrentamento da soropositividade provoca alterações no estilo de vida do indivíduo (como mudanças no relacionamento sexual, social) aflorando sentimentos e relações representadas por situações positivas, com ênfase à valorização da própria vida. O mesmo processo também pode ser vivenciado pelo trabalhador que sofreu o acidente de trabalho com exposição a material biológico, veículo transmissor de doenças como a AIDS, revelando mudanças em seu modo de viver.

Souza (2001), observou que nas situações de estresse emocional, desencadeadas pelo risco potencial de contaminação, emergiram sentimentos relacionados ao HIV e à própria doença. Neste momento, o profissional faz uma reelaboração mental acerca dos seus projetos de vida, quando também toma consciência dos comportamentos inadequados adotados na prática de trabalho.

Segundo Lescura (1994), a suscetibilidade a uma determinada doença pode ser aferida por meio da identificação ou percepção dos fatores de risco da mesma, sendo a seriedade representada pelo grau de tensão emocional criado pela própria doença; a suscetibilidade e a seriedade percebidas dão ao profissional força e energia para agir.

A suscetibilidade e a seriedade à doença na clínica estudada são marcantes, por ser uma unidade que presta assistência aos portadores do HIV/AIDS. Desse modo, quando o trabalhador sente-se vulnerável a um determinado risco, torna-se mais propenso a adotar comportamentos que diminuem a possibilidade do mesmo.

Dela Coleta (1995), descreve que níveis combinados de suscetibilidade e seriedade percebidas são responsáveis por gerar o potencial para a ação.

O estudo de Souza (2001), pontua que, apesar dos trabalhadores de enfermagem conviverem diariamente com os riscos biológicos, encontrou um total de 27% de trabalhadores que não sabiam definir “risco biológico” e consequentemente, não identificaram esses riscos, mesmo manipulando material biológico em suas práticas diárias.

A esse respeito, acreditamos que os trabalhadores de enfermagem devam receber informações e adquirir conhecimentos durante sua formação profissional sobre os riscos a que estão expostos ao assistirem o cliente, além de saberem como preveni-los para trabalharem com segurança. Não obstante, o trabalhador tem o direito de ser informado pelas instituições empregadoras sobre os riscos a que estão expostos no ambiente laboral para utilizar técnicas seguras de trabalho e EPI, o que é seu dever.

Segundo Souza (2001), os profissionais de enfermagem recebem em sua formação profissional informações sobre biossegurança, como o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), esquema vacinal para proteção de algumas patologias como Hepatite B, mas pelas informações obtidas percebemos que alguns indivíduos não as praticam por não se sentirem ameaçados. Assim, para o mesmo autor, um indivíduo pode acreditar que uma dada ação será efetiva na redução da ameaça da doença e, ao mesmo tempo, vê-la como inconveniente, desagradável, dolorosa ou incômoda.

Nos relatos, os trabalhadores de enfermagem atribuíram a si mesmos a responsabilidade do acidente, como evidencia a frase “*tenho maior atenção nas atividades*” (A10). Estes dados corroboram os encontrados por Valenzuela-Suazo (1999),

que descreve que os trabalhadores de enfermagem tendem a se responsabilizar pela ocorrência dos acidentes. Ainda segundo o mesmo autor, no Brasil, a culpabilidade dos trabalhadores em relação à ocorrência de acidentes é muito presente, pois as legislações historicamente desenvolveram as ações de comportamento faltoso e negligente, responsabilizando, assim, os acidentados pelos eventos, o que têm-se tornado obstáculo para ações preventivas devido ao fato destes receberem o rótulo de culpados, conceito que se estende aos casos de subnotificações.

Para Brandão (2000), os trabalhadores acidentados geralmente priorizam o atendimento ao paciente, renegando sua própria proteção, como se “fazer o bem” pudesse isentá-lo da possibilidade de lhe acontecer algo negativo, como um acidente.

Nishide et al. (2004), pesquisando a opinião dos acidentados sobre o motivo principal que ocasionou o acidente de trabalho, detectaram vários fatores para o acidentado assumir a culpa pelo ocorrido; ele acaba culpando o ambiente, os materiais e até mesmo o paciente pelo acidente. Após a ocorrência do acidente, os trabalhadores sentem-se ameaçados e, em consequência disso, desenvolvem comportamentos como: atitudes de cautela, maior concentração/atenção e calma na execução das tarefas laborais.

Murofuse (2000, p.7), afirma que “o homem, no contato com o meio físico e social recebe estímulos que chegam no seu mundo interno com significações por meio dos órgãos do sentido, gerando sentimentos relativos ao estímulo”. O acidente do trabalho pode ser considerado como um estímulo (embora não desejado) para a tomada de decisão quanto a adoção de medidas seguras para o trabalho diário.

Segundo Souza (2001), os trabalhadores que conseguem elaborar de forma consciente toda a situação de vivenciar um acidente e repensam suas vidas sob o olhar desses acontecimentos, normalmente apresentam respostas positivas do ponto vista da segurança profissional.

Na Figura 11, apresentamos as informações relacionadas à categoria “benefícios percebidos”, ligadas ao tema “experiência positiva no uso dos anti-retrovirais”.

Categoria 3- Benefícios percebidos

Unidade Temática: Experiência positiva com o uso dos anti-retrovirais

Unidades de registro extraídas das informações fornecidas pelos profissionais de enfermagem pesquisados:

“... por acreditar na proteção”(A5).

“não tive nenhum efeito colateral”(A4).

“... por acatar ordem médica”(A8).

“... determinação, esforço em usar”(A15).

“... não por mim, mas estava grávida na época do acidente” (A11).

Figura 11 - Informações emitidas pelos trabalhadores de enfermagem quanto a categoria “benefícios percebidos”, relacionadas ao tema: “experiência positiva no uso dos anti-retrovirais”.

Ao analisarmos os recortes das informações obtidas, identificamos como benefício percebido: o uso dos anti-retrovirais após exposição ocupacional a material biológico, fazendo os trabalhadores realizarem o tratamento completo, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, M.S., 2001). Neste caso, houve adesão total ao tratamento, mesmo diante de dificuldades, seja porque os acidentados acreditaram na proteção conferida pelo ARV ou mesmo por determinação pessoal.

Sluijs et al., apud Kurita (2001), considerando que os indivíduos com doenças agudas aderem melhor ao tratamento do que aqueles com doenças

crônicas, provavelmente pela motivação da rápida recuperação. Embora a AIDS hoje seja vista como uma doença crônica, o tratamento medicamentoso no caso dos acidentes ocupacionais é temporário, e esse critério talvez possa influenciar na adesão ao tratamento.

No estudo desenvolvido por Drezett et al. (1999), com mulheres sexualmente vitimadas (estupro) quanto à adesão delas ao tratamento com os ARVs, os autores constataram quão animador é o número de mulheres que completaram o tempo preconizado de uso das referidas drogas, mesmo com a elevada frequência de efeitos colaterais.

Assim, no estudo ora realizado, constatamos que o uso do ARV foi considerado como benéfico pelos trabalhadores que concluíram o tratamento, pois relaciona-se subjetivamente à redução da suscetibilidade e seriedade que a AIDS impõe.

É curioso observar que nenhum trabalhador apontou o risco de vida diante de um acidente, visto que sua tarefa também consiste em acompanhar o processo do adoecer na clínica, questão que poderia ter sido citada; assim, o risco de vida sequer foi mencionado nos apontamentos.

Na Figura 12, apresentamos as informações relacionadas à categoria “barreiras percebidas”, ligadas à unidade temática “experiência negativa no uso dos anti-retrovirais”.

Categoria 4- Barreiras Percebidas

Unidade Temática: Experiência negativa com o uso dos anti-retrovirais

Unidades de registro extraídas das informações fornecidas pelos profissionais de enfermagem entrevistados:

“... não agüentei os efeitos colaterais”(A15).

“... muito difícil usar os ARVs””(A17).

“... terrível (tive fortes dores no estômago)”(A16).

“... exigia regularidade de horários”(A2).

Figura 12 - Informações emitidas pelos trabalhadores de enfermagem quanto à categoria “barreiras percebidas”, relacionada ao tema: “experiência negativa no uso dos anti-retrovirais”.

Pelos conteúdos abstraídos, podemos verificar que os trabalhadores possuíam crenças que destacavam as barreiras para adesão ao tratamento com os ARVs, expressas por informações relativas à presença dos efeitos colaterais, à exigência de regularidade de horários, até influenciando-os a não usarem mais tais medicamentos. Os resultados encontrados corroboram os descritos por Almeida (2003), onde a interrupção da quimioprofilaxia contra o HIV apresentou percentuais de até 43% na população de trabalhadores acidentados.

Para Lopes (2003), os possíveis fatores que interferem na adesão aos tratamentos de forma geral estão relacionados à falta de motivação, não-entendimento do tratamento, problemas de comunicação, percepção equivocada sobre a eficácia da terapia, falta de percepção acerca da seriedade da doença, efeitos colaterais dos medicamentos, falta de apoio familiar e suporte social, entre outros fatores.

Segundo Brandão (2000), os efeitos colaterais podem ser confundidos com as reações psicossomáticas desencadeadas pelo sofrimento psíquico do acidente.

A não-adesão está basicamente relacionada aos efeitos colaterais, mas também pode estar associada à melhora dos sintomas (embora não tenha sido citada), pois se o paciente não se sente doente não vê a necessidade de tomar as medicações. Transpondo para a questão dos acidentes do trabalho com exposição a material biológico, o indivíduo que não sente a ameaça da doença tem forte tendência a abandonar o tratamento, por não se sentir motivado a adotar a conduta proposta, pois não se sente suscetível ao risco de exposição, ou seja, alguns trabalhadores de enfermagem não crêem que devido a acidentes desse tipo possam contrair doenças, principalmente a AIDS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acidentes do trabalho entre os trabalhadores de enfermagem têm sido objeto de várias investigações científicas, devido às peculiaridades das atividades executadas e do ambiente de trabalho. A exposição ocupacional a material biológico é um problema enfrentado rotineiramente nos serviços de enfermagem, principalmente quanto ao diagnóstico dos fatores associados à sua ocorrência, bem como às conseqüências que trazem aos trabalhadores e às instituições.

Diversas pesquisas sobre a temática, acidente ocupacional são realizadas na atualidade, com o intuito de os resultados possibilitarem mudanças nas condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais de enfermagem em nosso país; no entanto, as questões relacionadas à segurança e saúde do trabalhador ainda merecem mais atenção.

Os resultados desta pesquisa permite-nos considerar que dos 41 trabalhadores de enfermagem pesquisados, 20 (49%) foram acometidos por acidentes de trabalho com exposição a material biológico, no exercício de suas atividades laborais na unidade que assiste basicamente pacientes portadores do vírus HIV.

A população estudada, que totalizou 41 trabalhadores, apresentou predominantemente as seguintes características: 48,78% dos trabalhadores possuíam idades entre 30 e 39 anos; 82,93% eram pertencentes ao sexo feminino; 43,9%, casados; 63,41%, católicos; 48,78% possuíam grau de instrução de nível superior; 70,74% pertenciam à categoria auxiliar de enfermagem; 56,10% atuavam

na instituição em tempo compreendido entre 5 e 9 anos; 65,85% dos trabalhadores atuavam no período diurno; 65,85% possuíam outro vínculo empregatício, além do trabalho na unidade estudada.

Dos 41 trabalhadores participantes deste estudo, 20 (49%) relataram ter sofrido acidente do trabalho com exposição a material biológico, sendo que 9 (45%) destes sofreram um acidente; 7 (35%), dois acidentes; 2 (10%) trabalhadores sofreram três acidentes; 1 (5%) sofreu quatro acidentes e 1 (5%) sofreu cinco acidentes de trabalho, dado muito significativo frente à clientela assistida nessa unidade, totalizando 38 acidentes.

Dos sujeitos que sofreram exposições acidentais, 92% receberam indicação de quimioprofilaxia com ARV, sendo que 42,85% dos acidentados não completaram o tratamento indicado e 34,30% completaram-no.

Quanto aos fármacos utilizados na quimioprofilaxia, 29,05% referiram que houve indicação médica para associação da zidovudina, lamivudina e indinavir.

Diante da confirmação do elevado número de acidentes do trabalho com exposição a material biológico infectado pelo vírus HIV, nesta investigação, consideramos que medidas preventivas mais eficazes que as adotadas até o momento na unidade devam ser implementadas.

Também merecem maior atenção os aspectos emocionais dos trabalhadores de enfermagem diante dos acidentes do trabalho, uma vez que eles devem ser acolhidos e orientados para que possam enfrentar o problema, de uma forma mais amena.

Os resultados encontrados possibilitaram considerar, em relação às crenças dos trabalhadores diante da necessidade do tratamento com ARV apoiados no referencial Modelo de Crenças em Saúde com utilização das variáveis

“suscetibilidade percebida”, “seriedade percebida”, “barreiras e benefícios percebidos”, cujos resultados foram analisados com base na abordagem qualitativa.

Na categoria “suscetibilidade percebida”, sob o tema: percepção do risco para a infecção, foi encontrado que os trabalhadores expressaram comportamentos indicativos de que sejam suscetíveis a AIDS, evidenciado pelo risco da infecção pelo HIV. Entretanto, um trabalhador referiu não se sentir susceptível, indicando dúvidas sobre a existência do risco, e ainda que não acreditava na ameaça, por isso achava que não tinha motivos para se prevenir.

Na categoria “seriedade percebida”, os comportamentos vivenciados pelo acidentado, a culpa e o temor pela transmissão do HIV estiveram presentes nos relatos dos trabalhadores, devido ao impacto da aquisição de uma possível soroconversão de uma doença letal.

A culpa pelo acidente foi expressa em vários relatos, confirmando o que preconiza o sistema Capitalista (o trabalhador só é valorizado enquanto está produzindo), procurando fazer o trabalhador assimilar que o acidente é visto como fatalidade e fruto de seu descuido.

Quanto à percepção de mudança de atitude após o acidente, benéfica para reduzir a suscetibilidade, encontrado também na categoria “seriedade percebida”, os trabalhadores expressaram maior cautela nas atividades diárias, caracterizada pelo apego à vida diante da ameaça vivenciada, pois nesse momento são motivados a reavaliar comportamentos e atitudes na promoção de maior segurança nas atividades laborais que desenvolvem.

Na categoria “benefícios percebidos”, encontramos o tema: experiência positiva com o uso dos anti-retrovirais. Pudemos constatar que os trabalhadores

sentiram-se beneficiados em completarem o tratamento profilático, pela proteção conferida por tais medicamentos.

Na categoria “barreiras percebidas” identificamos o tema experiência negativa com o uso anti-retrovirais. Os trabalhadores perceberam o uso dos anti-retrovirais como barreira para completarem o tratamento, devido, entre outros fatores, aos vários efeitos colaterais do mesmo, impeditivos para a tomada de ação.

O potencial dos trabalhadores de enfermagem para acatar ou não as ações preventivas baseou-se na percepção do profissional quanto ao risco e gravidade de ser acometido por um acidente do trabalho na UETDI. A opção de adesão ou não ao tratamento profilático relacionou-se à importância que o indivíduo dava ao seu acidente, por influências dos efeitos colaterais da medicação, bem como por opiniões de colegas e familiares.

Assim, os resultados obtidos permitem que aceitemos a hipótese formulada neste estudo que a crença do trabalhador de enfermagem em relação ao risco de contrair doença por acidente do trabalho com exposição a material biológico é fundamental para sua adesão ao tratamento quimioprofilático, merecendo maior evidência a crença: suscetibilidade percebida.

Diante do exposto, propomos as seguintes medidas de intervenção:

- Promover treinamento para a equipe de enfermagem, visando reforçar o uso das medidas de Precaução Padrão, periodicamente, para não cair na banalização.
- Proporcionar mudanças na estrutura organizacional, no sentido de melhorar as condições de trabalho da equipe.
- Adequar o número de funcionários, evitando a sobrecarga de atividades.
- Garantir a imunização contra a Hepatite B para os trabalhadores da saúde, realizando inspeção periódica nas carteiras vacinais.

- Estimular o seguimento dos exames protocolares do trabalhador acidentado até a alta médica, evitando que este abandone o tratamento, pois o acompanhamento não se restringe ao uso das medicações.
- Estabelecer ações conjuntas entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a Comissão de Prevenção de Acidentes (CIPA) e o Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) para promoção de ações preventivas individuais e coletivas, a fim de minimizar os fatores de risco ocupacional na unidade.
- Viabilizar o atendimento do trabalhador vitimado à exposição ocupacional a material biológico, promovendo rápido atendimento médico, bem como proporcionando-lhe suporte emocional. Uma equipe multidisciplinar deverá prover o atendimento por meio de grupos operativos.
- Estimular a adesão à quimioprofilaxia, com orientações no momento do acidente do trabalho e durante todo período de tratamento.
- Elaborar grupos de discussão com a equipe, para troca de experiência diante dos acidentes de trabalho.
- Fornecer informações acerca das recentes descobertas sobre o tratamento do HIV/AIDS, como também das novidades referentes às exposições ocupacionais ao HIV, HBV, HCV, entre outras patologias.
- Salientar a importância da notificação dos acidentes ocupacionais através de campanhas educativas.
- Analisar o contexto do acidente de trabalho, não tratando-o como uma questão pontual e individual.

- Fornecer materiais com dispositivos de segurança que possibilitem a promoção da assistência com qualidade e segurança, tanto para o trabalhador quanto para os clientes.

Em síntese, a realização desta pesquisa mostrou a necessidade de intervenção na situação de trabalho estudada, com o propósito de reduzir os riscos de acidentes do trabalho, através de ações baseadas nas mudanças no processo de trabalho da unidade. Embora existam adoções de estratégias preventivas à ocorrência dos acidentes do trabalho com exposição a material biológico, sabemos que eles acontecem porque o ambiente em questão é envolto por situações estressantes (dor, sofrimento, morte de paciente e a prestação de assistência a portadores de vírus HIV) que podem estar influenciando a ocorrência desses episódios.

Os resultados mostram ainda que estratégias de persuasão devam ser utilizados para convencer o trabalhador a aderir ao tratamento com ARV, tais estratégias devem ser empregadas durante a consulta pós-exposição ocupacional e reforçada em cada um dos retornos agendados.

Embora o estudo tenha limitações, sua contribuição está centrada nos subsídios que oferece para adequações à prática de trabalho e para realização de novas pesquisas, uma vez que a adesão ao tratamento quimioprolático é considerada extremamente complexa, além de ser um dos principais temas discutidos nas instituições nacionais e internacionais especializadas, na atualidade.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. A. C. Utilização de medicamentos por Indivíduos HIV positivo: abordagem quantitativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 73-84, 1999.

ALMEIDA, C. A. F. **Acidente do trabalho:** adesão à quimiprofilaxia dos trabalhadores de saúde pós – exposição a material biológico humano. 2003. 106f. Dissertação (mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997. 296p.

AZAMBUJA, E. P.; KERBER, N. P. C.; VAZ, M. R. C. O trabalho de Enfermagem: um espaço de construção da prevenção do risco e acidente de trabalho. **Revista Texto & Contexto da Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n.1, p. 60-74, jan./abr. 2001.

BALSAMO, A. C. **Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde.** 2002. 137f. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70/Persona, 1977.

BECTON DICKINSON. **Jornal de Controle de Infecção**, São Paulo, ano 12, n. 51, 2002.

BELEI, R. A. et al. O impacto do acidente com material biológico na vida de profissionais e alunos em um hospital universitário. **Revista Espaço para a Saúde**, junho 2001.

BENATTI, M. C. C. **Acidente do trabalho em um hospital universitário: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de Enfermagem.** 1997. 239f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

BINDER, M. C. P.; AZEVEDO, N.D.; ALMEIDA, I.M. de **Análise crítica de investigações de acidentes do trabalho típicos realizadas por três empresas metalúrgicas de grande porte do Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional; 23 (85/86) : 103-5 set.1997.**

BRAGA, D. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas.** Rio de Janeiro, 2000. 75f. Dissertação (Mestrado). Fundação Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

BRANDÃO, P. S. J. **Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital.** 2000. 214f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.214 de 1978. Dispõem sobre normas regulamentadoras relativas à segurança e medicina do trabalho.** Brasília: MS/Departamento de Normas Técnicas, 1995. p. 23.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN - 189/96. Dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde.** Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de condutas. Exposição ocupacional a material biológico: hepatite e HIV.** Brasília, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Global da AIDS.** Brasília, 1999b. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília, 2001.

BRAWLEY, L. R.; CULOS-REED, N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials**, v. 21, p. 156s-163s, 2000.

BREVIDELLI, M. M. **Modelo explicativo da adesão às precauções padrão: construção e aplicação**. 2003. 211f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BREVIDELLI, M. M.; ASSAYAG, R. E; TURCATO Jr,G. Adesão às precauções universais: uma análise do comportamento de equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 48, n. 3, p.218 -232, jul./ago./set. 1995.

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 193-201, 2001.

BRONDI, M.L. **O tema da morte enquanto possibilidade de acesso à dimensão existencial do educando**. Ribeirão Preto, 1997, 126f. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

CAMPANHOLE, A. **85º Consolidação das leis trabalhistas e legislação complementar**. São Paulo: Atlas, 1991.

CANINI, S. R. M. S. **Situações de risco para transmissão de patógenos veiculados pelo sangue entre a equipe de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista**. Ribeirão Preto, 2000. 122f. Dissertação

(Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

CARCIOLO, J. M. M. **Estratégias para melhorar a adesão**: reflexões. Fevereiro de 2002.

CARVALHO, V. G. et al. Perfil de aderência ao controle/seguimento após acidente com material biológico em um hospital universitário. **Revista HCPA**, v. 22, p. 254, 2002. suplemento.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Public health service guidelines for the management of health- care worker exposure prophylaxis. **MMWR**, v. 47, n.7, 1998.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for infection control in health care personal. Infect. **Control in Hospital Epidemiol.**,v.19, n.6, p.445, 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **CDC.gov** - Occupational exposures needlestick injure. Available: < http:// www.cdc.gov/hivserch.htm > Access at: may, 2004.

CHAN, P. Health care Worker: analysis of 113 cases. In: WORD AIDS CONFERENCE, 12, Geneva,1998. Abstracts Conference Geneva, p.408.

CHAVES, S. et al. Experiência de 16 meses de atendimento integrado a profissionais de saúde que sofreram exposição a fluidos biológicos num hospital geral. In: CONGRESSO MUNDIAL SOBRE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO, 15, São Paulo,1999. Abstract

COCOLO,A.C. Adesão aos anti-retrovirais. **Jornal da Paulista**, ano17, n.189, abril ,2004.Disponível em: <[http:// unifesp.br/ publicação](http://unifesp.br/publicação) >.Acessado em 12/06/2004.

COMTE-SPONVILLE, A. **Dicionário filosófico**. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p.132.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **COFEn divulga nova pesquisa sobre o número de inscritos no Conselho**. Disponível em: [http:// portalcofen.gov.br/%5F](http://portalcofen.gov.br/%5F) novo portal. Acessado em 12/06/2004.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS- Saúde divulga novos números de AIDS no Brasil. Disponível em: [http:// www.aids.gov.br/](http://www.aids.gov.br/) imprensa/ Notícias. Acessado em 30/05/2004.

DECKER, M. D. The OSHA bloodborne hazard standard. **Infect. Control Hosp. Epidemiol.**, v.13, p. 407-417, 1992.

DELA COLETA, M. F. **O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular**. Brasília, 1995. 334f. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, 1995.

DREZETT J. et al. Estudo da adesão à quimioprolilaxia anti-retroviral para a infecção por HIV em mulheres sexualmente vitimadas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**,v. 21, n. 9, p. 539 –544,1999.

DICIONÁRIO DELTA LARROUSSE. Ed. Delta SA. Edição 1972,ano 1981,448p.

FEIX, M. A. F.; PONTALTI, G.; FERNANDES, T. S. reflexões acerca do estresse ocupacional. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.19, n.1, p.11-14,1998.

FERREIRA, S. L. **Crenças das mães em relação à vacinação**. Florianópolis, 1983. f.119. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1983.

FRANÇA, I. S. X. Con-vivendo com a soropositividade HIV/AIDS: do conceito ao preconceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 4, p. 451-498, out./dez./ 2000.

GARB, J. R. One-year study of occupational human immunodeficient virus postexposure prophylaxis. **Journal of Occupational Environmental Medicine**, v. 44, n. 3, p. 265-270, 2002.

GIR, E. **A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1)**. Ribeirão Preto, 1997. 201f. Tese (Livre docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

GODFREY, K. **Sharp practice**. **Nursing Times**, 2001. 97 (3): 22-24.

GUIA DO PACIENTE. **Guia de remédios em linguagem clara**. São Paulo: Editora BPR, 1997. v. 1, p. 7-13.

HALL, H.; PRINCE, C. ANA and RNs nationwide celebrate law aimed at saving nurses lives (on line). Available from: URL: <http://www.needlestich.org/pressul/220/pr404180.htm> access at: 2001 june.

INTERNATIONAL HEALTH CARE WORKER SAFETY CENTER. **Annual number of occupational percutaneous injuries and mucocutaneous exposures to potentially infective biological substances**. Disponível em:< <http://.virginia.edu/epinet/estimates.html>> access at: sept 2001.

JANSEN, A. C. **Um novo olhar para os acidentes de trabalho na enfermagem: a questão do ensino**. Ribeirão Preto, 1997. 170f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997.

JANZ, N. K. et al. The health belief model. In: **Health behavior and health education**. 3rd. ed. 2002. Chap. 3, p. 45-66.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de Filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1996. 58 p.

JORDAN, M. S. et al. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir? Experiência de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: Nepaids, 2000. p. 5-25.

KANAI, R. M. T.; CAMARGO, E. M. Terapia de aderência anti-retrovial. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 82, n. ½, jan./fev. 2002.

KIDD, K. E.; ALTMAN, D. G.. Adherence in social context. **Controlled Clinical Trials**, v. 21, p. 184s-187s, 2000.

KOIZUMI, M. S. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 26, (n. especial), p. 33-47, out. 1992.

KROL, T.; BARLOW, J. H.; SHAW, K. Treatment adherence in juvenili rheumatoid arthritis- a review. **Scand. J. Reumatol.**, v. 28, p. 10-18, 1999.

KURITA, G. P. **Adesão ao tratamento da dor crônica**: aspectos demográficos, terapêuticos e psicossocioculturais. São Paulo, 2001. 165f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

LACERDA, R.A. **Exposição Ocupacional ao sangue e outras substâncias orgânicas de pacientes em unidades de centro cirúrgico de hospitais do Brasil**. Tese (doutorado). São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2000.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LESCURA, Y. **Educação em saúde**: abordagem segundo o modelo de crenças em saúde, fundamentado na teoria de Kurt Lewin. Estudo monográfico. Ribeirão Preto,

1987. 78f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1987.

LESCURA, Y. **Doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorréia e Aids-no espaço de vida dos alunos universitários**. Ribeirão Preto, 1994. 228f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1994.

LIMA, A. L. et al. **Perguntas e respostas HIV/AIDS**. São Paulo: Ateneu, 1997.

LOPES, M. I. B. F. A importância da adesão aos anti-retrovirais. **AIDS Novos Horizontes**, ano 5, n. 2, 2003.

MARCELINO, I.V. **O sistema de informação sobre acidentes do trabalho no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no ano de 1998: uma abordagem qualitativa**. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

MACHADO, A. A. et al. Riscos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p.58-58, 1992.

MARZIALE, M. H. P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar**. Ribeirão Preto, 163f. 1995. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.

MARZIALE, M. H.P; CARVALHO,E.C. A ergonomia no hospital. **Revista Cipa**. São Paulo, Brasil, v.XVII, n.196; p.98-108,1996.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n. 4, p. 571-577, 2002.

MARZIALE, M.H.P. Ocurrencia de accidentes de trabajo causados por material cortopunzante entre trabajadores de enfermería de hospitales de la región nordeste de São Paulo. **Revista Ciencia y Enfermería**, Chile, v. 9, n. 1, p. 21-30, 2003.

MARZIALE, M. H. P. et al. Risco de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v.12, n.1, p36-42, jan./fev. 2004.

MARZIALE, M.H.P; ROBAZZI, M.L.C.C. Accidentes de trabajo com material cortopunzante en enfermeras de hospitales. *Nure Investigacion*, n.2, febrero, 2004.

MEIRELLES, B. H.S. A enfermagem frente aos riscos do ambiente hospitalar. **Cogitare Enfermagem**; 2 (1): 21-4, jan- jun. 1997.

MELO, L G de. **Antropologia cultural**: iniciação, teoria e temas. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 383-394.

MENDES, René (cord). *Patologia do trabalho/ Disease and Work* São Paulo; **Atheneu**: 2003. 1924p.

MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L. L. C. (Org.). **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. s.L: AG Editora, 2000. p. 171-179.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quanti-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-248, julho/set. 1993.

MIOLA, C. E. et al. AIDS. In: SOUZA, M. **Assistência de Enfermagem em infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 75-84.

MOLASSIOTIS, A. et al. Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV- Infected patients. **International Journal of DST/AIDS**, v.13, p. 301-310, 2002.

MONGE, V. et al. Exposure incidents among spanish healthcare workers. **Epidemiology of biological** .v. 22, n.12, p. 776-780, 2001.

MUROFUSE, N.T. **Mudanças no trabalho e na vida de bancários ocasionadas por lesões por esforço repetitivo-LER**. Ribeirão Preto, 2000. 204f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

NEMES, M. I. B. et al. **Aderência ao tratamento por antiretrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 204-211, mar./abr. 2004.

NOBRE, F. et al. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION - OSHA . **Needlestick prevention**. US. Departament of Labor. Available from: <http://www.osha-sec.gov/sltc/needlestick/index.html>. Acess at: 2001 December 20.

PEDROSA, L. A. K. **Crenças das pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença: base para a compreensão de suas ações em saúde**. Ribeirão Preto, 1991. 157f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1991.

PRADO, M. A. et al. A equipe de saúde frente aos acidentes com material biológico. **Revista Nursing**, ano 2, v. 29, p. 22-24, dez. 1999.

Rede de prevenção de acidentes de trabalho – **REPAT**. Disponível em: <http://200.171.123.215/repatri/index.asp>. Acessado em 15 junho de 2004.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de acidentes de trabalho com material biológico referente ao período de 1997 a 2001**. Rio de Janeiro, 2001.

RISCO BIOLOGICO. **Riscobiologico.org**. Soroconversão pelo HIV entre e profissionais de saúde. Disponível em: <http://www.riscobiologico.org/patogeno/hivaids/soro.htm>. Acessado em: 10 jan. 2004.

_____. **Riscobiologico.org**. Características das exposições a material biológico. Disponível em: http://www.riscobiologico.org/riscos/caract_epi.htm. Acessado em: 11 fev. 2004.

_____. **Riscobiologico.org**. Acidente de Trabalho : Legislação. Disponível em: http://riscobiologico.org/riscos/acid_legisla.htm. Acessado em 30/05/2004.

ROKEACH, M. **Crenças, atitudes e valores, uma teoria da organização e mudança**. Rio de Janeiro: Interciência, 1981.

ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the health belief model. **Health Education Monographs**, v. 2, n. 4, p. 328-335, 1974a.

_____. I. M. The health belief model and preventive health behavior. **Health Education Monographs**, v. 2, n. 4, p. 354 –387, 1974b.

SANCHES, F. A. D. **Medidas pré e pós- exposição para hepatite B em acidentes de trabalho com material biológico em profissionais de saúde nos hospitais municipais de emergência**. Rio de Janeiro, 2001. f.81. Monografia (Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública). Universidade Estácio de Sá, 2001.

SANTOS, N.J.S.; MONTEIRO, A.L.C.; RUIZ, E. A. C. The first case of due to occupational in Brazil. **Braz. J. Infect. Dis**; 6 (3): 140-141, jun.2002.

SANTOS, W.D.F. dos; et al. Acidentes típicos de trabalho em pessoal de enfermagem: fatores associados. **Revista Bras. de Saúde Ocupacional**; 17(68): 38-42, out-dez, 1989.

SANTOS, W.D.F. dos; PELÁ, N.T.R. Acidentes típicos de trabalho em pessoal de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Anais da III Jornada de Enfermagem em C.C. do Estado de São Paulo**, Ribeirão Preto, s.n., 1989. P.433-42.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa de DST/AIDS-SP. **Atualidades em DST/AIDS: biossegurança**. São Paulo, junho 1998, 74 p.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde. Programa DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**, n.1, 1999, 22 p.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Programa DST/AIDS-SP. **Boletim Epidemiológico. Sinabio** - Vigilância de acidentes com material biológico, p. 20. out. 2002.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Programa DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico. Sinabio**: Vigilância dos acidentes com material biológico: prevenir é preciso, 2004. 15 p.

SARQUIS, L. M. **Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes: ocorrência entre os trabalhadores de Enfermagem**. São Paulo, 1999. 138f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SARQUIS, L.M.M.; FELLI, V.E.A. O Uso dos equipamentos de proteção individual entre os tabalhadores de enfermagem acidentados com instrumentos perfuro-cortante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53(4): 564-573, dez. 2000.

SEGATTO, C.; DAFLON, R. Quando o medo veste branco. **Época** –12 de julho, 1999. Caderno de Ciência e Tecnologia, p. 89-99.

SILVA, E., RIBASGOMES, E.L., ANSELM, M.L. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.1, p.59-63,1993.

SOUZA, A. C. S. **Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem**. Ribeirão Preto, 2001. 183f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,2001.

SOUZA, M.; ARANTES, D. V.; ABREU, E. Biossegurança. In: SOUZA, M. . **Assistência de Enfermagem em infectologia**. São Paulo: Ateneu, 2000. p. 11-42.

SOUZA, N. R. **Compreendendo o portador HIV/AIDS – usuário de drogas, segundo o modelo de crenças em Saúde de Rosenstock**. Ribeirão Preto, 1997. 189f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997.

STUCHI, R. A. G. **Crenças dos portadores de doença coronária sobre os comportamentos de risco**. Ribeirão Preto, 1999. 155f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

TEIXEIRA, P.R.; PAIVA,V.; SHIMMA, E. Tá difícil de engolir? São Paulo: Nepaids, 2000.p. 148.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar. In: ODA, L. M.; ROCHA, S. S. da; TEIXEIRAS, P. **AIDS como doença ocupacional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p. 239-256.

VALENZUELA-SUAZO, S. V. V. **Contribuição ao estudo sobre acidentes de trabalho que acometem as trabalhadoras de enfermagem em hospitais chilenos**. Ribeirão Preto, 1999. 200f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

WANG, S. A. et al. Experience of health care workers taking postexposure prophylaxis after occupational HIV exposures: finding of the HIV postexposure prophylaxis registry. **Infection Control Hospital Epidemiology**, v. 21, p. 780-785, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

- 1) Entrevistado: _____
- 2) Idade: _____ anos
- 3) Sexo: () masculino () feminino
- 4) Estado Civil: _____
- 5) Religião: _____
- 6) Grau de instrução:
() 1º Grau incompleto () 1º Grau completo () 2º Grau incompleto
() 2º Grau completo () 3º Grau incompleto () 3º Grau completo
- 7) Categoria profissional: _____
- 8) Tempo de atuação na unidade: _____ meses.
- 9) Tempo de atuação profissional : _____ meses.
- 10) Turno de trabalho: () manhã () tarde () noite
- 11) Possui outro vínculo empregatício? () Sim () Não
- 12) Você sofreu acidente ocupacional nesta unidade com material biológico (exposição de mucosas, cortes, perfurações, contato com sangue, secreções e excreções)?
() Sim () Não

Caso a resposta seja afirmativa, responda:

Quantas vezes: _____

Como: _____

Onde (local onde estava trabalhando): _____

O que foi feito: _____

13) Você já recebeu tratamento com anti-retroviral após acidente ocupacional?

() não () sim

Caso afirmativo, responda:

Quando? _____

Quais medicamentos? _____

Período de uso: _____

O tratamento foi:

() completo () incompleto

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

- 1- Você considera que seja possível contrair uma doença infecciosa como a AIDS e Hepatite B e C quando ocorre contato com sangue ou fluido corpóreo durante sua atividade de trabalho? Como?
- 2- O que você sentiu quando percebeu que havia sofrido um acidente ocupacional com material biológico ?
- 3- O acidente de trabalho onde você teve contato com sangue ou fluidos corpóreos casou alguma mudança a sua vida e no seu trabalho? Descreva essas mudanças.
- 4- Descreva como foi para você ter que usar anti-retroviral e se você utilizou pelo período que lhe foi indicado? Por quê?
- 5- Se você sofresse um novo acidente e necessitasse dos anti-retrovirais, usaria novamente? Justifique sua resposta.