

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LEILA MARIA MANSANO SARQUIS

**O MONITORAMENTO DO TRABALHADOR DE SAÚDE,
APÓS EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS.**

SÃO PAULO

2007

LEILA MARIA MANSANO SARQUIS

**O MONITORAMENTO DO TRABALHADOR DE SAÚDE,
APÓS EXPOSIÇÃO A FLUIDOS BIOLÓGICOS.**

**Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor
em Enfermagem.**

**Área de concentração:
Administração em Enfermagem**

**Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Vanda Elisa Andres Felli**

SÃO PAULO

2007

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.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Sarquis, Leila Maria Mansano.

O monitoramento do trabalhador de saúde, após exposição a fluidos biológicos. / Leila Maria Mansano Sarquis. – São Paulo, 2007.

190 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Vanda Elisa Andres Felli.

1. Enfermagem ocupacional
2. Acidentes de trabalho
3. Riscos ocupacionais (monitoramento)
4. Fatores biológicos
5. Profissionais da saúde (Curitiba-PR). I. Título.

DEDICATÓRIA

A Deus, pela sabedoria da vida e pela dádiva de vivê-la.

Aos participantes deste estudo, que são exemplos vivos da exposição ocupacional e não mediram esforços para a participação nos grupos focais.

À equipe multidisciplinar da Unidade Saúde do Trabalhador, pelo carinho e receptividade com que fui acolhida. Um destaque especial ao Dr Hermman, por acreditar em meus princípios profissionais, à enfermeira Fernanda que sempre se mostrou colaborativa com minhas sugestões, à psicóloga Marina por participar nas sessões de grupo focal. À Assistente Social Sílvia por ser sempre prestativa aos pedidos solicitados. Aos alunos Giordano e Caio, pela colaboração acadêmica voluntária nos grupos focais.

Ao meu esposo Abílio que sempre mostrou ser uma grande pessoa, sabendo transmitir serenidade, apoio e compreensão nos momentos de meu estudo. Nunca me senti ausente de minha família e “embarquei” no doutorado sanduíche, porque sabia que podia contar com um SUPER PAI E ESPOSO!

Ao meu filho Marcelo, que me inspirava com sua solene e calma presença, colaborador e acima de tudo um filho dedicado, amoroso. Mostrou na prática como poderia ajudar seu irmão mais novo a superar a saudade e vencer obstáculos.

Ao meu filho Lucas que me estimulava com suas brincadeiras e seu jeito extrovertido de me amar, responsável e um filho sempre preocupado. Sua maturidade, seu carinho incondicional, seu amor filial com responsabilidade, apesar dos 14 anos me recolocava na dinâmica de chegar à meta.

Aos meus pais Diogo e Dirce, que nunca mediram esforços para me incentivar nos estudos. Ganhar coleções de livros aos 9 anos como CONHECER, TECNIRAMA, ENCICLOPÉDIA ABRIL, ARTE NOS SÉCULOS, GRANDES PENSADORES, A BÍBLIA, MEDICINA E SAÚDE e outros, foi intensificar a leitura e desvelar o mundo inesgotável do conhecimento existente nos livros. Afirmando que foi o marco inicial para a busca de conhecimentos até hoje inesgotáveis.

Ao meu irmão Marcos que me presenteou com o dicionário “Aurélio” no dia de minha defesa de dissertação de mestrado, incentivando-me a seguir os estudos. Sua incansável disponibilidade sempre me acolhia quando mais precisava! Deslocava-se 600 km para dividir esse momento de sobrecarga e partilhar meus afazeres. Serei eternamente grata!

Uma dedicatória especial aos meus sobrinhos que iniciam o incrível mundo da pós graduação: o sonho se concretiza primeiro na alma e depois na matéria, a concretização é somada ao poder de tornar o impossível, possível.

AGRADECIMENTOS

À Prof Dra. Vanda Elisa Andres Felli, minha orientadora, por acreditar duas vezes em minhas potencialidades. Sua tranquilidade, suas orientações, sua competência profissional me direcionava e me freava com muita sabedoria para encontrar o caminho desse estudo. Devo confessar que nestes 11 anos de convivência entre mestrado e doutorado entendi o quanto é ser competente, enquanto profissional e enquanto ser humano. Obrigada, grande amiga.

Ao Prof. Dr. Pieralberto Bertazzi, meu orientador internacional da Universidade de Milão, que me acolheu e me aceitou como orientanda no estágio de doutoramento na Clínica del Lavoro, Milão. Sua competência profissional, sua dedicação profissional e seu acolhimento com todos me marcaram. Seus princípios éticos e morais enquanto ser humano foram íntegros, uma pessoa humana acolhedora, sem discriminação de cultura ou classe social.

Aos docentes de departamento de Enfermagem da UFPR, que me motivaram e me apoiaram neste período. Devo confessar que encontrei neste novo local de trabalho muitos co-participantes na nova etapa profissional.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFPR, Luciana, Marlete, Rosângela, Elga e Giordina por ajudar-me nesse momento dinâmico.

Aos professores da área de Saúde do adulto, em especial professoras Maria de Fátima Mantovani, Maria Ribeiro Lacerda e Mariluci Maftun e Elaine Drehmer; agradecer é pouco, contribuir na área para a qualificação de todos é o mínimo como poderei retribuir.

Aos professores da Universidade de Milão que me acolheram como uma professora da própria instituição, em especial aos professores: Donatella Camerino, Mario Margonari, Dario Consonni, Bruno Picolli, Luciano Riboldi, Rivolta, Ângela Pessatori, Paulo Grizzo, Merluzzi,

Aos amigos da Clinica del Lavoro (UNIMI), Silvia Daloni, Donata, Valentina, Sara, Sabrina, Rafaella, Alessandra, Tatiana, Ambrozio, Patrizia, Guido, Maximo, Júlio, Paul Conway, Maurizia, Lilly, Alessandro e Forlano.

Um agradecimento especial ao meu grande amigo Enrico Radice, meu assessor técnico e meu ajudante em todas as atividades práticas na Itália, como orientações para o visto permanente, orientações técnicas em todos os encaminhamentos práticos na Clinica del Lavoro, bem como no envio de toda a documentação da Itália para o Brasil.

Um agradecimento especial ao professor Dr. Dario Consonni, meu co-orientador na ausência do professor Bertazzi na UNIMI, pessoa sempre pronta a orientar e muito prestativa.

Aos enfermeiros e equipe de enfermagem do Hospital Policlínico de Milão, e da Clinica del Lavoro – Hospital Day: Diretora de Enfermagem Carmini Bertochi, Daniela Parente, Mario Maleixo, Lorenza Camponovo, Francesca, Giovanni Mutillo, Barbara, meu eterno agradecimento.

Aos professores e funcionários do departamento ENO da EEUSP pelo agradável convívio e acolhimento nesta universidade. Sentia-me sempre acolhida por todos.

Aos funcionários da Pós-graduação da EEUSP pela competência técnica e humana com que embasou minha formação. Um agradecimento especial à Chefe Administrativa do Serviço de Pós-Graduação da EEUSP Silvana Maximiano pelo brilhante desempenho profissional.

À CAPES – Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio recebido, concretizando-se com o doutoramento Sandwich na Clinica del Lavoro. Aproveito este momento para registrar a minha satisfação com a organização no gerenciamento da documentação e no acolhimento que recebi durante todo o estágio de doutoramento em Milão. Posso afirmar que estava em outro país com assessoria plena, íntegra. A equipe técnica on line foi competente bem como a infra-estrutura eletrônica da CAPES foi impecável.

Ao CNPq pelo apoio financeiro recebido nesse estudo.

Ao serviço de biblioteca da EEUSP, em especial à Nadir Aparecida Lopes pela revisão bibliográfica e Andréia pela elaboração da ficha catalográfica.

Ao professor Virgilio Balestro pela revisão e correção sintática.

Aos meus irmãos, sobrinhos e cunhados que de alguma maneira contribuíram com este estudo. À minha querida irmã Márcia, que sempre esteve presente com uma palavra de apoio e com suas orações.

Um agradecimento especial à Prof. Dra. Ana Maria Dyniewicz pela direção e ajuda em encontrar a luz do túnel. Obrigada pela tranquilidade e segurança transmitidas e pelo conhecimento apreendido em pleno sábado à noite!

Não poderia deixar de agradecer a meus amigos, visto que, mesmo ausentes, estavam presentes na trajetória deste trabalho, caracterizado pela necessária solidão e profundo recolhimento.

Aos meus cunhados Sonia, Edson, Samira e Pileggi, e sobrinhos de São Paulo que me acolheram em suas casas, sem medir esforços.

A todos os que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste estudo. Acreditei durante todo este percurso que não era a ausência física que diminuía o convívio e o contato com todos, mas sim os momentos vividos intensamente neutralizavam a ausência física.

EPÍGRAFE

“A coisa mais feliz a se fazer é ser útil aos demais, tentando ultrapassar o maior obstáculo, que é o medo; ocupando-se da distração mais bela, que é o trabalho; seguindo pelo caminho mais rápido, que é o correto; para no final ter a maior satisfação de dever cumprido”.

Madre Tereza de Calcutá

RESUMO

Sarquis LMM. **O monitoramento do trabalhador de saúde, após exposição a fluidos biológicos.** [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

Este estudo teve como objetivos subsidiar a proposição de um programa de intervenção para os trabalhadores de saúde expostos aos fluidos biológicos; caracterizar esses trabalhadores; captar seus sentimentos e percepções; identificar as dificuldades vivenciadas no ambiente e analisar estratégias para a minimização dessa exposição. Caracteriza-se como exploratório, de caráter descritivo e de abordagem qualitativa. A amostra foi intencional e compreendeu 15 trabalhadores de saúde expostos a fluidos biológicos na UST em Curitiba, no período de março a agosto de 2005. A técnica de grupo focal foi eleita para a coleta de dados e os discursos dos sujeitos foram tratados e submetidos à análise temática, da qual emergiram quatro categorias empíricas. A análise compreendeu duas etapas: a primeira referiu-se aos dados quantitativos e a segunda aos dados qualitativos das categorias empíricas. A análise quantitativa mostrou que o sexo predominante foi o feminino (93,00%), entre trabalhadoras de Enfermagem (60,00%); o hospital foi o local de trabalho onde mais ocorreu a exposição (86,60%); o tipo mais comum de acidente foi com instrumentos perfurocortantes; o uso inadequado dos EPIs foi encontrado em 40,00% dos acidentes; 14,40% dos trabalhadores não possuía o esquema vacinal completo e 73,30% dos sujeitos realizaram o monitoramento completo, sem nenhuma soroconversão. A análise qualitativa das quatro categorias empíricas permitiu evidenciar que a primeira - a exposição ocupacional -, ocorreu pela inadequação e/ou falta de recursos materiais; recursos humanos insuficientes; pelo tipo de trabalho realizado nas unidades de saúde e pelos comportamentos de risco dos trabalhadores. A segunda - os sentimentos envolvidos - identificou o medo de doenças e da chefia, preocupação; indecisão; raiva e revolta; culpa e insegurança. A terceira - as causas de abandono do acompanhamento, - ocorrem pelo descrédito da gravidade e por dificuldades operacionais vividas pelo trabalhador. A quarta categoria - as estratégias institucionais e pessoais - foram propostas pelos sujeitos da pesquisa. Visando a prevenção, intervenção e acompanhamento desses trabalhadores foram feitas propostas de Recomendações aos Serviços de Saúde compostas primeiramente por um Programa de intervenção e acompanhamento dos trabalhadores expostos a fluidos biológicos na UST com algumas recomendações para o atendimento e acompanhamento aos trabalhadores e por uma Matriz de Recomendações ações em saúde, categorizando atividades a serem executadas com gerentes de serviços e suas equipes de saúde em quatro dimensões: administrativas, assistenciais, de ensino e de pesquisa. Em síntese, apreende-se com o estudo que a forma como o trabalho em saúde se organiza é o principal determinante da exposição dos trabalhadores aos fluidos biológicos. O estudo ainda evidencia a necessária e importante articulação entre instituições, unidades de atenção à saúde do trabalhador e secretarias de estado em prol da prevenção desses acidentes com trabalhadores de saúde.

Palavras chave: acidentes de trabalho, riscos ocupacionais, exposição biológica, monitoramento.

ABSTRACT

Sarquis LMM. **Health worker monitoring after exposing to biological fluids.** [Thesis]. São Paulo (SP): USP Nursing School; 2007.

This study had as its objectives to subsidize the proposition of an intervention programme for health workers exposed to biological fluids; to describe these workers; to hold the attention to their feelings and perceptions; to identify the difficulties experienced in the environment and to analyze strategies for minimization of these exposure. It was described as exploratory, of descriptive nature and qualitative approach. The intentional sample was made of 15 health workers exposed to biological fluids at the UST in Curitiba from March to August 2005. The focus group technique was elected for collecting the data and the subject discourses were discussed and submitted to thematic analysis, of which emerged four empiric categories. The analysis comprised two stages: the first one refers to the quantitative data and the second comprised the qualitative analysis. The quantitative analysis showed the female gender was the predominant one (93%), among nursing workers (60%); The hospital was the place of work that most happened the exposure (86,60%); the most common type of accident was with puncture cutting instruments; the inappropriate usage of EPIs was found in 40% of the accidents; 14,4% of workers, hasn't had the vaccinal scheme completed and 73,3% of the subjects made the entire monitoring without any serum conversion. The qualitative analysis of the four empiric categories enabled evident that the first one - occupational exposure - , happened by the inappropriate and/or lack of supply resources; inadequate human resources; type of work made at the work units and risk behavior of the workers. The second one – the feelings involved – identified the fear of disease and chieftainship, worry, indecision; anger and disgust; guilty and insecurity. The third - the causes of abandon the follow-up – occur by the discredit of seriousness and by operational difficulties experienced by the workers. The fourth category - the institutional and personal strategies – was proposed by the subject research. Aiming prevention, intervention and follow-up of these workers were made proposals and Recommendations to the Health Service composed firstly by a Programme of intervention and follow-up of workers exposed to biological fluids at the UST with some recommendations for treatment and follow-up of workers and by a Matrix Recommendations in health operation, categorizing activities to be carried out with service managers and their health teams in four extents: administrative, assistance, teaching and research. In synthesis, it is apprehended with the study that the way the work in health organizes itself is the main determinant of workers exposure to biological fluids. The study also shows the necessary and important articulations among institutions and units of attention towards workers health and secretariat of state in aid of prevention of these accidents with health workers.

Keywords: works' accidents; occupational risk, occupational exposure, biological exposure, monitoring.

RESUMEN

Sarquis LMM. **El acompañamiento del profesional de salud, después de exposición a fluidos biológicos.** [Tesis]. São Paulo (SP): Escuela de Enfermería de USP; 2007.

La finalidad de este estudio fue subsidiar un programa de intervención para los trabajadores expuestos a los fluidos biológicos; caracterizar esos trabajadores; captar sus sentimientos y percepciones; identificar las dificultades vividas en ambiente; y analizar estrategias para la minimización. Se caracteriza como exploratorio, de carácter descriptivo y de abordaje cualitativa. La muestra intencional comprendió 15 trabajadores de salud expuestos a fluidos biológicos en la UST, Curitiba, en el periodo de marzo a agosto de 2005. La técnica de grupo objeto fue utilizada para recoger los datos y los discursos de los sujetos fueron tratados y sometidos al análisis temático. De todo eso, emergieron cuatro categorías empíricas. El análisis comprendió dos etapas: la primera se relaciona a los datos cuantitativos y la segunda a los cualitativos. El análisis cuantitativo mostró que el sexo predominante fue el femenino (93,00%), entre profesionales de Enfermería (60,00%); el hospital fue el sitio de trabajo donde más ocurrió exposición (86,60%); el tipo más común de accidente fue con instrumentos perforantes cortantes; el uso inadecuado de los EPIs ocurrió en 40% de los accidentes; 14,40% de los trabajadores no tenían el esquema de vacunas completo; y 73,30% de los sujetos realizaron acompañamiento completo, sin soroconversión. El análisis cualitativo de las cuatro categorías empíricas permitió evidenciar que la primera – la exposición ocupacional –, ocurrió por la inadecuación y/o falta de recursos materiales; recursos humanos insuficientes; por el tipo de trabajo realizado en las unidades de salud y los comportamientos de riesgo de los trabajadores. La segunda – los sentimientos involucrados – identificó el miedo de enfermedades y de la jefatura; preocupación, indecisión; rabia y revuelta; culpa y inseguridad. La tercera – las causas de abandono del acompañamiento – ocurren por el descrédito de la gravedad y por dificultades operacionales vividas por el profesional. La cuarta categoría – las estrategias institucionales y personales – hubo propuestas por los sujetos de la investigación. Para llegar a la prevención, intervención y acompañamiento fueron hechas repropuestas de Recomendaciones a los Servicios de Salud, compuestas primeramente por un programa de intervención y acompañamiento de los trabajadores expuestos a fluidos biológicos en la UST con algunas recomendaciones para el atendimento y acompañamiento y por una Matriz de Recomendaciones, acciones en salud, categorizando actividades que deben ser ejecutadas con gerentes de servicios y sus equipos de salud en cuatro dimensiones: administrativas, asistenciales, de enseñanza y de investigación. En síntesis, lo que se aprehendió con el estudio es que la forma como el trabajo en salud se organiza es el principal determinante de la exposición de los trabajadores a los fluidos biológicos. El estudio todavía torna evidente la necesaria y esencial articulación entre instituciones, unidades de atención a la salud del trabajador y secretarías de estado en beneficio de la prevención de esos accidentes con trabajadores de salud.

Palabras clave: Accidentes de trabajo; Riesgos ocupacionales; Exposición biológica; Acompañamiento.

LISTA DE SIGLAS

- AIDS** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- Anti HBc** Anticorpo contra o antígeno do “core” do vírus da Hepatite B
- Anti HBs** Anticorpo contra o antígeno de “superfície” do vírus da Hepatite B
- Anti HCV** Anticorpo contra o vírus da Hepatite C
- CAPES** Coordenadoria de Aperfeiçoamento e Pesquisa e Ensino Superior
- CAT** Comunicação de Acidente de trabalho
- CDC** Centers for Disease Control
- CDL** Clinica del Lavoro
- CEPSH-HPP** Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital Pequeno Príncipe
- CEREST** Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
- CHEFREN** CHEmical Exposure & Freight Risk EvaluatioN
- CHEOPE** CHEmical Exposure OPerating Evaluation
- DIEESE** Departamento Intersindical Estatística de Estudos Sociais
- CIPA** Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- EPOCA** EPidemiologia Ocupazionale, Clinica e Ambientale
- ESAW** European Statistics on Accidents at work ovvero Statistiche europee degli infortúnio sul lavoro
- EUA** Estados Unidos da América
- FUNPAR** Fundação para o Desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Cultura
- GISA** Gestione Integrada Sicurezza e sAlute
- IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- HBsAg** Determinante antigênico encontrado na superfície do HBV
- ICOH** International Commission on Occupational Health
- INSS** Instituto Nacional Seguridade Social
- HCV** Vírus da hepatite C
- HIV** Vírus da imunodeficiência humana
- HBV** Vírus da hepatite B
- HT** Hospital do Trabalhador
- ILO** International Labour Organization

INAIL Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortúnio sul Lavoro e le malattie Professionali;

IPASVIMI Istituto Previdenziale Assistenza Sanitária Vigilanzia Infantile
Mllano

IPASVI Istituto Previdenziale Assistenza Sanitária Vigilanzia Infantile

I-WHO Institute of Work, Health and Organisations

L'EUROSTAT L'ufficio centrale di sttistica della Comunitá Europea

LOS Lei Orgânica da Saúde

MICERINO Método Integrato per il Calcolo delle Esposizione e dei Rischi
INdividuali e Operatvi

MTE Ministério do Trabalho e Emprego

NIOSH National Institute for Occupational Safety and Health

NOB/RH-SUS Norma Operacional Básica/ Recursos Humanos no SUS

NOST Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador

NR Norma Regulamentadora

OMS Organização Mundial de Saúde

OSHA Occupational Safety and Health Administration

PHASE People for Healthcare Administration, Safety and Efficiency

PPE Profilaxia Pós Exposição

PIB Produto Interno Bruto

PS Pronto Socorro

PU Precauções Universais

RAMSES Risk Assesment Metodology for workers Safety against ExplosionS

RENAST Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do Trabalhador

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINDCAR Sistemi industriali Ambientali Relazionali

SINDAR Sistemi Industriali Ambientali Relazionali

SESA Secretaria Estadual de Saúde

SESA/ISEP Secretaria Estadual de Saúde do Paraná

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIROH-EPINet Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV/HBV/HCV

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TEBE Total Evaluation of Biological Exposure

UFPR Universidade Federal do Paraná

UNESP Universidade Estadual Paulista

UNIMI Universidade de Estudos de Milão

USP Universidade de São Paulo

UST Unidade Saúde do Trabalhador

UTI Unidade de Terapia Intensiva

VST Vigilância da Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

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

| | |
|---|-----------|
| 1 O DESPERTAR PARA O TEMA | 18 |
| 2 OBJETIVOS | 22 |
| 3 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO | 23 |
| 3.1 O contexto em que se insere a saúde do trabalhador | 24 |
| 3.2 A exposição ocupacional aos fluidos biológicos entre trabalhadores de saúde | 32 |
| 3.3 Procedimentos preconizados no monitoramento do trabalhador após exposição ocupacional aos fluidos biológicos | 44 |
| 3.4 Outras medidas preventivas e a adesão dos trabalhadores | 50 |
| 3.5 A experiência vivenciada na Clínica de Lavoro Luigi Devoto | 53 |
| 4 CAMINHO METODOLÓGICO | 70 |
| 4.1 Tipo de estudo | 70 |
| 4.2 Local de estudo | 73 |
| 4.3 Os sujeitos do estudo | 76 |
| 4.4 Captação dos dados | 76 |
| 4.4.1 Instrumentos | 76 |
| 4.4.2 Procedimentos para captação dos dados | 77 |
| 4.5 Procedimentos para a análise dos dados | 79 |
| 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 82 |
| 5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo | 82 |
| 5.2 A exposição ocupacional e o monitoramento dos sujeitos expostos | 93 |
| 5.2.1 A exposição ocupacional | 94 |
| 5.2.2 Os sentimentos envolvidos | 113 |
| 5.2.3 Causas do abandono do acompanhamento | 122 |
| 5.2.4 Estratégias institucionais e pessoais propostas pelos sujeitos da pesquisa | 126 |

| | |
|---|------------|
| 6 ARTICULANDO OS RESULTADOS E PROPOSTAS | 133 |
| 6. 1 Programa de intervenção e acompanhamento dos trabalhadores expostos a fluídos biológicos para a UST | 134 |
| 6. 2 Matriz de recomendações aos serviços de saúde para a prevenção de acidentes por exposição a fluidos biológicos | 138 |
| | |
| 7 CONCLUSÕES | 147 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 154 |
| | |
| ANEXOS | |
| Anexo 1 – Profilaxia pós-exposição ao HIV | 182 |
| Anexo 2 – Profilaxia pós-exposição à Hepatite B | 183 |
| Anexo 3 - Formulário 1 – Caracterização dos trabalhadores | 184 |
| Anexo 4 - Formulário 2 - Guia de Temas: primeira sessão do g. focal | 185 |
| Anexo 5 - Formulário 2 - Guia de Temas: segunda sessão do g. focal | 186 |
| Anexo 6 - Formulário 2 - Guia de Temas: terceira sessão do g. focal | 187 |
| Anexo 7 - Aprovação no Comitê de Ética | 188 |
| Anexo 8 - Autorização para a divulgação do nome da instituição | 189 |
| Anexo 9 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 190 |

1. O DESPERTAR PARA O TEMA

Minha inquietação teve o marco inicial enquanto acadêmica do último ano de graduação. Fazia estágio curricular supervisionado de Administração de Enfermagem e cuidava de uma criança com diagnóstico de icterícia por esclarecer. Após trinta dias, eu era portadora de Hepatite A. Fiquei de repouso absoluto em isolamento no domicílio. Realizei as provas finais com a colaboração de uma professora de Administração, que foi até meu domicílio. Dessa experiência, sabia apenas que tinha adquirido, ainda enquanto aluna, esta doença no ambiente hospitalar; porém não pude compreender aquela exposição aos riscos no ambiente de trabalho. Enquanto futura enfermeira possuía somente algumas indagações a respeito do processo de cuidar e do adoecer dos pacientes.

Na busca de novos conhecimentos, iniciei minha vida profissional, fazendo especialização de enfermagem em cardiologia. Após esta especialização, tornei-me docente de uma universidade particular, no interior de São Paulo. Realizava, com os alunos, procedimentos em Unidades de Emergência, Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Infectologia, Pronto Socorro e outras. Nesses locais inteirei-me das muitas exposições dos trabalhadores de enfermagem e da conseqüente alteração do seu processo saúde-doença.

Enquanto docente da Universidade Estadual Paulista (UNESP), e interessada na saúde dos trabalhadores, iniciei meu mestrado em 1996 e o concluí em 1999. Com o mestrado pude melhor compreender a situação vivenciada como estudante. Estudei, em particular, os acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes. Encontrei alta freqüência desse tipo de acidente, pela grande exposição aos riscos biológicos, que expunham os trabalhadores de enfermagem às graves doenças, como, por exemplo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e a Hepatite B. Além disso, obtive como resultado a não aderência ao uso de equipamento de proteção

individual, o que expõe, ainda mais, os trabalhadores aos riscos biológicos. Esses resultados me levaram a pensar no doutorado.

Nesse período, por motivos familiares, mudei para a cidade de Curitiba. Pedi exoneração do cargo de docente da UNESP de Botucatu, reiniciei minha vida profissional em uma universidade particular na mesma cidade.

Atualmente, exerço a função de docente no curso de graduação de Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR), na área de Saúde do Adulto. Ministro a disciplina de Assistência de Enfermagem, com atividade prática na Unidade de Emergência do Hospital de Clínicas de Curitiba e, também, realizo a consulta de enfermagem, uma vez na semana, dos trabalhadores de saúde acidentados com fluidos biológicos na Unidade Saúde do Trabalhador (UST), do Hospital do Trabalhador (HT), que pertence à UFPR.

Em 2002, morando em Curitiba, procurei conhecer como a área da Saúde do Trabalhador estava implantada no Paraná.

Na Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, a área de Saúde do Trabalhador começou a se estruturar no início da década de noventa, com a criação de um grupo de Coordenação em Saúde do Trabalhador, composto por técnicos da Vigilância Epidemiológica. O hospital especializado no atendimento ao trauma e nas doenças relacionadas ao trabalho é o HT. Assim, após contatos iniciais, solicitei formalmente a autorização para, inicialmente, realizar consulta de enfermagem e, posteriormente, coletar dados da tese de meu doutorado naquela unidade. Fui muito bem acolhida e iniciei, voluntariamente, em meados de 2002, a “consulta de enfermagem” dos trabalhadores que se acidentavam com fluidos biológicos e buscavam o atendimento após 30 dias dessa exposição.

Entre 2002 e 2004, as consultas eram realizadas no Ambulatório Geral do Hospital, com o médico do trabalho, que atendia esses trabalhadores, e comigo, realizando a consulta de enfermagem. Na consulta,

este trabalhador recebia os resultados dos exames laboratoriais, realizados no momento do acidente.

Com a demanda atendida foi necessário rever o espaço físico e propor a ampliação do Ambulatório desse Hospital, com espaço específico para o atendimento dos trabalhadores com agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Durante dois anos de atendimento, realizei apenas a consulta de enfermagem, com o preenchendo a ficha de acompanhamento após exposição a fluidos biológicos. Com isso foi possível verificar que, naquele período, apenas 35,6% desses trabalhadores retornavam para a primeira consulta no ambulatório e apenas 10,2% deles faziam o acompanhamento completo no período de 180 dias após a exposição ocupacional.

Em 17 de dezembro de 2004, foi inaugurada a UST com 175 m², unidade destinada ao atendimento dos trabalhadores com agravos à saúde relacionados ao trabalho. Foi contratada uma equipe multiprofissional para este fim.

Continuei a realização das consultas de enfermagem, agora com infra-estrutura mais adequada. As consultas passaram a ser pré-agendadas pelas secretárias e marcadas para todo o período de monitoramento, ou seja, de 180 dias. Atualmente a UST é gerenciada por uma enfermeira que permanece na UST por todo o período de atendimento.

Após esses 22 anos de atividade profissional, enquanto docente, adquiri compreensão de como a dinâmica do trabalho, vivenciada pelos trabalhadores da equipe de saúde, pode desencadear problemas de saúde e, muitas vezes de forma não perceptível. Essa dinâmica é expressa, muitas vezes, pela sobrecarga de trabalho, redução do número de trabalhadores e dupla jornada de trabalho dos trabalhadores de saúde.

Após esses dois decênios de experiência profissional, tenho a oportunidade de observar a pouca atenção dispensada aos trabalhadores de saúde, no que diz respeito aos acidentes com fluídos biológicos. A polêmica, a complexidade do tema e o meu interesse pela temática me levaram a

prosseguir meus estudos, agora no curso de doutoramento, buscando melhor compreender como os trabalhadores se acidentam, quais as dificuldades encontradas para a realização do acompanhamento, quais os sentimentos que estão presentes nas decisões tomadas e como este trabalhador encara a forma de enfrentamento dessa problemática. Assim, busquei resposta a estas questões, realizando o doutoramento na Área de Concentração de Administração em serviços de Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), na linha de pesquisa sobre Gerenciamento de Recursos Humanos em Enfermagem e Saúde, temática da Saúde do Trabalhador.

Ademais, a escassez de estudos mais aprofundados a respeito da exposição aos fluidos biológicos, de forma a subsidiar uma proposta de acompanhamento dos trabalhadores expostos, complementando o tratamento e os exames, justifica a realização deste estudo, que tem os seguintes objetivos:

2. OBJETIVOS

Geral

Subsidiar um programa de intervenção para os trabalhadores de saúde expostos aos fluidos biológicos.

Específicos

1. Caracterizar os trabalhadores acidentados com material biológico segundo dados pessoais, profissionais, do acidente e do monitoramento.
2. Captar os sentimentos e as percepções dos trabalhadores sobre o acidente com exposição ao fluido biológico.
3. Identificar as dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores para realizar o acompanhamento pós-exposição.
4. Analisar as estratégias apresentadas pelos trabalhadores para evitar e/ou minimizar a exposição aos fluidos biológicos.
5. Recomendar estratégias de prevenção em face de exposição aos fluidos biológicos nos serviços de saúde.

3. CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

A exposição dos trabalhadores de saúde ao risco ocupacional biológico é uma realidade muito discutida nos últimos decênios. Se por um lado essa exposição é vivenciada no dia-a-dia de trabalho, por outro ela não tem visibilidade, porque existe grande subnotificação desses acidentes entre os trabalhadores de saúde. Ainda, mesmo quando os acidentes são notificados e os trabalhadores orientados para a realização do protocolo de monitoramento biológico, existe significativa não adesão por parte desses trabalhadores.

Essa problemática impacta diretamente no setor saúde da economia brasileira, uma vez que os trabalhadores são recursos e constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. Reconhecendo essa problemática e a importância desses recursos como base para um sistema de saúde melhor e mais equânime, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o período de 2005 a 2015 como a Década para a Promoção dos Recursos Humanos em Saúde (OMS, 2007).

Assim, devem ser foco dessa proposta todos os trabalhadores de saúde, entendidos como aqueles que exercem as atividades ou funções em serviços de saúde, públicos ou privados (Brasil, 2005a, p.31). Estão incluídos nessa definição todos os trabalhadores que desenvolvem atividades diretamente relacionadas à assistência dos pacientes e/ou clientes, assim como aqueles que pertencem aos serviços de apoio e infra-estrutura para a assistência, como os de limpeza, manutenção, apoio diagnóstico e outros.

Para melhor compreensão da problemática da exposição ocupacional dos trabalhadores de saúde aos fluidos biológicos, torna-se importante apreendê-la no contexto em que se insere e os seus determinantes.

3.1. O contexto em que se insere a saúde do trabalhador

No Brasil, a promulgação da Constituição Brasileira, em 1988, representa importante marco na atenção à saúde do trabalhador no País, quando institui um conceito de saúde em que

(...) é entendida em seu conceito ampliado e passa a ser um direito universal do cidadão direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços (de saúde) para a sua promoção, proteção e recuperação. Assim, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio-ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990).

Nesse conceito em que o trabalho é um determinante/condicionante da saúde dos indivíduos e que a saúde dos trabalhadores deve ser viabilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os princípios que o orientam.

Em estudo recente, Felli et al. (2007) relatam que anteriormente à promulgação da Constituição, a saúde do trabalhador era tratada, essencialmente, no âmbito do Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Com caráter reparador e, basicamente “centrada no evento acidente de trabalho, conforme disposto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), ou seja, após a instalação de um evento como lesão, perturbação funcional, doença.”

As Normas Regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), representaram por muito tempo os dispositivos legais orientadores da atenção em saúde ocupacional no sistema público de saúde do País.

Dentre as NRs destacamos a de número 32 do MTE, de 11/11/05, estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores de saúde. Brasil (2005b) O não cumprimento desta NR constitui grave infração que pode variar de grau de 01 a 04 (menos grave a mais grave), cujo valor a ser pago variará de R\$ 775,00 a R\$ 6.708,00 (Brasil, 2006a).

Assim, após a promulgação da Constituição, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), número 8.080/90, veio regulamentar o SUS e dispor sobre suas competências, no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e, entre elas, a atenção à Saúde do Trabalhador no Brasil (Brasil, 1990; 1998; 2001).

Neste contexto, a saúde do trabalhador é entendida como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo a assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; ...” (Brasil, 1990).

É importante ressaltar que, como direito universal, a assistência à saúde deve ser dada a todos os trabalhadores, independentemente da sua forma de inserção no mercado de trabalho ou no setor formal ou informal da economia.

Com isso, dispositivos emanados do Ministério da Saúde, foram então, estabelecidos para instrumentalizar as ações relativas à Saúde do Trabalhador (ST) no SUS. Foi, então instituída a Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador (NOST) em 30/10/98, aprovada pela Portaria MS n 3908/98, editada no sentido de complementar a Norma Operacional Básica (NOB), 01/96. A NOST reafirma a competência dos Estados e dos Municípios na execução de ações na área de saúde do trabalhador; e assume o compromisso com o processo de descentralização dessas atividades, ao indicar as diretrizes para a constituição de uma rede

hierarquizada de atenção à saúde dos trabalhadores com responsabilidades compartilhadas (Brasil,1998).

Porém, para a implementação do SUS de uma forma geral e, em especial, as ações relativas à saúde do trabalhador, dificuldades têm sido apontadas como fundamentais: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho. Dentre estes, o mais complexo é a gestão, dado o processo de desregulamentação do trabalho dentro da Política de reforma do Estado no País. (Brasil, 2005a, p.19)

A exemplo disso, nas instituições públicas encontramos contratações por período determinado, bem como a falta de reposição de pessoal qualificado e nas instituições privadas, encontramos o descumprimento das normas regulamentares de contratação de pessoal pelas prestadoras de serviços de saúde (Brasil, 2005a).

As formas mais comuns ainda apontadas drasticamente são: a contratação de serviços profissionais de nível universitário por profissionais autônomos; a contratação por meio de cooperativas, muitas vezes não regulamentadas, com isenção fiscal; e a contratação de estagiários como substituição de mão-de-obra profissional, pela possibilidade de inferior remuneração no trabalho (Brasil, 2005a).

Com o objetivo de contribuir para a gestão de qualidade, que possibilite a valorização do trabalho no SUS, como instrumento essencial da atenção à saúde, o Conselho Nacional de Saúde publicou o documento intitulado Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). O objetivo desta implantação é valorizar o trabalhador e promover a fidelização de equipes com o trabalho interdisciplinar e multissetorial (Brasil, 2005a).

Necessitamos compreender que a

“implementação destes princípios e diretrizes na construção social das políticas nacional, estadual e municipais de Gestão do trabalho no SUS é um processo que caminha na contramão da realidade atual produzida pelo modelo neoliberal. Será conquistada no cotidiano da sociedade e dos serviços de saúde a partir da construção coletiva, da decisão política dos usuários, trabalhadores prestadores

de serviços e gestores e de ações programáticas e estratégicas que contemplem as dimensões técnicas, humanas e éticas que promovam novas relações de trabalho e maior governabilidade na produção dos serviços de saúde de qualidade a serem ofertados pela população” (Brasil, 2005a, p. 21).

Portanto, para a implementação dos princípios e diretrizes do SUS, também devem considerados, em todo o território nacional as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas das respectivas Unidades Federadas (Brasil, 2005a).

A recente portaria ministerial, promulgada em 07/12/05, dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e constitui a principal estratégia na atenção à saúde desses. A RENAST propõe a atenção integral aos trabalhadores na rede, informações em saúde do trabalhador, apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, capacitação permanente e a gestão participativa dos trabalhadores. Esta portaria deve ser implementada de forma articulada com o MS com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Esta portaria ainda recomenda a todos os estados da Federação a necessidade de organização de serviço com a denominação de Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST). Esta rede de serviços deve ser caracterizada como “rede de serviço sentinela específica” no SUS (Brasil, 2005c, p.1).

A implantação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST), dentro do setor saúde, é recente e está em construção. A Instrução Normativa de VST no SUS, instituída pela Portaria nº. 3.120, de 1º de julho de 1998 pretende, de forma sucinta, fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de VST, no âmbito do SUS. Parte do pressuposto de que o sistema de saúde, embora deva ser preservado nas suas peculiaridades regionais que impliquem respeito às diversas culturas e características populacionais, por ser único, também deve manter linhas mestras de atuação, especialmente pela necessidade de se compatibilizarem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências.

O estudo de Lacaz; Machado; Porto (2005, p.123-5) mostra a situação e tendência da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil e apresenta as dificuldades encontradas pelos serviços para o desenvolvimento dessa vigilância. Afirmam que tal processo vem sendo desencadeado por grupos institucionais de vários locais do País e resulta em várias experiências distintas. Essas dificuldades estariam relacionadas à carência de recursos materiais, à necessidade de treinamento e capacitação das equipes, à baixa consciência sanitária dos trabalhadores, à pequena parceria com sindicatos de trabalhadores, bem como ao pouco investimento dos gestores municipais no que diz respeito à VST. Por outro lado, os autores afirmam alguns avanços apontados na VST. Mostram o desenvolvimento dessas ações e a produção de alguns protocolos de diagnóstico, intervenção e padronização, que estão contribuindo para um modelo mais integrado, participativo e intersetorial de vigilância.

Esses dispositivos legais visam à redução da exposição ocupacional às doenças e acidentes de trabalho, assim como à redução de óbitos evitáveis entre brasileiros jovens e produtivos. Esses óbitos ocorridos em ambiente de trabalho são reconhecidos oficialmente pela Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), mas não mostram a verdadeira realidade em que os trabalhadores estão inseridos, pois ainda afirma ser grande a subnotificação desses acidentes (Cordeiro et al., 2005).

A essa subnotificação de acidentes soma-se um grande desconhecimento do que acontece nos ambientes de trabalho. Os números dos acidentes registrados não subsidiam a formulação de políticas institucionais e não favorecem a realização de políticas governamentais que possam oferecer garantia de atenção específica à saúde dos trabalhadores.

Os acidentes de trabalho, enquanto eventos, registram os problemas de saúde dos trabalhadores relativos ao trabalho e representam sério problema a ser enfrentado no País.

Desde 1970, quando foram iniciados os registros sistemáticos, em contexto nacional, mais de 30 milhões de acidentes foram notificados

(Cordeiro et al, 2005). A Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, no período de 1999 a 2003, sendo 15.293 com óbitos com média de 3.059 óbitos/ano e 72.020 trabalhadores com incapacidade permanente. O coeficiente médio de mortalidade, no período estudado, representou 14,84 óbitos/100.000 trabalhadores (Textos de apoio, 2005, p.4). Esse coeficiente é alarmante, quando comparado ao de outros países, como Finlândia 2,1 (2001), França 4,4 (2000), Canadá 7,2 (2002) e Espanha 8,3 (2003). Demonstra, ainda, que o risco de morrer por acidente de trabalho no Brasil é cerca de duas a sete vezes maior (Textos de apoio, 2005, p.5).

Em 2005, o número de acidentes de trabalho registrados no País somou 491.711; foram registrados 2.708 óbitos. Os Estados que registraram maior frequência foram São Paulo, com 670 ocorrências, seguido por Minas Gerais com 351, e Paraná com 206 ocorrências. (Brasil, 2007).

Mesmo tão elevados, estes números não refletem a realidade, isso porque o Brasil, em 2005, possuía uma população economicamente ativa de 82.902.480 pessoas e apenas 22.903.311 eram formalmente registradas pela Previdência Social e estes é que, majoritariamente, registram os acidentes de trabalho. Isto significa, segundo estimativa da OMS, que na América Latina, incluindo o Brasil, apenas de 1 a 4% de doenças do trabalho são notificadas. (Brasil, 2005d, p.5). Essa é a triste realidade, uma vez que a grande maioria desses acidentes poderia ser evitada (Brasil, 2005d, p.5).

No Paraná, a estatística dos acidentes registrados na Previdência Social somaram 36.227 acidentes, em Curitiba 7.397 acidentes (Brasil, 2005d).

Com os trabalhadores da área da saúde, divididos por motivo, segundo o subgrupo de Classificação Brasileira de Ocupações, caracterizados por profissionais de ciências da saúde, biológicas, afins e por técnicos de nível médio das ciências biológicas, bioquímicas, da saúde e afins, registram na Previdência Social um número de 22.581 acidentes. No entanto as informações registradas em cada instituição não são

sistematizadas em nível central, de forma que não logram perceber o real significado dessa problemática para as diferentes categorias de trabalhadores.

De qualquer forma, a problemática vivenciada pelo conjunto dos trabalhadores brasileiros é reproduzida para os trabalhadores da área da saúde, uma vez que estão sujeitos às mesmas políticas sociais e de saúde. No entanto a saúde desses trabalhadores é determinada de forma particular pela sua específica inserção no sistema produtivo.

É expressivo o número de profissionais de saúde que atuam em estabelecimentos de saúde no Brasil. Os últimos registros do Departamento Intersindical Estatística de Estudos Sociais (DIEESE), apresentados em setembro de 2006, exibe o perfil do trabalhador de saúde em seis regiões metropolitanas. Os 837 mil trabalhadores de saúde pesquisados permitiram verificar o seguinte perfil: a grande maioria de 70% é do sexo feminino, 73% estão concentradas nas regiões metropolitanas e os trabalhadores de saúde estão alocados mais em instituições privadas. Grande parte dos trabalhadores de saúde possui extensivas jornadas e outros trabalho remunerados, devido aos baixos rendimentos e à flexibilidade da jornada de trabalho. Em muitos casos, pela possibilidade de exercício autônomo da profissão, como é o caso dos médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, dentistas, entre outros (DIEESE, 2006).

Os estabelecimentos de saúde, em que estes profissionais estão inseridos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são classificados com internação, sem internação e de apoio à diagnose e terapia. A análise dos dados também mostra o perfil ascendente dos estabelecimentos de saúde sem internação. Os estabelecimentos com internação representam apenas 11% do total e seguem uma tendência de estabilidade, segundo o IBGE, com pequeno crescimento registrado nas dois últimos decênios analisados (Brasil, 2002a). Tanto nos estabelecimentos com internação como nos sem internação, os profissionais da área de saúde

têm sido expostos a uma grande variedade de acidentes ocupacionais que, muitas vezes, provocam sérios comprometimentos com a saúde (Brasil, 2002a).

No Brasil, os estabelecimentos de saúde somam 65.343 em todas as grandes regiões e Unidades de Federação. A região sul possui 11.757 (18%) de estabelecimentos de saúde. O Paraná, contemplado nessa região, possui um total de 4.393 (37,3%) estabelecimentos de saúde, representando 6,72% de todos os estabelecimentos de saúde (Brasil, 2002a).

Dada a inserção desses trabalhadores em instituições de saúde que, caracteristicamente, são insalubres, é expressiva a exposição desses aos mais variados riscos ocupacionais, o que lhes conferem um grau de risco 2, segundo a classificação por atividade econômica. A exposição aos riscos biológicos é preocupante e, entre estes, o contato com os fluidos biológicos, pela gravidade das conseqüências a que submete o trabalhador.

A Previdência Social registrou maior incidência de acidentes típicos com dedo e mãos, com respectivamente 29,3% e 9,5% (Brasil, 2005d).

Essa grande exposição dos trabalhadores de saúde aos fluidos biológicos se deve em parte à natureza do trabalho que realizam e, mais enfaticamente às formas de organização desses trabalhos. Freqüentemente, os trabalhadores de saúde realizam trabalho em turnos, manipulam instrumentos inseguros, não utilizam Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado Ainda exercem as atividades sob altos ritmos de trabalho, têm poucas pausas durante a jornada, trabalham sob supervisão estrita e sofrem pelo não investimento das instituições de saúde na manutenção da força de trabalho e em medidas de proteção coletivas.

3.2. A exposição ocupacional aos fluidos biológicos entre trabalhadores de saúde.

Nesse contexto, verificamos que é grande o número de trabalhadores expostos aos riscos de acidentes com fluidos biológicos, porquanto, independentemente da lotação do trabalhador, seja em Unidade Básica, Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador, Consultórios Médicos ou Odontológicos, ou Unidade Hospitalar, a especificidade do trabalho que realizam os expõe a estes riscos.

A exemplo disso, os acidentes de trabalho registrados nos estabelecimentos hospitalares do Paraná representam 10,2% dos 14.091 acidentes ocorridos no Estado, sendo o segundo ramo de atividade que mais notifica os acidentes. A Secretaria do Estado afirma que existe grande subnotificação e dificuldade de acesso e de encaminhamento das CATs, em muitas regiões do Estado (Paraná, 2002).

Com essa preocupação, a Secretaria do Estado do Paraná, firmou convênio com o MS para a implantação de cinco Centros de Referência em pólos macrorregionais, para o tratamento dos agravos relativos à Saúde do Trabalhador, que também envolve a realização de treinamentos e a aquisição de equipamentos (Paraná, 2004)

Desde 2001, a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA/ISEP) estabeleceu o fluxo para a notificação e atendimento de trabalhadores com exposição a fluidos biológicos, definindo o HT como serviço de referência. O mesmo fluxo foi estabelecido em 2003 pela Prefeitura Municipal de Curitiba (Paraná, 2004).

O fluxograma existente entre as secretarias de Estado e municipal, na prática, muitas vezes é ineficaz. Apenas 35,6% dos trabalhadores, que sofreram acidente com fluidos biológicos e registraram a CAT no Pronto Socorro do HT, retornam para o segundo acompanhamento (Sarquis et al., 2005a).

Embora existam dispositivos legais que tentam prevenir e preservar a saúde do trabalhador, garantindo seus direitos, na prática

esbarram em grandes dificuldades que dizem respeito à necessidade de estabelecimento de um nexo de causalidade, que é comprovado por uma lesão, doença ou problema de saúde já instalado. Por outro lado, como esta legislação está fundamentada na multicausalidade, enquanto teoria explicativa do processo saúde-doença, a que estão submetidos os trabalhadores, estas causas não são buscadas em outros níveis de determinação, conforme encontramos nos estudos realizados nos últimos decênios aqui no Brasil e mostra a magnitude deste problema. (Silva, 1996b).

O interesse pelo estudo dos acidente de trabalho com fluidos biológicos tornou-se mais evidente, quando a AIDS se expandiu, tornando-se uma pandemia. Alguns profissionais de saúde foram contaminados pelo vírus da AIDS, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no trabalho.

Os casos foram confirmados e descritos pelo, *Centers for Disease Control* (CDC); somaram 57 casos de soroconversão após exposição ocupacional até dezembro de 2001 e 138 possíveis casos de soroconversão após exposição ocupacional entre os trabalhadores de saúde (Sepkowitz, Eisenbergt, 2005). Em 2007, os dados deste Centro (CDC, 2007), registram que anualmente acontecem 385.000 exposições ocupacionais por instrumentos perfurocortantes entre os trabalhadores de saúde, uma média de 1.000 acidentes percutâneos por dia.

O risco de transmissão ocupacional do HIV é cerca de 0,3% para a exposição percutanea e 0,09% para a exposição ocupacional em membrana mucosa (CDC, 2005).

Esta transmissão do HIV em profissionais de saúde foi associada, principalmente, aos acidentes com instrumentos perfurocortantes, referida por vários autores, como Lacerda (2000); Tomazin, Benatti (2001); Marziale, Rodrigues (2002); Sêcco et al. (2002); Silveira, Robazzi, Marziale (2003); Marziale (2003b); Moens et al. (2004); Eimiyeh et al. (2004) e Sailer (2004).

A importância desses acidentes extrapola a ocorrência da simples lesão e adquire maior gravidade quando contaminados com sangue e secreções.

A OMS afirma que os trabalhadores de saúde sofrem, aproximadamente 16.000 infecções pelo vírus da Hepatite C (HCV), 66.000 infecções ao Vírus da Hepatite B (HBV), e 1.000 infecções pelo HIV (Pruss-Ustun, Rapiti, Hutin, 2003, p.23-6). Destas, entre os anos de 2000 – 2030, morrerão precocemente, 142 dos 16.000 trabalhadores infectados pelo HCV; 261 dos 66.000 trabalhadores infectados pelo HBV; e 736 trabalhadores dos 1.000 infectados pelo HIV. Estes dados expressam a problemática de saúde desses trabalhadores, causando incapacidades e doenças que podem comprometer a sua qualidade de vida.

Os dados, registrados no estudo de Sepkowitz; Eisenbergt nos Estados Unidos, demonstram a vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde em adquirir doenças infecciosas. Segundo os autores de acordo com os dados registrados pela *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA), no período de 1992 a 2002, dos 67.363 trabalhadores que morreram de doenças ocupacionais, 28 eram trabalhadores de saúde que sofreram exposição ocupacional por instrumentos perfurocortantes. Este estudo mostra uma problemática mais complexa ao se verificar que a força de trabalho em saúde nos Estados Unidos é composta por 6 milhões de trabalhadores na área da saúde (Sepkowitz, Eisenbergt, 2005, p.1004).

Os estudos sobre a exposição ocupacional *aos fluidos biológicos*, seja por acidente com instrumentos perfurocortantes ou seja por respingos em mucosas, mostram o grave comprometimento com a saúde do trabalhador, com possibilidade para soroconversão ao HIV, HVB e HCV. (Baccarelli et al., 2000; Fustinoni et al., 2000; Rubino et al., 2000; Colombi et al., 2000; Maroni, 2000; Sarquis, Felli, 2000; 2002; Zapparoli, Marziale, 2003; Nischide, Benatti, 2004; Kosgeroglu et al., 2004).

Basso (1999), em um hospital escola na cidade de São Paulo, estudou os acidentes ocupacionais com *fluidos corpóreos* em profissionais

de saúde, constatando a grande exposição a este risco ocupacional. Os que mais se acidentaram foram os estudantes de medicina e jovens com pouca experiência. Os acidentes com materiais perfurocortantes representaram 80,5%, sendo o sangue a principal fonte de contato em 79,7%.

O estudo de Neves (2000), realizado no Rio de Janeiro, analisou os acidentes de trabalho ocorridos *com fluidos biológicos*. Os achados mostraram que as medidas de controle e prevenção destes acidentes precisam remeter também à ampliações das percepções individuais, coletivas e institucionais, induzindo a reestruturações das normas para as questões de segurança no ambiente hospitalar, visando à minimização dos riscos (Neves, 2000). Este estudo, realizado no Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas/ Fiocruz, também objetivou estudar os acidentes de trabalho com material biológico contaminado. Concluiu a presença do grande risco de exposição ocupacional. O tipo de exposição e o tipo de atividade exercida podem variar a intensidade da exposição, mas reforçam as medidas de biossegurança e o desenvolvimento de intervenções coletivas e individuais, induzindo as reestruturações das normas para as questões de segurança no ambiente hospitalar.

Mariano e outros pesquisadores (2001) também confirmam a gravidade dessa exposição e abordam a utilização de terapia medicamentosa para reduzir a soroconversão ao vírus HIV. Afirmam que o trabalhador exposto aos fluidos biológicos necessita, quando indicada, o início imediato da *quimioprofilaxia*; porém torna-se um agravante, os comportamentos e condutas pessoais associados a essa terapia.

Algumas vezes os trabalhadores abandonam a quimioprofilaxia aumentando a vulnerabilidade para uma possível soroconversão.

Balsamo (2002) estudou a exposição ocupacional aos líquidos corporais humanos entre os trabalhadores de saúde. Seu estudo constatou que 58,3% dos trabalhadores não receberam as orientações necessárias de como proceder no momento do acidente. O mais significativo e preocupante ainda foi a alta percentagem de 42,8% destes trabalhadores *que não*

terminou a quimioprofilaxia indicada. O problema maior ainda está entre os 23,8% destes trabalhadores que, após a indicação da quimioprofilaxia, menosprezam a gravidade da exposição, recusando a medicação prescrita. O percentual de 66,6% de toda a população estudada não seguiu corretamente as normas preconizadas. Estes dados são expressivos, comprometendo a saúde do trabalhador da população estudada, o que indica a necessidade de revisão e elaboração de estratégias de prevenção dos acidentes com exposição aos líquidos corporais humanos.

Entretanto, em outros países, encontramos uma atitude diferenciada após a exposição ocupacional e a indicação da quimioprofilaxia.

O estudo realizado em quatro hospitais da Polônia comprovou a eficiência do *esquema quimioprofilático*, quando recomendado. Este estudo foi realizado com uma amostra de 28 trabalhadores que sofreram exposição aos fluidos biológicos, dos quais 18 trabalhadores, fizeram o uso de quimioprofilaxia. No término do estudo nenhum trabalhador sorocoverteu, constatando-se a eficiência da terapêutica medicamentosa, quando indicada (Wunsch, Koifman, 2003).

Pruss-Ustun; Rapiti; Hutin (2003) ressaltam que as *estratégias preventivas* podem reduzir ou minimizar a exposição biológica. Estas estratégias incluem: a imunização para o HBV, o uso de barreiras de proteção e a profilaxia medicamentosa pós-exposição ao HIV, quando indicada. Afirma também que, em muitos países, ainda não é possível implementar e acompanhar tais estratégias.

Brasil; Steffens e Lorenzo (2001) estudaram o perfil do trabalhador acidentado com material biológico em Pronto Socorro de Porto Alegre. Os resultados reafirmam a existência de risco ocupacional e reforçam os *programas de prevenção* para a minimização desses acidentes.

O estudo realizado por Ratzlaff (2002), em hospital de Vancouver no Canadá, abordou os *recursos da tecnologia* e sua aplicabilidade para a redução dos ferimentos perfurocortantes. Pesquisas em

outros continentes também relatam a contribuição desses *recursos* para a minimização de tais ocorrências. (Grimmond et al., 2003; Waclawski, 2004).

Estudo realizado em três grandes hospitais da Turquia, também, aponta a necessidade de *intervenções e medidas educativas*. Os autores reforçam a importância da imunização dos trabalhadores de saúde (Kosgeroglu et al., 2004).

A *eficácia tecnológica* é importante na redução dos acidentes desencadeados por instrumentos perfurocortantes. O estudo realizado por Grimmond e outros pesquisadores (2003) mostra que, na Austrália, foi possível a redução dos acidentes com instrumentos perfurocortantes em até 32,6% através da utilização de *um sistema efetivo* para o descarte desses instrumentos, denominado *Sharpsmart* testado em oito hospitais em três diferentes países Wright; Farrer (1993) já haviam estudado a importância dos sistemas de descarte há 10 anos.

Brewer (2003), na Universidade de Londres, constatou a alta exposição ao vírus da HIV, da hepatite B e hepatite C; afirma que é grande a exposição no cuidado aos pacientes e reforça a importância de *sistemas de segurança* nos ambientes de trabalho para os trabalhadores de saúde.

Moens et al. (2004), na Bélgica, também referem a alta exposição às doenças ocupacionais pelo grande número de acidentes com ferimentos perfurocortantes em trabalhadores de saúde. O estudo reforça *medidas de segurança*, bem como a utilização de recursos tecnológicos para a redução deste tipo de exposição ocupacional.

Atualmente a grande *problemática da exposição* aos fluidos biológicos entre os trabalhadores de saúde despertou o desenvolvimento de *novas tecnologias* e novos equipamentos foram lançados no mercado, como as seringas com dispositivos retráteis após o uso, lancetas auto-retráteis para pequenas coletas de sangue para a minimização da exposição biológica (Martins, Dal Poz 1998; Grimmond et al., 2003; Waclawski, 2004). No entanto, o que se observa na realidade brasileira é a falta de aquisição

desses materiais pelo alto custo que representam, em detrimento da saúde do trabalhador.

O risco de soroconversão é estudado com profissionais de saúde expostos aos fluidos biológicos.

O Instituto Nacional Italiano *Lazzaro Spallanzani*, responsável pelo serviço de *prevenção e proteção de doenças profissionais*, localizado em Roma, apresenta dados de um panorama mundial preocupante da exposição ocupacional aos fluidos biológicos. Foram registrados na Itália, até outubro de 2004, cinco infecções pelo HIV documentadas após exposição ocupacional, dos 40 casos documentados em todo o continente europeu, e 80 possíveis soroconversões para o vírus do HIV. (Puro, 2005).

Nos Estados Unidos, o CDC documentou 57 para 139 possíveis soroconversões. Outros países, excluindo os Estados Unidos da América (EUA) e o continente europeu, registraram 14 soroconversões. Assim, esses registros realizados, até então, permitem verificar que houve 111 para 233 possíveis soroconversões por exposições ocupacionais ao vírus do HIV (Puro, 2005). Salienta que, entre os trabalhadores de enfermagem, 59 exposições ocupacionais já foram documentadas e há 69 possíveis casos de soroconversão Puro et al (2003).

A exposição ocupacional aos fluidos biológicos pode ocorrer entre todos os trabalhadores de saúde; porém se torna mais expressiva pelo valor numérico nos trabalhadores de enfermagem, quando comparada. Em amostra significativa de 906 trabalhadores, foi verificada a grande exposição ocupacional de 63,6% de acidentes com instrumentos perfurocortantes.

Segundo o *International Labour Organization* (ILO), o risco da exposição ocupacional dos trabalhadores de enfermagem entre todos os outros trabalhadores de saúde está geralmente entre 35-50% (Pruss-Ustun; Rapiti; Hutin, 2003, p.3).

No Brasil, dentre os problemas de saúde vivenciados pelos trabalhadores de saúde, os acidentes por exposição aos fluidos biológicos entre os *trabalhadores de enfermagem*, têm sido apontados como os mais

freqüentes, tanto pela maior exposição como pelo maior contingente desses trabalhadores. Ainda na instituição hospitalar a assistência do paciente, muitas vezes, é ininterrupta e caracteriza-se pelo cuidado nas vinte e quatro horas do dia, para permitir a continuidade da assistência (Basso,1999; Shimisu, Ribeiro 2002; Carvalho, 2004; Safiano et al., 2003; Marziale, 2003a).

No cuidado dos pacientes, os *trabalhadores de enfermagem* utilizam instrumentos de trabalho, como agulhas, lâminas de bisturi, tesouras, pinças, materiais de vidro e entram em contato com fluidos biológicos. Assistem, muitas vezes, pacientes agressivos, agitados, ansiosos ou em estado crítico e encontram dificuldade de realizar procedimentos com segurança. Além disso, o trabalho de enfermagem nessa instituição, caracteristicamente, tem um ritmo acelerado, é realizado em pé, com muitas caminhadas e sob uma supervisão estrita; é normatizado, rotinizado e fragmentado, como afirmam Silva (1996a), Marziale; Robazzi (2004) e Loomis (2005).

Outros trabalhos, ainda, relacionando a saúde do trabalhador de enfermagem com o desenvolvimento das atividades, foram desenvolvidos e mostram preocupação, a partir da constatação do alto risco biológico a que esses trabalhadores estão expostos. Esta constatação é verificada com a presença de acidentes de trabalho ocorridos *com instrumentos perfurocortantes* na sua vivência profissional, como são descritos a seguir.

Marziale (1995) analisou as condições ergonômicas do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar, enfocando os agentes biológicos como responsáveis pelo aparecimento de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, ocasionando prejuízos aos trabalhadores e às instituições e repercutindo na qualidade da assistência prestada aos pacientes. Diante da situação experienciada, sugeriu algumas recomendações para adequar o binômio trabalhador de enfermagem e trabalho.

A pesquisa realizada por Silva (1996) buscou compreender o processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem; ele evidencia as particularidades da relação de determinação trabalho-saúde que se expressam nos trabalhadores de enfermagem, pela exposição às cargas biológicas, entre outras. Resgata os ferimentos perfurocortantes e as doenças músculo-articulares como danos característicos do perfil de morbidade desses trabalhadores.

Sarquis (1999), ao estudar os acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes com os *trabalhadores de enfermagem*, encontrou uma grande exposição ocupacional aos fluidos biológicos de 69,80%. Ainda, seus achados mostram a não notificação oficial do acidente, bem como a correlação entre a maior exposição ocupacional registrada pelo acidente com perfurocortante com 53,70% devido ao número reduzido de trabalhadores de enfermagem nas respectivas unidades.

Lacerda (2000) identificou a ocorrência da exposição por sangue e outros fluidos biológicos nos trabalhadores de enfermagem de 88 hospitais de todo o país e 1535 trabalhadores de Centro Cirúrgico. Encontrou não só a exposição ocupacional ao sangue e fluidos biológicos, mas a re-exposição ocupacional, pois mais da metade da população, 53,00% no período de doze meses, havia se exposto acima de 5 vezes, seguida de 2 a 3 vezes (25,00%). Somente 11,00% se expôs uma vez. Seu estudo ainda apresenta a necessidade de ampliar as percepções individuais e coletivas das causas dessas exposições ocupacionais, referindo a reestruturação dos processos de trabalho na assistência à saúde para a minimização dessa exposição.

O estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto por Rezende (2003) identificou também a presença de riscos biológicos e físicos com sérios agravos à saúde em até 81,5% dos auxiliares de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O estudo constatou que a depender da intensidade, natureza e concentração dos trabalhadores a exposição ao risco biológico pode ser aumentada.

Afirmam ainda Nishide; Benatti; Alexandre (2004) que são necessárias medidas no ambiente de trabalho, além de treinamento, conscientização das práticas e fornecimentos dos dispositivos de segurança aos trabalhadores, também constatados por Souza (1999).

A exposição a fluidos biológicos em diferentes instituições de saúde, como unidades hospitalares, Unidades de Suporte Básico de Vida em emergências, consultórios médicos e odontológicos, atendimentos domiciliares, também compromete a saúde de outros profissionais. Dentre eles de funcionários da limpeza, médicos, dentistas e outros

Carneiro, Daher (2003) relatam a soroprevalência de 8,9% para o vírus da Hepatite B em médicos anestesistas. O estudo confirma a necessidade de intensificar as campanhas de vacinação e as medidas profiláticas para a minimização desta grave exposição biológica.

Foi encontrado também a grande exposição aos riscos biológicos entre cirurgiões dentistas. O estudo realizado por Rodrigues (2003) relata a ocorrência, de pelo menos um acidente, com instrumento perfurocortante em 31,1% da população estudada. A grande maioria de 88,9% possuía o esquema vacinal contra HVB completo. O estudo comprovou que existe uma lacuna muito grande entre as orientações recebidas sobre biossegurança no período acadêmico e a aplicação na prática, pois apenas 22,3% dos entrevistados utilizavam o recipiente adequado para o descarte dos instrumentos perfurocortantes.

Outro estudo muito significativo foi o de Martins; Barreto e Rezende (2004), que expressa a magnitude do problema vivenciado entre os dentistas,. Procurou quantificar a exposição biológica após acidente com instrumento perfurocortantes. Participou do estudo uma amostra significativa de 296 dentistas que exerciam a atividade prática em uma cidade do interior de Minas Gerais. A prevalência de acidentes com instrumentos perfurocortantes foi de 26% nos últimos 6 meses, e 75% durante a vida profissional. Os autores encontraram a grande exposição aos fluidos biológicos, entre os funcionários mais jovens, com mais recente formatura. A

grande maioria dos participantes do estudo relatou possuir curso de especialização e atualização nos últimos 2 anos, porém apenas 22% dos entrevistados confirmaram utilizar todos os equipamentos de proteção individual na realização do procedimento técnico. A maior prevalência do acidente com perfurocortante foi entre as mulheres. A menor prevalência da exposição ocupacional foi confirmada entre os dentistas que realizavam pausa entre os pacientes; relataram que o ritmo de trabalho adequado contribuía para a segurança dos pacientes, bem como uma melhor qualidade de serviços por parte dos dentistas.

Os estudos realizados, mostram uma grande exposição com os trabalhadores de saúde, mas não encontrei estudos com outros profissionais da saúde, como fisioterapeutas, bioquímicos que também entram em contato com fluidos biológicos.

A preocupação verificada em nosso País com a saúde dos trabalhadores, demonstrada pelos estudos realizados, é conforme com a preocupação também observada em outros países. Nestes países a incidência deste tipo de acidente de trabalho ocorridos com trabalhadores de saúde em relação aos outros profissionais também tem sido estudada por autores como Alvarado; Suazo; Quinteros (1999); Antila; Kalima; Ristola (2000); Ania; Palmieri (2001); Beekmann et al. (2001); Ansa et al. (2002); Bindi et al. (2003); Conway (2005); Simpson et al. (2005) e Borg (2005).

No continente europeu, esta preocupação é semelhante. Em Roma, na Itália, o estudo realizado no início dos anos noventa, já registrava a problemática da exposição biológica aos fluidos corpóreos nos trabalhadores de saúde. Puro et al (2003); Leocata et al. (2002).

O estudo desenvolvido na França, confirma o risco de adquirir doenças no ambiente de trabalho. Registra cerca de 62% de casos de infecção acidental pelo HCV nos trabalhadores de saúde. Reforçam a importância das medidas educativas e a conscientização dos trabalhadores e das instituições de saúde para a minimização nesse tipo de exposição. Systchenko, Volkmann e Saury (1996).

Outros estudos realizados na Itália D’Innocenzo (2003) e Antoniotti (2005) mostram preocupação com a exposição aos fluidos biológicos nos trabalhadores de saúde.

Outros estudos realizados na Universidade de Milão na “Clinica del Lavoro” referem a gravidade da exposição ocupacional a que o trabalhador de saúde está exposto de 34% a 48% . Ania; Palmieri(2001), Antoniotti (2005).

Camerino et al. (2004; 2006) descrevem ainda que os trabalhadores de enfermagem abandonam a profissão alegando a exposição ocupacional como um dos fatores para esse abandono.

A exposição ocupacional torna-se mais preocupante, quando não são registradas formalmente.

Elmiyeh e colaboradores (2004) estudaram os acidentes de trabalho em 300 trabalhadores de saúde de um hospital em Cambridge e encontraram a alta freqüência de *subnotificação* de 49% dos acidentes. Os autores advertem para as conseqüências desta atitude e a caracterizaram em seu estudo como sendo uma cultura do silêncio, o que vem comprometer ainda mais a saúde destes trabalhadores no futuro.

O estudo desenvolvido por Garcia et al. (2004) na cidade Córdoba, Madri, refere a subnotificação desses acidentes em até 36%.

A freqüente subnotificação dessa exposição entre trabalhadores de saúde pode variar de 40% a 65%, conforme afirmam Benatti (1997); Brevidelli (1997); Sarquis (1999); Marziale (2003b); Almeida (2003); Marziale; Nischimura; Ferreira (2004) e Alessio et al. (2005),

O desenvolvimento de padronização e de normatização para o encaminhamento do fluxo para este tipo de acidente pode contribuir na redução da subnotificação, bem como no desenvolvimento de estratégias para a minimização dos efeitos. Neste foco, na cidade de Ribeirão Preto do interior paulista foi desenvolvida a implantação do *kit-cat* para facilitar a comunicação dos acidentes de trabalho (Porto et al., 1999). Esta implantação

despertou nas chefias imediatas desses trabalhadores a intensificação de procedimentos preventivos.

Dentre os vários tipos de acidentes, os acidentes de trabalho com fluidos biológicos em trabalhadores de saúde são não só os mais freqüentes, como também os mais graves, pois podem causar-lhes o desenvolvimento de doenças letais.

Portanto, torna-se necessário o estabelecimento de procedimentos preconizados pelo MS para o acompanhamento e monitoramento dos trabalhadores expostos.

3.3. Procedimentos preconizados no monitoramento do trabalhador após exposição ocupacional aos fluidos biológicos.

Pela gravidade que a exposição aos fluidos biológicos representa para os trabalhadores de saúde o MS, Brasil (2006b), recomenda procedimentos preconizados pelo CDC. (CDC, 2001b; 2002, 2004b, 2003; 2005).

Os procedimentos recomendados em caso de exposição a fluidos biológicos foram modificados ao longo dos anos. Incluem cuidados locais na área exposta, recomendações específicas para imunização e medidas de quimioprofilaxia, quando indicada, e acompanhamento sorológico para hepatite e HIV (Brasil, 1995; 2002b; 2006a; 2006b).

O recente protocolo de complexidade diferenciada na saúde do trabalhador, referente à exposição a fluidos biológicos, apresentado pelo MS teve como objetivo sistematizar o atendimento nos diferentes níveis de complexidade, permitindo o diagnóstico, as condutas e as medidas preventivas e a notificação da exposição a material biológico, prioritariamente na transmissão HIV, HBV e HCV (Brasil, 2006b).

Após exposição aos fluidos biológicos, cuidados locais com a área exposta devem ser imediatamente iniciados. O MS recomenda a lavagem exaustiva com água e sabão em caso de exposição cutânea ou

percutânea. Nos casos de exposição em mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou solução salina fisiológica. O MS afirma que não há evidências de que o uso de antisséptico ou expressão local podem reduzir o risco de transmissão, entretanto o uso de antisséptico não é contra indicado (Brasil, 2006b, p.11).

A exposição ocupacional deve ser avaliada quanto ao potencial de transmissão de HIV, HBV e HCV, quanto ao tipo de exposição, tipo e quantidade de fluido e tecido, status sorológico da fonte, status sorológico do acidentado e susceptibilidade do profissional exposto (Brasil, 2006b, p.13).

Quanto *ao tipo de exposição*, as exposições ocupacionais podem ser percutâneas e em mucosas. As exposições em pele não integra, como o contato com a pele com dermatite, feridas abertas, mordeduras, devem ser consideradas como exposição de risco, quando envolverem a presença de sangue. Nestes casos, tanto o indivíduo quanto aquele que provocou a lesão, quanto aquele que foi lesado, deve ser avaliado (Brasil, 2006b, p.13).

Quanto *ao tipo de fluido e tecido*, são considerados fluidos biológicos de risco para a Hepatite B e C: o sangue é fluido corpóreo que contém a concentração mais elevada de HVB e é o veículo de transmissão mais importante em estabelecimentos de saúde.

O determinante antigênico, encontrado na superfície do HBV (HBsAg), também é encontrado em vários fluidos corpóreos incluindo: sêmen, secreção vaginal, leite materno, líquido cefalorraquidiano, líquido sinovial, lavados nasogástricos, saliva e suor (Brasil, 2006b).

Para o HIV são fluidos biológicos de risco: sangue, líquido orgânico contendo sangues visíveis e líquidos orgânicos potencialmente infectantes como sêmen, secreção vaginal, líquido e líquidos peritoneal, pleural, sinovial, pericárdico e amniótico (Brasil, 2006b, p.14).

Em relação à quantidade de fluidos e tecidos, as exposições de maior gravidade se caracterizam por maior volume de sangue quando forem lesões profundas, com presença de sangue visível no instrumento, acidentes

com agulhas previamente usadas em veia ou artéria de paciente-fonte, acidentes com agulhas de grosso calibre e agulhas com lúmen (Brasil, 2006b).

A gravidade está determinada também pela maior inoculação viral quando o paciente-fonte for portador de HIV/AIDS em estágio avançado, em infecção aguda pelo HIV, em situações de viremia elevada. (Brasil, 2006b, p.14).

Quando o paciente fonte é conhecido, mas não possui informação de seu status sorológico, é necessário orientar o profissional acidentado sobre a importância da realização dos exames de Determinante Antigênico encontrado na Superfície do HBV (HBsAg), Anticorpo contra o Antígeno do core do Vírus da Hepatite B (Anti HBc), Anticorpo contra Vírus da Hepatite C (Anti HCV) e Anticorpo contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (Anti HIV).

O MS recomenda a utilização de testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV. Esses testes fornecem resultados em até 30 minutos e apresentam alto grau de sensibilidade e confiabilidade, com o objetivo de evitar o início ou a manutenção desnecessária do esquema quimioprolático, se o resultado for negativo. As possibilidades de soroconversão recente, apesar de extremamente rara, e de resultados falso-negativos devem ser sempre levadas em conta na avaliação de qualquer teste sorológico anti-HIV em função dos dados clínicos do paciente Brasil (2006b).

Quando o *paciente fonte é desconhecido*, deverá levar-se em conta a probabilidade clínica e epidemiológica da infecção pelo HIV, HCV, HBV e a prevalência da infecção naquela população, local onde o material foi encontrado. (Brasil, 2006b, p.15).

O *status sorológico do acidentado* deve ser avaliado, verificando a realização da vacinação para a hepatite B, a comprovação da imunidade através do Anti HBs e deverá ser realizada a sorologia do acidentado para HIV, HBV e HCV.

A indicação do uso de anti-retrovirais deve ser baseada em avaliação criteriosa da equipe clínica, no que diz respeito à exposição do risco de transmissão do HIV, em função do tipo de acidente ocorrido e a toxicidade dessas medicações. Os critérios de gravidade na avaliação do risco do acidente irão depender do volume de sangue e da quantidade de vírus presente (Brasil, 2002b; 2006b).

O MS recomenda que o início da quimioprofilaxia, quando indicada, deverá ser iniciada rapidamente, se possível em duas horas. No entanto, também admite-se iniciá-la entre 24 a 48 horas após a exposição, sendo o prazo máximo de até 72 horas após a exposição. A duração da Profilaxia Pós-Exposição (PPE) deve ser de 28 dias. (Brasil, 2005a; 2006b).

Quando o paciente fonte é HIV positivo, a PPE é indicada conforme fluxogramas determinados pelo MS, conforme mostra o Anexo 01 (Brasil; 2006b, p.40). Quando o paciente fonte HIV é negativo, não está indicada a PPE. (Brasil, 2006b).

O profissional acidentado deve ser orientado a realizar atividade sexual com proteção durante o período de seguimento. Deve ser orientado também para evitar: gravidez, doação de sangue, plasma, órgãos, tecidos e sêmen. O aleitamento materno deve ser interrompido. Esta prevenção da transmissão secundária também se aplica ao vírus HBV e HCV (Brasil, 2006b; CDC 2001a).

As condutas preconizadas frente ao acidente com exposição ao HBV, dependerão do status sorológico do paciente-fonte e dos níveis de Anti-HBs do profissional acidentado, conforme mostra o Anexo 02 (Brasil, 2006b p.41).

Uma das principais medidas de prevenção ao HBV é a vacinação para hepatite B pré-exposição, devendo ser indicada para todos os profissionais da área de saúde. É uma vacina extremamente eficaz. Cerca de 95 a 99% atingem níveis protetores de anticorpos. (Brasil, 2006b).

A vacina atual para o HBV é aplicada na dosagem de 10 a 20mcg/ml, de acordo com o fabricante, no esquema de três doses, exclusivamente em deltóide, com intervalos de zero, um e seis meses. (Brasil, 2006b, p.24).

O uso de dosagem dupla de vacina está indicado nos casos dos trabalhadores com imunidade comprometida. Situações especiais, como trabalhadores portadores de HIV, talassêmicos, politransfundidos podem exigir a adoção de outros esquemas, necessitando de acompanhamento especializado (Brasil, 2006b, p.24).

Os trabalhadores que fizeram um esquema vacinal completo e não responderam à vacinação, ou seja Anti HBs <10 UI/l, devem receber uma dose de reforço e testar posteriormente o nível de anticorpos. Se o trabalhador permanecer sem resposta vacinal, deverá receber mais duas doses de vacina, e após um a três meses realizar o Anti HBs. O MS recomenda que, se ainda permanecer sem resposta vacinal, são indicadas outras doses da vacina convencional ou a vacina “hiperantigênica”, que no entanto não está disponibilizada no País até o momento (Brasil, 2006b, p.25).

A Hblg ou Imunoglobulina Humana contra Hepatite B (IGHAHB) deve ser administrada o mais precocemente possível até 7 dias após o acidente. A Hblg deverá ser solicitada aos Centros de Referências para Imunológicos específicos. (Brasil, 2006b p.40).

Os trabalhadores de centros de hemodiálise e que não respondem ao esquema vacinal, devem realizar Anti HBs e Anti HBsAg cada seis meses. (Brasil, 2006b).

Profissionais que tenham interrompido o esquema vacinal após a 1ª dose, deverão realizar a 2ª dose logo que possível, e a 3ª dose deverá ser indicada com um intervalo de pelo menos 2 meses da dose anterior. Profissionais de saúde, que tenham interrompido o esquema vacinal após a 2ª dose, deverão realizar a 3ª dose da vacina tão logo seja possível. Para profissionais de saúde com esquema vacinal incompleto, está recomendada

a realização de teste sorológico (anti-HBs) após a vacinação (1 a 6 meses após última dose) para confirmação da presença de anti-corpos protetores (Brasil, 2006b).

Os profissionais de saúde que apresentarem HbsAg positivo (no momento do acidente ou durante o acompanhamento) deverão ser encaminhados para serviços especializados para realização de outros testes, acompanhamento clínico e tratamento quando indicado. (Brasil, 2006b).

Não existe nenhuma medida específica eficaz para redução do risco de transmissão após exposição ocupacional ao HCV. A incubação do HCV é de duas semanas a 24 semanas. Caso positivo, o profissional acidentado será encaminhado para um serviço de referência. Em relação à prevenção de transmissão do vírus HCV, a única orientação é o seguimento rigoroso das medidas de segurança (Brasil, 2006b).

Todos os casos de acidente com material biológico devem ser comunicados ao Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS por meio da CAT e ao MS por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN), conforme previsto na Portaria número 777/04, além disto, a instituição deverá manter um registro interno destes acidentes. Brasil (2006b:30)

Não adianta ter recursos tecnológicos, protocolo de acompanhamento após exposição a fluidos biológicos, se não trabalhar o comportamento com os trabalhadores de saúde. Várias situações potencializam tal exposição como o não uso dos EPIs, a subnotificação, as crenças em saúde e outras situações. Assim, torna-se necessário capacitar, qualificar e monitorar tal exposição utilizando outros recursos que modifiquem o quadro atual.

3.4 Outras Medidas preventivas e a adesão dos trabalhadores.

O risco de exposição aos fluidos biológicos está diretamente relacionado às condições de trabalho. A *instituição* deve oferecer condições adequadas, previstas na legislação, como desenvolver ações de capacitação e avaliação dos procedimentos técnicos, visando a adequação entre o trabalho e o trabalhador, uso de recursos tecnológicos e adequação do número de trabalhadores, para reduzir a sobrecarga de trabalho, conforme abordam os autores que estudam o assunto.

O trabalhador de saúde e a instituição necessitam atender à legislação trabalhista no cumprimento e na utilização de todos os recursos que contribuam para a redução da exposição ocupacional. Estes recursos estão relacionados ao cumprimento no uso de equipamentos de proteção, na adesão ao esquema quimioprofilático, após a exposição ocupacional e na notificação oficial do acidente como encontramos na literatura.

Sarquis (1999), ao estudar os acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes, encontrou a não notificação oficial do acidente, em 65,95% bem como a não utilização de equipamentos de proteção em 46,29%. Os resultados ainda relacionam o maior número de acidentes nas unidades de trabalho com o número reduzido de trabalhadores de enfermagem nas respectivas unidades.

A não *adesão* dos trabalhadores de enfermagem ao tratamento completo com anti-retrovirais pós-exposição ocupacional a materiais biológicos foi registrada em 42,80% no estudo de Sailer (2004); é uma problemática que necessita de olhar mais direcionado às mudanças nos procedimentos atuais. A autora relata a necessidade de implementação de ações específicas tais como proporcionar atendimento ao trabalhador acidentado considerando os aspectos físicos e pessoais, bem como os emocionais, além da implementação de ações que minimizem a exposição.para minimizar tais acidentes, bem como a necessidade de atender ao trabalhador, considerando os aspectos físicos, pessoais e emocionais.

Com a preocupante questão relacionada *aos riscos ocupacionais* associados à exposição do trabalhador aos fluidos biológicos, algumas pesquisas foram desenvolvidas com o objetivo de procurar explicar o comportamento de alguns profissionais de saúde em sua prática. Baseada no Modelo de Crenças em Saúde, *Health Belief Model*, Brevidelli (1997), buscou *quantificar as crenças individuais* que poderiam estar influenciando a prática de reencapar agulhas entre os trabalhadores de enfermagem. Encontrou que as percepções de barreiras físicas, cognitivas e psicológicas foram as crenças mais importantes para explorar o comportamento desses profissionais. Os resultados encontrados fornecem embasamento para estratégias de intervenção destinadas a provocar mudanças de comportamento. Seu estudo contribuiu significativamente na compreensão dos fatores comportamentais em face da exposição ocupacional. Salienta a autora que os trabalhadores formados antes de 1988, ano da divulgação das Precauções Universais, eram os mais resistentes à adesão das recomendações. Isto vem ao encontro de que as *atitudes comportamentais*, mesmo conscientes, tecnicamente podem dificultar ações educativas que visem à minimização da exposição ocupacional, entre elas a biológica.

Souza (1994), em seu estudo, contribuiu para a compreensão do conhecimento e aplicação das precauções padrão nos trabalhadores. A pesquisadora constatou o alto risco ocupacional de 43% dos trabalhadores da equipe de enfermagem, decorrente do *não cumprimento dessas normas*. É interessante ressaltar a resistência, por parte dos trabalhadores, na utilização adequada das medidas de segurança, exceto na Unidade de Pronto Socorro.

Mesmo que o empregador não esteja ciente da ocorrência do acidente, não é isentado da responsabilidade enquanto empregador, da saúde do trabalhador de forma soberana sobre qualquer número ou locus, conforme dispõe a lei. Brasil (1990).

Gir e colaboradores (2004) identificaram também os fatores condicionantes para a não adesão do trabalhador de enfermagem às

precauções de biossegurança no momento da assistência ao paciente. Encontraram formas inadequadas de adesão às precauções que podem comprometer a saúde do trabalhador de enfermagem. Os enfermeiros possuem conduta ambivalente perante as situações de risco, ora priorizando a sua autoproteção, ora valorizando os cuidados de enfermagem em detrimento das normas de biossegurança e conseqüentemente, negligenciando a si próprios.

Assim, mesmo com as publicações e pesquisas que vêm sendo desenvolvidas, o conhecimento ainda é insuficiente para compreender a complexidade dessa problemática, que envolve os trabalhadores de saúde.

Para tanto, os padrões de conhecimento descritos por Carper (1978) contribuem com o conhecimento das práticas de enfermagem e sua aplicabilidade no processo do cuidar na enfermagem. A compreensão desses padrões nas instituições de saúde, possibilita a aproximação do binômio saúde-trabalho. A descrição dos quatro padrões de conhecimento propostos por Carper (1978) definidos como: o empírico, o estético, o de conhecimento pessoal e o ético foram abordados em sua tese de doutoramento, e posteriormente integrado a esses padrões White (1995) acrescenta a padrão do conhecimento sócio-político.

Alguns estudos sobre tais padrões como o de Nascimento et al. (1997) referem que o Padrão Empírico se fundamenta a partir da investigação empírica, ou seja, decorre de experimentos e experiências, por meio de pesquisa, da prática e da própria teoria. Para Chinn e Krammer (1991) resulta do pensamento da ciência tradicional, contudo tem se ampliado e incluído descrições fenomenológicas ou forma indutiva de gerações de teorias.

O Padrão Estético em Carper (1978) está além daquele que resulte de investigação científica. Neste sentido está a arte expressa através do processo criativo, no qual envolve interações. Lacerda, Zagonel e Martins (2006) compreendem a percepção da ação de cuidar integrando meios e fins no atendimento domiciliar à saúde.

O Padrão de conhecimento pessoal trata, segundo Carper (1978) do *therapeutic use of self* envolvido no processo das relações com o ser humano, o qual nega a impessoalidade e promove a integralidade do encontro com o outro via autoconhecimento, intersubjetividade e compromisso.

O padrão ético é caracterizado pelo conhecimento moral, bom senso, a compreensão e o compromisso moral do enfermeiro.

O Padrão de Conhecimento sócio – político, proposto por White (1995), complementa os modelos de conhecimentos sendo essencial para o entendimento de todos os outros. Esse padrão para Lacerda, Zagonel e Martins (2006) preocupa-se com a profissão, com a prática de enfermagem e com as políticas de saúde. Esses padrões possibilitam compreender o trabalho nas instituições de saúde, na área da Saúde do Trabalhador e a magnitude da problemática da inserção do trabalho.

Assim, diante desta problemática, torna-se necessário estudá-la para melhor compreender os significados atribuídos, as dificuldades encontradas e sentimentos envolvidos diante da exposição dos trabalhadores de saúde aos fluidos corpóreos, de forma a evidenciar a transformação dessa realidade. Para tanto foi necessário e importante conhecer outra realidade fora do País, que pudesse subsidiar propostas de monitoramento do trabalhador de saúde acidentado com fluído biológico. Assim, foi realizado estágio de doutoramento em um centro de excelência em saúde ocupacional, a *Clinica del Lavoro* da Universidade de Milão, Itália.

3.5 A experiência vivenciada na Clínica del Lavoro Luigi Devoto.

Apresentação da Clínica

A importância de conhecer outras realidades relacionadas à Saúde do Trabalhador culminou na busca de experiências de monitoramento

biológico em centro de excelência através de um estágio de doutoramento, realizado de setembro a dezembro de 2005, na Universidade de Estudo de Milão (UNIMI), na *Clinica del Lavoro* (CDL), na Itália com Bolsa de Doutorado (Sandwich).

Foram desenvolvidas várias atividades durante o estágio de doutoramento, financiado pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento e Pesquisa e Ensino Superior (CAPES), conforme cronograma preestabelecido, que passamos a descrever para melhor compreensão daquela realidade.

A *Clinica del Lavoro* é um departamento anexo às atividades desenvolvidas na UNIMI, da Faculdade de Cirurgia e Medicina; ela coordena estudos relacionados aos fatores de risco, presentes no ambiente de trabalho, sejam riscos físicos, químicos ou biológicos. Também desenvolve estudos relacionados ao ambiente de trabalho em que estes trabalhadores estão inseridos. Ainda são desenvolvidos estudos relacionados com os fatores psicossociais que comprometem a saúde do trabalhador.

A Clínica está localizada no centro da cidade de Milão, com área física total próxima de três mil metros quadrados, contemplando o hospital Policlínico com aproximadamente 700 leitos, a CDL e a UNIMI. A estrutura física do hospital é pavilhonar e constitui centro de excelência no atendimento hospitalar e no desenvolvimento de pesquisas, tratamentos cirúrgicos e clínicos em saúde do trabalhador (CDL,2005).

Esta clínica representou no início do século XX o marco inicial da saúde do trabalhador na Itália.

A decisão de constituir a CDL iniciou-se em 1902, com o término dos trabalhos de um Comitê coordenados por Luigi Mangiagalli, então fundador e primeiro Reitor da Universidade dos Estudos em Milão; porém só em 20 de março de 1910, a *Clínica do Trabalho* foi inaugurada por Luigi Devoto, graças a um projeto cultural, científico e social de originalidade reconhecida no plano internacional.

O maior e mais duradouro apoio para a fundação e realização da Clínica do Trabalho foi assegurado pelos cônjuges Ersilia e Luigi Majno, ambos largamente conhecidos naquela época na Itália, pela paixão social nobre com que sustentaram suas iniciativas múltiplas para o avanço da cultura e da defesa dos direitos civis no início daquele século. (CDL, 2005).

Em 1908 o professor Devoto deixou de ministrar a disciplina de “Patologia Médica” na cidade de Pavia para trabalhar com as doenças relacionadas com o trabalho. De 1910 a 1935 foi o primeiro diretor da CDL (CDL, 2005).

Por aproximadamente 25 anos de atuação, a assistência da CDL estava apenas voltada aos trabalhadores portadores de agravos à saúde decorrente do ambiente profissional. Naquele período atribuíam doenças profissionais como sinônimos de doenças sociais (CDL, 2005).

No período de 1910 a 1935, iniciou-se alguns estudos sobre a fadiga, sobre a ação dos resíduos inalantes minerais e sua correlação com algumas afecções respiratórias e, também, o saturnismo e a tuberculose que, para aquela época, era fatal.

A CDL desenvolveu intensa atividade social com atendimento ambulatorial gratuito dos trabalhadores, com consultas e o controle periódico de sua saúde.

Luigi Preti foi o segundo diretor da Clínica, trabalhava como médico clínico e reitor na Universidade de Parma. Exerceu a atividade de 1935 a 1941, ano em que morreu. A segunda guerra mundial havia iniciado, Milão e muitas cidades da Europa se encontravam em destruição, desordem e luto (CDL, 2005).

Enrico Vigliani foi diretor de 1942 a 1977. Enquanto estudante universitário, atuou como voluntário, contribuindo com os médicos e professores que desenvolviam seu atendimento aos portadores de agravos à saúde. Seus estudos enfocavam as doenças correlacionadas ao trabalho. Foi o precursor nas pesquisas sobre o saturnismo e das pneumoconioses.

No ano de 1942, quando assumiu a direção, encontrou a clínica em situação desastrosa, por causa da segunda guerra mundial. A biblioteca e grande parte da Clínica haviam sido bombardeadas. A situação econômica, social e cultural estava fragilizada. O atendimento aos trabalhadores necessitava continuar, mas teve de ser transferido para um hospital próximo à Clínica. Faltavam laboratórios, salas para o atendimento e também havia a ausência de alguns médicos que estavam exercendo suas atividades em outras estruturas de saúde para atender às vítimas da segunda guerra mundial. Alguns médicos contaram que a biblioteca foi muito destruída e muitos vinham até as ruínas buscar os livros entre os escombros, passavam horas entre tijolos, paredes, pedras e livros, não havia teto sobre a biblioteca. A equipe médica necessitava da literatura ali existente para consultar e discutir os casos clínicos. Posteriormente, praticamente todo o acervo foi recuperado (CDL, 2005).

Na metade dos anos 60, iniciou-se a construção de um edifício de quatro andares, onde atualmente funciona o Instituto Clínico de Aperfeiçoamento, com laboratórios equipados e completos de hematologia, radiologia, pneumologia e outros. Desde 1987, este prédio construído leva o nome de “Pavilhão Enrico Vagliani” como homenagem ao diretor.

Naquele período intensificaram os estudos sobre fisioterapia respiratória, imunologia, histologia, citologia, higiene e toxicologia industrial, ergonomia e neurologia.

Foi iniciada a primeira especialização de Medicina do Trabalho em meados dos anos 60. A biblioteca contemplava um acervo literário muito importante para as pesquisas referentes à saúde e ao ambiente de trabalho. Este arquivo histórico nos dias atuais representa grande acervo literário da história sanitária e social de Milão e de toda a Itália nos últimos três séculos (CDL, 2005).

O periódico científico denominado *La medicina del Lavoro* até hoje divulga vários trabalhos científicos de todo o mundo.

Várias e conceituadas faculdades de Medicina das cidades italianas como Padova, Pavia, Verona, Bari e outras vinham em busca de estudos mais aprofundados e também buscavam contribuir com estudos e manifestos para as pesquisas referentes à saúde e ao ambiente de trabalho. Foi iniciado o movimento para criação do Sindicato dos Trabalhadores com ênfase na defesa da saúde no ambiente de trabalho.

Nos anos 70, com o desenvolvimento dos estudos relacionados ao desenvolvimento cultural, social e normativo, foi iniciada a elaboração da Reforma Sanitária Italiana. De 1978 a 1984, dois diretores intercalam a direção da clínica, Enrico Vagliani e Antonio Grieco. Muitos trabalhos foram desenvolvidos e a clínica iniciou assessoria regional, nacional e internacional sobre esses temas. Os problemas emergentes relacionados ao trabalho, como alterações visuais, auditivas e outras, iniciaram o marco de outros temas específicos, decorrentes de agravos à saúde, oriundos do ambiente laboral. Algumas áreas como a ergoftalmologia, audiologia profissional, patologias degenerativas, stress e outras foram centro de novos estudos.

Em colaboração com os outros institutos, surgiu o primeiro doutorado italiano de medicina do trabalho e Higiene Industrial em Bari. Também foram iniciados alguns centros de pesquisa vinculados à Organização Mundial de Saúde. Surgiu então o Centro de Epidemiologia Ocupacional Clínica e Ambiental (EPOCA).

Em 1980 foi iniciado o serviço de Medicina Preventiva na região da Lombardia, região localizada ao Norte da Itália. Os estudos das doenças relacionadas ao trabalho, epidemiologia e toxicologia ambiental eram temas amplamente discutidos e tratados em todos os aspectos.

Hoje, a *Clinica del Lavoro* possui vários departamentos. O estágio de doutoramento foi desenvolvido no centro de estudo denominado EPOCA (**EP**idemiologia **O**cupazionale, **C**linica e **A**mbientale), que se localiza no segundo andar do “Istituto Clinico de Aperfeiçoamento Enrico Vagliani”. O estágio foi realizado com a supervisão do professor Dr. Pietro Alberto Bertazzi, atual diretor do centro de estudo EPOCA. A CDL conta ainda com

uma ampla biblioteca, toda informatizada, para realização de pesquisa em base de dados, que permitiu a revisão da literatura sobre a temática.

A CDL atende aos trabalhadores que sofreram exposição a fluidos biológicos, provindos do Hospital Policlínico. Estes trabalhadores são acompanhados e monitorados por todo o período, conforme preconizado pela OMS. Torna-se necessário esclarecer que cada instituição de saúde possui o seu próprio sistema de monitoramento e acompanhamento no que diz respeito à exposição a fluidos biológicos.

Atualmente a CDL possui representação em algumas comissões internacionais que desenvolvem pesquisas relacionadas à saúde do trabalhador, como o comitê técnico sobre afecções musculoesqueléticas que desenvolve pesquisas relacionadas à ergonomia. Também possui representação na *International Commission on Occupational Health* (ICOH), Comitê Internacional de Saúde Ocupacional (CDL, 2005).

A CDL realiza em média 2.000 consultas ao ano. Estas consultas são agendadas periodicamente pelas empresas aos trabalhadores. Possui 20 leitos de internação, atualmente são utilizados apenas 10 leitos de internação hospitalar e cinco leitos são destinados ao Day Hospital. As internações são oriundas do próprio ambulatório da Clínica. São realizadas em média 160 consultas por mês. O horário de atendimento do ambulatório é das 8 às 17 horas. Possui 6 médicos que atendem durante todo o dia. O ambulatório conta também com grande equipe de médicos que estão realizando sua especialização em medicina do trabalho. A equipe de enfermagem é composta por 10 profissionais com jornada de trabalho de 8 horas diárias, sendo uma enfermeira na função "*infermiere capo-sala*" (terminologia destinada à enfermeira supervisora na Itália), sete técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais. Possui, ainda, uma auxiliar de enfermagem que trabalha apenas 4 horas por dia, carga horária permitida na legislação trabalhista italiana.

O foco central dos estudos realizados na Clínica está relacionado às condições de trabalho e nos fatores de risco desta exposição,

desencadeando patologias. Os estudos de maior relevância estão relacionados com a exposição ocupacional, epidemiologia, ergonomia, higiene industrial e ambiente e biologia molecular. Vários estudos que são desenvolvidos na CDL estão articulados com outros departamentos da UNIMI.

A UNIMI hoje é um complexo universitário inaugurado em 28/08/1924, com sede no antigo Hospital *La Ca Granda*, que significa “casa grande”, construído há seis séculos. A pedra fundamental do hospital foi colocada em 12 de abril de 1456 por Francesco Sforza, duque de Milão e sua esposa Bianca Visconti como agradecimento a Deus pela conquista do título de duque de Milão. O edifício foi concluído no século seguinte. O hospital atendia a uma grande área de abrangência, sendo muito importante para as ciências da saúde. O atendimento era gratuito aos pobres e necessitados. O complexo arquitetônico para aquela época representou por séculos na Itália e na Europa um exemplo de estrutura hospitalar pelo tamanho e pelo número de atendimentos (CDL, 2005).

No início do século, o instituto de aperfeiçoamento iniciava seus atendimentos. Quando a UNIMI foi inaugurada em 1924, foi também inaugurado, após cinco anos, um grande complexo hospitalar, hoje denominado *Hospital Policlínico* para atender às necessidades acadêmicas e para atender à população milanesa. O antigo hospital naquela época dava suporte à realização de algumas atividades práticas clínicas, mas durante a segunda guerra mundial o hospital foi completamente bombardeado.

A UNIMI e os cidadãos milaneses iniciaram a reconstrução e a partir de 1958, com a reconstrução completa, a sede oficial da UNIMI passou a ser no antigo hospital. A estrutura física comporta todas as necessidades administrativas e acadêmicas. (CDL, 2005).

A UNIMI atualmente possui nove faculdades, 72 cursos de graduação, chamados de *laurea triennale*, seis cursos de graduação denominados cursos de *laurea magistrale* ,com ciclo único. Também

possuem vários aperfeiçoamentos com vários cursos de doutorado e 90 escolas de especialização (UNIMI, 2006).

Entre os cursos, destacamos o recente curso de graduação de enfermagem. O curso é trienal, com exigência legal no cumprimento de 180 créditos, sendo 79 créditos práticos desenvolvidos em locais de atividade prática. As disciplinas são realizadas na UNIMI, sob o gerenciamento do Colégio Provincial denominado *Istituto Previdenziale Assistenza Sanitaria Vigilanzia Infantile Milano* - IPASVIMI (Anexo 01, CD) Muitas disciplinas ainda são ministradas por outros profissionais, como médicos, biólogos e psicólogos. A primeira graduação de enfermagem na Itália aconteceu no ano de 2002. (IPASVI, 2005).

Atualmente, o exercício profissional na enfermagem ainda é realizado por uma equipe técnica, com profissionais treinados e designados para assumirem posição de gerenciamento das atividades de enfermagem (Itália, 2006). Em 24 de janeiro de 2006, foi aprovado pela Câmara dos deputados o projeto de Lei que define e regulamenta o exercício profissional para os enfermeiros (Anexo 02, CD).

Preocupados com a segurança profissional e o novo exercício profissional, o *Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortúnio sul Lavoro e le malattie Professionali*; Instituto Nacional Italiano de Segurança no Trabalho (INAIL) elaborou um manual completo com todas as atividades inerentes ao trabalho dos profissionais enfermeiros e também padroniza as ações para o conhecimento e a execução dos procedimentos referentes aos riscos biológicos (Bindi et al., 2003).

Este manual intitulado *Rischio biologico negli ambulatori- Prime Cure INAIL: vademecum per l'infermiere*, contém 64 páginas e representa a grande preocupação no que diz respeito aos riscos biológicos (Bindi et al., 2003).

A exposição ocupacional e o monitoramento dos trabalhadores de saúde na Itália e na Europa.

Nos últimos 30 anos ocorreram mudanças significativas na legislação trabalhista Italiana, no que diz respeito aos acidentes de trabalho. Estas mudanças contribuíram para a elaboração da reforma sanitária italiana que só aconteceu no final da década de setenta (Bindi et al., 2003).

Nos anos sessenta, a Lei nº. 1124/65 determinava apenas a responsabilidade do acidente de trabalho aos institutos nacionais (Bindi et al., 2003).

A Lei seguinte nº. 264/74, convertida posteriormente na Lei n. 386/76, apresentava algumas modificações, pois neste período a Itália já se encontrava em processo de elaboração da Lei da reforma sanitária. Esta lei ficou em vigor apenas dois anos e determinava a responsabilidade do acidente de trabalho ao setor regional (Bindi et al., 2003).

Sob responsabilidade do INAIL, contra os acidentes de trabalho e doenças profissionais, a grande inovação ocorreu na Lei nº. 833/78 denominada “Lei da Reforma Sanitária”. Esta lei continha inovações não só no aspecto organizativo, mas também em outros aspectos. Esta lei transferia à unidade sanitária local a responsabilidade da saúde dos trabalhadores, seja nos exames diagnósticos, no ambiente de trabalho e na manutenção da saúde destes trabalhadores (Bindi et al., 2003, p.14).

A particular importância desta assistência sanitária, estava concentrada não somente no primeiro tratamento no local de atuação destes trabalhadores, mas também possibilitar o máximo de recuperação da capacidade de trabalho (Bindi et al., 2003, p.14).

Desde então, foram elaborados comitês locais para o primeiro atendimento dos trabalhadores. Com a deliberação do decreto nº. 303 de 30/06/91, o Comitê Executivo determinava os especialistas para os atendimentos especiais como ortopedistas, neurologistas, radiologistas, otorrinolaringologistas, oftalmologistas e outros (Bindi et al., 2003, p.17).

Desde 1991, os serviços de assistência à saúde do trabalhador foram especializando-se para o primeiro atendimento. Os trabalhadores eram atendidos em seus locais de atuação por equipes especializadas. (Carreri et al., 2003; Carrieri,2004).

Para compreender os dados estatísticos referentes aos acidentes de trabalho na Europa, desde os anos noventa, um importante programa de normatização foi implementado na União Européia, com o objetivo de quantificar estes acidentes e compreende-los em diversos cenários de trabalho, pois a União Européia conta com diversos países e diversas normas de seguro à saúde e de previdência social. (INAIL, 2004, p.33).

Este programa denominado L'EUROSTAT (*l'ufficio centrale di statistica della Comunità Europea*). Este programa está contemplado também na ESAW (*European Statistics on Accidents at work, ovvero Statistiche europee degli infortuni sul lavoro*). (Nicosia et al., 2002; INAIL, 2004, p.33).

São incluídos na ESAW todos os acidentes de trabalho notificados e superiores a 3 dias de afastamento, são registrados e analisados todos os dados referentes ao acidente de trabalho, correlacionando o local de trabalho. São excluídos os casos de acidente de trabalho não caracterizados como desencadeados pelo ambiente de trabalho. São excluídos também acidentes autoprovocáveis e Infarto de Miocárdio. Os dados são compilados no sistema que correlaciona a taxa de incidência do trabalhador no ambiente e o número de trabalhadores expostos no respectivo cenário de trabalho (INAIL, 2004, p.33).

O Ministério do Trabalho Italiano, na apresentação dos dados referentes ao ano de 2004, afirmou que o acidente de trabalho é fenômeno muito complexo e de extrema delicadeza, pois envolvem aspectos humanos, sociais e econômicos, pois os dados registrados administrativamente, se transformam em informações estatísticas e devem ser avaliados sob muitos prismas (INAIL, 2004, p.15).

A compilação dos dados e registros mensais posteriormente são divulgados para o domínio público. A função deste registro para o INAIL (2004, p.16) tem característica preventiva e intervencionista. Os acidentes de trabalho no continente europeu tiveram uma redução de 1,7% no primeiro trimestre de 2004. Correlacionou a região territorial do trabalhador com a atividade e com o local do trabalho propriamente dito (INAIL, 2004, p.04).

Os acidentes de trabalho registrados nos 15 países da União Européia, no ano de 2002, somam um total de 4,4 milhões. O somatório é menor do que aquele de 2001; registra 4,7 milhões de acidentes em todo o continente europeu. Nesta redução está contemplado o acidente de trabalho com afastamento e o acidente de trabalho com óbito (INAIL, 2004, p.52).

Esta redução está associada também aos recursos tecnológicos que complementam e ajudam no desempenho das atividades técnicas (INAIL, 2004).

É importante lembrar que esse perfil de trabalhadores está contemplado pelo número de trabalhadores não italianos, denominados extracomunitários, advindos de outros países e continentes. A soma dos imigrantes na Itália é aproximadamente de 2.700.000, representando cerca de 5% da população. Esses trabalhadores estão inseridos em atividades de indústria e comércio em 50%, em atividades domésticas em 43% e uma minoria de 7% em atividade de agricultura (INAIL, 2005, p.28).

Alguns trabalhadores extracomunitários desenvolvem atividades laborativas autônomas e desta maneira, muitos acidentes não são compilados no território nacional.

Contemplando ainda a exigência legal para a aplicação do Decreto Lei nº. 626/94, o SINDAR (**Sistemi Industriali Ambientali Relazionali**) possui ainda um programa denominado GISA – GISA Project.

O projeto GISA - GISA Project (**Gestione Integrata Sicurezza e salute**), nasceu para avaliar os diversos riscos existentes no ambiente de trabalho e verificar a exposição aos riscos e adaptar estas exposições, conforme as exigências legais, descritas na Lei nº. 626/94 (Itália, 2006).

Está diretamente ligado com a Associação Ambiental do Trabalho e com o SINDCAR e atua em várias áreas, como indústrias, empresas e hospitais (GISA, 2005).

Este software possibilita unificar os procedimentos e analisar as formas de minimizar tal exposição. Compreende um software que determina medidas de segurança específica para as unidades de trabalho. Existem cinco programas dentro do GISA Project, são eles:

- CHEOPE (**CH**emical **E**xposure **OP**erating **E**valuation): programa de avaliação do risco de exposição aos agentes químicos perigosos para o cumprimento do parágrafo VII do decreto Lei nº. 626/94;
- TEBE (**T**otal **E**valuation of **B**iological **E**xposure): programa de avaliação da exposição de agentes biológicos para o cumprimento do parágrafo VIII do decreto Lei 626/94.
- RAMSES (**R**isk **A**ssesment **M**etodology for workers **S**afety against **E**xplosion**S**): programa de avaliação de risco de explosão e atmosfera explosiva para o cumprimento do parágrafo VIII/BIS do decreto Lei nº. 626/94.
- CHEFREN (**CH**emical **E**xposure & **F**reight **R**isk **E**valuation**N**): programa de avaliação do risco de exposição aos agentes químicos perigosos no transporte para o cumprimento do parágrafo VII/BIS do decreto Lei nº. 626/94.
- MICERINO (**M**étodo **I**ntegrato per il **C**alculo delle **E**sposizione e dei **R**ischi **I**Ndividuali e **O**peratvi): programa de medida de análise ambiental de agentes químicos e físicos com análises dosimétricas e cálculo do nível de exposição funcional (GISA, 2005, p.5).

Esses sistemas contribuem de maneira significativa para o registro, bem como avaliam a situação de risco existente em cada unidade de trabalho.

A literatura registra a grande preocupação com os acidentes ocorridos nas unidades hospitalares italianas desde a década de setenta. Na década de oitenta, desde a evidência epidemiológica dos acidentes de trabalho em unidades hospitalares e o surgimento da AIDS, pesquisadores italianos apresentaram em um congresso nacional, dados estatísticos referentes aos acidentes hospitalares. Dicredito e Merluzzi, citado por Giglioli em 2003, relataram a grande exposição ocupacional nos anos de 1963 a 1965, após um estudo retrospectivo desses acidentes ocorridos no *Ospedale Maggiore di Milano – Ca Granda*; porém os dados registrados eram insuficientes sobre a perspectiva quantitativa, pois não correlacionavam naquela época uma visão mais ampla do problema da segurança, dos trabalhadores e da própria instituição (Giglioli, 2003, p.8).

Giglioli, (2003) relata a preocupação com a exposição ocupacional nos hospitais públicos dos Estados Unidos já estava sendo estudada desde o início dos anos setenta, em 1972, pelo National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH).

Com a promulgação da Lei n^o. 833/78, denominada “Lei da Reforma Sanitária”, as mudanças ocorridas sob responsabilidade do INAIL contemplaram aspectos organizativos e estruturais para os acidentes de trabalho.

Contemplando essa particularidade, o Decreto de Lei n^o 626/94, no capítulo 5, descreve

a prevenção do risco ocupacional e a proteção dos trabalhadores. Dedicar um capítulo inteiro ao risco biológico (Título VIII), particularmente importante na estrutura sanitária. O risco biológico é tratado neste decreto Lei, focalizando a temática relativa ao risco de exposição e de infecção aos patógenos transmissíveis por vias hematológicas (PHASE, 2003, p.7).

Com a evidência epidemiológica e a constatação dos riscos ocupacionais inerentes às atividades laborativas hospitalares, o Ministério da Saúde Italiano, no ano de 1986, introduziu um programa eletrônico de acompanhamento para o risco de exposição ocupacional aos fluidos biológicos, entre eles o HIV, o HVB e o HCV. Atualmente, o programa está

sob a coordenação do Serviço de Epidemiologia do Instituto Nacional para doenças infecciosas *Lazzaro Spallanzani*, com sede em Roma (PHASE, 2003 p.10).

Em 1986, então, foi implantado o programa *Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV/HBV/HCV*; estudo Italiano para o risco ocupacional em HIV/HBV/HCV (SIROH-EPINet).

O SIROH-EPINet é um programa eletrônico, um software mantido pelo Ministério do trabalho Italiano. Neste programa são registradas, armazenadas e centralizadas todas as informações referentes a esses acidentes (PHASE, 2003, p.10).

De 1986 até 2002, o SIROHNet registrou 18 soroconversões com trabalhadores de saúde (3 de HIV, 14 HCV e 1 HBV), todos foram adquiridos pela picada acidental com agulha oca, contendo sangue (PHASE, 2003, p.12).

Entre janeiro de 1994 e dezembro de 2002, o SIROHNet registrou 40.000 acidentes entre os 100 hospitais interligados em toda a Itália. As informações estão *on line* e são seguidas e acompanhadas periodicamente. O SIROHNet participa também de pesquisas interligadas com outros centros de referência localizados no Canadá, Austrália, Japão Espanha e França (PHASE, 2003, p.10).

Em 1999, foi criado um grupo de estudo denominado Grupo *People for Healthcare Administration, Safety and Efficiency* (PHASE) para melhor monitorar e acompanhar os registros oriundos das informações do SIROH-EPInet.

A eficácia dos programas de prevenção e proteção adotados pelo grupo PHASE, implementados na Itália desde 1994, mostraram significativa redução dos acidentes com instrumento perfurocortante. Os registros confirmam uma redução em até 38% dos acidentes, quando são utilizadas novas tecnologias no desenvolvimento de procedimentos técnicos, como agulhas e cateteres venosos com sistema de segurança (PHASE, 2003).

O grupo PHASE estuda o ambiente de trabalho no âmbito da saúde. É um grupo de estudo composto por uma equipe interdisciplinar, com características culturais, sem fins lucrativos e apolítico. PHASE (2003 p.10). O Grupo, em sua última publicação, constatou grande preocupação com a exposição ocupacional existente nos ambientes de saúde. Apresentou uma estatística muito assustadora, afirmando que, anualmente, acontecem na Itália 70.000 exposições ocupacionais com risco biológico dos trabalhadores de saúde. É estimado que, cada ano 9 dos 10.000 cirurgiões italianos e 100 de 300.000 profissionais de enfermagem, contraem hepatite C depois da exposição ocupacional com material biológico infectado (PHASE, 2003, p.10).

O grupo PHASE elaborou, em 2003, um manual técnico operativo intitulado: Risco Biológico e Acidente Perfurocortante nos Trabalhadores de Saúde. Este manual está baseado no Decreto Lei nº. 626/94. A finalidade deste manual está na informação, formação e treinamento destes trabalhadores expostos. Composto de 72 páginas contempla todas as informações necessárias para o desenvolvimento dos procedimentos técnicos dos trabalhadores. O manual educativo do grupo PHASE ressalta a grande preocupação com a exposição ocupacional em alguns setores com a soroconversão referida.

Na Itália, a prevalência para a soroconversão para HBV, HCV e HIV era respectivamente de 2%, 4% e 1%. Porém os valores podem estar modificados, dependendo da unidade de trabalho. Afirma que em uma unidade de infectologia, a população de pacientes soropositivos para HIV é de 30 a 70%; na unidade de hemodiálise, os pacientes soropositivos para HBV variam de 5 a 10% e para o HCV de 25 a 40%. Estes valores podem ser mais elevados ainda para os pacientes toxicodependentes (PHASE, 2003, p.11).

Por outro lado, o grupo PHASE destacou a eficácia dos programas de prevenção e proteção e também a utilização de seringas e agulhas com dispositivos de segurança. Os dados confirmam que a redução

da taxa de acidente com perfurocortante se reduziu de 13,41% a 6,41% por 100.000 agulhas utilizadas em um hospital de New York (PHASE, 2003 p.28).

A sociedade italiana de Medicina do Trabalho e Higiene Industrial ainda possui um protocolo de padronização de formação contínua dos médicos de trabalho. Este protocolo denominado *Rischio Biologico per i lavoratori della sanità: linee guida per la sorveglianza sanitaria*, (Risco biológico para os trabalhadores de saúde: monitoramento para a vigilância sanitária), contempla 153 páginas com todas as recomendações necessárias para o acompanhamento dos trabalhadores (Alessio et al., 2005).

Através também do projeto GISA, o programa TEBE pode avaliar e acompanhar também o risco da exposição ocupacional nos acidentes com fluidos biológicos.

Para a implantação deste programa há a necessidade da instalação de um software específico, que permite medir o índice de perigo, a exposição aos riscos (GISA, 2005, p.5).

O conhecimento aprendido em relação ao programa TEBE, constitui uma ferramenta para a compreensão do monitoramento e da adesão dos trabalhadores expostos a fluidos biológicos.

Percebem-se nesse software implementado em toda a Itália os acidentes, os fatores desencadeadores, bem como torna-se possível monitorar o trabalhador em todo o período de acompanhamento, uma vez que o monitoramento é realizado no próprio local de trabalho. O trabalhador não necessita deslocar-se para o atendimento, bem como para a coleta de exames laboratoriais, porque a própria instituição de saúde tem essa monitorização normatizada. O trabalhador de saúde recebe a convocação para o comparecimento através do próprio sistema informatizado. Caso ocorra ausência desse trabalhador, o programa TEBE emite nova convocação, possibilitando a adesão ao monitoramento biológico.

Com essa vivência pode-se apontar que, no Brasil ainda há a necessidade de capacitar as instituições de saúde que possuam Pronto

Socorro e laboratório, para reduzir o deslocamento do trabalhador, uma vez que esse fator é agravante para a não adesão ao protocolo de monitoramento. Associado à não capacitação técnica dos profissionais da saúde, o Brasil ainda não dispõe desse recurso tecnológico para essa monitorização direta com sistema de convocação e acompanhamento do trabalhador. A implantação desse software é um desafio a ser enfrentado na adesão ao protocolo de monitoramento biológico no País.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

O estudo caracteriza-se como exploratório, de caráter descritivo e de abordagem qualitativa, uma vez que tem como objeto a exposição e o monitoramento dos trabalhadores de saúde aos fluidos biológicos.

Para compreender e captar o significado dessa exposição dos trabalhadores de saúde que estão expostos aos fluidos biológicos optou-se por realizar a técnica de grupo focal.

Iervolino e Pelicioni (2001) afirmam que o grupo focal, como técnica de pesquisa qualitativa, permite obter dados a partir de reuniões em grupo, com pessoas que relatam fatos que atendam ao objetivo do estudo. Para esses autores a técnica de grupo focal tem sido utilizada em vários países para a estruturação de ações diagnósticas e para o levantamento de problemas. Também pode ser utilizada para o planejamento das atividades educativas, como objeto de promoção em saúde e meio ambiente, podendo ser utilizado até para a revisão do processo ensino-aprendizagem (Dall'agnol, Ciampone, 2002; Méier, Kudlowiez, 2003, Aschiadimini, Saupe, 2004).

Segundo Chiesa; Ciampone (1999), o grupo focal permite reunir os sujeitos do estudo em um espaço de investigação propício à reflexão crítica sobre o cotidiano do trabalho.

Os autores referem que esta técnica é uma estratégia que permite aos pesquisadores observarem os pontos consensuais, as divergências e as diferentes formas de superar os problemas destacados nos diferentes campos que compõem os cenários. Afirmam, que através do levantamento de dados da investigação, se pode construir um espaço imediato de formulação de estratégias para os temas discutidos pelo grupo.

Para Debus (1997), o Grupo Focal constitui ferramenta de investigação, havendo três razões para o seu uso: a interação do grupo, que proporciona resposta mais consistente e permite o surgimento de idéias novas e originais; a observação, que permite ao pesquisador conhecer *in loco* as atitudes, comportamentos e percepções dos pesquisados; e o aspecto econômico, que está relacionado ao menor custo e ao menor tempo gasto.

O grupo focal ainda possibilita ao pesquisador produzir um concentrado de dados sobre o tópico de interesse, com rapidez e eficiência. Na interação grupal, além da elaboração de idéias, ocorre a formação de opiniões e o relato de experiências vivenciadas (Soares, Reale, Brites, 2000; Kaiser, Barry, Kaiser, 2002; Ressel, Gualda, Gonzalves, 2002; Fleiter, 2004).

Na pesquisa qualitativa, no campo das ciências sociais, mais recentemente os cientistas utilizam a técnica de grupo focal, considerando que

esta técnica prevê a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas onde os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não constrangedor (Westphal; Bógus, Faria, 1996, p.473).

A pesquisa qualitativa, para Debus (1997) é um tipo de pesquisa que utiliza técnicas especializadas para obter respostas com maior profundidade sobre os sentimentos das pessoas quando questionadas.

Conforme afirma Minayo (2004, p.134).

torna-se importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; para compreender as relações que se dão entre os atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais e para avaliação das políticas públicas e sociais, tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como um dos usuários a quem se destina.

Algumas vantagens dessa técnica são promovidas pelo processo interativo que favorece o desenvolvimento de reflexões mais substanciais. Conforme afirmam Dall'agnol; Trench (1999), a exposição de diferentes

percepções do fenômeno pode despertar nos sujeitos o surgimento de elaborações acerca dos aspectos latentes.

A técnica do Grupo Focal para Debus (1997), em seu caráter subjetivo de investigação, deve seguir rigorosamente alguns aspectos operacionais, como a escolha dos sujeitos, o moderador, o local dos encontros e a elaboração do guia de temas, para não comprometer a pesquisa qualitativa. Afirma o autor que os erros cometidos, com maior frequência, na interpretação dos dados são: quantificar os grupos focais, discutir os comentários dos sujeitos em vez de aprofundar a essência do significado.

A seleção dos sujeitos do Grupo Focal deve considerar algum traço em comum entre eles, importante para o estudo, conforme considera Debus (1997). Nesse estudo o traço em comum foi a exposição a fluidos biológicos.

Dall'Agno e Trench (1999) consideram um grupo ideal de 8 a 10 sujeitos; mas para as autoras o grupo pode ser construtivo até com 15 sujeitos.

Os sujeitos devem ser orientados por um moderador que deve possuir capacidade de escuta e capacidade de conduzir o grupo de uma maneira não direcionada, pois as falas devem emergir dos sujeitos da pesquisa. No fim das sessões grupais, cabe ao moderador apresentar um sumário dos temas discutidos (Debus, 1997).

O número de sessões para os grupos focais pode variar de acordo com a complexidade da temática, sendo recomendado no mínimo duas sessões (Debus, 1997).

4. 2 Local de estudo

O presente estudo foi realizado na UST do HT, na cidade de Curitiba.

Esta cidade que foi fundada em 29 de março de 1693, sendo elevada à capital do Estado do Paraná em 29 de agosto de 1853.

Localizada no sul do Estado, com 934,6m de altitude e com aproximadamente 430 km², possui clima temperado, sendo quente no verão e frio no inverno, com incidência de geadas. A temperatura média no verão é de 21 ° C e 13 ° C no inverno. A maior parte de sua população de 1,7 milhões de habitantes descende de imigrantes italianos, poloneses, alemães, ucranianos, japoneses, sírios e libaneses. Hoje, Curitiba é uma cidade de comércio, serviços e indústrias, com alta tecnologia e planejamento. Tem programas sociais e uma qualidade de vida reconhecida em todo o país e no exterior. Com um Produto Interno Bruto (PIB) de U\$8,6 bilhões /ano, tem renda per capita de U\$5,9 mil /ano, contra uma média nacional de U\$3,6 mil /ano. A cidade vive agora um rápido processo de integração dos 26 municípios que compõem a Região Metropolitana, com uma população de 3,2 milhões de habitantes, e de diversificação de seu parque industrial Em parceria com o governo do Estado do Paraná, a cidade está captando investimentos industriais na ordem de U\$ 5,9 bilhões para a Região Metropolitana. Curitiba se prepara para o futuro, investindo na geração de empregos, no atendimento social e na preservação de sua identidade cultural. (PMC, 2007).

A instituição campo de estudo, a UST, pertence ao HT da UFPR. Esse hospital foi eleito entre os 526 hospitais do Estado pela especificidade do atendimento a que se propõe o estudo. É uma instituição pública e de ensino.

Ao longo de mais de 50 anos, o HT vem trilhando uma história de assistência à saúde com inegáveis benefícios à comunidade de Curitiba e do Paraná. Instalado na região sul, uma das mais populosas de Curitiba, a

Instituição iniciou suas atividades em 1947, com a fundação do Sanatório Médico-Cirúrgico do Portão, com o objetivo de dar atendimento a pacientes com tuberculose e doenças torácicas. Pouco a pouco, foi-se tornando referência no atendimento de diversas especialidades médicas, exigindo cada vez mais infra-estrutura, capacitação profissional e melhor desenvolvimento gerencial. Em 1980, esta instituição transformou-se em Hospital Geral do Portão, com o objetivo de atender nas áreas de infectologia e da AIDS. Após 14 anos, o Hospital Geral do Portão passou por grande reforma. O hospital foi então reinaugurado em 1994, com o nome de Hospital Geral Mauro Senna Goulart. No ano seguinte, em 1995, ocorreu a inauguração da Maternidade Dr. Luiz F. Cajado de Oliveira Braga. Somente no ano de 1997, transformou-se em HT. Sua missão foi redefinida pelo convênio celebrado entre o Governo do Estado do Paraná, Prefeitura de Curitiba, UFPR e a Fundação para o Desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Cultura – FUNPAR, tornando-se hospital especializado, no atendimento ao trauma e nas doenças relacionadas ao trabalho. (HT, 2004).

A parceria estabelecida representou grande salto de produtividade e qualidade nos serviços prestados para essa unidade da rede pública estadual de saúde. Aos serviços já existentes foi agregada nova missão: a de transformar o HT em um centro de excelência no atendimento aos acidentados em geral e, em especial, aos acidentes e doenças do trabalho (HT, 2004).

O HT executa ações de prevenção e reabilitação na Saúde do Trabalhador, previstas no SUS, conforme disposto na Constituição de 1988.

Atualmente o HT possui 173 leitos e realiza mais de 65 mil internações e de 35 mil cirurgias. Agrega investimentos num total de 7,3 milhões em equipamentos médico-hospitalares e instalações físicas.

O hospital possui 893 funcionários, sendo 220 médicos, 264 trabalhadores de enfermagem entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A UST foi inaugurada em 17 de dezembro de 2004, com o objetivo de atender à demanda do Sistema Único de Saúde (SUS), através de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) Secretaria Municipal de Saúde - SMS, UFPR e a FUNPAR. Esta unidade visa o atendimento dos trabalhadores com suspeita ou agravos relativos ao trabalho, previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde - LOS número 8.080/90 (UST, 2005).

A UST possui 175 metros quadrados para o atendimento qualificado dos trabalhadores. Está localizada dentro do HT e possui infraestrutura adequada e confortável. Conta com equipe multiprofissional especializada e realiza exames complementares, quando indicados. A UST está integrada com a central de marcação de consultas da SMS de Curitiba. Atende em média 70 trabalhadores de saúde ao mês, que sofreram exposição ocupacional a fluidos biológicos. A UST é referência para as instituições no atendimento às vítimas de acidentes com fluidos biológicos em toda a Curitiba e região metropolitana. Recebe os trabalhadores e, entre eles, os de saúde, que sofreram exposição ocupacional por fluidos biológicos e realiza seu monitoramento e acompanhamento. Incluem-se os consultórios dentários, os pequenos hospitais, clínicas e outras unidades, cuja exposição biológica pode acontecer.

Os trabalhadores de saúde são atendidos no Pronto Socorro do HT e, posteriormente são encaminhados à UST com agendamento eletrônico, marcado no momento do atendimento no Pronto Socorro.

O trabalhador de saúde, com vínculo empregatício municipal, é encaminhado, após o primeiro atendimento na UST, à SMS. Outros trabalhadores de saúde, com vínculo empregatício ou não, são acompanhados na UST, quando o local de trabalho não possui a infraestrutura para o monitoramento (UST, 2005).

4.3 Os sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo constituíram uma amostra intencional de 15 trabalhadores de saúde, que foram atendidos e encaminhados para a UST, após exposição aos fluidos biológicos, no período de março a agosto de 2005. Os critérios para a eleição foram:

- Ser trabalhador de saúde;
- Ter sido exposto aos fluidos biológicos em seu local de trabalho, atendido na UST e encaminhado para o monitoramento e;
- Ter aceitado participar do estudo.

4.4. Captação dos dados

4.4.1 Instrumentos

Para a captação dos dados foram construídos os instrumentos denominados Formulário 1 e 2. O Formulário 1 (Anexo 3) teve por objetivo a caracterização dos trabalhadores. O Formulário 2 constituiu de questões norteadoras a serem aplicadas no grupo focal, denominados Guia de Temas 1, 2 e 3 (Anexos 4, 5 e 6). Os formulários foram aplicados em duas etapas, como estão descritas a seguir.

Primeira etapa: os dados (Formulário 1) foram captados da Ficha de Acidente com Material Perfurocortante e Material Biológico da UST preenchida pelo trabalhador de saúde exposto aos fluidos biológicos, no primeiro atendimento na UST. Com esse Formulário 1, buscou-se caracterizar os trabalhadores expostos, conforme critérios de seleção estabelecidos, quanto aos dados pessoais, profissionais, do acidente e do monitoramento (Anexo 3).

Segunda etapa: a coleta de dados com o Formulário 2, foi feita com a técnica de grupo focal, com o objetivo de buscar compreender o

significado da exposição aos fluidos biológicos, atribuído pelos trabalhadores de saúde. No primeiro grupo focal, foi utilizado o Guia de Temas 01 (Anexo 4). No segundo grupo focal, foi utilizado o Guia de Temas 02 (Anexo 5). No terceiro grupo focal, foi utilizado o Guia de Temas 03 (Anexo 6).

4.4.2 Procedimentos para a captação dos dados

Os procedimentos para a coleta dos dados foram iniciados com a *aprovação do projeto* pelo Comitê de Ética do Hospital Pequeno Príncipe (CEPSH-HPP), registrado sob número 0176-4. (Anexo 7). O projeto de pesquisa foi, então, encaminhado ao diretor do HT que autorizou a realização desse estudo, bem como para a divulgação da instituição. (Anexo 8). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 9) foi assinado: conforme o artigo 35, a Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde garantem-se a sustentação do sigilo e o anonimato de identidade dos participantes e das instituições de origem, além do direito de recusar a participar de qualquer etapa da pesquisa. Também foi requerido o consentimento para a gravação das falas.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, no período de março a agosto de 2005.

Para a composição e operacionalização do grupo focal foi realizado um contato individual telefônico com os 16 trabalhadores agendados para consulta e marcada uma reunião com a pesquisadora. Nesse contato, foi esclarecido que a reunião, a consulta e a coleta de sangue levariam aproximadamente 2 horas e que a participação seria voluntária. Nesse contato telefônico, apenas um trabalhador relatou não poder participar, porque tinha compromissos pessoais após a consulta. Assim, o Grupo Focal foi constituído por 15 trabalhadores de saúde.

O número de sessões grupais estabelecidas para este estudo foram três conforme a necessidade de retorno dos trabalhadores à UST e estabelecidas pelo MS.

O primeiro Grupo Focal foi realizado em 22/03/05 na UST para esses trabalhadores agendados para a primeira consulta após 30 dias da exposição ocupacional. Após este primeiro grupo focal, os trabalhadores retornaram à UST para nova consulta médica e nova amostra sangüínea para exames laboratoriais, quando completaram 90 dias após a ocorrência do acidente, realizando-se o segundo grupo focal em 24/05/05. O terceiro grupo focal foi realizado após 180 dias do acidente em 23/08/05. Ocorreu a gravação das falas dos sujeitos.

Estavam presentes nas reuniões dos grupos focais, além da pesquisadora, um aluno, colaborador voluntário, que se responsabilizou pela observação do grupo, como recomendado pela literatura e também pela organização da sala e gravação das falas. Ademais, participou do grupo, na qualidade de colaboradora, a enfermeira da UST, uma vez que também estaria sendo treinada para a continuidade do acompanhamento na Unidade.

As reuniões ocorreram na sala de reuniões da UST, onde havia uma grande mesa oval, com cadeiras para todos. Esse local atendeu aos requisitos estabelecidos pela literatura: local preferencialmente neutro, fora do ambiente de trabalho, livre de ruídos, possibilitando a captação das falas.

A primeira sessão grupal foi iniciada às 15h31, com a explicação do estudo e seus objetivos. Após, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi entregue e assinado pelos sujeitos. Foi esclarecido que, para manter o anonimato e facilitar o diálogo entre todos, seria acordado um pseudônimo para cada um.

Nessa primeira reunião, foi estabelecido contrato grupal: horário de início e término, atrasos, dinâmica de funcionamento, sigilo, liberdade para a participação e uso de pseudônimo para as gravações. Assim, foi estabelecido o início às 15h30 e o término às 17 horas, nas terças-feiras. Foi orientada a utilização do pseudônimo e esclarecida a necessidade da

presença dos sujeitos, durante todas as sessões grupais, conforme referido por Debus (1997) e Dall'Agnol; Trench (1999).

Na primeira reunião foram abordadas as questões relativas à exposição e aos sentimentos envolvidos (Anexo 4). A reunião terminou após 55 minutos com uma súmula dos assuntos abordados. Em seguida, os sujeitos foram encaminhados à consulta e à coleta de exames laboratoriais.

Na segunda sessão grupal, previamente agendada, o objetivo foi desvelar os sentimentos dos sujeitos após 90 dias da exposição ocupacional (Anexo 5). A reunião foi iniciada às 15h40 com 10 minutos de atraso, pois chovia torrencialmente em Curitiba. Compareceram 11 sujeitos. Terminou após 50 minutos com a súmula dos temas abordados e em seguida os sujeitos foram encaminhados para a consulta e a coleta de exames laboratoriais.

Na terceira sessão grupal, foram exploradas as propostas para minimização da exposição e os sentimentos envolvidos (Anexo 6). Compareceram 9 sujeitos e foi iniciada às 15h30. A sessão grupal terminou após 45 minutos com a súmula dos temas abordados e em seguida os sujeitos foram encaminhados à consulta e à coleta de exames laboratoriais.

4.5 Procedimentos para a análise dos dados.

Na análise dos dados da primeira etapa, os dados foram sistematizados e apresentados em um quadro.

Para a análise dos dados da segunda etapa, os encontros foram transcritos na íntegra na forma de crônicas (Anexo CD 3).

Os dados (falas) foram submetidos à análise temática, conforme proposta por Minayo (2004).

A análise temática, para Minayo (2004, p.209), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja

presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

A autora propõe para esta análise três fases. A primeira fase constitui a *pré-análise*. Consiste na escolha do tema a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando o material coletado e na elaboração da interpretação final. Essa fase é composta pela *leitura flutuante* do material coletado, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. O conteúdo do material, a *constituição do corpus*, deve ser organizado de tal forma que possa responder às normas de validade que são: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Essas normas de validade para a autora devem contemplar os aspectos levantados no roteiro, que contenham a representação do universo pretendido obedecendo a critérios precisos para a escolha do tema e os documentos devem estar adequados aos objetivos do trabalho. A autora ainda contempla nessa primeira fase pré-analítica a necessidade de estabelecer *hipóteses iniciais*, pois a realidade não é evidente. Nesse momento, esses pressupostos devem ser flexíveis para permitir a formulação de hipóteses emergentes a partir de procedimentos exploratórios. Nessa fase determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (Minayo, 2004, p. 210).

A *exploração do material* como segunda fase, na análise temática tradicional trabalha com o recorte do texto em unidade de registro que pode ser uma palavra, frase, ou um tema. *O tratamento dos resultados obtidos e interpretação* são caracterizados pela classificação e pela agregação dos dados e possibilitam realizar o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação como terceira fase na análise temática. Essa técnica transpira as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional. Os dados são trabalhados com significados em lugar de inferências estatísticas. (Minayo, 2004).

Com a realização das fases propostas foram estabelecidas quatro categorias, ou seja: exposição ocupacional; sentimentos envolvidos; causas do abandono da monitorização e estratégias propostas pelos sujeitos para a minimização da exposição aos fluidos biológicos. As categorias e os temas foram apresentados em quadro e as unidades de significado (falas), foram apresentadas no texto para melhor compreensão e visualização.

Dessa maneira os dados foram sistematizados e permitiram a sua análise, como apresentamos a seguir.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A apresentação e a discussão dos dados são realizadas em duas etapas: a primeira refere-se à apresentação dos dados quantitativos, relativos à caracterização dos sujeitos do estudo, segundo dados pessoais, profissionais, do acidente sofrido e do monitoramento realizado; a segunda etapa compreende a análise qualitativa das quatro categorias emergentes dos discursos dos sujeitos no grupo focal.

5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo, segundo dados pessoais, profissionais, da exposição ocupacional e do monitoramento realizado.

A caracterização dos sujeitos, segundo os dados pessoais, profissionais e também com as descrições da exposição ocupacional, conforme se vê no Quadro 1.

Em relação aos **dados pessoais** dos sujeitos apresentam-se dados relativos ao sexo e idade.

O *sexo* predominante dos sujeitos foi o feminino (93%); entre os participantes havia apenas um homem (6,66%). A grande maioria de mulheres verificada no grupo também é reproduzida na força de trabalho em saúde nas instituições. A participação das mulheres nas profissões de saúde está associada a outras atividades que a mulher desempenha socialmente, como referem Tomazin, Benatti (2001); Marziale, Nishimura (2003), Marziale (2003a); Sencan et al. (2004).

Muitas mulheres estão inseridas no mercado de trabalho para contribuir com a renda familiar, muitas vezes com sobrecarga de atividade. A atividade profissional pode estar relacionada às outras atividades, prolongando a jornada de trabalho diária em até 12 horas, o que pode contribuir com a ocorrência de acidentes pelo desgaste decorrente (Sarquis, 1999).

Quanto à *idade*, o participante mais jovem tinha 21 anos, e o mais velho 53 anos, sendo a idade média dos sujeitos de 37,6 anos, o que indica um grupo relativamente jovem e com muito tempo de trabalho a ser cumprido.

Alguns autores, como Valenzuela Suazo (1999) e Sailer (2004), afirmam que a idade cronológica pode interferir no desenvolvimento do trabalho, uma vez que, após os 35 anos de idade, as atividades de concentração e atenção estão um pouco reduzidas. Discorda-se dos autores acima, pois se acredita que a idade, como fator isolado, não tenha significado e sim o processo de trabalho realizado e o contexto organizacional em que este trabalhador está inserido.

Em relação aos **dados profissionais**, foram apreendidos a função exercida, unidade de trabalho, tempo de atuação e jornada diária de trabalho.

A maioria dos sujeitos do grupo realiza suas *funções* na Enfermagem (60%) e os demais nos Serviços Gerais (20%), Laboratório (13,33%) e na Medicina (6,67%).

Na enfermagem as categorias que participaram do grupo focal foram auxiliares com quase 50% e uma enfermeira. Em outros estudos realizados também foi encontrada a prevalência da exposição ocupacional nesta categoria variando de 6,5% a 8,52% (Sarquis, 1999; Lacerda, 2000; Ciorlia, Zanetta 2004).

Outra categoria, também comprometida entre os sujeitos, foi a dos auxiliares de serviços gerais e os auxiliares de laboratório.

Os riscos ocupacionais entre os trabalhadores da limpeza foram estudados Bottiglieri (1997) e Mamani (1997). Mostram a exposição ocupacional presente no trabalho em até 36%, o que torna comprometida a saúde dos trabalhadores nesta área.

Marejón (2002) refere a *exposição ocupacional* de 18% a fluido biológico entre os médicos residentes em uma cidade do interior paulista. Relacionam esta exposição à habilidade técnica ainda pouco adquirida. Os pesquisadores reforçam a importância da capacitação e treinamento de medidas de segurança e o acompanhamento e avaliação da imunização efetiva.

O único representante do sexo masculino era residente de medicina. Esta pequena representação no grupo focal foi valiosa, pois existe grande subnotificação de acidentes entre médicos, acadêmicos de medicina e residentes. O próprio participante relatou que muitos de seus colegas não buscam o acompanhamento, após a exposição ocupacional, omitindo tal exposição.

Outros estudos também verificam a subnotificação entre os médicos, variando de 44% a 48%. (Carneiro, Daher 2003; Sencan et al., 2004; Iramina, 2006). Ainda, Marejón (2002) e Carneiro; Daher (2003) referem a presença de acidentes com material biológico entre médicos residentes, afirmando ainda que a soroprevalência em Hepatite B em médicos anestesistas, e a prevalência da infecção pelo vírus foi em torno de 8,9%. Shimizu e Ribeiro (2002) justificam a maior exposição ocupacional entre os acadêmicos de medicina, correlacionando o número de procedimentos técnicos invasivos e a coleta de exames laboratoriais, como fator principal de

maior exposição. Chama a atenção que mesmo expostos ao risco, não houve notificação de dentistas e de fisioterapeutas.

Faz-se necessário compreender que a exposição a fluidos biológicos não depende somente do tipo de função/categoria ou mesmo do procedimento técnico invasivo, mas também da dinâmica organizacional desses trabalhadores inseridos.

Em relação ao *local de trabalho*, foi no hospital (86,60%) que mais ocorreram exposições ocupacionais aos fluidos biológicos. O que é explicado pelo tipo de atividades e procedimentos desenvolvidos e pelo ritmo de trabalho imposto, bem como pelas atividades inerentes ao processo de cuidar, como administração de medicamentos, aspirações e outras técnicas.

Shimizu; Ribeiro (2002) também encontram valores percentuais semelhantes, referindo que a exposição ocupacional aos fluidos biológicos entre os trabalhadores de saúde são freqüentes nas instituições hospitalares e que este número pode aumentar em até 85% nas unidades de emergência existentes nestas instituições, onde existe maior exposição aos riscos. Outros autores também evidenciam a instituição hospitalar como local mais freqüente de exposição biológica (Abreu, 1997; Brandi, Benatti, Alexandre 1998; Branco, 1999; Braga, 2000; Correa et al., 2000; Azambuja, Kerber, Vaz, 2001; Barboza, Soler, 2003; Ernst DJ, Ernst C, 2002; Ilario et al., 2004; Baldo, Romaniszen, Ribeiro, 2005).

Em relação ao *tempo de atuação profissional*, o menor foi de oito meses e o maior foi de 16 anos, sendo a média de atividade 7,6 anos.

O estudo de Balsamo (2002) encontrou na população estudada um tempo menor para a ocorrência de acidentes. Os acidentes com fluidos biológicos ocorreram em torno de cinco anos após o início da atividade profissional. Outros estudos também referem a média de atividade profissional e a ocorrência de acidentes, com variação de 1 a 6 anos, apontando para a sobrecarga de trabalho que pode desencadear a fadiga e a ocorrência de acidentes, bem como o domínio técnico muitas vezes adquirido pelo trabalhador, pode potencializar tais exposições (Marziale, 2003b; Ciorlia, Zanetta, 2004). Os dados do presente estudo, ainda, reiteram dados do

estudo realizado por Sarquis (1999). A autora afirma que, ao longo do desempenho das atividades profissionais, os trabalhadores se tornam mais seguros pelo domínio técnico adquirido e, muitas vezes, assumem comportamentos arriscados. Saliencia Sailer (2004) que os trabalhadores, em muitas situações cotidianas, após alguns anos de atividade, banalizam os riscos iminentes as que estão expostos na execução de suas tarefas.

A *jornada diária* média de trabalho dos participantes do grupo focal foi de 6 horas, o que representa uma jornada recomendada para os profissionais de saúde, uma vez que as longas são desgastantes e podem expor, ainda mais, esses trabalhadores aos acidentes.

Outros pesquisadores afirmam que as longas jornadas podem aumentar a exposição não só dos desgastes físicos, mas também dos emocionais (Marziale, Robazzi, 2004; Nischide, Benatti, Alexandre, 2004; Loomis, 2005).

O *número de empregos* revelou que a maioria dos participantes possuía apenas um vínculo empregatício. Apenas um participante relatou trabalhar em duas instituições. Este é um outro fator protetor do trabalhador em relação ao desgaste e à ocorrência de acidentes de trabalho. No entanto, não há dupla jornada de trabalho formal, com vínculo empregatício; porém nos grupos focais foi apreendido que a maioria dos trabalhadores realizava atividades adicionais ao processo de trabalho. Principalmente as mulheres relataram realizar as atividades domésticas no período que seria de descanso, fator que contribui para o maior desgaste e a conseqüente exposição ocupacional.

Os ***dados do acidente*** são analisados em relação ao tipo de acidente, parte do corpo afetada, uso de EPI e ao tipo de procedimento que estava sendo realizado, seja invasivo ou não.

Quanto ao *tipo de acidente*, a predominância foi de acidentes com instrumentos perfurocortantes como a maioria dos estudos sobre o tema também verificam, no entanto, também foram citados os respingos em mucosas.

Em relação à *parte do corpo afetada*, os dedos das mãos foram os mais atingidos, o que é explicado pela característica predominantemente manual do trabalho em saúde. O corpo é usado como instrumento de trabalho e as mãos são essenciais. Resultados semelhantes foram relatados por Lacerda (2000), Tomazin; Benatti (2001), Marziale; Rodrigues (2002), Moens et al. (2004), Elmiyeh et al. (2004), Sailer (2004), Nishide; Benatti; Alexandre (2004).

Quanto ao *uso de EPI*, 60% dos sujeitos da pesquisa fazia uso, no momento do acidente; mas a significativa porcentagem de 40% não estava usando o EPI adequado para o procedimento técnico, contrariando as normas de biossegurança determinadas para o desenvolvimento de atividades profissionais. Essa não utilização de EPI não é, na maioria das vezes, em decorrência do desconhecimento. A não utilização acontece muitas vezes por esquecimento. Apreende-se como dupla via na omissão do uso; a instituição não supervisiona e o trabalhador não utiliza, o que vem referendar a lacuna existente entre a prática e a legislação que a rege.

As precauções Universais (PU), hoje denominadas precauções padrão, foram implementadas e recomendadas desde 1987 pelo CDC. Porém vários estudos mostram a não adesão às normas de biossegurança, bem como o descrédito na possibilidade de contaminação com microrganismos perigosos, como afirmam Basso (1999), Sarquis; Fellli (2000, 2002), Lacerda (2000); Ciorlia; Zanetta (2004), Sencan et al. (2004) e Gir et al. (2004).

A não utilização de EPIs ocorre principalmente para alguns procedimentos técnicos, como por exemplo a retirada de pontos e administração de medicações intramusculares e a verificação de glicemias em que os trabalhadores não acreditam que podem acidentarse. Por outro lado, muitas vezes os funcionários não encontram respaldo para o uso de equipamentos de proteção no Manual de Procedimentos da Instituição, apesar de quase três décadas de recomendação para a utilização dos EPIs. (Wolff, 1992; Souza; Vianna 1993; Souza, 1995; Marinho, 1997; Wolff 1997; Brandão, 2000; Wilson, 2001; Balsamo 2002; Navarro, 2005b)

Gir et al. (2004) identificaram os fatores condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções/isolamento, no momento da assistência do paciente. Encontraram formas inadequadas de adesão às precauções, que podem comprometer a saúde do trabalhador de enfermagem, o que vem ao encontro dos achados deste estudo, pois as duas exposições ocupacionais em mucosas oculares aconteceram pelo não uso dos óculos de proteção.

Em relação ao *tipo de procedimento*, quase a metade eram invasivos, como punções venosas, retirada de cateteres e suturas, Nascimento (2005) afirma que mais de 500 milhões de cateteres periféricos são utilizados por ano em todo o mundo, comprovando a grande exposição.

Em relação aos ***dados do monitoramento***, analisa-se o esquema vacinal, o exame no paciente fonte, a indicação de quimioprofilaxia e o monitoramento completo.

Em relação ao *esquema vacinal*, uma minoria dos participantes do grupo (14,4%), ainda, não possuía o esquema vacinal completo, necessitando fazer a complementação do esquema vacinal para o vírus da Hepatite B. Estes dados evidenciam que os trabalhadores de saúde ainda não assimilaram a importância da profilaxia vacinal. A maioria dos trabalhadores afirmou ter acesso à profilaxia em seu próprio local de trabalho. Porém justificam o esquecimento pessoal e até mesmo a perda da carteira vacinal, para não realizarem o esquema vacinal completo.

Outros estudos também encontraram na população estudada a não adesão ao esquema vacinal recomendado, como Tomazin, Benatti (2001); Shimizu, Ribeiro (2002); Balsamo (2002); Marziale; Nishimura; Ferreira (2004) Lopes et al. (2004) e Smith (2004).

Fox e Aston (2004) após uma consulta nas *websites* de 28 escolas de medicina do Reino Unido, constataram que as informações existentes nas páginas, referentes à imunização para a Hepatite B, são incompletas. Recomendam que as escolas de medicina revejam estas informações para informar com clareza a magnitude da problemática a que os estudantes de medicina estão expostos.

Associado à gravidade da não realização do completo esquema vacinal está o desconhecimento por parte dos trabalhadores e das instituições de saúde, para saber se o esquema vacinal completo, após a realização, desenvolveu imunidade para o vírus da Hepatite B. O estudo de Smith (2004) verificou que apenas 87% dos trabalhadores de saúde realizaram o esquema vacinal completo e somente 49% confirmaram imunidade para o vírus da hepatite B.

Esses achados evidenciam que o trabalhador necessita ser acompanhado e monitorado pela instituição e esta cumprir o que legislação dispõe a este respeito.

Carneiro; Daher (2003) e Sencan et al. (2004) reforçam a necessidade de intensificação das campanhas de vacinação e medidas profiláticas para a minimização desta exposição.

Em relação ao *exame do paciente fonte*, foi realizado em 40% dos acidentes sofridos pelos participantes do grupo focal e destes um foi positivo, para o qual foi *indicada a quimioprofilaxia*. Este resultado se explica pelo fato de que 53,3% dos sujeitos não estava prestando atendimento direto ao paciente, no momento do acidente. A maior exposição ocorre, principalmente, em situações de emergência e de atividades de assistência ao paciente crítico. No entanto, também encontramos a exposição ocupacional na realização de atividades não recomendadas, como o reencape de agulhas após o procedimento técnico. O fechamento da caixa de materiais perfurocortantes, a organização da unidade do paciente após alta do paciente e o descarte do instrumento perfurocortante no posto de serviço também foram situações que desencadearam tais exposições. Esses achados evidenciam que, talvez não seja o estado crítico do paciente o determinante da exposição, mas sim o ritmo de trabalho imposto nessas situações. Evidenciam ainda a necessidade de atenção do trabalhador em todas as atividades que realiza e não somente aquelas exercidas junto ao paciente. Os estudos de Lopes et al. (1997) e Marziale; Nishimura (2003) relatam os mesmos achados.

Os achados de Balsamo (2002) são também expressivos, pois somente 22,9% de todos os acidentes com exposição ocupacional ocorreram no procedimento direto com pacientes. As unidades de emergência, pela especificidade e/ou sobrecarga de trabalho, também podem aumentar tais exposições como referido por Sarquis (1999); Sencan et al. (2004); e Nishide e Benatti (2004).

Na percepção dos trabalhadores estudados, os riscos ocupacionais identificados estão relacionados ao cuidado direto dos pacientes e às características de pacientes críticos, onde há mais presença de sangue, secreções e fluidos biológicos. Identificam também que o nível de dependência e a presença de patologias diversas podem expô-los aos riscos. No entanto, a prática no desenvolvimento das atividades contradiz esta percepção, pois encontramos a exposição ocupacional desencadeada em situações desassociadas dos procedimentos com pacientes. Assim, é possível inferir que a possibilidade de exposição aos fluidos biológicos se deve a um somatório de situações temporais, físicas e individuais na determinação da exposição ocupacional. (Rubino et al., 2000; Camerino, 2000; Shimisu, Ribeiro, 2002; Bruno, 2002, Marejon, 2002; Maçaira 2004; Soboll et al., 2004; Kosgeroglu et al., 2004).

Quanto ao *monitoramento completo*, 73,3% dos participantes o concluíram, sendo que na primeira reunião participaram quinze sujeitos, na segunda onze e nove no último encontro.

Os dados do monitoramento dos trabalhadores expostos aos fluidos biológicos permitem inferir que o trabalhador de saúde subestima a gravidade da exposição. A aderência ao monitoramento realizada neste estudo pode ser compreendida como situação ímpar. Os sujeitos foram lembrados dos encontros através de uma ligação telefônica realizada pela pesquisadora, situação ainda não viável de implantação na UST, uma vez que a instituição não disponibiliza recursos humanos para a convocação direta desses trabalhadores.

A não adesão ao esquema vacinal completo aponta para a subestima da gravidade por parte dos trabalhadores, uma vez que todas as

instituições entrevistadas realizam periodicamente campanhas de vacinação contra Hepatite B com os funcionários no próprio local de trabalho. Essa subestima da gravidade da exposição ao vírus da Hepatite B é também constatada na ausência e inadequação dos EPIs. A literatura registra a não adesão ao monitoramento completo em alguns estudos, podendo variar de 10 a 45% na adesão. (Balsamo, 2002; Marziale e Rodrigues, 2002; Marziale, Nishimura e Ferreira 2004 e Sarquis et al. 2005a).

Associado à não adesão completa dos trabalhadores, encontramos no estudo, no terceiro grupo focal, a constatação de nova exposição ocupacional. Dos nove sujeitos entrevistados, três deles entraram novamente em contato com os fluidos biológicos no local de trabalho e em situações semelhantes; porém, no momento da exposição, estavam utilizando o EPI adequado. Constatamos, portanto, na prática que o risco ocupacional é grande e também ocorre a(s) reincidência(s), o que aumenta ainda mais a possibilidade de adoecimento como também referem Brevidelli; Cianciarullo (2001), Balsamo (2002), Jagger; Perry (2002), O'Connell, Hayes (2003) e Sailer (2004).

Não houve nenhum caso de soroconversão entre os sujeitos, o que também foi evidenciado em outros estudos. López et al. (1997) e Ciorlia; Zanetta (2004).

O estudo mostra a necessidade de uso das medidas educativas reiterativas para promover a conscientização dos trabalhadores. Esse primeiro momento contribuiu para a compreensão da gravidade, porém a mudança de comportamento em relação à adesão às normas de biossegurança, ainda não é um fato. A instituição tem obrigação legal de fazer cumprir as normas de biossegurança; porém, na prática, essa obrigação não se implementa com facilidade. A instituição atribui ao trabalhador essa responsabilidade, isentando-se de confirmar se o trabalhador retornou à UST para realizar o monitoramento completo. Situação mais alarmante ainda, presenciada no estudo, foi a ausência de dois sujeitos no último grupo focal, justificada pela impossibilidade de comparecimento por não conseguir dispensa da unidade de trabalho. Outro sujeito alegou a impossibilidade de

comparecimento à UST, porque estava com um novo chefe e teve medo de informar a necessidade do deslocamento do trabalho para a consulta na UST.

Essas situações são presenciadas no dia-a-dia do trabalhador de saúde e expressam o quanto esse trabalhador não possui governabilidade de ação. Expressam ainda as relações de trabalho marcadas pela autoridade, hierarquia e medo, o que implica diretamente na adesão do trabalhador ao monitoramento pós-exposição ocupacional aos fluidos biológicos.

Esses dados evidenciam que medidas de intervenção, por parte das instituições de saúde, são necessárias, uma vez que a adesão ao monitoramento biológico não é realizada pelos trabalhadores envolvidos, seja por problemas institucionais/organizacionais ou pessoais.

5.2. A exposição ocupacional e o monitoramento dos sujeitos expostos

A análise qualitativa dos discursos dos sujeitos permitiu observar quatro categorias e as respectivas unidades temáticas, como se pode ver no Quadro 2.

Quadro 02 - Categorias e respectivas unidades temáticas, analisadas segundo os discursos dos sujeitos participantes dos grupos focais, Curitiba, 2005.

| Categorias | Unidades Temáticas |
|--|--|
| 1-Exposição ocupacional | a) Recursos materiais: inadequação ou falta; b) Recursos humanos insuficientes; c) Unidade de trabalho; d) Comportamentos de risco. |
| 2-Sentimentos Envolvidos | a) Medo (doença/chefia); desespero; preocupação; indecisão; raiva e revolta após a exposição; culpa; insegurança. |
| 3 - Causas de abandono do acompanhamento | a) Subestima e descrédito da gravidade do acidente e do tratamento; b) Dificuldades operacionais |
| 4 - Estratégias propostas | a) Estratégias institucionais; b) Estratégias pessoais |

A primeira categoria está relacionada à exposição ocupacional e a ela referem-se as seguintes unidades temáticas: inadequação e/ou falta de recursos materiais; recursos humanos insuficientes; unidade de trabalho e comportamentos de risco. A segunda categoria está relacionada com os sentimentos envolvidos, após esta exposição ocupacional e com as unidades temáticas: medo do desenvolvimento de doenças e da chefia, preocupação; indecisão; raiva e revolta; culpa e insegurança. A terceira categoria diz respeito às causas de abandono do acompanhamento, após esta exposição, caracterizada por descrédito da gravidade da exposição e por dificuldades operacionais. A última categoria apresentada refere-se às estratégias institucionais e pessoais, propostas pelos sujeitos da pesquisa, para o término desse acompanhamento preconizado pelo Ministério da Saúde.

Para a análise dessas categorias e unidades temáticas, apresentam-se os discursos que melhor as expressam. A íntegra transcrita dos discursos encontra-se no CD em anexo. (Anexo 03, CD)

5.2.1 A exposição ocupacional

Na categoria exposição ocupacional encontram-se algumas falas que expressam uma problemática, no que diz respeito aos recursos materiais, seja pela inexistência ou pela inadequação; na diminuição de recursos humanos; nas unidades de trabalho pela suas particularidades, bem como alguns comportamentos de risco que podem potencializar a exposição ocupacional aos fluidos biológicos.

As falas evidenciam o quanto *os materiais utilizados* na assistência aos pacientes são responsáveis pelo acidente, seja pela sua ausência no momento dos procedimentos ou nas unidades assistenciais, seja pela condição apresentada para uso, como se pode extrair das falas:

“o aparelho que eu estava era um aparelho que... ruim” (Matinhos)

...“foi o deixar de usar... o deixar não, no meu caso que não tinha os óculos apropriado para utilizar na hora de uma aspiração... Agora tem... depois do meu acidente tem um para cada paciente traqueostomizado”...(Itapema)

“...fomos fazer programa da área e eu fui fazer um perfil glicêmico... de repente ele me pula e eu assustada furei o dedo com a agulha... eu não percebi, daí depois eu fui lá arrumar o material tudo e fui ver que o meu dedo tava picado... aí eu deixei ali..., aí minha colega foi lá e eu acho que ela encapou a agulha e ela se picou com a mesma agulha que eu, então tivemos que fazer o teste, da coleta de sangue, nas duas...não tinha levado luvas...” (Ingleses)

...“a gente tá fazendo a coleta na maternidade, por exemplo, em maternidade não existe caixinha de perfurocortante, na enfermaria... Aí eu vou levar essas agulhas sem capa pro laboratório, junto na maleta com os outros materiais limpos?... (Copacabana)

Os dados reportam uma problemática constante e ambígua em relação aos recursos materiais nas instituições de saúde, ao mesmo tempo que a exposição ocupacional acontece por ausência ou inadequação dos recursos materiais, algumas vezes o trabalhador também deixa de usá-los, quando a instituição oferece. É possível compreender que o trabalhador não incorporou ainda em suas práticas a necessidade do uso do EPI, uma vez que atribuem pouca importância ao seu uso, quanto pequena gravidade aos acidentes. Este comportamento merece ser mais bem estudado.

Para explicar esses comportamentos, Dejours (1992) refere o uso de mecanismos de defesa individual e coletiva contra a organização de trabalho, que se mostra rígida, com o desenvolvimento de um trabalho repetitivo.

O efeito do trabalho repetido sobre a atividade psíquica leva a uma ideologia defensiva. A fadiga, a carga de trabalho e a insatisfação no trabalho são algumas estratégias encontradas para a adaptação do trabalho ao homem. A exposição aos riscos ocupacionais pela não utilização de EPIs está contemplada em atitudes de negação e de desprezo pelo perigo e é uma simples inversão da afirmação relativa ao risco. A ideologia defensiva para Dejours (1992) tem valor funcional em relação à produtividade. A ansiedade responde então aos ritmos de trabalho e de produção. Afirma ainda que o medo, seja proveniente de ritmos de trabalho, seja de riscos originários das más condições de trabalho, destrói a saúde mental dos trabalhadores.

Alguns autores afirmam que a não utilização dos EPIs compromete a saúde do trabalhador e os expõe aos riscos; porém o comprometimento com a saúde não é consciente aos trabalhadores. Sarquis; Felli (2000), Shimisu; Ribeiro (2002), Carneiro; Daher (2003), Zaparoli; Marziale (2003), Maçaira (2004), e Soboll et al. (2004).

Apesar da necessidade do uso de EPIs, na prática nem todos os trabalhadores de saúde dispõem de alguns instrumentos de trabalho, como é o caso dos óculos de proteção e de agulhas retráteis.

Também as caixas de descarte não são, muitas vezes, adequadas em relação ao tamanho, ao material não totalmente rígido e à falta de transparência para permitir a melhor visão do seu preenchimento; algumas vezes inexitem nos locais de trabalho.

As falas evidenciam falhas no gerenciamento pela falta quantitativa e qualitativa do material, assim como a necessidade de adoção de procedimentos seguros, que devem ser planejados visando o trabalhador.

Na administração atual, o gerenciamento dos recursos materiais tem sido motivo de preocupação nas organizações de saúde.

A necessidade da assistência cada vez mais complexa potencializa avanços tecnológicos que, muitas vezes, a instituição necessita introduzir nas organizações de saúde (Castilho, Gonçalves, 2005).

Segundo Castilho; Gonçalves (2005, p.158), uma organização de saúde hospitalar de grande porte, com cerca de 300 leitos, trabalha com cerca de 2.500 itens referentes a recursos materiais; e só estes materiais apresentam uma média de 1.500.000 unidades consumidas mensalmente. Assim, compreender o imenso consumo necessário ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, é tarefa fundamental para o gerente de recursos materiais. As autoras referem a importância inerente ao gerente de recursos materiais. Reforçam que esta função deve estar agregada ao cuidado (Castilho; Gonçalves, 2005, p.158).

Os recursos materiais devem possibilitar a execução de procedimentos seguros para os trabalhadores, independentemente da empresa que utiliza os materiais. A estrutura organizacional necessita estar

interligada com este setor, para otimizar ações seguras no processo de trabalho (Padoin et al.,1999; Argenta,2000; Marziale,2000).

Muitas vezes, o procedimento na compra de materiais está focado apenas no processo de licitação, no pregão, conforme determina a legislação das instituições públicas de saúde, desatrelada do controle de qualidade, o que dificulta a melhor escolha do recurso material para os procedimentos técnicos. Além disso, na maioria das vezes, o trabalhador, como usuário do material, não é considerado.

Conhecer estas informações é compreender que caminham na contramão dos avanços tecnológicos. Enquanto esses são mais freqüentemente ofertados pelo mercado, o estudo mostra que a ausência de recursos materiais pode desencadear os acidentes.

Vê-se que a exposição ocupacional ocorre pela ausência de óculos de proteção e pela má qualidade das seringas e agulhas. Isto demonstra que a instituição não oferece recursos materiais adequados para todos os procedimentos de qualidade.

É importante salientar que existe tecnologia própria para evitar esses acidentes. Assim, se os recursos materiais forem adequados, numérica e qualitativamente e utilizados corretamente pelo trabalhador, essas exposições seriam muito minimizadas ou evitadas, como revelam estudos desde o início da década de 90, como os estudos de Adams; Zehrer; Thomas (1993), Bohony (1993), Backinger; Koustenis (1994), Marinho (1997), Zimmers (1999) e Sinclair et al. (2002).

Destaca-se o conhecimento dos trabalhadores de saúde na vida profissional sobre a qualidade dos recursos materiais, bem como possuem consciência de que a ausência desses recursos nos procedimentos técnicos pode comprometê-lo, expondo o trabalhador ao risco e incrementando-o.

Encontra-se na população estudada a utilização inadequada dos EPI de proteção individual e a não utilização dos óculos de proteção para alguns procedimentos. A ausência de luvas nos procedimentos invasivos compromete a segurança destes trabalhadores, como também referem Dias

et al. (2001), Lisboa; Ennes (2001), Madan et al. (2002) e Ofili; Asuzu; Okojie (2003). Esta atitude por parte dos trabalhadores evidencia a não assimilação do risco a que estão expostos, bem como a não fiscalização dos supervisores nos procedimentos técnicos.

Os sujeitos do estudo referem que o contato com o vírus HIV, HBV e HCV comprometeu a qualidade de vida após a exposição ocupacional. Ocorreu conflito familiar, desmame precoce de amamentação e desequilíbrio emocional como resultante do contato e possível soroconversão.

Na definição conceitual da qualidade de vida, a OMS define como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Seidl, Zannon; 2004).

Seidl e Zannon (2004) afirmam que o termo qualidade de vida relacionada à saúde está diretamente associado às enfermidades ou às intervenções desencadeadas no processo saúde-doença, determinada por um agravamento, o que vem ao encontro da preocupação expressa e percebida entre os sujeitos do estudo.

Outros estudos enfocam o comprometimento na qualidade da vida após exposição ocupacional. (Campos, 1999; Costa, 1999; Wnuk 2003; Lohiya, Tan-Figueroa, Lohiya, 2001; Gobbi, 2003). Porém, a literatura confirma que esta exposição é parcialmente controlada com *as medidas de biossegurança*. (Chamorro, Zeituone, 1999; Chamoro, 1999a, 1999b; Monteiro et al., 1999; Lima et al., 2001a, Carvalho, Almeida, Sabenca, 2001, Nascimento, Cocco, Lopes, 2003).

As técnicas utilizadas no ambiente de trabalho devem buscar a adaptação do trabalho ao homem no cumprimento de medidas de segurança e nos aspectos de formação e de aprendizado, com o objetivo de minimizar a exposição ocupacional, inerente ao trabalho desenvolvido, como afirmam Waissmann (2000); Oliveira, Murofuse (2001); Stotz (2003), Pinheiro (2003); WHO (2003a); Brasil (2005a); porém, para realizar o cumprimento das medidas de segurança no trabalho, o suprimento de recursos materiais deve ser adequado em quantidade e qualidade.

Ao analisar a grande exposição aos riscos biológicos, decorrentes de recursos materiais, os princípios e diretrizes para a Gestão do trabalho no SUS são pertinentes e merecem a intervenção proposta, como a possibilidade de reduzir a exposição, uma vez que os trabalhadores e as instituições ainda não assumiram totalmente a responsabilidade de seus atos. A instauração de processos administrativos é uma ferramenta de intervenção para o esclarecimento da exposição. A recomendação da NOB/SUS é pertinente e afirma a necessidade de

Instaurar processos administrativos para apurar a responsabilidade de trabalhadores por condutas, atitudes ou atos inadequados à realização de ações e serviços de saúde, às relações de trabalho e às relações com os usuários do Sistema (Brasil, 2005a,p.37).

Ao relatar a exposição ocupacional pela diminuição *de recursos humanos* e também pela rotatividade de atividades, os sujeitos referem-se diretamente à sobrecarga de trabalho as que estão submetidos.

Nos discursos a dinâmica de trabalho emerge como imposta para realização das atividades, sem reflexão, apenas agir para o cumprimento das atividades e procedimentos técnicos. As falas permitem perceber que os trabalhadores têm consciência de que a forma como o trabalho está organizado é geradora de acidentes. Notam perfeitamente que o ritmo de trabalho gera estresse, irritação e conseqüente falta de atenção para a atividade que está sendo executada.

As falas expressam como esses sujeitos não possuem governabilidade sobre o processo e trabalho, submetendo-se aos superiores. Os sujeitos vêem a desarmonia existente entre as enfermeiras, mas não as enfrentam. A falta de defesas coletivas no trabalho é apresentada como determinante da ocorrência das exposições aos fluidos biológicos. A instabilidade econômica vivenciada pelos trabalhadores de saúde amedronta-os para o enfrentamento das imposições no ambiente de trabalho, para não correr o risco de uma advertência, ou até mesmo demissão.

A falta de humanização no trabalho se manifesta no desgaste e sofrimento do trabalhador, no exercício obrigatório das atividades, independente do número de trabalhadores e de pacientes, como expressam as seguintes falas:

...” tem dia que é desumano, a gente, é números e, vocês sabem, todo o mundo sabe que é extremamente político e é número mesmo... então como que a gente... você fica tão estressado que acaba gerando uma irritação, a gente acaba se contaminando às vezes... por isso, por falta até de atenção, pelo stress do serviço. Cobrança, cobrança, chega... é... serviço público assim, que não é igual aqui no hospital que não entra, paciente chega na emergência, os acompanhantes... eles entram lá dentro, querem... querem... até entrar dentro da sala de emergência... é... que daí os direitos humanos diz que pode entrar, pode deixar e daí sobrecarrega os outros. Eu acho... no meu caso assim, né, mas eu acho que é sobrecarga de serviço”... (Jurerê)

...”você não sabe quem você atende primeiro, daí você acaba largando agulha desencapada, daí você vem pegar as coisas e pega com pressa, é tudo correndo”... (Bombinhas)

...”Se você tem paciente também não tem quem cubra, tem que cobrir, fazer curativo, vacina... você vai lá tá na vacina, a enfermeira vai lá e fala você faz o curativo lá? Vai lá fazer o curativo depois volta de novo. Não é assim? O fluxo nosso é, faltou funcionário não tem outro pra pôr e você tem que fazer tudo, tá lá...” (Ingleses)

...”eu sou uma que defendo os meus direitos e os meus deveres, o que eu, brigo por a gente trabalhar com pouco, nós trabalhamos em doze auxiliares de enfermagem, numa unidade de saúde 24 horas, duas enfermeiras que vivem uma brigando com a outra, então, é muito difícil sabe, quando a pessoa vai lá, trabalha só pelo salário, é uma coisa... então a gente não tem que dar conta, a gente tem que batalhar, se unir pra ver se consegue melhorar o nosso serviço... Nossos auxiliares de enfermagem, eles se prostituem porque a gente dá conta mal dada do serviço que acaba sendo ruim tanto pra gente, pro paciente, pra instituição, pra tudo, porque a gente quer dar conta, porque a gente precisa do salário, a gente precisa trabalhar, a gente não quer ter advertência, não é verdade?” (Jurerê)

“- Lá no meu posto de saúde... No meu posto não tem limite de coleta de sangue,... Esses tempos atrás nós tava discutindo isso, tem que ter um X total de exames pra gente coletar pra não..., tem criança junto, que você tem dificuldade de coletar, às vezes criança você manda pro laboratório, porque fica um tempão, quase meia hora, quinze minutos com uma criança, pra coletar, sabe, então esses dias nós tava discutindo lá, porque acidentes de trabalho acontece.... apesar de tá de luva agora, tá usando óculos agora também, veio óculos agora também, então, mas mesmo assim, a gente discutiu na reunião e a gente tá entrando num consenso que a gente vai ter que, mais ou menos, uns cento e vinte exames por dia pra dar certo...Cinqüenta punções!!” (Ingleses)

A falta de pessoal e a rotatividade de atividades emergem como importantes causas dos acidentes. As falas são contundentes e

expressam a gravidade das situações de trabalho vivenciadas. Expressam claramente que a organização de trabalho não foca a saúde do trabalhador e sim os procedimentos que devem ser realizados. Neste caso, quem deve ajustar-se é o trabalhador.

Os trabalhadores expõem que necessitam do trabalho para o sustento e com isto não podem expressar-se ou ao menos solicitar alguma ajuda, o que revela por um lado a sua submissão e por outro o autoritarismo presente no trabalho.

As falas têm pertinência, quando expressam a necessidade de determinar um número de atividades técnicas que os trabalhadores são capazes de executar e, ainda, uma possibilidade de trabalho que extrapola o limite de governabilidade do trabalhador.

Dessa forma, os trabalhadores apontam a geração dos acidentes a depender dos recursos humanos existentes e as chefias imediatas como responsáveis pela organização da prática.

Compreender a alocação de recursos humanos para a execução das atividades inerentes às instituições de saúde é correlacionar a demanda do atendimento da clientela, com as necessidades cada vez mais complexas, com qualidade na assistência prestada; e com o conflito crescente das instituições para diminuir os custos e aumentar a oferta dos serviços prestados. (Gaidzinski, Fugulin, Castilho, 2005).

O dimensionamento do quadro de pessoal não se restringe apenas aos parâmetros de uma avaliação quantitativa de recursos; esta deve levar em consideração o processo de trabalho e a inserção do trabalhador. (Gaidzinski, Fugulin, Castilho, 2005).

A sobrecarga de trabalho expressa e vivenciada por estes sujeitos, também é evidenciada pelos estudos de Possari et al. (2000); Shigueno (2000); Correa et al. (2000); Aragão, Gomes (2001); Clarke et al. (2002a, 2002b) e Ribeiro (2004).

A redução do número de trabalhadores de saúde, não é somente registrada na enfermagem, mas torna-se mais expressiva pelo

número destes trabalhadores nas unidades de saúde, bem como pelo volume de atividades técnicas realizadas nesse trabalho.

A operacionalização do dimensionamento de pessoal de enfermagem deve correlacionar-se com as variáveis que interferem na carga de trabalho, no trabalhador e na estrutura organizacional; mas, na vivência prática, este dimensionamento está atrelado à contenção de gastos, uma vez que o quadro de pessoal é numericamente expressivo nas organizações de saúde.

A redução do quadro de pessoal é conseqüência da necessidade de diminuir despesas, pela diminuição numérica e qualitativa do pessoal de enfermagem. Esse fato é desencadeador de conflitos, que se estabelecem entre o institucional e o empregador, entre o capital e o trabalho, entre o técnico e o ético (Gaidzinski; Fugulin e Castilho, 2005).

A sobrecarga vivida torna-se mais expressiva quando encontramos recursos materiais inadequados e insuficientes para o desenvolvimento do trabalho, como soma que dificulta ainda mais o processo de trabalho.

A sobrecarga potencia a exaustão profissional desencadeada pela organização de trabalho referida pelos trabalhadores. Diversos estudos têm abordado esta relação como Castilho Sá, (2001); Sarquis et al. (2001); Moreira, Neves, Santos (2001); Rogers, Reilly (2002); Tamayo, Tróccoli (2002); Farias, Mauro, Zeitoune (2000) e Gandra, Ramalho, Gonçalves (2006). Esta exaustão está também relacionada com o medo de perder o trabalho como referem Silvino, Laino, Moura (2001). A exaustão desencadeia sobrecarga física com comprometimento osteoarticular, segundo Mauro et al. (1999); Zanon, Marziale (2000) e Parada, Alexandre, Benatti (2002).

A exaustão profissional pode ser maior, quando o trabalho é desenvolvido em unidades especiais, como manicômios, unidades psiquiátricas, unidades onco-hematológicas (Rodrigues, 2001; Balsamo, 2002).

A redução do quadro de pessoal acontece também entre outros trabalhadores da saúde, como funcionários da lavanderia, laboratório, médicos, entre outros, gerando sobrecarga e processos de desgaste, como referem Diaz (2001); Silvino, Laino, Moura (2001); Brophy, Achimore, Moore-Dawson (2001); Côté et al. (2001); Sêcco et al. 2002; Myers, Silverstein, Nelson (2002); Evanoff et al. 2003; e Guthrie et al. (2004).

Também Denton, Zeytinoglu, Davies, (2002) referem a tentativa de adaptação aos ritmos de trabalho como destruidora da saúde mental dos trabalhadores.

Compreender essa realidade expressa pelos trabalhadores é compreender a dicotomia entre a vivência desses e a necessidade de operacionalização dos Princípios e Diretrizes na construção social das políticas nacional, estadual e municipais de Gestão do trabalho no SUS:

é um processo que caminha na contramão da realidade atual produzida pelo modelo neoliberal. Será conquistada no cotidiano da sociedade e dos serviços de saúde a partir da construção coletiva, da decisão política dos usuários, trabalhadores prestadores de serviços e gestores e de ações programáticas e estratégicas que contemplem as dimensões técnicas, humanas e éticas que promovam novas relações de trabalho e maior governabilidade na produção dos serviços de saúde de qualidade a serem ofertados pela população (Brasil 2005a, p.21).

Para a compreensão do trabalho nas instituições de saúde, torna-se necessário apreender como a prática social do trabalho da enfermagem articula-se às outras.

Referindo-se à Enfermagem, Felli, Peduzzi, (2005) consideram que a prática social, integra a prestação de serviços e possui características distintas de outros processos de trabalho. A enfermagem, enquanto prática social se insere no mundo do trabalho e na atenção à saúde sendo marcada por determinações históricas, sociais, econômicas e políticas. Felli, Peduzzi, (2005, p.4). Assim, estabelece vínculos com as leis sociais. Desta maneira, este trabalho na atualidade também sofre o impacto da globalização excludente e das políticas de recorte neoliberal.

Esta compreensão explica a redução do número de trabalhadores, como decorrente das políticas sociais e de saúde.

Alguns autores reafirmam esta política de recorte neoliberal impactando na assistência à saúde dos indivíduos (Takeda, Robazi, Lavrador 2001; Pires, 1998; Mendes, 1998; Ferreira, 2000; Felli, 1999; 2002; Peduzzi, Anselmi, 2002; Bellato, Pasti, Takeda, 2001; Peduzzi et al., 2003 e Trinkoff, Brady, Nielsen 2003).

Essa organização de trabalho, imposta por um conjunto de determinações políticas, econômicas e institucionais, interfere na qualidade dos serviços prestados, muitas vezes repercutindo na alta rotatividade.

Estudos de Anselmi, Duarte, Angerami, (2001); e Ferreira (2000) relatam estes resultados e referem que nos últimos anos existe uma precariedade nos serviços de saúde, evidenciados através de condições de trabalho, repercutindo muitas vezes em alta rotatividade, pagamentos ajustados à produtividade e redução do quadro de trabalhadores.

Estudos sobre a produtividade do serviço de enfermagem a relacionam com as condições de trabalho existentes no modelo econômico vigente. Essas condições de trabalho interferem na rotatividade como afirmam Godoy (2001) e Nomura (2001), no quadro de pessoal e no alto índice de absenteísmo existente nas instituições de saúde (Steagall-Gomes, Mendes 1995; Silva, Marziale 2000; Tahara, Araciana 2001; Santos et al., 2001; Sutliff, 2002; Schmidt 2003a; 2003b; Barboza, Soler 2003; Walsh et al., 2005).

Torna-se necessário complementar que associado à redução de recursos humanos nas instituições de saúde, encontramos nessas instituições muitas mulheres. Algumas trabalhadoras possuem dupla ou tripla jornada de trabalho, somando à carga real de trabalho formal, outras que são potencializadas gerando outras formas de desgaste.

A questão do gênero também é fator preocupante no processo de morbidade, relatado por alguns pesquisadores, como Steagall-Gomes, Mendes (1995); Pedrosa, (1999); Tomazin, Benatti, (2001); e Duran, Cocco, 2001). O desgaste, vivenciado e expresso pelas trabalhadoras, é decorrente da sobrecarga de trabalho. (Smith, 2001; Rocha, 2003; Shen et al., 2005).

Wagner (2003) encontra que os profissionais de enfermagem, com nível superior no Brasil, tiveram pequena redução do emprego registrado, passando de 55% em 1992 para 53,6% em 2001. Para os auxiliares e técnicos de enfermagem, a proporção do emprego com carteira assinada apresenta forte redução, passando de 62% em 1992 para 45% em 2001. Esta redução do quadro de pessoal potencializa situações estressantes. O autor afirma que o MTE promoverá um conjunto de ações destinadas à geração de empregos para a melhoria deste quadro apresentado (Wagner, 2003, p.457).

As organizações necessitam rever os recursos necessários para uma assistência segura e humanizada para seus trabalhadores e usuários do sistema. O documento elaborado pelo MS intitulado “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de recursos para s SUS (NOB/RH-SUS)”

constitui mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada para a consolidação do Sistema Único de Saúde, recolocando a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor Saúde, mas muitas vezes esta articulação não acontece. (Brasil, 2005a, p.13).

Diante dos dados apresentados encontramos uma realidade que não condiz com o preconizado e recomendado pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito aos recursos humanos.

Nas instituições públicas os recursos humanos não são repostos facilmente, tornando-se muito demorado, uma vez que

Nos serviços públicos, o preenchimento de cargos, que devem ser criados por lei, para suprir as necessidades dos serviços, deve ocorrer por meio de nomeação dos aprovados em concursos públicos, conforme as atribuições e competências de cada esfera de gestão, compatibilizadas com seus respectivos planos de saúde (nacional, estaduais e municipais), a partir de parâmetros que garantam a qualidade da execução dos serviços (Brasil, 2005a, p.42-3).

Em contrapartida, as instituições particulares possuem um quadro de pessoal mínimo, muitas vezes não adequado às especificidades

das unidades de saúde, o que contradiz os princípios da NOB/RH-SUS que afirma

Nos serviços privados (filantrópicos e lucrativos) conveniados ou contratados para prestarem serviços de saúde junto ao Sistema Único de Saúde, a contratação de trabalhadores deve ocorrer para garantir o cumprimento das obrigações definidas em cláusulas convencionais ou contratuais junto às instâncias gestoras do SUS, a partir de parâmetros que garantam a qualidade da execução dos serviços. Os convênios e contratos entre os gestores do SUS, e os prestadores de serviços de saúde devem prever a necessidade de trabalhadores por categorias profissionais para o bom funcionamento do serviço, objeto do convênio/contrato, estimular a seleção pública para a contratação de pessoal e a execução de planos de desenvolvimento dos trabalhadores, além de outras condições para o cumprimento desses princípios e diretrizes. A contratação do pessoal dar-se-á preferencialmente por meio de seleção pública dos trabalhadores, cuja vinculação com a instituição empregadora deve seguir os preceitos da legislação brasileira. (Brasil, 2005a, p.43).

Como resultado, encontramos a sobrecarga de trabalho nas instituições de saúde pela insuficiência de trabalhadores.

A problemática da exposição ocupacional aos fluidos biológicos torna-se mais grave em *unidades de trabalho*, onde o cuidado do paciente é crítico e onde o ritmo de trabalho é mais intenso, exigindo maior frequência na realização de procedimentos e maior habilidade técnica.

Os sujeitos do grupo focal identificam, particularmente, as unidades de emergência, como de maior exposição para os trabalhadores, associando-a ao acelerado ritmo de trabalho.

...”eu acho que são as situações de distração, descuido, de outras pessoas até... e eu vejo bastantes acidentes assim em situações de emergência porque você acaba se desligando do cuidado assim, de prestar atenção, de repente você se preocupa mais com a situação da emergência, do paciente e daí acaba... porque às vezes na correria bate em alguma coisa, você ta puncionando uma veia numa urgência, deixa ali uma agulha e o outro vem”...(Leste)

O ritmo de trabalho é importante fator do acidente reconhecido pelos trabalhadores, seja quando o associam diretamente com a ocorrência da exposição, seja quando evitam “entrar no ritmo” para não se acidentarem.

“Eu não vou correr..., já to aqui há dezesseis anos, não tenho pressa... porque eu acho assim, que não adianta você ir lá correndo, porque eu tô com pressa, apavorada, não... cada local que você vai, você vai ter que fazer teu trabalho, depois volta no outro, não tem dessa... tem dia que isso aqui tá fervendo, eu to sozinha no laboratório, mas eu não tô com pressa, não, eu faço o serviço, tudo... então não tava com pressa, nada, mas, aconteceu... a seringa tava com defeito”. (Copacabana)

Somada à particularidade do atendimento, aparece a sobrecarga de trabalho, verificada por quase duas décadas, como realidade crônica, normal para a instituição e sem perspectivas de mudanças.

Os dados mostram que a exposição acontece por convergência de fatores, como a sobrecarga de trabalho, a particularidade do procedimento e ainda pela inadequação do recurso material.

O estudo de Dei Svaldi, Lunardi Filho (2003) realizado em um Pronto Atendimento aponta que o processo de trabalho de enfermagem caminha na contramão da assistência de enfermagem qualificada e quase sempre é visto de maneira negativa por parte dos usuários e dos trabalhadores. Relatam os autores que a prestação dos serviços do setor difere das necessidades da população. O estudo registrou que a organização do trabalho foi considerada predisponente a acidentes por 94,89% da amostra, valor significativo e muito expressivo.

Os estudos consideram a particularidade da unidade de trabalho na geração dos riscos ocupacionais, que se tornam mais graves quando a ocorrência dos acidentes de trabalho envolve sangue e fluidos biológicos, como Jansen (1997), Greffe; Schueler; Amorim (1999), Avelar (2001), Azambuja; Kerber; Vaz (2003) e Gutierrez (2003b).

Em algumas unidades de trabalho nas instituições de saúde os trabalhadores vivenciam situações estressantes que podem levar ao acidente e ao sofrimento psíquico, desencadeado pelas situações dor e morte dos pacientes.

O ritmo, a intensidade do trabalho, as situações de emergência, o convívio com doenças e morte são fatores desencadeantes de estresses psicossociais e são geradores de desgastes, como mal-estar,

ansiedade, nervosismo, depressão e outras doenças dos trabalhadores, como afirma Felli (2007).

O sofrimento mental do trabalhador de saúde no trabalho, pode desenvolver processos de morbidade, como já estudados por Rossi et al., (2000); Torrano-Masseti, Oliveira e Santos (2000); Millão, Pedro (2001), Anselmi, Duarte, Angerami, (2001); Lima et al., (2001); Spindola, Castanon, Lopes, (2001) e Denton, Zeytinoglu, Davies (2002).

Ao analisar os processos de sofrimento mental apresentados pelos trabalhadores de saúde, Cruz e Lima (1998) referem que o sofrimento leva à instalação de doenças, como a hipertensão arterial entre os trabalhadores de enfermagem.

Essa situação tem uma determinação estrutural, pois as instituições de saúde, de forma geral, trabalham com a escassez de recursos humanos, que é o principal fator desencadeante do ritmo de trabalho nas unidades.

A execução do trabalho, conforme afirma Antunes (2003), torna-se alienada, porque o produto do trabalho e a forma de produzi-lo não é entendida e facilmente percebida parecendo como alheio e estranho ao trabalhador.

Assim, o tipo da unidade de trabalho é identificada como geradora de exposição aos fluidos biológicos, associada ao ritmo acelerado de trabalho, número reduzido de trabalhadores e a inadequação de recursos materiais são fatores desencadeantes de processos de sofrimento mental.

A análise da exposição aos fluidos biológicos aponta os *comportamentos de risco* dos trabalhadores como determinantes dessa exposição.

Percebemos que os sujeitos conhecem os procedimentos técnicos adequados para o desenvolvimento do trabalho, mas não conseguem desvencilhar-se de velhos hábitos e rotinas preestabelecidos reforçados pelos anos de atuação profissional.

A consciência da exposição ao risco acontece após o acidente e desencadeia um conflito interno. O trabalhador, muitas vezes, conhece o risco, mas esse conhecimento não assegura a adoção de comportamentos que possam evitar o acidente, como pode ser analisado nos discursos:

“...foi no reencape...a gente aprende, aprende, mas não tem jeito. (Ingleses)

“tava jogando, tirando a lâmina do bisturi, assim, fui olhar coisas que não devia, enfiei no dedo”..(Leste)

*..”sono é... sono é um fator,...tá com sono, distraído...”
(Gaivotas)*

Chama a atenção o comportamento de reencape das agulhas, uma vez que é sabidamente um procedimento de risco. O não reencape constitui uma medida de preventiva na exposição aos fluidos biológicos. Essa medida de biossegurança é reiterada como necessária em vários estudos como West (1998), Lima et al. (2001b), Clarke et al (2002a, 2002b), Marques (2003) e Caixeta, Barbosa-Branco (2005).

Entender por que o trabalhador não muda comportamento, apesar de conhecimento que tem do risco, é situação bastante complexa.

Como já abordado, Dejours (1992) explica que o trabalhador lança mão de mecanismos de defesa, impostos pela própria organização de trabalho. O sofrimento, a ansiedade e a insatisfação são sistemas defensivos encontrados pelo trabalhador, que desencadeia uma alienação, no caso da exposição aos fluidos corpóreos e, nessa situação, utiliza a negação como sistema defensivo para a não aceitação da gravidade expressa no ambiente de trabalho.

Brevidelli (1997) buscou entender o comportamento dos trabalhadores em face da escassa participação dos indivíduos em programas de prevenção de doenças. Estudando o Modelo de Crenças em saúde, constatou que o comportamento em saúde depende da percepção de como o problema pode afetar esse trabalhador, de sua gravidade e de como compreende a análise dos benefícios e barreiras percebidas. O Modelo de

Crenças em Saúde assume que a motivação é condição necessária para a ação; porém algumas variáveis, como as demográficas e psicossociais, podem influenciar comportamentos relacionados à saúde.

Outro aspecto envolvido no comportamento de reencape é a forma como o assunto é tratado nas orientações dadas ao trabalhador, que não são favorecedoras da mudança de comportamento. Rotineiramente, a educação continuada nos hospitais é pautada em uma educação direcionada, onde não há espaço para a reflexão. Felli (2007). Autores como Wynn et al. (2003) e Peres, Leite, Gonçalves, (2005) afirmam a importância de capacitar o profissional; por meio de educação reflexiva e participativa para reduzir erros e custos de produção. É certo que só isso não resolve a questão intrínseca do trabalho e de sua dinâmica, que são determinações mais estruturais; no entanto o espaço para a reflexão é importante para que possa fazer parte do vivido do trabalhador e, assim, incorporado como comportamento que tem significado para ele.

Felli (2002) defende estratégias gerenciais educativas inovadoras, que não sejam pautadas somente no conhecimento, mas que agreguem a reflexão e abram espaço para os sentimentos, acreditando que assim possam favorecer a mudança comportamental. Para tanto, refere a necessidade de mudança dos modelos gerenciais tradicionais, pautados no taylorismo e fordismo, para modelos mais flexíveis capazes de agregar outros valores.

A necessidade de mudança de estratégias educativas é reforçada pelo estudo realizado por Magagnini; Manfredo (2001) em que, após a realização da educação em serviço por um período de seis meses, os acidentes com materiais perfurocortantes não diminuíram.

Canini et al., (2002) também refere dificuldade de adesão dos trabalhadores às precauções-padrão, predispondo-os à ocorrência de acidentes percutâneos.

As estratégias educativas inovadoras e a necessidade de flexibilização da estrutura organizacional buscam a excelência no desempenho das atividades e, conseqüentemente, a minimização da

exposição, como reiteram os estudos de May, Brewer (2001); Beekmann et al. (2001); Brevidelli, Cianciarullo (2001); Gillen et al. (2002); Lincoln et al. (2002); Hofmann, Kralj, Beie (2002); Moreno (2003); Wang et al. (2003); Trim, Elliott (2003); Trapé-Cardoso, Schenck (2004) e Sarquis, Felli (2005b).

No que se refere ao processo educativo no trabalho, Kanaane (1999) refere a necessidade de os trabalhadores compreenderem os valores preestabelecidos relacionados a esse contexto e à visão que possuem do próprio trabalho. Isto se reflete nas atitudes e percepções acerca do trabalho, apresentando influências diretas no desempenho profissional. Para que os indivíduos correspondam ao trabalho, é imprescindível compreendê-lo, detectar seus motivos e acionar meios para envolvê-los e incentivar o seu comprometimento.

Esses acidentes podem ser evitados pela aquisição de tecnologia de ponta. Nesse caso, as agulhas retráteis, se disponíveis para uso dos trabalhadores, podem evitar o acidente.

As mudanças tecnológicas no processo de trabalho em saúde podem contribuir para o desenvolvimento dos procedimentos técnicos e potencializar condições facilitadoras no ambiente de trabalho; porém, como afirma Peduzzi (2002), o uso de novas tecnologias exige melhor qualificação dos trabalhadores. Assim, a introdução dessas inovações tecnológicas deve considerar o planejamento e o seu ajuste aos trabalhadores, no que se refere aos aspectos quantitativos e qualitativos e à dinâmica de trabalho. Entretanto as instituições de saúde, em sua maioria, nem conhecem essas tecnologias, uma vez que os investimentos estão voltados para a assistência aos pacientes, porque é considerada mais lucrativa.

A técnica de reencape de agulhas realizada pelo trabalhador, não se restringe ao procedimento em si, mas é potencializada pela falta de atenção no procedimento, pela falta do material ou pelo esquecimento do trabalhador. Outro motivo é o sono, como referido pelos trabalhadores.

Fisher et al., (2002) identificam a falta de atenção e diminuição da capacidade de julgamento advindas da privação do sono.

Nesse caso, esse comportamento tem explicação fisiológica. O estudo mostra a necessidade de que seja revista a tradição dos turnos de 12 horas, particularmente em postos de trabalho, onde há importantes demandas físicas e cognitivas, além de estressores ocupacionais, expondo o pessoal às cargas.

Tanto o reencape, seja por falta de atenção ou por dificuldade de transformar o conhecimento em novo comportamento, como a distração, é gerado pela forma como o trabalho é organizado e pela sobrecarga que gera. A exemplo disso, os efeitos da privação de sono podem ser aliviados por uma distribuição e rodízios adequados dos trabalhadores nos plantões, principalmente noturnos.

Na realidade brasileira, muitos trabalhadores de saúde e, em particular de enfermagem, estão submetidos a grandes processos de desgaste, também porque necessitam mais de um vínculo empregatício, o que se sobrepõe às atividades, diminuindo períodos de descanso e lazer. Com isso, o trabalhador realiza longas jornadas de trabalho, de até 18 horas consecutivas, para depois realizar o descanso.

Diante dessa situação, os trabalhadores faltam ao trabalho para a reposição de energia vital. Ainda, na tentativa de solucionar a sobrecarga, algumas instituições possibilitam, além do descanso determinado por lei para uma jornada de 12 horas, a possibilidade de um descanso complementar, que é acordado entre os trabalhadores. Achados de Neves (2000); Balsamo (2002); Wadsworth et al., (2003) referem a sobrecarga do trabalho expressa no absenteísmo.

Enquanto no Brasil os trabalhadores de saúde possuem de dois a três vínculos empregatícios, na Europa e, em especial na Itália, a equipe de enfermagem compreende o desgaste sofrido no trabalho e solicita da instituição a possibilidade de trabalhar na modalidade *part-time*, uma jornada de trabalho de 4 horas diárias, que é permitida por lei.

As realidades são muito diferentes, pois no Brasil o trabalhador busca mais de um vínculo empregatício, porque necessita para o seu sustento, na complementação dos baixos salários que as instituições

pagam. Já na Itália, os trabalhadores de saúde, ao perceberem que o trabalho nas instituições de saúde é desgastante, buscam preservar a sua qualidade de vida.

Na análise da exposição ocupacional aos fluidos biológicos, algumas *condições dificultadoras*, como a inadequação, ausência de recursos materiais, o espaço físico. no ambiente de trabalho estariam contribuindo com esta exposição, como esse estudo mostra. O grande desafio é tornar o ambiente organizacional mais propício às interações sociais facilitadoras e comprometedoras, seja pela instituição, seja pelos trabalhadores. (Song et al., 1997; Antunes, 2003; Navarro, 2005b).

5.2.2 Os sentimentos envolvidos

A busca pela compreensão do comportamento dos sujeitos em face da exposição aos fluidos biológicos evidencia a necessidade de conhecer os sentimentos envolvidos nessa situação. Assim, as falas dos sujeitos permitiram apreender esses sentimentos:

...“a minha preocupação foi da encarregada...fazia vinte dias que uma menina tinha também se acidentado no mesmo local...medo de perder o emprego...depois eu fui pensar porque era com sangue...depois eu fui acordar para isto...inclusive depois perdi o emprego” (Mel)

“na hora eu fiquei com medo, medo de falar para a chefe, medo de acontecer alguma coisa...sabe aquela dor que dá na barriga, aí eu fui correndo e joguei sabão e lavando o meu olho desesperada...e vem a minha chefe atrás de mim..no ano passado eu já sofri um outro acidente, falei, vou de novo lá,que vergonha eu indo lá de novo, daí fiquei com vergonha de vir aqui outra vez”. (Jurerê)

...“por incrível que pareça, uma semana antes meu marido tinha ficado até brabo comigo porque ele tinha pedido pra mim sair daqui, porque ele queria que eu saísse”...(Copacabana)

...“porque, acho que de zero vírgula zero alguma coisa que você tem chance, se transforma em cem por cento às vezes... no dia assim... depois... agora eu tô bem mais tranquilo assim”...(Gaivotas)

“...o resultado dela deu positivo hepatite B,eu acho que ela já tinha”...(Ingleses)

Todos os relatos enfatizam sentimentos negativos como: medo de adoecer; medo da chefia; preocupação; indecisão no momento do acidente; sentimentos de raiva e revolta; e culpa.

Os sentimentos expressos pelos trabalhadores no momento da exposição biológica relatam a complexidade e a amplitude que esta exposição pode gerar. Os sentimentos relatados não se restringem apenas ao trabalhador; envolvem também familiares, superiores e outras pessoas, que fazem parte do convívio social desse trabalhador. Assim, os sentimentos vivenciados no momento da exposição vão além da interrupção da integridade física, causada pelo instrumento cortante ou pelo respingo em mucosas, expressando a preocupação com as conseqüências do acidente para as outras pessoas.

Com os trabalhadores notam-se sentimentos muito fortes e profundos, que têm a capacidade de alterar seu convívio social, sua integridade moral e a dinâmica familiar, com a possível chance de adoecer pelo vírus HIV, HVB e HCV.

O *medo* é o primeiro sentimento expresso pelos sujeitos, com intensidade. Está diretamente relacionado com o medo da chefia e de perder o emprego, ficando o medo de adoecer em segundo plano. Isto denota a grave situação que se encontra nas instituições de saúde, relativas ao emprego formal e remunerado. Esse medo é real, uma vez que o trabalhador é facilmente repostado na instituição de saúde, porque é grande a oferta desses trabalhadores no mercado. Por outro lado, também é grande o medo de perder um emprego com carteira assinada, que garante direitos sociais e benefícios. Sabe-se hoje da grande parcela de trabalhadores que se encontra na informalidade. Nessa situação, o trabalhador primeiro pensa no seu emprego e depois na sua saúde, o que parece aumentar o sofrimento.

Para Dejours (1992), o medo é considerado um instrumento de controle social nas instituições, ainda que possa ser uma verdadeira alavanca para o desenvolvimento das tarefas pela exploração mental sobre a saúde.

Os sentimentos expressos são controlados por estratégias defensivas, desencadeando situações de pressão organizacional, como também evidenciadas pelos estudos de Torrano-Masseti, Oliveira, Santos (2000); Stumm, Nakayama (2001); Mauro et al. (2001); Spindola, Castanon, Lopes (2004); Veizaga, Silva, Barbosa (2001); e Clarke et al. (2002a).

O sentimento de medo que o trabalhador sofre no desempenho de suas atribuições, potencia o desenvolvimento de situações estressantes geradas no ambiente de trabalho. Não são desencadeadas isoladamente, estão relacionadas à organização do trabalho e, também, desencadeiam sofrimento psíquico (Bianchi, 1990; Marziale, 1990; Beck 2000; Anabuki, 2001 e Meireles 2002).

Este desgaste do trabalhador é mais facilmente exteriorizado na esfera fisiológica. O prejuízo emocional, o desgaste, a sobrecarga são camuflados pelo desenvolvimento do trabalho, bem como pela necessidade de trabalhar.

Os sentimentos *preocupação e indecisão*, vivenciados pelos trabalhadores, relacionam-se diretamente à esfera familiar e social. No primeiro momento, a maior preocupação centra-se na possibilidade de transmissão do vírus HIV, HBV e HCV; por exemplo, ao filho que estava amamentando.

*...”preocupação. Fiquei preocupada, porque de repente o paciente é soropositivo...tô amamentando ainda o neném, , daí pego uma doença aí e passo para o bebê,então foi bem complicado, fiquei bem preocupada”.
(Ingleses)*

...” a hora que eu me piquei eu pensei assim...falo ou não falo? vou ter que ir no Trabalhador, depois eu vou voltar, porque eu não posso ir para casa, se não, vão encher as paciências, porque você voltou este horário...você não tomou cuidado”... (Leste)

A exposição ao fluido biológico compromete a qualidade de vida do trabalhador e a sua individualidade perante os desejos e expectativas na vida. O fato de uma mulher precisar interromper a amamentação é muito dolorosa e compromete também o filho. A suspensão da amamentação, além

da alimentação e imunidade da criança, interfere também no contato íntimo entre mãe e filho, o que é mais significativo para a trabalhadora do que a exposição propriamente dita, a dor dessa trabalhadora foi tão significativa que relatou ter chorado por duas noites, após esta difícil decisão imposta pela exposição.

O sentimento de *indecisão* está diretamente relacionado com a família e com as atividades que devem ser desenvolvidas.

Muitas vezes o acidente de trabalho não é visto como decorrente do trabalho e, sim, de alguma falha atribuída ao trabalhador. Nessa situação, percebida pelo trabalhador, aparece o seu conflito e a sua indecisão para relatar o acidente aos seus familiares e ao chefe. Essa situação é geradora de ansiedade e o trabalhador precisa decidir um caminho diante da situação vivenciada entre manter sigilo sobre o acidente e não expor a saúde e a vida de outros e também preservar sua dignidade.

Na prática esta situação é vivenciada rotineiramente e de maneira extremamente fria. A instituição o orienta ao uso de preservativos, doações de sangue e amamentação. Cabe ao trabalhador, o encargo de informar aos familiares e ao companheiro a exposição ocupacional ocorrida. Diante dos conflitos, muitos trabalhadores omitem a exposição ocupacional aos parceiros, alegando problemas de não aceitação da situação e das precauções. Alegam que as recomendações podem desencadear conflitos familiares e conjugais, a exemplo do uso de preservativo nas relações sexuais, pois muitos companheiros julgam que sua integridade moral está comprometida.

Neste contexto, vê-se uma lacuna nas recomendações preconizadas e nas seguidas pelos trabalhadores. Vê-se, ainda, o quanto a instituição, que em última instância é responsável pelo acidente, não tem governabilidade sobre esta situação de foro íntimo e familiar. Esta problemática indica a necessidade de orientação dos familiares, para esclarecimentos da exposição ocupacional.

O estudo realizado por Kermode (2004), na Universidade de Melbourne, na Austrália, aponta a maior exposição dos trabalhadores nos

países em desenvolvimento, muito provavelmente pelas diferenças culturais e de investimento. Afirmam que estão mais expostos à contaminação ocupacional viral. O estudo comprova um dado alarmante para a nossa realidade brasileira, ou seja, que a exposição ocupacional é 15 vezes maior para os trabalhadores de saúde dos países em desenvolvimento. Como exemplo, o autor apresenta um corte seccional dos acidentes percutâneos envolvendo os trabalhadores de saúde. O estudo mostrou que na Índia, para a mesma população exposta, o acidente ocorreu em 67% dos trabalhadores, contra 24% nos EUA, reforçando a necessidade das medidas de prevenção, treinamento e acompanhamento dos trabalhadores de saúde.

Os programas de prevenção recomendados podem ser significativos para reduzir tal exposição, conforme afirmam Robazzi, Barros Junior (2005). Entretanto, as dificuldades dos trabalhadores e da organização de trabalho podem dificultar a assimilação do conhecimento e comprometer a qualidade de vida dos trabalhadores, como nas situações vivenciadas.

Os sentimentos de *raiva e revolta* aparecem nos discursos diante da indignação do trabalhador, ao se expor a uma morbidade no trabalho, pela má qualidade do recurso material e ao perceber que, por causa disto, é ele quem sofre diretamente e necessita acompanhamento, como relatam:

... "eu chorei de raiva... o primeiro foi a luva que tinha um microfuro e eu não sabia... Eu tinha um ferimentozinho... Então as duas vezes que eu me espetei não foi falta de atenção, não foi... sabe, não foi pressa, não foi nada... foi isso daí que aconteceu as duas vezes... defeito do material, as duas vezes"... (Copacabana)

...e eu chorava, sabe? Eu chorava não tanto de medo, como de raiva porque eu pensei, poxa, uma luva com microfuro? Foi bem dar certo bem no dedo que tinha o ferimento... ai, eu fiquei muito revoltada...(Copacabana)

O sentimento de revolta é desencadeado pelo fato de ter usado o EPI, porém o recurso material estava inadequado para o uso, sem controle de qualidade, o que não só compromete o trabalhador, mas também a assistência prestada.

Compreender esta exposição permite refletir novamente sobre a implementação dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de RH-SUS

os trabalhadores do setor Saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. A utilização de avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção. Sabe-se que a Gestão do Trabalho irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema (Brasil, 2005a, p.20-1).

Os trabalhadores registram a incoerência entre a prática e a teoria, pois confirmam o não cumprimento das atribuições e responsabilidades dos governos municipais, estaduais e federal sobre a gestão do trabalho no SUS, assim descritos:

...”implementar a prática de incorporar tecnologias e equipamentos que facilitem o desenvolvimento do trabalho e que melhorem a qualidade dos serviços prestados à população”;[...] (Brasil, 2005a, p.36).

“...providenciar condições dignas de trabalho, implementando ações de biossegurança específicas, assegurando o uso de equipamentos de proteção individual e coletiva para todos os trabalhadores” (Brasil, 2005a, p.38).

Faz-se necessária a compreensão de que a legislação brasileira evoluiu muito no que diz respeito ao trabalho no Brasil e sua relação para com a saúde dos trabalhadores. O estudo realizado por Sarquis et al. (2004) relatam que as transformações ocorridas na Legislação Trabalhista, suas implicações e adequações com o intuito de maximizar a saúde do trabalhador. A partir de determinações legais os responsáveis pelos serviços médicos das empresas foram obrigados a se preocupar com os resultados de seus programas ocupacionais. As autoras analisaram a saúde do trabalhador no contexto da enfermagem, através dos tempos, e foi possível verificar que estes trabalhadores estão expostos a várias cargas que comprometem a saúde com índices elevados de acidentes e doenças relacionadas ao

trabalho. Entretanto as autoras afirmam que se faz necessário compreender que os assuntos relacionados à saúde do trabalhador não podem ser analisados isoladamente, devem ser associados à questão biológica, às condições de vida no trabalho, bem como aos fatores determinantes de acidentes, doenças profissionais e do trabalho expressos no processo de trabalho, conforme também apresentados por Silva; Massarolo (1998) e Ferreira (2000).

Vale ressaltar que gradativamente a Legislação vem abrangendo um conjunto de dispositivos que ultrapassam a mera preocupação com a prevenção e o tratamento dos acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, contemplando aspectos da saúde relacionados à saúde do trabalhador, na tentativa de dar subsídios, para que os trabalhadores tenham ambientes de trabalho que comprometam menos sua saúde.

Porém, na prática, ainda se encontram trabalhadores com desconhecimento, sem o mínimo de informações no que diz respeito aos seus direitos, trabalhadores sendo gerenciados sob uma supervisão muitas vezes punitiva, nem sempre educativa, expostos aos riscos biológicos inerentes à atividade; trabalhadores que necessitam do trabalho para o sustento; trabalhadores que se submetem aos ritmos acelerados de trabalho; trabalhadores conscientes da ausência de recursos humanos e recursos materiais inadequados para a execução das atividades.

Apesar de toda a regulamentação legal, há necessidade de uma avaliação e intervenção que fiscalize, de maneira mais direta as instituições, os trabalhadores e as ações que estão respaldadas por lei, mas na prática estão ainda por existir.

Outro agravante encontrado nas instituições de saúde, no que diz respeito ao desenvolvimento do trabalho e que vem potencializar a gravidade da exposição ocupacional é o desenvolvimento de trabalhos terceirizados nas instituições de saúde. Muitos destes trabalhadores não possuem o vínculo com a instituição e estão à margem de respaldo legal.

Os trabalhos terceirizados em instituições de saúde mostram estas dificuldades, como os estudos de Bottiglieri (1997) e Donato (1995). A exposição ocupacional ocorreu com porcentagem significativa de 22% a 31% entre os trabalhadores da limpeza de instituições terceirizadas, como registrado por Mamani (1997) e Pedrozo (2000).

Outro sentimento manifestado pelos sujeitos está atribuído à *culpa* pelo desencadeamento do acidente. Os sujeitos do grupo focal não notavam inicialmente que a exposição ocupacional havia sido gerada pela forma como o trabalho se organiza, culpando-se pelo ocorrido. O convívio grupal com trocas de experiências possibilitou esta compreensão posteriormente.

Os sujeitos fazem as seguintes referências:

“– Bom, no meu caso, foi um pouco de imprudência minha e de um pouco de pressa também, porque eu faço coleta e eu fiz a coleta no ambulatório,..., então lá a gente tem, como o hospital tá reutilizando tubos a vácuo, daí tem que tirar a agulha para colocar no tubo... ..então tinha que reencapar a agulha e eu fui coletar do paciente, foi uma coleta difícil, eu fui meio... terminei de coletar e fui meio com pressa, com medo de o sangue coagular na agulha, e encapei a agulha,... eu tinha encapado, mas daí encostou a agulha na luva, a tampinha na luva e a capinha saiu e eu acabei me picando”.(Camboriu)

–“Bom, eu vou falar do meu caso... meu caso mesmo foi pressa ...muita cobrança. Foi muita cobrança e eu queria dar conta do serviço. Então eu me descuidei, realmente eu fui um pouco de descuido... pela pressa eu me descuidei... acho que a gente tinha que prestar mais atenção e são os minutos de bobeira, como eu disse antes são minutos de bobeira, quando você vê, aconteceu, o meu caso foi assim...” (Ilha do Mel)

Os depoimentos dos sujeitos evidenciam a não visibilidade no processo de trabalho como um todo e a sua capacidade de gerar a exposição. Assim, assumem para si a culpa.

Azambuja, Kerber e Vaz (2001, p.297), também afirmam que é importante compreender a organização do trabalho e o movimento articulado através das relações de trabalho, pois esta articulação não é percebida, recaindo a culpa pelo acidente sobre o trabalhador envolvido.

a formação do trabalhador é predominantemente voltada para a execução de ações preestabelecidas, sem sua participação na íntegra do processo de trabalho. Esta formação tende a reproduzir no seu cotidiano, mesmo quando o discurso é voltado à participação, fazendo com que permaneçam absorvidos no seu fazer individual, na execução de suas ações, como se a ação individual não pertencesse ao conjunto lógico de ações coordenadas.

Encontra-se na literatura, como responsável gerador do acidente, o medo como parte integrante da carga de trabalho, direcionando a culpa para a ótica do trabalhador e não para a organização de trabalho, como Castilho Sá (2001); Tamayo, Tróccoli (2002); Echternacht (2004); Castelhana, (2005); e Gandra, Ramalho, Gonçalves (2006).

Estudos sobre acidente de trabalho envolvendo sangue e fluidos biológicos, desencadearam no trabalhador exposto um processo de reflexão-ação e os conduziu a uma profunda revisão de sua compreensão a respeito do acidente de trabalho. (Azambuja, Kerber, Vaz, 2001; Balsamo, 2002).

Os sentimentos envolvidos, após a exposição ocupacional, são sentimentos expressos através da sensibilização de uma equipe de saúde que vivencia uma organização desarticulada para prestar a assistência à saúde dos trabalhadores, em contradição, pois sua finalidade é recuperar a saúde de cidadãos. Essas instituições de saúde são frágeis e demonstram ainda que necessitam de reorganização no que diz respeito as várias áreas, como a reavaliação do quadro de pessoal, a análise quanti e qualitativa dos recursos materiais, bem como novas propostas de organização do trabalho.

Portanto, os sentimentos vivenciados são de sofrimento, e os trabalhadores buscam estratégias defensivas para se protegerem. Também ocorre na prática a adaptação dos trabalhadores às situações vivenciadas.

A adaptação às situações no trabalho, para Dejours (1992), e referida nas falas dos sujeitos, é caracterizada como o enfrentamento de uma exigência mais imperiosa: a sobrevivência no trabalho. Os sentimentos de medo, insegurança e culpa após a exposição ocupacional, são

sentimentos gerados pelas condições de trabalho e constituem cargas psíquicas que levam ao comprometimento mental.

5.2.3 Causas do abandono do acompanhamento

Após a análise dos determinantes do acidente pela exposição aos fluidos biológicos e dos sentimentos envolvidos, busca-se compreender quais as dificuldades encontradas pelos trabalhadores para realizar o monitoramento e por que o abandonam. Essa compreensão é imprescindível para a proposição de programas que possam transformar essa realidade.

Assim, na categoria *causas do abandono do acompanhamento*, as falas dos sujeitos no grupo focal permitiram entender que ela acontece pela *subestima da gravidade do acidente e do tratamento* por parte dos trabalhadores e também porque estes encontram *dificuldades operacionais* para a não adesão ao monitoramento completo.

As falas abaixo expressam a *subestima da gravidade da exposição e do tratamento*:

*“...aconteceu um outro acidente igual comigo, mas eu não voltei...”
(Guaratuba)*

“...Ah, eu até já esqueci do acidente”...(Bombinhas)

“...tô mais tranqüila, apesar de eu não tá preocupada com o meu acidente, porque eu achei bem bobo o meu acidente”...(Bombinhas)

“...porque aqui neste hospital não..., cortou, se qualquer acidente, eles tomam providência mesmo... não adianta a gente querer esconder, eles mandam mesmo.” (Matinhos)

“...veio na primeira vez, deu resultado algum negativo, só positivo, veio na segunda, positivo, ah, agora na terceira eu nem vou”! (Itapema)

É, eu me acidentei em dupla, e ela não participou de nenhum.(Ingleses)

“...a gente esquece, a gente nem, sabe, olhe, seis meses atrás, se eu não soubesse que eu tinha essa reunião, eles iam ter que mandar me chamar lá, porque eu já tinha esquecido que eu tinha que vir na consulta..(Jurerê)

...“eu acredito que eles se acomodam. É, por exemplo, eu quando lembrei, falei, nossa, tenho que ir ao Hospital do Trabalhador, mas ainda, em todas as vezes você fica assim, será que precisa ir mesmo? (Bombinhas)

...eu tenho até uma cunhada que é enfermeira, ela disse assim, ah, não precisa não... ela falou bem assim pra mim, sabe... Ela falou nem es quente, olha, eu já me furei tantas vezes e nunca deu nada, não sei o quê, então, eu fiquei pensando, nossa, mas se eles tão pedindo pra ir” (Bombinhas)

A fala dos sujeitos expressa como e quanto, com o passar do tempo, o primeiro momento de tensão, de raiva, de revolta, etc. é praticamente, esquecido em 180 dias, período que é longo. Neste período e com os resultados de exames sorológicos negativos, os sujeitos se distanciam da possibilidade de soroconversão ocupacional. É certo que o risco de soroconversão para HIV é relativamente baixo; mas, não o é para o HBV e HCV.

A subestima e o descrédito na potencialidade da exposição ao fluído corpóreo desencadear uma soroconversão e uma doença instalada não é percebida pelo trabalhador como capaz de prejudicar a qualidade de vida. A expressão da saúde como qualidade de vida não é entendida por esses trabalhadores.

Outro aspecto importante é o esquecimento relatado e vivenciado na prática, que pode estar relacionado com o dia-a-dia de trabalho, com a sobrecarga e com o ritmo acelerado de trabalho. Estes se reportam à forma como o trabalho está organizado, que não favorece um planejamento individual e no mesmo tempo para reflexão.

Por outro lado, o papel institucional na prevenção é de extrema importância, quando essa assume a responsabilidade do acompanhamento do trabalhador, o que aponta uma proposta de gerenciamento do monitoramento, por parte da instituição de saúde. Por outro lado, ao mesmo tempo em que as instituições de saúde não acompanham o monitoramento dos trabalhadores, estes parecem não atribuir importância a esse monitoramento, quando expostos aos acidentes. Essa situação expressa a imaturidade do trabalhador em um processo de trabalho

caracterizado como hierarquizado e autoritário, como é o trabalho em instituições de saúde.

Em centro de excelência na atenção à saúde do trabalhador, a CDL, em Milão, acompanha e monitora o trabalhador exposto aos fluidos biológicos, de modo que esse trabalhador assimile a exposição e faça o acompanhamento. O acompanhamento se estende às unidades de trabalho, para que ocorra a reavaliação do local onde ocorreu o acidente. Através de capacitação técnica e fiscalização direta do ambiente de trabalho, por parte da instituição e dos trabalhadores, as exposições ocupacionais são gerenciadas; e com isso há redução da exposição ocupacional, o que é comprovado pelos estudos epidemiológicos. Nesta Clínica, os trabalhadores recebem comunicação oficial da instituição de saúde para o acompanhamento e realização de exames laboratoriais; o trabalhador que não comparecer no local determinado será comunicado novamente para o acompanhamento. Esse procedimento tem levado à adesão ao protocolo determinado pela legislação, respaldando a instituição, bem como o trabalhador.

Apesar da expressiva subestima da exposição ocupacional, Ramalho (2002) apud Moura; Gir e Canini (2006, p.30) afirmam que até o momento, no Brasil, apenas um caso foi documentado de AIDS ocupacional após um acidente percutâneo, em São Paulo, no ano de 1999. Há referências de casos no Rio de Janeiro, em Santa Catarina e Minas Gerais, mas não documentados oficialmente no Ministério da Saúde. Afirmam, ainda, que no Instituto de Infectologia Emilio Ribas de São Paulo, local de vigilância sistemática dos acidentes com material biológico, registra dois casos de soroconversão ocupacional para HCV e três casos de soroconversão para o HBV (Moura; Gir e Canini, 2006 p.31).

A subestima da exposição ocupacional expressa pelos sujeitos do grupo focal pode também explicar os altos índices de subnotificação desses acidentes, referida por Sarquis (1999); Napoleão (2001); Canini et al. (2002); Nishimura (2002); Binder, Cordeiro (2003); Eimiye et al. (2004); Sarquis et al. (2005a).

Parece-nos que o descrédito em relação à gravidade da exposição vem ao encontro das estratégias defensivas referidas por Dejours (1992). Chama a atenção o relato de uma nova exposição, no período de monitoramento do trabalhador, para o qual ele não toma providências.

Dejours (1992) afirma que a alienação da situação vivenciada leva ao esquecimento consciente da exposição e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de estratégias defensivas.

A compreensão da conduta humana no ambiente de trabalho prescinde do conhecimento dos valores, crenças, sentimentos, pensamentos e tendências à reação dos grupos. Segundo Kanaane (1999, p.78), os indivíduos basicamente se agrupam de acordo com as atitudes semelhantes em face de dada situação, pessoa ou objeto, com a finalidade de minimizar os aspectos dissonantes que estão presentes. A preocupação atual para Kanaane (1999), deve ser a de potenciar os determinantes sociais e políticos, agregando-os aos mecanismos participativos, focalizando a interface indivíduo/grupo e a cultura organizacional. Segundo o autor o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho reflete o grau de participação e colaboração dos envolvidos; um ambiente facilitador flexibiliza a interação dos trabalhadores, reduzindo a exposição ocupacional,

Os discursos revelam comportamentos ambíguos das chefias no que diz respeito à exposição ocupacional. Enquanto um sujeito afirma que a chefe o direcionou imediatamente para o acompanhamento do acidente, o outro sujeito refere que a chefe se mostrou incrédula. Esses comportamentos contraditórios mostram que o desenvolvimento organizacional deve dar-se a partir de mudanças estruturais, assim como alterações atitudinais e comportamentais dos envolvidos.

A análise da categoria *causas do abandono do acompanhamento* nota que os sujeitos do estudo também têm *dificuldades operacionais* para a não adesão ao monitoramento completo. As falas expressam uma realidade vivenciada, comum em muitas instituições de saúde:

O deslocamento e... às vezes um serviço novo ou uma chefia nova ou ainda pouco pessoal pra trabalhar... (Itapema)

...“enquanto eu tava lavando o olho ele foi embora e não foi coletado, aí eu mesma liguei para a unidade de saúde e pedi para o enfermeiro coletar...é obrigação minha ou da chefia ir atrás da fonte? (Jurere)

... “daí ela falou assim, ah, então tá bom, então vá lá resolver o que você tem que resolver... (Ingleses)

Os sujeitos do grupo focal revelam a escassez de recursos humanos e dificuldade de coletar material do paciente fonte, como dificuldade para realizar o acompanhamento.

A escassez de recursos é um determinante do acidente; também é fator dificultador para o acompanhamento do trabalhador pela sobrecarga que acarreta.

A sobrecarga de trabalho como fator dificultador do acompanhamento foi também descrita por Murofuse, Marziale (2004) e Rowe, Sherlock (2005). A impossibilidade de se deslocar para a unidade de referência para receber o primeiro atendimento, no momento do acidente, foi também uma dificuldade operacional, como também relatado por Pereira; Fávero (2001) e Lacaz; Machado; Porto (2005).

Os achados apontam que os trabalhadores necessitam lançar mão de estratégias para cumprir o fluxograma estabelecido para este tipo de exposição ocupacional, como expressão do direito de cidadania.

5.2.4 Estratégias institucionais e pessoais propostas pelos sujeitos da pesquisa.

A percepção dos participantes construída no grupo focal, em relação à exposição ocupacional, aos sentimentos envolvidos, ao abandono do monitoramento, permitiu enumerar estratégias individuais e institucionais que poderiam contribuir para reduzir a exposição biológica. Este momento foi importante, pois os sujeitos expuseram alternativas que poderão trazer benefícios para os trabalhadores expostos aos fluidos biológicos. Esta

contribuição grupal fundamentou-se em situações vividas e elaboradas, mostrando o amadurecimento dos sujeitos no decorrer dos encontros, Este momento não se limitou ao levantamento de algumas estratégias apresentadas por esses sujeitos, mas também possibilitou o diálogo, a reflexão, a troca de experiências e idéias, a respeito do processo de trabalho desenvolvido nos respectivos locais de trabalho. Assim, foram propostas de estratégias institucionais e pessoais.

As *estratégias institucionais* são apreendidas pelos discursos:

...“eu, pelo menos, não tinha muita informação sobre esses acidentes. Então eu acredito que a reunião nossa, ajudou bastante”...(Mel)

...“treinamento...no meu posto não tem limite de coleta de sangue... Você entra às sete, é nove meia você tá coletando ainda... mais ou menos, cento e vinte exames por dia pra dar certo.., cinquenta coletas... (Ingleses)

“É, pra terem um material melhor, que às vezes a gente acaba se perfurando, se machucando por causa do material de má qualidade” (Ingleses)

...Esses dias eu separei umas duas, três seringas e mostrei pra chefia, vi uns dois dias lá, separadinho, depois, já jogaram fora, não levaram adiante, porque eu falei, entrou por um ouvido saiu pelo outro, daí até fiquei desanimada, falei assim ah, não vou falar mais nada, porque fala do material espalhado ninguém faz nada... mas aí ficou uns dois dias lá e depois perguntei, ah, não sei, desapareceu..(Bombinhas)

“...fazer o quê? Eles não dão mais gente pra trabalhar, pra ajudar, mais funcionário, pra... mais funcionário”.(Copacabana)

... Eu acho que além de ter a qualificação, ter a cobrança, mas de toda a equipe... Não só de gente da enfermagem... Por exemplo, se eu ver que tem um médico que tá jogando alguma... Pra gente ter como falar... Denunciar... Mas é que daí o que é pra denunciar leve a sério. É, denúncia anônima é uma coisa amigável. (Jurerê)

...“Precisa mais preparo do pessoal, para trabalhar”... (Jurerê)

... Então eu acho que seria então um vínculo com o médico do trabalho do hospital em que você trabalha com a medicina do trabalho Eu acho importante, porque querendo ou não querendo a gente esquece...(Itapema)

...Eu como funcionária acho que tá certo, porque se eu contraio uma doença, eu vou querer processar a prefeitura... É ou não é?. Hoje ainda eu recebi uma cartinha, que eu tava demorando, falei, mas hoje que eu vou pegar exames...(Jurerê)

"...aconteceu novamente comigo também, só que com um pequeno detalhe...eu estava de EPI." (Itapema)

O grupo aponta estratégias como capacitação técnica, maior vínculo entre o local de trabalho e a UST, a participação na avaliação dos recursos materiais e outros.

Todas as estratégias apresentadas pelos sujeitos são coerentes com a vivência destes no cotidiano de trabalho. Estão centradas no atendimento ao paciente e na reorganização do trabalho.

Nos discursos, fica evidente o não acesso às informações, a não socialização dos saberes oriundos da instituição de saúde. Por outro lado, o envolvimento no trabalho assistencial os absorve de tal maneira que promove o esquecimento do cuidado com a sua própria saúde. Também a instituição se omite na responsabilidade de encaminhá-lo para o monitoramento agendado.

A transmissão das informações e o conhecimento adquirido por eles formam um processo não articulado com a vivência no trabalho. A construção da produção da saúde vivenciada pelo trabalhador e decodificada em procedimentos técnicos, como o uso de medidas de biossegurança, pode reduzir a exposição, mas essa compreensão na produção de saúde só foi percebida no último grupo focal. A exposição ocupacional ocorrida não necessitou de monitoramento biológico porque o trabalhador fazia uso de EPI.

As estratégias institucionais apresentadas pelos participantes para enfrentar situações do cotidiano vêm ao encontro dos pressupostos preconizados para a gestão no SUS (NOB/RH-SUS), no que diz respeito à quantidade e qualidade destes profissionais

..."negociar a inclusão nos convênios e contratos com prestadores de serviços de saúde, a quantidade e o tipo de profissionais necessários e

obrigatórios (segundo o tipo de serviço) para a execução dos serviços conveniados/contratados, em acordo com os conselhos das Profissões de Saúde, computando-se estas inclusões para a pontuação da instituição prestadora de serviços de saúde nos processos de acreditação” (Brasil, 2005a, p.36).

...”buscar cooperação técnica e financeira junto às instituições e organismos nacionais e internacionais, visando à melhoria da qualidade de sistema e à captação de recursos para a implementação de processos de formação dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde” (Brasil, 2005a, p.37).

...”preservar, promover, recuperar e reabilitar a capacidade profissional e a saúde dos trabalhadores do SUS submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de seu trabalho no Sistema de Saúde; monitorar e acompanhar os indicadores de saúde dos trabalhadores, de forma a subsidiar as ações, planos e projetos de vigilância, prevenção e promoção” (Brasil, 2005a, p.62).

As estratégias recomendadas vêm ao encontro das ações programáticas do Ministério da Saúde, no que diz respeito à maior governabilidade na produção desses serviços. As falas exprimem que muitas vezes a cobrança para a utilização de EPIs, descarte correto e outros, está apenas direcionada a alguns trabalhadores. Expressam, ainda que outros profissionais, como muitos médicos, não procedem adequadamente ao descarte, comprometendo a saúde de todos os outros trabalhadores, mas não são advertidos.

As intervenções educativas quanto à importância da manutenção da saúde, intensificando medidas preventivas como a imunização para o vírus da Hepatite B, a avaliação da resposta vacinal e a completa imunização dos trabalhadores também está em consonância com as diretrizes da Política de Saúde do SUS.

A importância da capacitação técnica e a importância do trabalho em equipe, relatada pelos trabalhadores, também é relatada por autores, como Silva (2000), Possari et al. (2000), Pivetta et al. (2001), May; Brewer (2001); Gobbi (2003), Lacerda (2003), Gillen et al. (2003), Wang et al. (2003), Trim; Elliott (2003) Alvarado-Ramy et al. (2003), Brasil (2007).

O estudo de Rapparini et al. (2007) confirma a necessidade de medidas preventivas mais eficientes e a implantação de estratégias efetivas para a redução dessa exposição ocupacional. Seu estudo comprova

em uma amostra significativa de 15.035 exposições ocupacionais registrada em 537 instituições de saúde do Rio de Janeiro no período de 8 anos. A exposição ocupacional acontece ainda com maior frequência no reencape das agulhas, nos procedimentos invasivos e no descarte do instrumento perfurocortante.

Os sujeitos apresentam algumas estratégias *personais* que podem ajudar na minimização dos riscos existentes. As falas apontam a necessidade de o trabalhador reconhecer e estabelecer seus limites, mostrar a necessidade da adequação de recursos humanos e materiais, bem como atender às normas de biossegurança, o que não é fácil no contexto do trabalho como um todo.

... "eu acho importante também a pessoa conhecer seus próprios limites... Tem gente que trabalha em dois, três empregos, ela tá cansada, ela tá, sabe que ela precisa desse dinheiro, mas isso faz acontecer também muitos acidentes de trabalho"... (Itapema)

... "enquanto vocês estiverem dando conta, eles não vão colocar ninguém, não adianta"... (Leste)

... "não é pra reencapar a agulha... (Bombinhas)

Podemos inferir que as estratégias pessoais expressas pelos sujeitos do estudo, para enfrentar as situações do cotidiano, estão em consonância com as estratégias institucionais propostas anteriormente. Para tanto é necessário compreender as relações entre o modo de trabalhar e a realidade social com que estes trabalhadores estão envolvidos.

Apesar de o trabalhador conhecer seu limiar de tolerabilidade física, precisa do emprego para a manutenção de sua vida e de seus familiares.

Ao buscar mais de um vínculo empregatício, esse trabalhador tem plena consciência do trabalho e da sobrecarga, porém entende como única forma de suprir suas necessidades. Para a enfermagem, essa possibilidade de dupla jornada de trabalho torna-se mais fácil e mais problemática, porque as instituições possuem atendimento nas vinte e quatro

horas e a grande maioria possui uma jornada compatível na adequação dos turnos. E mais problemática porque os expõe às cargas de trabalho conseqüentemente a sobrecarga.

As instituições de saúde tendem a economizar recursos humanos, buscar maior lucratividade, como preponderantemente fazem as instituições na sociedade capitalista.

A estratégia de atendimento às medidas e recomendações das práticas de biossegurança necessita ser assumida como responsabilidade do trabalhador, assim como a instituição deve exercer supervisão direta dessa prática e fornecer as possibilidades de realizá-la.

A estratégia pessoal que foi mais significativa para os sujeitos, refere-se à resistência à submissão dos próprios trabalhadores às condições precárias de trabalho, seja pela qualidade, seja pela quantidade. A estratégia aponta a necessidade da articulação de defesas individuais e coletivas. No entanto os estudos demonstram que essa articulação é muito tímida entre os trabalhadores, principalmente de enfermagem (Silva, 1996b). O medo e a possibilidade de perder o trabalho são impeditivos para os trabalhadores.

Refletir sobre as relações entre o modo de trabalhar e de adoecer das coletividades trabalhadoras remete-nos necessariamente às várias instâncias da realidade social.

Echternacht (2004, p.85) afirma que compreender as relações entre saúde e trabalho no Brasil é necessário a reflexão sobre nossas etnias e valores. Refere ainda que, ao longo de mais de 500 anos de existência, nós, brasileiros, somos um povo que se aglutina em processos históricos marcados pela desigualdade, pelo massacre dos povos indígenas, pelas práticas escravistas, ademais dos 20 anos de ditadura militar e da inserção inexorável nos terrenos de competitividade. A atual estrutura econômica acentua a exclusão social pelo desemprego e pela sucessiva redução de salários.

As estratégias propostas pelos sujeitos apontam a necessidade de reorganização do trabalho, no que diz respeito à espaciotemporalidade das condições sociais e ambientais.

Peduzzi (1998) e Silva; Tavares (2004) alertam que mudanças oriundas do processo de trabalho geraram processos de adaptação que o trabalhador necessita ajustar às tecnologias e às formas de sobrevivência no trabalho.

Mudanças técnicas e recursos tecnológicos são evidenciados como necessários aos processos de trabalho, até mesmo para qualificar a assistência. A intervenção para a minimização dos acidentes é considerada um desafio para todos os trabalhadores.

No que diz respeito aos novos recursos tecnológicos, compete à instituição transmitir novos conhecimentos, através de treinamentos, capacitações e avaliar o desempenho em face dos novos procedimentos. Essa ação permite a menor exposição biológica, bem como qualifica a assistência prestada.

Os resultados apresentados mostram um perfil de trabalhadores fragilizados, sem perspectiva digna de condição de trabalho. Portanto, preservar a saúde do trabalhador de saúde, como direito de cidadania assegurado pela Constituição, significa assegurar sua dignidade no trabalho, seu emprego em condições dignas, seu ajuste familiar e moral, bem como seu convívio social saudável.

6 – ARTICULANDO RESULTADOS E PROPOSTAS

A fundamental constatação neste estudo é o fato de a exposição de fluidos biológicos afetar, de forma muito freqüente, os trabalhadores de saúde. A natureza da atividade que esses trabalhadores desenvolvem os coloca, inevitavelmente, em contato com microrganismos patogênicos; no entanto a possibilidade de prevenção de doenças é perfeitamente possível e relativamente de baixo custo.

Essa constatação, associada a outros resultados da pesquisa, permite recomendar propostas de intervenções nos serviços de saúde, para a minimização dos riscos existentes; contudo não é simplesmente uma proposta teórica, mas o ensejo da necessidade de fazer cumprir a legislação vigente refletida em transformação na prática, incluindo reestruturação organizacional, que requer mudanças radicais em ambiente, no que diz respeito a recursos humanos, materiais e de espaço físico, bem como no comportamento dos trabalhadores e de supervisores, envolvidos na dinâmica do trabalho.

Especificamente propõe-se, a partir da articulação e análise de resultados, o que neste estudo nomeamos de **Matriz para prevenção, intervenção e acompanhamento de trabalhadores e Recomendações aos Serviços de Saúde sobre exposição a fluidos biológicos**, abarcando duas partes.

1) Programa de intervenção e acompanhamento dos trabalhadores expostos a fluídos biológicos.

2) Matriz de recomendações aos serviços de saúde para a prevenção de acidentes por exposição a fluidos biológicos.

As estratégias propostas pela Matriz objetivam fortalecer o enfrentamento de administradores e profissionais de saúde, diante de situações de trabalhadores expostos aos riscos biológicos, encaminhados à UST. Enfatiza-se que sejam desenvolvidas em parceria com as Unidades de Saúde e com outras instituições de ensino e saúde, no intuito de obter melhores resultados em prevenção desses agravos à vida e saúde de trabalhadores.

Primeiramente serão descritas as exigências institucionais e os procedimentos com trabalhadores expostos a fluidos biológicos, como segue.

6. 1 Programa de intervenção e acompanhamento dos trabalhadores expostos a fluidos biológicos para a UST.

1. Manter o agendamento eletrônico de consulta no Pronto Socorro do HT no momento do acidente realizado pela secretária do serviço, mediante requisição de profissional de saúde. Convém considerar que anteriormente a esse estudo, o agendamento ocorria por via telefônica partindo do próprio trabalhador acidentado a solicitação à primeira consulta na UST.

2. Manter o sistema de informação entre a UST e as instituições de saúde envolvidas. Esse sistema está sendo articulado entre a instituição de saúde e o trabalhador que sofreu exposição a fluidos biológicos. A UST envia ao setor de Recursos Humanos e chefia imediata, no primeiro dia da consulta na UST pelo trabalhador exposto, um “Protocolo de Acompanhamento aos trabalhadores expostos a fluidos biológicos”. Nesse protocolo está a data das posteriores consultas, até a liberação/alta pela UST. Esse acompanhamento poderá variar de seis meses a um ano. Dessa forma, espera-se que a instituição de saúde providencie a liberação do

trabalhador para comparecer à UST. Este Protocolo já foi implantado e está em fase de avaliação (ANEXO 04, CD).

3. Reavaliar a Ficha de Acidentes com Fluidos Biológicos existente na UST, adequando-a às exigências dos serviços de Saúde, bem como para a completa informação do acidente, realizando a notificação ao sistema SINAN net. Essa ficha servirá para estudos científicos na área de Saúde do trabalhador. Segue anexa a ficha que já foi alterada no período do estudo pela equipe da UST (Anexo 05, CD).

4. Capacitar profissionais das instituições de saúde que possuem Pronto Socorro e laboratório clínico, para proceder ao atendimento preconizado pelo MS nas primeiras duas horas depois da exposição. Essa proposta evitará o deslocamento do trabalhador para outro local, o que foi evidenciado como principal fator para o abandono do monitoramento.

5. Realizar capacitação técnica dos gerentes e trabalhadores na forma de educação continuada nas instituições de Saúde que encaminham os trabalhadores à UST. Esta capacitação contemplará orientações e sugestões para minimizar os riscos.

6. Prestar continuamente informações às instituições de saúde, a respeito dessa exposição e da necessidade de acompanhamento, por meio de fluxograma, cartazes educativos e protocolos de atendimento para os trabalhadores, gerentes e Unidades de trabalho. Essa capacitação técnica será disponibilizada também eletronicamente no site já existente no HT, para facilitar o acesso às informações.

7. Manter e ampliar a elaboração de *folders* educativos, que serão distribuídos nas Unidades de saúde de Curitiba e região metropolitana, com instruções sobre medidas de prevenção dos acidentes com fluidos

biológicos e orientações imediatas para o encaminhamento correto imediato. Essa ação está em fase de implementação e execução, devendo cobrir, até o final de 2007, a área prevista de sua abrangência. Seguem anexos dois *fodens* elaborados na UST (Anexo 6 e 7, CD).

8. Elaborar, em parceria com o HT, a criação de um *software* que captará todos os dados do trabalhador exposto aos fluidos biológicos no momento do acidente no PS do HT e permitirá o controle do monitoramento. Com esse controle será possível encaminhar a convocação direta do trabalhador para as posteriores consultas. Na ausência do comparecimento à UST na data prevista, será encaminhada a reconvocação para nova consulta na UST. Essa proposta está em articulação com a UST, HT e UFPR, uma vez que serão necessários recursos técnicos, financeiros e humanos para sua elaboração.

9. Realizar reuniões trimestrais com a CIPA e gerentes dos serviços de saúde que utilizam a UST para o encaminhamento dos trabalhadores após exposição biológica, discutindo as causas e encaminhando recomendações de prevenção às instituições de origem.

10. Promover parcerias com Instituições de Ensino e Artes para o desenvolvimento de atividades lúdicas na Educação Continuada nas Instituições de saúde da área de abrangência da UST, para possibilitar a visibilidade do risco. Essa ação está em fase de elaboração do projeto em parceria com a Faculdade de Artes do Paraná.

11. Elaborar, desenvolver e avaliar atividades de Extensão entre o Curso de Enfermagem da UFPR e a UST, possibilitando campo de atividade prática e campo para o desenvolvimento de pesquisas. Atualmente ocorrem atividades com esse caráter com alunos voluntários e de bolsa Permanência,

sob supervisão docente, em ações administrativas e assistenciais das rotinas da UST aos trabalhadores expostos aos riscos biológicos.

12. Propor na rotina do serviço, sempre que possível, o encaminhamento dos trabalhadores de saúde atendidos no serviço de Pronto Atendimento do HT, para conhecer a clínica em que serão acompanhados durante o período de monitoramento. Este primeiro momento é de fundamental importância para os trabalhadores que estão sentindo-se fragilizados e em situação de perigo. O acolhimento para o esclarecimento de informações sobre a exposição ocupacional poderá ser realizado pela enfermeira e/ou psicóloga da UST. A aplicação dessa proposta somente poderá ser realizada no período das 7 às 17 horas, horário de funcionamento da UST.

13. Possibilitar aos trabalhadores uma via de registro da exposição ocupacional, quando existirem condições inadequadas de trabalho. Os sujeitos da pesquisa recomendaram a criação de um “DISQUE DENÚNCIA ANÔNIMA” para registrar, anonimamente, irregularidades existentes no ambiente de trabalho. Porém considera-se que essa não seja a saída politicamente correta. Esses trabalhadores necessitam de preparo e “empoderamento” para exercer o papel de atores no processo de mudança dessas condições inadequadas.

6.2 Matriz de recomendações aos serviços de saúde para a prevenção de acidentes por exposição a fluidos biológicos.

A proposta de Matriz de Recomendações emergiu da associação de resultados obtidos na pesquisa, realizada com trabalhadores expostos a fluidos biológicos. Para melhor exposição das proposições a serem adotadas na UST, que poderão ser utilizadas em outros serviços de saúde, tomaram-se de empréstimo os padrões de conhecimento de enfermagem de Carper (1978). Segundo a autora qualquer campo do saber tem padrões, formas e estrutura, que servem como horizonte referencial e exemplificam modos característicos de pensar sobre as situações que se apresentam e sobre os fenômenos que delas resultam. Embora específicas para a enfermagem, as leituras em Althoff et al.(1996), Nascimento, et al. (1997); Lenardt e Timm (1997), Almeida, Labronici e Zagonel (2003), Cestari (2005), Araújo, Coler e Nóbrega (2005) e Lacerda, Zagonel e Martins (2006) e reflexões de resultados da pesquisa, conclui-se que se pode utilizar em maior amplitude nos serviços de saúde, particularmente a área de saúde ocupacional.

A seguir descreve-se uma síntese teórica dos padrões de Carper e suas releituras por outros autores, acompanhadas de suas possíveis aplicações aos propósitos desta pesquisa.

O **Padrão Empírico** fundamenta-se a partir da investigação empírica, ou seja, de experimentos. Assim, nesse padrão incluem-se ações dos gerentes de serviços de saúde, com participação efetiva da equipe de saúde, para melhor enfrentar os desafios de planejamento, execução e avaliação na prevenção e/ou acompanhamento do trabalhador exposto a fluidos biológicos. Requer atenção ao cotidiano da assistência, por meio de reflexões críticas que respaldem o desenvolvimento dessas atividades, bem como aquelas dirigidas a toda equipe.

Na dimensão administrativa seriam:

- Identificar, no processo de trabalho, a necessidade de quantidade e qualificação de recursos humanos em diferentes categorias profissionais e buscar a adequação para a realização do trabalho. Os resultados encontrados possibilitaram conhecer como o trabalho é organizado e mais detalhes sobre a exposição ocupacional. Essa se concretiza, na opinião dos trabalhadores, como decorrente de sobrecarga e do ritmo acelerado de trabalho, pela redução do número de recursos humanos disponíveis para a realização de atividades.
- Manter um programa que possa fornecer, treinar, supervisionar e intervir na obrigatoriedade do uso adequado dos EPIs e das normas de biossegurança por instituições de saúde. Os resultados da pesquisa mostraram que, em relação aos recursos materiais, os sujeitos relatam que a instituição realiza a compra adequada em quantidade; porém, algumas vezes, a qualidade deixa a desejar. No que diz respeito à utilização adequada dos materiais, recomenda-se maior supervisão e oportunidade de reflexão para desenvolver a consciência do risco.
- Solicitar compra de materiais como agulhas retráteis, caixas de descartes adequadas aos procedimentos nas unidades, pois se apresentam, tanto na literatura como no grupo focal, como possibilidades de minimização de exposição aos riscos.
- Promover a efetiva implantação das propostas do Programa de intervenção e acompanhamento dos trabalhadores expostos a fluídos biológicos
- Organizar e/ou reorganizar o trabalho de maneira que promova a melhoria das condições de trabalho, incluindo a facilidade de acesso em espaço físico adequado.
- Assegurar exames periódicos de rotina dos trabalhadores dos serviços de saúde, incluindo a vacinação de hepatite B e outras vacinas.

- Compartilhar com outros profissionais os riscos do serviço de saúde e lutar para garantir e/ou melhorar as condições de trabalho nas unidades. Essa recomendação é importante, pois os sujeitos do estudo apontam a desarticulação entre as chefias e trabalhadores.
- Reivindicar participação mais efetiva da CIPA e seus membros na prevenção de riscos de acidentes nas unidades de saúde.

Na dimensão assistencial seriam:

- Garantir ao trabalhador de saúde material adequado e seguro no trabalho, pois a pesquisa revelou que os recursos materiais contribuíram para a exposição, seja pela inexistência ou inadequação. Os materiais utilizados na assistência foram desencadeadores na exposição, associados com comportamentos e atitudes no trabalho.
 - Acompanhar a evolução clínica e o tratamento prescrito ao trabalhador acidentado. Os trabalhadores pesquisados referiram sentimentos de abandono do monitoramento após a exposição.
 - Estimular o uso de EPIs nos serviços de saúde, pois nos resultados obtidos nessa pesquisa há referências à exposição aos riscos ocupacionais devido ao uso inadequado ou ausente dos EPIs na realização dos procedimentos. Tal recomendação é sugerida, pois os comportamentos de risco dos trabalhadores se tornaram visíveis no grupo focal após a confirmação do acidente propriamente dito, bem como sua percepção em relação à exposição ocupacional.
 - Promover campanhas de vacinação para os trabalhadores. Destaca-se que nos resultados da pesquisa a profilaxia vacinal para a hepatite B estava presente em quase 85% dos pesquisados.

Na dimensão de ensino seriam:

- Treinamento das equipes de saúde sobre os riscos na exposição a fluidos biológicos, pois o estudo evidencia que os profissionais de saúde, em

especial os trabalhadores de enfermagem, são os mais vulneráveis às exposições aos fluidos biológicos e os acidentes percutâneos são os mais freqüentes e de maior risco.

- Realizar estratégias de intervenção para a redução e/ou minimização da exposição ocupacional através da capacitação dos gerentes e supervisores com a realização de Grupos Focais, visando à prevenção em face da exposição aos fluidos biológicos nos serviços de saúde.

- Orientar constantemente os trabalhadores para o uso correto de EPIs e das normas de biossegurança, com estratégias inovadoras que busquem alcançar a mudança comportamental. Os resultados da pesquisa mostram a falta de supervisão e estímulo aos trabalhadores para o uso de EPIs, bem como no cumprimento das normas de biossegurança

- Realizar campanhas educativas para os profissionais de saúde em parceria com outras instituições de ensino e saúde. Em especial realizar através da UST, e UFPR, campanhas preventivas de acidentes com exposição aos fluidos biológicos. Viabilizar a informação sobre os determinantes (cargas de trabalho ou riscos ocupacionais) desse tipo de acidente e a utilização da estratégia de sensibilização, pela divulgação das potenciais conseqüências da exposição dos dos trabalhadores de saúde aos fluidos biológicos.

Na dimensão de pesquisa seriam:

- Realizar estudos que, ao serem levados à prática, possam minimizar a exposição ocupacional aos trabalhadores de saúde

- Realizar e/ou participar de grupos de pesquisa para o desenvolvimento técnico-científico da área de saúde do trabalhador.

- Colaborar no desenvolvimento de produtos e de práticas mais seguras nos serviços de saúde

O **Padrão Ético** deveria receber a devida importância dos profissionais de serviços de saúde. White (1995) sugere exploração desse

padrão na prática, através do processo de reflexão, discussão e compartilhamento de histórias de vida para a tomada de decisões éticas, diante dos dilemas que se apresentam. Enfatiza que o conhecimento moral requer fundamentalmente envolvimento interpessoal autêntico para seu desenvolvimento.

As recomendações desse padrão nas atividades administrativas e de assistência ao trabalhador exposto a fluidos biológicos comparecem a seguir.

- Tomar ciência de que o trabalhador conhece estratégias para reduzir riscos, mas há obstáculos pessoais e administrativos que dificultam a sua efetivação; dessa maneira, é preciso proporcionar discussão dos comportamentos previsíveis, colocando em pauta reflexões sobre os dilemas éticos da prática no trabalho.
- Procurar não subestimar as situações de exposição aos riscos desconsiderando, como se mostrou nesse estudo, a possibilidade de os acidentes acontecerem.
- Informar e esclarecer os trabalhadores, continuamente, a respeito das normas legais de biossegurança e das normas da instituição, pois nem sempre são de conhecimento dos trabalhadores em todas as suas especificidades. As ações que aparentemente podem ser elencadas como imprudência ou negligência podem ter sido executadas por desconhecimento, decorrente de falta pessoal, pouca ou nenhuma informação difundida entre o grupo ou a equipe de saúde.
- Reconhecer os limites e possibilidades que garantam dignidade ao trabalho. Nessa pesquisa os trabalhadores manifestam a redução da quantidade dos trabalhadores de saúde como fator de sobrecarga, aumento do ritmo de trabalho e o aparecimento de sinais de desgaste; porém afirmam não possuírem governabilidade para a reposição desse quadro, ou outras atitudes que possam modificar a situação atual

- Possibilitar a voz ativa do trabalhador, pois nos grupos focais os sujeitos da pesquisa enumeraram estratégias individuais e institucionais que poderiam contribuir para reduzir a exposição biológica, bem como avaliaram as condições de trabalho e a qualidade de vida no ambiente, relatando as condições adequadas para a execução do trabalho com menor risco.

O **Padrão de conhecimento pessoal** é descrito como o mais problemático e difícil de dominar e ensinar, no entanto talvez seja o mais essencial para entender o significado de saúde em termos de bem-estar individual. Direciona-se para a qualidade de vida na perspectiva da pessoa, como ser aberto, mais do que a soma das partes e diferente delas, em intercâmbio recíproco e simultâneo com o ambiente, escolhendo bem as opções e arcando com a responsabilidade pelas escolhas.

As recomendações desse padrão nas atividades do trabalhador exposto a fluidos biológicos são:

- Compreender que os trabalhadores estão dispostos a participar de ambiente seguro no trabalho. Na pesquisa eles concordam que medidas de biossegurança são reavaliadas, refletidas e assimiladas, em especial por três trabalhadores após ocorrência de acidente.

- Haverá, contudo, o oposto e deve servir de alerta aos administradores de serviços de saúde, pois os resultados das reuniões em grupo focal mostraram que há subestima em face do acidente, tendo em vista a não adesão completa do trabalhador ao programa de monitoramento.

- Valorizar o trabalhador como pessoa em sua totalidade, respeitando seus valores, crenças e nível de conhecimento como mais uma forma de fazê-lo pertencer a uma equipe de saúde, com igualdade de direitos e de inserção solidária no grupo de trabalho.

- Propiciar a contribuição grupal pela técnica utilizada nessa pesquisa. Sua validade e eficácia permitem recomendá-la às situações dos serviços de saúde. Foi uma experiência de amadurecido profissional potenciando a reflexão individual. Embora o objetivo deste momento fosse levantamento de propostas de intervenção em face de situações cotidianas do trabalho, possibilitou o diálogo, a reflexão, a troca de experiências e idéias a respeito do processo de trabalho, tornando-os visíveis para os sujeitos envolvidos.

O **Padrão Estético** está sem dúvida em expansão, mas precisa ser mais explorado permitindo a liberdade dos trabalhadores colocar em práticas suas idéias, sugestões e opiniões sobre o ambiente de trabalho.

Recomendações desse padrão nas atividades do trabalhador exposto a fluidos biológicos são:

- Compreender que o trabalhador, vítima de acidente, perceber seus erros e mudar o comportamento para evitar nova exposição; desta maneira deve ser estimulado e motivado em sua criatividade e experiência profissional para condutas mais seguras e de proteção à sua vida.
- Compreender que o setor saúde é complexo e dinâmico; logo as estratégias de comunicação poderão ser demasiadamente normativas; logo possibilitar a livre expressão dos trabalhadores sobre assuntos formais; ou não é uma estratégia de interação que aproxima pessoas e facilita o trabalho
- Promover momentos lúdicos em grupo, para que os trabalhadores se sintam motivados para expressar seus sentimentos, promovendo interação de equipe e ambiente harmonioso.

O **Conhecimento sociopolítico** proposto por White (1995) e adaptado aos propósitos desta pesquisa implica o conhecimento sociopolítico do entorno das ações em saúde, incluindo como ocorre a

prática profissional e o conhecimento da sociedade para com a profissão. Neste estudo relacionamos a organização de trabalhadores em defesa dos seus direitos junto às instituições e associações que os congregam.

Entre outras recomendações desse conhecimento nas atividades do trabalhador exposto a fluidos biológicos incluem-se as que seguem.

- Conhecer como se organizam as instituições locais e nacionais nas decisões sobre biossegurança, atualizando-se sobre normas aplicáveis à prevenção de acidentes, bem como socializando esse saber com a equipe de saúde.
- Propiciar a reflexão crítica e tomada de consciência das condições de trabalho e suas interfaces com a qualidade de vida, buscando junto com trabalhador e com a equipe de saúde as possíveis soluções dos riscos a que estão expostos.
- Conhecer as implicações das lacunas e deficiências macroestruturais do serviço, que se refletem negativamente nas condições de trabalho.
- Conhecer a dimensão e a complexidade das questões sociais econômicas, políticas da vida cotidiana dos trabalhadores e as implicações de suas possíveis deficiências que repercutem em seus comportamentos no ambiente de trabalho.
- Respeitar a identidade cultural de cada trabalhador, entendendo que ela se reflete em suas condutas e comportamentos. Essa especificidade se necessário, deverá ser implementada ou modificada como medida de prevenção dos acidentes.
- Estar atento aos comportamentos e atitudes dos trabalhadores, pois o estudo mostrou a indignação em face do ambiente de trabalho, por meio da raiva, da revolta, da culpa e da insegurança; contudo há necessidade de intervir com atitudes concretas, porém cautelosas, porque evidenciam a

fragilidade do vínculo empregatício, quando há manifestações explícitas desses sentimentos.

Assim, essas matrizes articuladas ao trabalho, na compreensão da exposição aos fluidos biológicos, possibilitam a minimização do acidente e a compreensão com outro olhar do trabalhador. Os padrões de conhecimento não são estáticos, são dinâmicos e interagem na ambiente de trabalho. Essas propostas ora recomendadas tornam-se um caminho na compreensão do trabalho e do trabalhador.

7 CONCLUSÕES

A finalidade deste estudo foi subsidiar um programa de intervenção para maior segurança dos trabalhadores de saúde expostos aos fluidos biológicos. Para tanto propôs-se caracterizar esses trabalhadores, captar seus sentimentos e percepções em face das exposições, identificar as dificuldades vivenciadas no ambiente de trabalho e analisar estratégias para a minimização dessa exposição, bem como lograr maior adesão ao monitoramento.

A técnica do grupo focal foi utilizada como instrumento de coleta de dados com 15 sujeitos que procuraram a Unidade de Saúde do Trabalhador do Hospital do Trabalhador, em Curitiba, no período de março a agosto de 2005. Essa técnica mostrou-se importante para este estudo, possibilitando que os trabalhadores refletissem sobre as exposições sofridas. A realização dessa técnica possibilitou diálogo entre todos os sujeitos. A reflexão coletiva ofereceu oportunidade de compartilhar sentimentos e dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho, independentemente da função que exercem nas unidades de saúde.

Os dados sistematizados foram analisados em duas etapas: a primeira referiu-se aos dados quantitativos, relativos à caracterização dos sujeitos do estudo, segundo dados pessoais, profissionais, do acidente sofrido e do monitoramento realizado; a segunda etapa compreendeu a análise qualitativa das quatro categorias apreendidas dos discursos dos sujeitos no grupo focal.

A análise dos dados da **primeira etapa** evidenciou, em relação aos dados pessoais, que o sexo predominante foi o feminino (93,00%). Quanto à idade, o participante mais jovem tinha 21 e o mais velho 53 anos, sendo a idade média dos sujeitos de 37,6 anos. A maioria dos sujeitos do grupo realizava suas funções na Enfermagem (60%); os demais nos Serviços Gerais (20,00%), Laboratório (13,33%) e na Medicina

(6,67%). Em relação ao local de trabalho, foi no hospital (86,60%) que mais ocorreram exposições ocupacionais aos fluidos biológicos, com trabalhadores com tempo médio de atividade de 7,6 anos, com jornada de trabalho de 6 horas, sendo a maioria de trabalhadores com apenas um vínculo empregatício. O tipo de acidente foi predominante com instrumentos perfurocortantes. O uso de EPI no momento do acidente foi encontrado em 60% dos sujeitos, mas foi significativa a porcentagem de 40,00% dos que não o estava usando adequadamente para o procedimento técnico. Em relação ao tipo de procedimento, quase a metade eram invasivos. Apenas uma minoria (14,4%) ainda não possuía o esquema vacinal completo, necessitando fazer a sua complementação para o vírus da Hepatite B. Em relação ao exame do paciente fonte, foi realizado em 40% dos acidentes sofridos pelos participantes do grupo focal e destes um foi positivo, para o qual foi indicada a quimioprofilaxia. Realizaram o monitoramento completo 73,3% dos sujeitos, com uma reincidência de três novas exposições a fluidos biológicos antes do término do monitoramento. Não houve nenhum caso de soroconversão.

A **segunda etapa** permitiu apreender quatro categorias e suas respectivas unidades temáticas. Na primeira, relacionada à exposição ocupacional, verifica-se que esta ocorre pela inadequação e/ou falta de recursos materiais, recursos humanos insuficientes, unidade de trabalho e comportamentos de risco. A segunda categoria evidencia os sentimentos envolvidos após esta exposição ocupacional; como se pode observar, são sentimentos fortes e negativos, como medo do desenvolvimento de doenças e da chefia, preocupação; indecisão; raiva e revolta; culpa e insegurança. A terceira categoria diz respeito às causas de abandono do acompanhamento após esta exposição, caracterizadas por descrédito da gravidade da exposição e por dificuldades operacionais. A última categoria analisada refere-se às estratégias institucionais e pessoais, propostas pelos sujeitos da pesquisa, para a minimização dos riscos desse acidente e para adesão ao monitoramento.

Tornou-se evidente neste estudo que a ocorrência de acidentes com material biológico está relacionada às formas como a organização do trabalho é realizada. A organização do trabalho em saúde impõe um ritmo acelerado de trabalho, com escassez ou inadequação de recursos materiais e de falta de recursos humanos, aliadas às relações hierarquizadas e, muitas vezes, autoritárias. Também os aspectos comportamentais dos trabalhadores chamam a atenção pelo descrédito das conseqüências, em face da exposição aos fluidos biológicos. Assim, evidencia-se como necessária e importante a articulação entre instituições, unidades de atenção à saúde do trabalhador e Secretarias de Estado.

Em síntese, a realização deste estudo mostrou a necessidade de intervenção no ambiente de trabalho, nas relações de compromisso e comportamento dos trabalhadores e das instituições envolvidas.

Visando à prevenção, intervenção e acompanhamento desses trabalhadores foram feitas propostas de Recomendações aos Serviços de Saúde compostas primeiramente por um Programa de intervenção e acompanhamento dos trabalhadores expostos a fluidos biológicos na UST com algumas recomendações para o atendimento e acompanhamento dos trabalhadores e por uma Matriz de Recomendações de ações em saúde, categorizando atividades a serem executadas com gerentes de serviços e suas equipes de saúde em dimensões.

Em relação ao Programa de Intervenção na melhoria da segurança dos trabalhadores expostos aos fluidos biológicos e encaminhados para a UST, recomenda-se:

- a) Manter o agendamento eletrônico de consulta no Pronto Socorro.
- b) Manter o sistema de informação entre a UST e as instituições de saúde envolvidas através do “Protocolo de Acompanhamento aos trabalhadores expostos a fluidos biológicos”.
- c) Reavaliar a Ficha de Acidentes com Fluidos Biológicos existente na UST, adequando-a às exigências dos serviços de Saúde.

d) Capacitar profissionais das instituições de saúde que possuem Pronto Socorro e laboratório clínico, para proceder ao atendimento preconizado pelo MS nas primeiras duas horas depois da exposição.

e) Realizar capacitação técnica dos gerentes e trabalhadores na forma de educação continuada nas instituições de Saúde que encaminham os trabalhadores à UST.

f) Prestar continuamente informações às instituições de saúde, a respeito dessa exposição e da necessidade de acompanhamento, por meio de fluxograma, cartazes educativos e protocolos de atendimento para os trabalhadores, gerentes e Unidades de trabalho.

g) Manter e ampliar a elaboração de *folders* educativos, que serão distribuídos nas Unidades de saúde de Curitiba e região metropolitana, com instruções sobre medidas de prevenção aos acidentes com fluidos biológicos e orientações imediatas para o encaminhamento correto e imediato.

h) Elaborar em parceria com o HT, a criação de um *software* que captará todos os dados do trabalhador exposto aos fluidos biológicos no momento do acidente no PS do HT.

i) Realizar reuniões trimestrais com a CIPA e gerentes dos serviços de saúde que utilizam a UST para o encaminhamento dos trabalhadores após exposição biológica, discutindo as causas e encaminhando recomendações de prevenção às instituições de origem.

j) Promover parcerias com Instituições de Ensino e Artes para o desenvolvimento de atividades lúdicas na Educação Continuada nas Instituições de saúde da área de abrangência da UST, para possibilitar a visibilidade do risco.

k) Elaborar, desenvolver e avaliar atividades de Extensão entre o Curso de Enfermagem da UFPR e a UST, possibilitando campo de atividade prática e campo para o desenvolvimento de pesquisas.

l) Propor o encaminhamento dos trabalhadores de saúde atendidos no serviço de Pronto Atendimento do HT, para conhecer a clínica em que será acompanhado durante o período de monitoramento.

m) Possibilitar aos trabalhadores o registro da ocorrência da exposição ocupacional, quando existirem condições inadequadas de trabalho.

Na Matriz de Recomendações, organizamos as ações em saúde, categorizando atividades a serem executadas com gerentes de serviços e suas equipes de saúde em quatro dimensões: administrativas, assistenciais, de ensino e de pesquisa. Para as atividades administrativas recomenda-se: prover condições ambientais e estruturais para melhorar o atendimento ao trabalhador, no gerenciamento e supervisão administrativa do serviço de saúde. Nas Atividades Assistenciais recomenda-se: permitir e apoiar o desenvolvimento científico dos profissionais, resultando em melhor assistência à saúde do trabalhador. Nas Atividades de Ensino recomenda-se: executar programa de educação continuada no serviço de saúde e participar de programas educativos em empresas. Nas Atividades de Pesquisa recomenda-se: participar e/ou promover estudos e pesquisas que implementem ou criem novas tecnologias ou metodologias mais seguras ao trabalho.

Essas dimensões são permeadas por ações de saúde de padrão ético, conhecimento pessoal, estético e conhecimento sociopolítico.

As ações de saúde no padrão ético voltam-se para assegurar o respeito aos códigos de ética das profissões em saúde e nas normas de biossegurança especificadas na legislação. Incluem as reflexões sobre os dilemas éticos que permeiam a prática profissional e a tomada de decisões diante dos fenômenos que se apresentam. Nessa linha estão ainda o desenvolvimento da consciência reflexiva e crítica dos dirigentes e profissionais de saúde sobre seus comportamentos e atitudes, diante dos riscos à integridade física dos trabalhadores pelas condições de trabalho.

No padrão de conhecimento pessoal dos administradores e profissionais de saúde trata-se de estimular a comunicação efetiva e afetiva, independentemente de nível hierárquico, para preservar e/ou ampliar a harmonia no ambiente de trabalho. Nela as reivindicações, solicitações e informações do trabalhador são valorizadas, respeitadas e significativas para possíveis mudanças nas condutas profissionais e mudanças no ambiente de trabalho.

No padrão estético, as ações em saúde podem ser por comportamentos, atitudes, condutas e interações. Podem e devem ser estimuladas por meio de habilidades técnicas, manuais e outros recursos artísticos culturais, que poderiam ser explorados pela criatividade do trabalhador em busca de soluções que minimizem os riscos na exposição de fluidos biológicos.

No conhecimento sociopolítico, as ações de saúde tratam do envolvimento decorrente de reflexão crítica dos profissionais de saúde sobre a realidade social, política, econômica e cultural das pessoas, com que se possibilita maior visibilidade e cuidado nas questões de vida, saúde e doença da população.

Por fim, considera-se que este estudo venha a subsidiar a formação dos acadêmicos de enfermagem. No entanto esta contribuição só será realizada se estes futuros enfermeiros tiverem consciência do processo de trabalho, do desgaste, da exposição, bem como o conhecimento científico para o enfrentamento dos agravos de saúde e das exposições presentes no local de trabalho.

O estudo tem limitações, pois existe a real necessidade de concluí-lo na primeira etapa das indagações iniciais. As medidas de intervenção recomendadas serão a mola propulsora de outros estudos a respeito do mundo da saúde e do trabalho.

Encerra-se esse estudo com um pensamento de Luigi Devoto, fundador da “Clínica del Lavoro”, Milão. Este pensamento, expressa a sede de conhecimento e a crença na mudança que um ser

humano pode fazer em seu local de trabalho. Muitas vezes a mudança é lenta, pequena, mas expressiva e progressiva, pois contribuirá e potenciará outros estudos. Acredita-se que a cada segundo de existência o ser humano tem potencial para desvelar, descobrir novas experiências e descodificá-las para um bem maior.

A coloro che chiedevano: “perchè Clinica del Lavoro, anzichè Clinica dei Lavoratori?” Il fondatore solleva rispondere: “Perchè il malato è il lavoro ed è questo che deve essere curato affinché siano prevenute le malattie dei lavoratori”.

A todos os que perguntavam: “ Por que Clínica do Trabalho, ao invés de Clínica dos Trabalhadores?” O fundador costumava responder: “Porque o doente é o trabalho e é este que deve ser tratado, a fim de que se previnam as doenças dos trabalhadores”

Luigi Devoto, 1910

REFERÊNCIAS

Abreu AMM. Acidentes de trabalho com a equipe de enfermagem no setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1997.

Adams KS, Zehrer CL, Thomas W. Comparison of a needleless system with conventional heparin locks. *Am J Infect Control*. 1993;21(5):263-9.

Aiken LH, Sloane DM, Klocinski JL. Hospital nurses' occupational exposure to blood: prospective, retrospective, and institutional reports. *Am J Public Health*. 1997;87(1):103-7.

Alessio L, coordinatore. Rischio biológico per i lavoratori della sanità: linee guida per la sorveglianza sanitaria. Linee Guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro. Roma: Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale; 2005.

Almeida CAF. Acidente de trabalho: adesão à quimioprofilaxia dos trabalhadores de saúde pós-exposição a material biológico humano. [dissertação] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Almeida MR, Labronici LM; Zagonel IPS. O progresso de aconselhamento em DST, HIV e AIDS e sua inter-relação com os padrões de conhecimento da enfermagem: uma conexão.2003. *Cogitare enfer*. 8(1):39-49, jan.-jun.

Althoff CR et al. Conhecendo o conhecimento das dissertações de mestrado em enfermagem da UFSC.1996. *Texto e Contexto Enf*. 5(esp):215-37.

Alvarado OIS, Suazo SVV, Quinteros RVE. Analisis de la salud ocupacional en Chile. *Rev Lat Am Enferm*. 1999;7(1):49-54.

Alvarado-Ramy F, Beltrami EM, Short LJ, Srivastava PU, Henry K, Mendelson M, et al. A comprehensive approach to percutaneous injury prevention during phlebotomy: results of a multicenter study, 1993-1995. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2003;24(2):97-104.

Araújo EC, Coler MS, Nobrega MML. Os padrões de conhecimento da enfermagem relacionados à síndrome da imunodeficiência adquirida em adolescentes *Online Brazilian Journal of Nursing*.2005. 4(2) Disponível em: www.uff.br/nepae/objnursing.htm[Acesso em 13 maio 2007].

- Anabuki MH. Situações geradoras de estresse: a percepção das enfermeiras de um hospital de ensino [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
- Ania ME, Palmieri A. Tuberculosis: infermieri a rischio. *L'Infermiere*. 2001;(4):46-51.
- Ansa VO, Udoma EJ, Umoh MS, Anah UM. Occupational risk of infection by human immunodeficiency and hepatitis B viruses among health workers in south-eastern Nigeria. *East Afr Med J*. 2002;79(5):254-6.
- Anselmi ML, Duarte GG, Angerami ELS. "Sobrevivência" no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(4):13-8.
- Antoniotti E. Le donne in sanità: tante, ma con poco potere. *L'Infermiere*. 2005;(5):8-9.
- Anttila VJ, Kalima S, Ristola M. Occupational needlestick injuries. *Duodecim*. 2000;116(20):2217-24; quiz 2225; 2249.
- Antunes R. O caráter polissistêmico e multifacetado do mundo do trabalho. *Rev Trabalho, Educação Saúde*. 2003;1(2):229-37.
- Aragão AEA, Gomes ALA. Satisfação dos enfermeiros da Santa Casa de Misericórdia de Sobral face às condições de trabalho. In: *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.
- Argenta MI. Compreender o processo de trabalho da enfermagem: uma necessidade para a profissão [dissertação]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
- Aschiadamini IM, Saupe R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enferm*. 2004;9(1):9-14.
- Avelar ESP. Riscos ocupacionais sob a ótica de quem cuida: as representações da equipe de enfermagem. In: *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEN-Seção PR; 2001.
- Azambuja EP, Kerber NPC, Vaz MRC. A compreensão da organização do trabalho em saúde através da evidência dos trabalhadores com acidente de trabalho. *Texto Contexto Enferm*. 2003;12(3):289-97.
- Azambuja EP, Kerber NPC, Vaz MRC. O trabalho de enfermagem: um espaço de construção da prevenção do risco e acidente de trabalho. *Texto Contexto Enferm*. 2001;10(1):75-93.

Baccarelli A, Pesatori AC, Brambilla G, De Vito G, Bertazzi PA. Identificazione e misurazione della attività di agenti occupazionali e ambientali ad azione estrogenica. *Folia Med.* 2000;71 Suppl 3:63-7.

Baldo RCS, Romaniszen CS, Ribeiro MF. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico. In: *Anais do 1º Simpósio Nacional de Saúde do Trabalhador*; 2005; Florianópolis. Florianópolis: UFSC; 2005. p. 82-3.

Balsamo AC. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Barboza DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Lat Am Enferm.* 2003;11(2):177-83.

Basso M. Acidentes ocupacionais com sangue e outros fluidos corpóreos em profissionais de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Backinger CL, Kousteins GH. Analysis of needlestick injuries to health care workers providing home care. *Am J Infect Control.* 1994;22(5):300-6.

Beck CLC. Da banalização do sofrimento à sua resignificação ética na organização do trabalho [tese]. Florianópolis: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Beekmann SE, Vaughn TE, McCoy KD, Ferguson KJ, Torner JC, Woolson RF, et al. Hospital bloodborne pathogens programs: program characteristics and blood and body fluid exposure rates. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2001;22(2):73-82.

Bellato R, Pasti MJ, Takeda E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. *Rev Lat Am Enferm.* 1997;5(1):75-81.

Benatti MCC. Acidente do trabalho em um hospital universitário: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Bianchi ERF. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1990.

Binder MC, Cordeiro R. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(4):409-16.

Bindi L, Casale MC, Ossicini A, Naldini S, Conte P. Rishio biologico negli ambulatori: vademecum per l'infermiere. Milano: INAIL; 2003.

Bohony J. Fighting the needlestick battle without needles. *Medsurg Nurs.* 1993;2(6):469-76.

Borg MA. Hepatitis B: transmission through blood and body fluids exposure of school personnel. *Occup Med.* 2005;55(2):133-5.

Bottiglieri CAM. Gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde, riscos de acidentes de trabalho e doenças profissionais [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.

Braga D. Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

Branco MRFC. Gerenciamento intra-unidade dos resíduos sólidos dos hospitais do Município de São Luís, Maranhão-Brasil. São Luis: [s.n]; 1999.

Brandão PSJ. Biossegurança e AIDS: as dimensões psicosociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

Brandi S, Benatti MC, Alexandre NM. Ocorrência de acidente do trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário da cidade de Campinas, Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 1998;32(2):124-33.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p.18.*

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.214 de 1978. Dispõe sobre normas regulamentadoras relativas à segurança e medicina do trabalho. Brasília: MS/Departamento de Normas Técnicas; 1995.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120 de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, 7 jul. 1998. Seção 1, p. 36.*

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Normas Técnicas. Segurança no ambiente hospitalar. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatísticas de Saúde. Assistência Médico-Sanitária. Brasília: MS/IBGE; 2002a.

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; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS. 3ª ed. Brasília; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MTE n. 485 de 11 de novembro de 2005. Dispõe sobre a Norma Regulamentadora NR 32 relativa à segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília: MS/Departamento de Normas Técnicas; 2005b.

Brasil. Portaria n. 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 2005c. [citado 2006 jan. 13]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Pot2005/GM/GM-2437.htm>

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Estatísticas de acidentes de trabalho registrados na previdência social – ano 2005. [texto na Internet]. Brasília; 2005d [citado 2007 abr. 16]. Disponível em: www.previdenciasocial.gov.br/aeat2005/14_-1_03_01.asp

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.166, de 30 de maio de 2006. Aprova as respectivas infrações para o não cumprimento da NR 32. Diário Oficial da União, Brasília, 31 maio 2006a. Anexo 2.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos. Brasília; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde do Trabalhador. [texto na internet, citado em 12, mar,2007, www.saude.gov.br].Brasília; 2007.

Brasil MVB, Steffens F, Lorenzo D. O perfil do acidentado com material biológico no Hospital de Pronto Socorro. Rev HPS. 2001;47(1):26-33.

Brevidelli MM. Exposição ocupacional ao vírus da AIDS e da hepatite B: análise da influência das crenças em saúde sobre a prática de reencapar agulhas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. Rev Saúde Pública. 2001;35(2):193-201.

Brewer S. Risks and effects of sharps injuries. Nurs Times. 2003;99(37):46.

Brophy MO, Achimore L, Moore-Dawson J. Reducing incidence of low-back injuries reduces cost. AIHA J. 2001;62(4):508-11.

Bruno S. I rischi biologici nella professione infermieristica: valutazione dei dati raccolti presso l'azienda Ospedaliera San Paolo do Milano [tesi di diploma]. Milano: Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Degli Studi di Milano; 2002.

Caixeta RB, Barbosa-Branco A. Acidente de trabalho com material biológico em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, 2002/2003. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):737-46.

Camerino D. Aspetti psicologici e psicosociali del lavoratore anziano. *Med Lav*. 2000;91(4):326-33.

Camerino D, Lusignani M, Conway PM, Bertazzi PA. L'intenzione di lasciare la professione infermieristica. *Med Lav*. 2004;95(5):354-64.

Camerino D, Lusignani M, Conway PM, Bertazzi PA. Procuram-se enfermeiras: profissionais italianas estão insatisfeitas e querem trocar de área. *Rev Proteção*. 2006 maio:80-4.

Campos MA. O trabalhador da saúde portador do HIV: lições para biossegurança e ética. *Rev Assoc Med Bras*. 1999;45(20):163-8.

Canini SRMS, Gir E, Hayashida M, Machado AA. Acidentes perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. *Rev Lat Am Enferm*. 2002;10(2):172-8.

Carneiro AF, Daher RR. Soroprevalência do vírus de hepatite B em anestesiólogos. *Rev Bras Anest*. 2003;53(5):672-9.

Carreri V, Maroni M, Blanco G, Ronchin M. Salute e ambiente in Lombardia: rapporto. *Il Registro Regionali delle malattie da lavoro. sesto rapporto*. Lombardia: Regione Lombardia Sanità/SPSAL; 2003.

Carrieri V. Salute e ambiente in Lombardia: Il Registro degli infortuni mortali sul lavoro. settimo rapporto. Lombardia: Regione Lombardia Sanità/SPSAL; 2004.

Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci*. 1978 1(1):13-23.

Carvalho FN, Almeida LF, Sabença VD. Biossegurança do trabalhador da área de saúde: análise de fatores de risco para os acidentes biológicos com materiais perfurocortantes. *Rev Enferm UERJ*. 2001;9(1):74-5.

Carvalho MB. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Castelhana LM. O medo do desemprego e a(s) nova(s) organizações de trabalho. *Rev Psicol Soc.* 2005;17(1):17-28.

Castilho Sá M. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Cienc Saúde Coletiva.* 2001;6(1):151-64.

Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de recursos materiais. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap. 12, p. 157-70.

Chamorro MLA. A enfermeira em serviços de quimioterapia: uma questão de saúde do trabalhador [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999a.

Chamorro MLA. A enfermeira em serviços de quimioterapia: uma questão de saúde do trabalhador [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999b.

Chamoro MLA, Zeituone RCG. A enfermagem e os riscos ocupacionais no serviço de quimioterapia. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 1999;3(3):104-14.

Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). *A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC.* Brasília; 1999. p. 306-24.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for infection control in health care personal. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2001a;19(6):445.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Department of Health and Human Services. Public Health Service Guidelines for the Management Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV an recommendations for postexposure profilaxis. Atlanta; 2001b.

Centers for Disease Control Prevention (CDC). Preventing occupational HIV transmission to healthcare personnel. Atlanta; 2002.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Department of Health and Human Services. Promotion and Division of Viral Hepatitis Division of Healthcare Quality Exposure to Blood. What healthcare personnel need to know. Atlanta; 2003.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cases of HIV infection and AIDS in the United States. Atlanta; 2004a.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Occupational exposures needlestick injure [text on the Internet]. Atlanta; 2004b. [cited 2004 Dez 20]. Available from: <http://www.cdc.gov/hivserch.htm>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Department of Health and Human Services. Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Profilaxis. Morbidity and mortality weekly report. Atlanta; 2005.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Department of Health and Human Services. Sharps injury prevention Program Workbook Information about the workbook. Atlanta; 2007. [cited 2007 Mar 25]. Available from: <http://www.cdc.gov/sharpsafety/workbook.html>

Cestari ME. Os padrões de conhecimento de enfermagem na produção textual de acadêmicas. Online Brazilian Journal of Nursing 4(3), dez. 2005. Disponível: www.uff.br/nepae/objnursing.htm [Acesso em 13 maio 2007].

Chinn PL, Kramer MK. Theory and nursing: a statement approach. 3ed. St. Louis: Mosby; 1991.

Ciorlia LAS, Zanetta DMT. Significado epidemiológico dos acidentes de trabalho com material biológico: hepatites B e C em profissionais da saúde. Rev Bras Med Trab. 2004;2(3):191-9.

Clarke SP, Sloane DM, Aiken LH. Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses. Am J Public Health. 2002a;92(7):1115-9.

Clarke SP, Sloane DM, Aiken LH. Needlestick injuries to nurses, in context. LDI Issue Brief. 2002b;8(1):1-4.

Clinica del Lavoro (CDL). Descrizzione [texto na Internet]. Milano; 2005. [citado 2005 set. 11]. Disponível em: <http://www.cdldevoto.it>.

Colombi A, Foà V, Fustinoni S, Buratti M, Neumann HG, Begemann P, et al. Monitoraggio biologico dell'esposizione professionale a 1,3-butadiene attraverso indicatori biologici di esposizione e di suscettibilità. Folia Med. 2000; volume(s/n):55-61.

Conway PM. Working conditions, work-related health and intent to leave the profession among italian qualified nurses: results from the uropean nurses' early exit study [tesi]. Milano: Università degli Studi de Milano; 2005.

Cordeiro R, Vilela RAG, Medeiros MAT, Gonçalves CGO, Bragantini CA, Varolla A, Stephan C. O sistema de vigilância de acidentes de

trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. 2005 Cad Sal Publica, Rio de Janeiro, 21(5):1574-83, set-out.

Correa AK, Ferraz CA, Galvão CM, Zanetti ML, Dantas RAS. Health care reform and changes in nursing practice in philanthropic hospitals in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. Pan Am J Public Health. 2000;8(3):202-8.

Costa TM. Significado do trabalho na ótica das enfermeiras. In: Anais do 10º Seminário de Pesquisa em Enfermagem; 1999; Gramado. Gramado ABEn-Seção RS; 1999.

Côté P, Clarke J, Deguire S, Frank JW, Yassi A. Chiropractors and return-to-work: the experiences of three Canadian focus groups. J Manipulative Physiol Ther. 2001;24(5):309-16.

Cruz ICF, Lima R. Detecção dos fatores de risco para a hipertensão arterial na equipe de enfermagem. Rev de Enferm UERJ. 1998;6(1):223-32.

Dall'agnol CM, Ciampone MHT. Avaliação do desempenho: diálogos e representações de um grupo na enfermagem. Rev Bras Enferm. 2002;55(4):363-9.

Dall'agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 1999;20(1):5-25.

Debus M. Manual para excelencia em la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development; 1997.

Dei Svaldi JS, Lunardi Filho WD. Métodos, ferramentas e técnicas da gestão da qualidade total: aplicação na organização do trabalho de enfermagem em serviço de Pronto Atendimento. Texto Contexto Enferm. 2003;12(4):510-8.

Dejours C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez/Oboré; 1992.

Denton MA, Zeytinoglu IU, Davies S. Working in clients' homes: the impact on the mental health and well-being of visiting home care workers. Home Health Care Serv Q. 2002;21(1):1-27.

Dias AO, Ito PEI, Kasai F, Sá DM, Pereira AB. Conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem sobre os equipamentos de proteção individual. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Departamento Intersindical Estatística de Estudos Sociais - DIEESE. O trabalhador de saúde em seis regiões metropolitanas brasileiras. Nota técnica. Número 33:2-12, set, 2006.

D'Innocenzo M. Il fabbisogno di infermieri nei servizi sanitari: dalle indicazioni normative alle definizioni aziendali. *L'Infermiere* 2003;8 Suppl 9:14-21.

Donato M. A experiência de uma enfermeira na terceirização do serviço de saúde ocupacional. *Rev Enferm UERJ*. 1995;3(2):202-5.

Duran ECM, Cocco MIM. Trabalho de enfermagem e gênero: algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Echternacht EHO. Alguns elementos para a reflexão sobre as relações entre saúde e trabalho no Brasil. *Rev Bras Med Trab*. 2004;2(2):85-9.

Elmiyeh B, Whitaker IS, James MJ, Chahal CA, Galea A, Alshafi K. Needlestick injuries in the National Health Service: a culture of silence. *J R Soc Méd*. 2004;97(7):326-7.

Ernst DJ, Ernst C. Phlebotomy tools of the trade. *Home Healthc Nurse*. 2002;20(3):151-3.

Evanoff B, Wolf L, Aton E, Canos J, Collins J. Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanical lifts in the workplace. *Am J Ind Med*. 2003;44(5):451-7.

Farias SNP, Mauro MYC, Zeitoune RCG. Questões legais sobre a saúde do trabalhador de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2000;8(1):28-32.

Felli VEA. A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Felli VEA. Falando sobre a saúde do trabalhador de enfermagem da USP. *Estud Avan*. 1999; 13(35 Supl):203-4.

Felli VEA. Resgatando o conhecimento sobre a saúde do trabalhador de enfermagem [projeto de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap. 1, p. 1-13.

Felli VEA, Marziale MHP, Robazzi MLC, Alexandre NMC. Assistência à saúde do trabalhador no contexto da saúde do adulto. In: *Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto - PRROENF*. Ciclo 1, Módulo 4, 2007. Porto Alegre: ABEn/ArtMed/Panamericana, 2007. p.9-44.

Ferreira MJ. Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca; 2000.

Fischer FM, Teixeira LR, Borges FNS, Gonçalves MBL, Ferreira MR. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de alerta. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002, 18(5):1261-9, set-out,2002

Fleiter MA. Grupo focal: uma nova estratégia de trabalho no programa de hipertensão arterial e diabetes Mellitid na terceira Idade. RECENF. 2004;2(9):134-7.

Fox D, Aston I. Hepatitis B: immunity in medical students [letter]. Occup Med. 2004;54(8):592-3.

Fustinoni S, Buratti M, Brambilla G, Rappaport SM, Colombi A, Foà V. Addotti sull'albumina e sull'emoglobina come indicatori biologici di esposizione professionale a stirene nella produzione di manufatti in vetroresina. Folia Med. 2000;71 Suppl 2:103-9.

Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap. 10, p. 125-37.

Gandra JJ, Ramalho W, Gonçalves CA. Acidentes de trabalho: evoluindo do modelo de causalidade centrada no indivíduo para o modelo de cultura organizacional. In: Anais do 7º Seminários em Administração FEA-USP (SEMEAD); 2006 ago. 10-11; São Paulo [texto na Internet]. São Paulo; 2006. [citado 2006 nov. 15]. Disponível na em: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/9semead/index.htm>

Garcia CIA, Pardo JR, Arrazola MMP, Jaen HF, Sanz Gmi, Lago LE. Accidentes con exposición a material biológico contaminado por HIV en trabajadores de un hospital de tercer nivel de Madrid. Rev Esp Salud Publica. 2004;78(1):41-51.

Giglioli D. L'incidenza del rischio biologico nel fenomeno infortunistico degli istituti clinici di perfezionamento [corso di specializzazione]. Milano: Università del Studio di Milano; 2003.

Gillen M, Davis M, McNary J, Boyd A, Lewis J, Curran C, et al. Sharps injury recordkeeping activities and safety product use in California health care facilities: pilot study results from the sharps injury control program. Am J Infect Control. 2002;30(5):269-76.

Gillen M, McNary J, Lewis J, Davis M, Boyd A, Schuller M, et al. Sharps-related injuries in California healthcare facilities: pilot study results from the

Sharps Injury Surveillance Registry. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2003;24(2):113-21.

GISA Project. *Manuale Utente GISA*. Prima parte generale: um sistema integrado di srtumenti per la gestione della sicurezza e salutte in ambiente di lavoro. Milano; 2005.

Gir E, Takahashi RF, Oliveira Mac, Nichiata Lyi, Ciosak Si. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(3):245-53.

Gobbi P. Mancanza (cronica) di infermieri: um problema della professione o um problema soprattutto dei pazienti? Prove di efficacia delle conseguenze della carenza. *Io Infermiere*. 2003;(3):16-22.

Godoy SCB. Absentismo: doença entre funcionários de um hospital universitário. In: *Anais de 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Grefe N, Schueler GP, Amorim WM. Trabalhadores de saúde cuidem-se...acidentes acontecem. *Cad Pesquisa Cuidado Fundamental*. 1999;3(3):8-20.

Grimmond T, Rings T, Taylor C, Creech R, Kampen R, Kable W, et al. Sharps injury reduction using SharpSmart: a reusable sharps management system. *J Hosp Infect*. 2003;54(3):232-8.

Guthrie PF, Westphal L, Dahlman B, Berg M, Behnam K, Ferrell D. A patient lifting intervention for preventing the work-related injuries of nurses. *Work*. 2004;22(2):79-88.

Gutierrez BAO. O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003a.

Gutierrez EB. Seguimento de acidentes com material biológico em profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da FMUSP. *Rev Soc Bras Med Trop Uberaba*. 2003b;36 Suppl 1:261.

Hofmann F, Kralj N, Beie M. Needle stick injuries in health care: frequency, causes und preventive strategies. *Gesundheitswesen*. 2002;64(5):259-66.

Hospital do Trabalhador (HT). *Missão e Parceria*. Informativo, 2004. [citado 2004, agos. 12]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>.

Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(2):115-21.

Ilario AGC, Pardo JRJ, Mdel PAM, Herreros FJ, Gallardo MIS, López EL. Accidentes con exposición a material biológico contaminado por VIH en trabajadores de un hospital de tercer nivel de Madrid (1986-2001). *Rev Esp Salud Publica*. 2004;78(1):41-51.

Iramina SK. Análise dos acidentes de trabalho atendidos em um Serviço de Emergência em Curitiba [monografia]. Curitiba: Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Paraná; 2006.

Istituto Nazionale per l'Assicurazione (INAIL). Contro gli infortúnio sul lavoro e le malattie professionali. L'andamento macroeconomico e occupazionale. Roma: Bollettino Economico Banca D'Italia. Commissione Europea; 2004.

Istituto Nazionale per l'Assicurazione (INAIL). Contro gli infortúnio sul lavoro e le malattie professionali. Il quadro macroeconomico e occupazionale. Roma: Bollettino Economico Banca D'Italia. Commissione Europea; 2005.

IPASVI. (Istituto Previdenziale Assistenza Sanitária Vigilanzia Infantile). La normativa di interesse infermieristico approvata nel 2004: la laurea specialistica in scienze infermieristiche. Geneva; 2005. p. 18-21.

Itália. Camera dei Deputati. Proposte di Legge n. 6229, il 24 gennaio 2006. Disposizioni in matéria di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, técnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo pe l'istituzione dei relativi ordini professionalir. Roma IT.

Jagger J, Perry J. The chaos factor: sharps injuries in the ED. *Nursing*. 2002;32(5):81.

Jansen AC. Um novo olhar para os acidentes de trabalho na enfermagem: a questão do ensino. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.

Kaiser MM, Barry TL, Kaiser KL. Using focus groups to evaluate and strengthen public health nursing population-focused interventions. *J Trans Nurs*. 2002;13(4):303-10.

Kanaane R. Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Kermode M. Healthcare worker safety is a pré-requisite for injection safety in developing countries. *Int J Infect Dis*. 2004;8(6):325-7.

Kosgeroglu N, Ayranci U, Vardareli E, Dincer S. Occupational exposure to hepatitis infection among Turkish nurses: frequency of needle exposure, sharps injuries and vaccination. *Epidemiol Infect*. 2004;132(1):27-33.

Lacaz FAC, Machado JMH, Porto MFS. Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil: resumo do relatório final set-2002. In: Anais do 1º Simpósio Nacional de Saúde do Trabalhador; 2005 jun. 25-28; Florianópolis: UFSC; 2005. p. 96-127.

Lacerda RA. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. Riscos de infecção ocupacional por exposição a substâncias orgânicas e medidas de precauções; p. 469-92.

Lacerda RA. Exposição ocupacional ao sangue e outras substâncias orgânicas de pacientes em unidades de centro cirúrgico de hospitais do Brasil [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Lacerda MR, Zagonel IPS, Martins M. Padrões de Conhecimento de enfermagem e sua interface ao atendimento domiciliar à saúde. 2006, 5(2): Online Brazilian Journal of Nursing [Online] Disponível em: www.uff.br/nepae/objnursing.htm [Acesso em 14 maio 2007].

Lenardt MH, Timm M. Conhecimento em enfermagem: uma reflexão, por encanto, por enquanto. Cogitare Enferm. 2(2):39-42, jul.-dez. 1997.

Leocata G, Merisi AM, Giunta R, Campisi R, Cortesi F. Procedure per la gestione degli infortuni da rischio biologico presso la ASL della Provincia di Milano 2 Melegnano. G Ital Med Lav Erg. 2002;24(3):343-6.

Lima VLA, Migijama AC, Pimentel GFM, Costa HCX. O conhecimento sobre as medidas de biossegurança entre os acadêmicos de graduação de enfermagem na Universidade Federal do Pará. In: Anais do 11º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2001a; Belém [CD-ROM]. Belém: ABEn-Seção PR; 2001.

Lima HF, Oliveira K, Souza RL, Silva VCE. A saúde do cuidador também merece cuidado: visão da equipe de saúde de uma UBS de Londrina. In: Anais 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001b.

Lincoln AE, Feuerstein M, Shaw WS, Miller VI. Impact of case manager training on worksite accommodations in workers' compensation claimants with upper extremity disorders. J Occup Environ Med. 2002;44(3):237-45.

Lisboa MTL, Ennes LD. O uso e o desuso dos equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Lohiya GS, Tan-Figueroa L, Lohiya S. Bloodborne pathogen exposures in a developmental center: 1993-2000. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2001;22(6):382-5.

Loomis D. Long work hours and occupational injuries: new evidence on upstream causes. *Occup Environ Med*. 2005;62(9):585.

López MTG, Calles JM, Navajas RFC, Estévez JI, Concha DM, Molina CD. Factores asociados a los accidentes por exposición percutánea em personal de enfermería de um hospital de tercer nivel. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71(4):369-81.

Lopes LKO de; Tipple AFV, Damando SN, Miranda CS, Gomes IV. Atendimento aos profissionais vítimas de acidentes com material biológico em um hospital de doenças infectocontagiosas. *Rev Eletrônica de Enfermagem* 6(3)2004. Disponível em www.fen.ufg.br

Maçaira EF. Morbidade respiratória em trabalhadores em limpeza interna da região metropolitana de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Madan AK, Raafat A, Hunt JP, Rentz D, Wahle MJ, Flint LM. Barrier precautions in trauma: is Knowledge enough? *J Trauma*. 2002;52(3):540-3.

Magagnini MAM, Manfredo VA. Acidentes com material biológico em funcionários do Hospital Padre Albino. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Mamani EB. Sistema de manejo de resíduos sólidos em hospitais (SIMARSH): metodologia de avaliação [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.

Marejón KML. Avaliação dos acidentes com material biológico, potencialmente contaminado, ocorridos com médicos residentes do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, no período de 1997 a 2000. *Rev Soc Bras Med Trop Uberaba* 2002; 35 Suppl 1:68.

Mariano CGG, El-Far F, Wey SB, Medeiros EAS. Cut and puncture accidents involving health care workers exposed to biological materials. *Braz J Infect Dis*. 2001;5(5):235-42.

Marinho CLC. Aspectos de biossegurança na pesquisa e produção biotecnológica: riscos e sua percepção [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1997.

Maroni M. Gli inquinanti dell'aria negli ambienti interni, l'allergia e gli effetti sulla salute. *L'AntiAasma*. 2000;10(1):13-6.

Marques JAM. Biossegurança em odontologia. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2003.

Martins AMEBL, Barreto SM, Rezende VLS. Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre cirurgiões dentistas. Rev Bras Méd Trab.2004; 2(4):267-74

Martins MIC, Dal Poz MR. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. Rev Saúde Coletiva. 1998; 8(2):125-46.

Marziale MHP. Estudo da fadiga mental de enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia de Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1990.

Marziale MHP. Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

Marziale MHP. Segurança no trabalho de enfermagem [editorial]. Rev Lat Am Enferm. 2000;8(2):1.

Marziale MHP, Robazzi MLCC. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. Rev Lat Am Enferm. 2000;8(6):124-7.

Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev Latino Am Enferm. 2002;10(4):571-7.

Marziale MHP. Ocorrência de acidentes de trabajo causados por material cort-perfuzante entre trabajadores de enfermería en hospital de la región nordeste de São Paulo, Brasil. Rev Cienc Enferm. 2003a;9(1):21-30.

Marziale MHP. Subnotificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem. Rev Bras Enferm. 2003b;56(2):164-8.

Marziale MHP, Nishimura KYN. Programa preventivo para a ocorrência de acidentes com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem de um hospital do Estado de São Paulo. Acta Paul Enferm. 2003;16(4):59-68.

Marziale MHP, Robazzi MLCC. Accidentes de trabajo com material cortopuzante em enfermeras de hospitales. Nure Ivestigacion. 2004;**2: páginas**

Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre os trabalhadores de enfermagem. Rev Lat Am Enferm. 2004;12(1):36-42.

Marziale MHP. Manual de informações preventivas à ocorrência de acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre os trabalhadores de enfermagem [texto na Internet]. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2002. [citado 2005 nov. 17]. Disponível em: <http://repat.usp.br>

Mauro MYC, Clós AC, Miranda RC, Paz AF. Estudo da postura dos estudantes da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no desempenho das atividades hospitalares. In: Anais do 10º Seminário de Pesquisa em Enfermagem; 1999; Gramado. Gramado: ABEn-Seção RS; 1999.

Mauro MYC, Santos CC, Oliveira MM, Lima PT. O estresse em estudantes de enfermagem: é uma realidade na profissão? In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

May D, Brewer S. Sharps injury: prevention and management. Nurs Stand. 2001;15(32):45-52.

Meier MJ, Kudlowicz S. Grupo focal: uma experiência singular. Texto Contexto Enferm. 2003;12(3):394-9.

Meireles NF. Estresse ocupacional e o centro cirúrgico oncológico no contexto da enfermagem. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

Mendes EV. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 17-55.

Millão LF, Pedro ENR. O mal estar nas docentes de enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Moens G, Mylle G, Johannik K, Van Hoof R, Helsen G. Analysing and interpreting routinely collected data on sharps injuries in assessing preventative actions. Occup Med. 2004;54(4):245-9.

Monteiro ABC, Nicolete MGP, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Manuseio e preparo de quimioterápicos: uma contribuição ao processo reflexivo da conduta da enfermagem. Rev Lat Am Enferm. 1999;7(5):127-35.

Moreira LC, Neves F, Santos US. O trabalho de enfermagem é penoso ou prazeroso? O trabalhador responde. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Moreno J. Limit liability with lift programs. *Provider*. 2003;29(1):41-2.

Moura JP, Gir E, Canini SRMS. Acidentes ocupacionais com material perfurocortante em um hospital regional de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Enferm*. 2006;12(1):29-37.

Murofuse NT, Marziale MHP. Modos de adoecer na enfermagem na onda da qualidade total. In: Livro-temas do 56° Congresso Brasileiro de Enfermagem 2004 out. 24-29; Gramado (RS) [texto na Internet]. Gramado: ABEn-Seção-RS; 2004. [citado 2006 abr. 3]. Disponível em: <http://abennacional.org.br>

Myers D, Silverstein B, Nelson NA. Predictors of shoulder and back injuries in nursing home workers: a prospective study. *Am J Ind Med*. 2002;41(6):466-76.

Napoleão AA. Causas de subnotificação de acidentes de trabalho: visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior paulista [CD-ROM]. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem; 2001.

Nascimento EMF. Sistema fechado para infusão venosa: por quê? *Nursing (São Paulo)*. 2005;27(3):20-5.

Nascimento EMF. et al. O corpo de conhecimento da enfermagem e o paradigma holístico: uma aproximação possível. *Acta paul enfermagem*.10(1):7-18, jan.-abr. 1997.

Nascimento RH, Cocco MIM, Lopes MHBM. Desenvolvimento da especialidade saúde e trabalho, no departamento de enfermagem do Hospital Virtual Brasileiro. *Rev Lat Am Enferm*. 2003;11(2):237-9.

Navarro V. Auxiliar de odontologia usava luvas, mas o acidente banal acabou tendo conseqüências graves. *Rev CRO Paraná*. 2005b;11(51):página

Neves SMFM. Estudo dos acidentes de trabalho com material biológico contaminado entre profissionais de saúde no Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.

Nicosia V, Lesma A, Madera A, Valentino M, Rapisarda V. La prevenzione del rischio biologico dei lavoratori all'estero: esperienza del Servizio Medico dell'ENI. *G Ital Med Lav Erg*. 2002; 24(3):347-9.

Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Lat Am Enferm*. 2004;12(2):204-11.

Nishimura KYN, Ferreira MM, Marziale MHM. Subnotificação de acidentes do trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem: um grande problema para as ações preventivas. Resumo, Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP (SCIIUSP), 10; 2002;2:87.

Nomura FH. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em um hospital-escola [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

O'Connell T, Hayes B. Occupational sharps injuries in a Dublin teaching hospital. *Ir Med J*. 2003; 96(5):143-5.

Ofilí NA, Asuzu MC, Okojie OH. Hospital workers'opinions on the predisposing factors to blood-related work accidents in Central Hospital, Benin City, Edo State, Nigéria. *Public Health*. 2003; 117(5):333-8.

Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev Latino Am Enferm*. 2001;9(1):109-15.

Organização Mundial de Saúde - OMS. Health promotion [texto na Internet]. Curitiba; 2007. [citado 2007 abr. 13]. Disponível em: <http://www.paho.org/English/DD/PIN/pr060321.htm>

Padoin SMM, Tonini P, Gehlen MH; Fernandes RA. Considerando a biossegurança no cuidado do cuidador. In: Anais do 10º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1999; Gramado. Gramado; ABEn-Seção RS; 1999.

Parada EO, Alexandre NMC, Benatti MCC. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino Am Enferm*. 2002;10(1):64-9.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Plano estadual de saúde do trabalhador. Curitiba; 2002

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Saúde do trabalhador [texto na Internet]. Curitiba; 2004. [citado 2004 jun. 2]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>

Pedrosa LAK. Saúde das mulheres-trabalhadoras-enfermeiras: o real e o vivido [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

Pedrozo MFM. Disposição de resíduos gerados em laboratório: avaliação dos procedimentos adotados por três instituições públicas [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho Educ Saúde*. 2002;1(1):75-91.

Peduzzi M, Dalmasco ASW, Rodrigues E, Rodrigues LAJ. Avaliação de desempenho qualitativa e processual de uma experiência em Unidade Básica de Saúde. *Saúde Déb*. 2003;27(63):52-62.

Pereira MCA, Fávero N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Rev Latino Am Enferm*. 2001;9(4):7-12.

Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 138-56.

PHASE - Risco biológico e punture accidentali negli operatori sanitari: manuale técnico-operativo a cura del Gruppo di Studio "PHASE". Milano: Arti Grafiche Passoni ; 2003.

Pinheiro MC. Equidade em saúde e as Conferências Nacionais de Saúde pós Constituição Federal de 1988 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT/Annablume; 1998.

Pivetta F, Machado JMH, Araújo UC, Moreira MFR, Apostolli P. Monitoramento biológico: conceitos e aplicações em saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(3):545-54.

Porto CM, Lazzarini MP, Redigolo LR, Neves FR. Implantação de um kit para comunicação de acidente do trabalho (KIT-CAT) como facilitador das ações que envolvem os acidentes com perfurocortantes. *Rev Latino Am Enferm*. 1999;7(5):121-6.

Possari JF, Carlessi ER, Lopes MH, Gutierrez EB, Osmo AA. Implantação da sistematização da assistência multiprofissional aos profissionais acometidos por acidentes com material biológico em um hospital de ensino. *Rev Enferm HCFMUSP* 2000; 4(3):12-6.

Prefeitura Municipal de Curitiba - PMC - Perfil, dados demográficos. [texto na Internet]. Curitiba; 2007. [citado 2007 03. 04]. Disponível em: http://www.curitiba.pr.gov.br/cidade_perfil.htm

Pruss-Ustun A, Rapiti E, Hutin Y. Sharps injuries: global burden of disease from sharps injuries to health-care workers. Geneva: World Health Organization; 2003 (WHO Environmental Burden of Disease Series, 3).

Puro V. Rischio biológico e infortuni nelle aziende sanitarie. Roma: Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani; 2005.

Puro V, De Carli G, Soldani F, Cicalini S, Ippolito G. Raccomandazioni per la gestione delle esposizioni occupazionali a virus dell'epatite B e C negli operatori sanitari. Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere. 2003;3(10):102-10.

Rapparini C, Saraceni V, Lauria LM, Barroso PF, Velloso V, Cruz M, Aquino S, Durovni B. Occupational exposures to bloodborne pathogens among healthcare workers in Rio de Janeiro, Brazil, Journal of Hospital Infection. 2007; (65):131-7.

Ratzlaff JI. Needle safety technology. SCI Nurs. 2002;19(1):17-2.

Ressel LB, Gualda DMR, Gonzales RMB. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. Int J Qual Methods [periódico na Internet].2002 [citado 2005 nov. 18];1(2):[cerca de 10 p.] Disponível em: <http://www.ualberta.ca/~ijqm>

Rezende MP. Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

Ribeiro EJC. Estudo de acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola do Distrito Federal [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2004.

Robazzi MLCC, Barros Junior JC. Proposta brasileira de normatização para os trabalhadores da saúde. Ci Enferm. 2005;11(2):11-5.

Rocha AM. A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência: obstáculos e possibilidades [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Rodrigues J. Dificuldades enfrentadas para a atuação da enfermagem num manicômio judiciário. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM] Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Rodrigues WTB. Ocorrência de acidentes percutâneos entre cirurgiões dentistas de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Bras J Infect Dis. 2003;7(1):122-82.

Rogers HL, Reilly SM. A survey of the health experiences of international business travelers. Part one - Physiological aspects. *AAOHN J.* 2002;50(10):449-59.

Rossi LA, Camargo C, Santos CMNM, Barruffin RCP, Carvalho EC. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Rev Latino Am Enferm.* 2000;8(3):18-26.

Rowe MM, Sherlock H. Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *J Nurs Manag.* 2005;13(3):242-8.

Rubino FM, Floridia L, Buratti M, Basilico S, Brambilla G, Colombi A. Il monitoraggio ambientale della contaminazione a farmaci antineoplastici nelle farmacie ospedaliere per la tutela della salute del personale sanitario. *Folia Med.* 2000;71Suppl 1:81-6.

Safiano CM, Sarquis LMM, Felli VEA, Giacomozzi LM. O processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2003; 8(2):87-91.

Sailer GC. Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com os anti-retrovirais pós-exposição ocupacional à material biológico [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Sarquis LMM. Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes: ocorrência entre os trabalhadores de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Sarquis LMM, Felli VEA. Acidente de trabalho com instrumento perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36(3):222-30.

Sarquis LMM, Felli VEA. O uso do equipamento de proteção individual entre os trabalhadores de enfermagem acidentados com instrumentos perfurocortantes. *Rev Bras Enferm.* 2000; 53(4):564-73.

Sarquis LMM, Lima EA. O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. *Cogitare Enferm.* 2004;9(2):99-106.

Sarquis LMM, Cruz EDA, Nunes RMAS, Mito I, Techy MT. A incidência dos acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes nos trabalhadores de enfermagem na cidade de Curitiba. In: *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM] Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.*

Sarquis LMM, Felli VEA, Miranda FMA, Guimarães HV, Oliveira GP. A adesão ao protocolo de monitoramento dos trabalhadores de saúde após a

exposição a fluidos biológicos: uma problemática vivenciada em um ambulatório de saúde do trabalhador. *Cogitare Enferm.* 2005a; 10(2):47-53.

Sarquis LMM, Felli VEA. Precauzioni di isolamento: prevenzione della trasmissione degli agenti patogeni nei luoghi di cura. In: *Anais da Associazione Nazionale Infermiere Infezioni Ospedaliere*, Milano: 2005b.

Sarquis LMM, Peduzzi M, Hausmann M, Felli VEA, Silva EB. Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da legislação trabalhista. *Cogitare Enferm.* 2004; 9(1):15-24.

Schmidt MLG. Morbidade hospitalar como instrumento gerencial [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003a.

Schmidt MLG. O mundo do trabalho: o psicodrama como instrumento de diagnóstico da influência da organização do trabalho na saúde dos trabalhadores [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003b.

Sêcco IAO, Robazzi MLCC, Gutierrez PR, Matsuo T. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador hospitalar: um desafio para a saúde do trabalhador. *Rev Espaço Saúde.* 2002;4(1):19-24.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Publica*, Rio de Janeiro, 2004; 20(2):580-8, mar-abr,2004.

Sencan I, Sahin I, Yildirim M, Yesildal N. Unrecognized abrasions and occupational exposures to blood-borne pathogens among health care workers in Turkey. *Occup Med (Lond).* 2004; 54(3):202-6.

Sepkowitz KA, Eisenberg L. Occupational deaths among healthcare workers. *Emerg Infect Dis.* [serial on the Internet]. 2005 [citado 2005 Dez 15];11(7):[cerca de 12 p.]. Available from: <<http://www.cdc.gov/eid>> (15 dez. 2005)

Shen HC, Cheng Y, Tsai PJ, Lee SS, Guo YL. Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan. *J Occup Health.* 2005;47(2):218-25.

Shigueno LYO. O exercício do banho de aspersão: um estudo sobre as práticas, as condições de trabalho e a saúde das trabalhadoras de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.

Shimizu HE, Ribeiro EJG. Ocorrência de acidente de trabalho por materiais perfurocortantes e fluidos biológicos em estudantes e trabalhadores de

saúde de um hospital escola de Brasília. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(4):367-75.

Silva LD. A educação revelando os riscos ocupacionais no trabalho da enfermagem intensivista [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese]. São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996b.

Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latino Am Enferm*. 2000;8(5):44-51.

Silva JPV, Tavares CMM. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trabalho Educação Saúde*. 2004;2(2):271-85.

Silva VEF, Massarollo MCKB. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. *Mundo Saúde*. 1998;22(5):283-6.

Silveira CA, Robazzi MLCC, Marziale MHP. Registros hospitalares sobre acidentes de trabalho entre trabalhadores de serviços gerais. *Rev Enferm UERJ*. 2003;11(3):261-7.

Silvino ZR, Laino A, Moura MAV. Organização do trabalho do enfermeiro: as manifestações de desgaste no trabalho real. In: *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Simpson SA, Wadsworth EJK, Moss SC, Smith AP. Minor injuries, cognitive failures and accidents at work: incidence and associated features. *Occup Med (Lond)*. 2005;55(2):99-108.

Sinclair RC, Maxfield A, Marks EL, Thompson DR, Gershon RR. Prevalence of safer needle devices and factors associated with their adoption: results of a national hospital survey. *Public Health Rep*. 2002;117(4):340-9.

Smith NLA. Management of hepatitis B immunizations and blood exposure incidents in primary care. *Occup Med (Lond)*. 2004;54(4):231-7.

Smith AJ, Cameron SO, Bagg J, Kennedy D. Management of needlestick injuries in general dental practice. *Br Dent J*. 2001;190(12):645-50.

Soares CB, Reale D, Brites CM. Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de programa educacional em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(3):317-22.

Soboll LAP, Bernardino E, Silva SM, Felli VEA. Evidências de desgaste do trabalhador de enfermagem relacionados à organização do trabalho. *Mundo Saúde*. 2004;28(2):181-7.

Song R, Daly BJ, Rudy EB, Douglas S, Dyer MA. Nurses' job satisfaction, absenteeism, and turnover after implementing a special care unit practice model. *Res Nurs Health*. 1997; 20(5):443-52.

Souza M. Conhecimento e aplicação das precauções universais pelos componentes da equipe de enfermagem de um hospital governamental [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1994.

Souza M. Acidentes ocupacionais e situações de risco para a equipe de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1999.

Souza M, Vianna LAC. Incidência de acidentes de trabalho relacionada com a não utilização das precauções universais. *Rev Bras Enferm*. 1993;46(3/4):234-44.

Spindola T, Castanon FF, Lopes GT. O estresse na UTI. In: *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Steagall-Gomes DL, Mendes IJM. A força de trabalho da mulher. *Acta Paul Enferm*. 1995; 8(1/3):61-74.

Stotz EN. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *São Paulo Perspect*. 2003; 17(1):25-33.

Stumm EMF, Nakayama MK. Estresse de equipes de enfermagem que atuam em unidades de centro-cirúrgico nos hospitais da cidade de Ijuí. In: *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Sutliff LS. Work-related injuries. Early return is essential and preferable. *Adv Nurse Pract*. 2002; 10(6):28-33.

Systchenko B, Volkmann C, Saury A. Hepatitis C: risc for hospital staff. *Arch Mal Prof Med Trav*. 1996;57(18):1-8.

Tahara ATS, Araciana MF. Absenteísmo e aspectos ergonômicos do trabalho na enfermagem. In: *Anais do 11º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*; 2001; Belém [CD-ROM]. Belém: ABEn-Seção RS; 2001.

Takeda E, Robazi MLCC, Lavrador MAS. Risco ocupacional de adquirir tuberculose entre os trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2001;54(3):456-65.

Tamayo MR, Tróccoli BT. Exaustão emocional : relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estud Psicol (Natal)*. 2002;7(1):37-46.

Textos de Apoio da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador "Trabalhador sim, adoecer não". Brasília: Ministério da Saúde; 2005:1-5

Tomazin CC, Benatti MCC. Acidente do trabalho por material perfurocortante em trabalhadores de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2001; 22(2):60-73.

Torrano-Masseti L, Oliveira EA, Santos MA. Grupo de reflexão para profissionais de enfermagem onco-hematológica como proposta para alívio do estresse. In: Programa e resumos do 6º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental, Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 2000; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: EERP; 2000.

Trapé-Cardoso M, Schenck P. Reducing percutaneous injuries at an academic health center: a 5-year review. *Am J Infect Control*. 2004;32(5):301-5.

Trim JC, Elliott TS. A review of sharps injuries and preventative strategies. *J Hosp Infect*. 2003; 53(4):237-42.

Trinkoff AM, Brady B, Nielsen K. Workplace prevention and musculoskeletal injuries in nurses. *J Nurs Adm*. 2003;33(3):153-8.

Unidade Saúde do Trabalhador. UST Regimento Interno da UST do Hospital do Trabalhador. [mimeografado],2005:1-6.

Università degli Studio di Milano. UNIMI Corso di Laurea in Infermieristica: informazioni generali. Milano; 2004/2005.

Università degli Studio di Milano. UNIMI Caracterizassione [texto na Internet]. Milano; 2006. [citado 2006. jan. 15]. Disponível em: <http://www.unimi.it>

Valenzuela Suazo SV. Contribuição ao estudo sobre acidentes de trabalho que acometem as trabalhadoras de enfermagem em hospitais chilenos [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

Van Dijk FJH, Prins R. Occupational health care and work incapacity: recent developments in the Netherlands. *Occup Med (Lond)*. 1995;46(3):159-66.

Veizaga CG, Silva EL, Barbosa MCG. Comparação do estresse do enfermeiro de Centro Cirúrgico e da UTI no Hospital Universitário em São Luís-MA. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba [CD-ROM]. Curitiba: ABEn-Seção PR; 2001.

Velloso MP, Santos EM, Anjos LA. Processo de trabalho e acidentes de trabalho em coletores de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(4):693-700.

Waclawski ER. Evaluation of potencial reduction in blood and body fluid exposures by use of açternative instruments. *Occup Med (Lond)*. 2004;54(8):567-9.

Wadsworth EJK, Simpson SA, Moss SC, Smith AP. The Bristol stress and health study: accidents, minor injuries and cognitive failures at work. *Occup Med (Lond)*. 2003;53(6):392-7.

Wagner J. Os cenários do trabalho no Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2003;12(4):451-60.

Waissmann W. A cultura de limites e a desconstrução médica das relações entre saúde e trabalho [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

Walsh L, Turner S, Lines S, Hussey L, Chen Y, Agius R. The incidence of work-related illness in the UK health and social work sector: the health and occupation reporting network 2002-2003. *Occup Med (Lond)*. 2005;55(4):262-7.

Wang H, Fennie K, He G, Burgess J, Williams AB. A training programme for prevention of occupational exposure to bloodborne pathogens: impact on knowledge, behaviour and incidence of needle stick injuries among student nurses in Changsha, People's Republic of China. *J Adv Nurs*. 2003;41(2):187-94.

West K. A common sense review of personal protective equipment. *Safety smarts. JEMS*. 1998; 23(6):54-61.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996;120(6):472-82.

White J. Patterns of knowing: review, critique, and update. *Adv. Nurs. Sci*. 1995. 17(4):73-86.

Wilson CB. Safer handling practice for nurses: a review of the literature. *Br J Nurs*. 2001; 10(2):108-14.

Wnuk AM. Occupational exposure to HIV infection in health care workers. *Med Sci Monit*. 2003; 9(5):197-200.

Wolff M. Accidentes ocupacionales con exposición a líquidos biológicos. Recomendaciones para el manejo del personal expuesto. *Rev Med Chile*. 1997;125(5):605-13.

Wolff RM, Hidalgo VS. Exposición accidental del personal de salud a salud a sangre y líquidos biológicos de pacientes. *Rev Med Chile*. 1992;120(11):1247-53.

World Health Organization (WHO). Global burden of disease from sharps injuries to health-care workers. Geneva; 2003a. (WHO - Environmental Burden of Disease Series).

Wright GD, Farrer JA. Needle covers reduce needlestick injury. *Accid Anal Prev*. 1993; 25(2):153-9.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho: patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu; 2003.

Wynn PA, Aw TC, Williams NR, Harrington M. Teaching of occupational medicine to undergraduates in UK schools of medicine. *Occup Med (Lond)*. 2003;53(6):349-53.

Zanon E, Marziale MHP. Avaliação da postura corporal dos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(1):26-36.

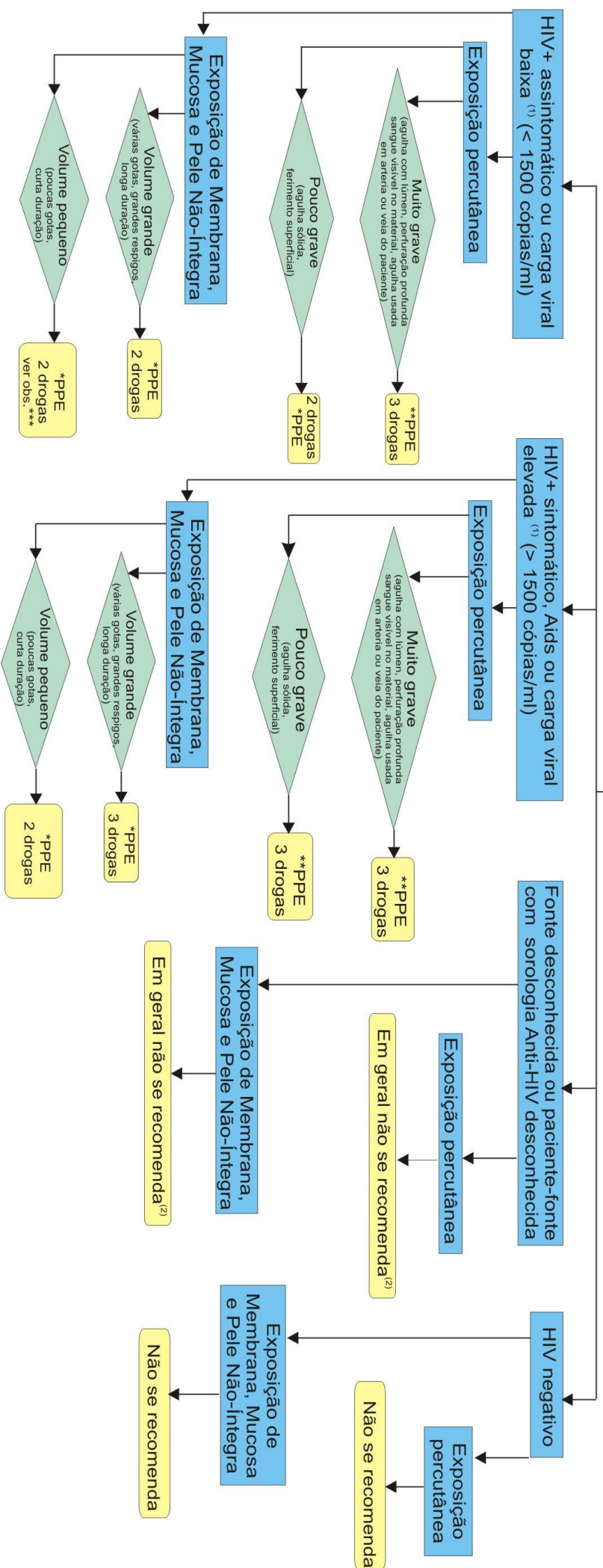
Zapparoli AS, Marziale MHP. Riscos ocupacionais dos trabalhadores que atuam em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências de uma cidade do interior paulista. In: *Anais do Simpósio Internacional Inovação e Difusão de Conhecimento em Enfermagem*; 2003; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: EERP; 2003. p. 129.

Zimmers T. Sharps disposal in the ED: simple techniques and equipment. *Am J Emerg Med*. 1999;17(1):53-4.

Anexo 1 – Profilaxia pós-exposição ao HIV

ANEXO 1 - PROFILAXIA DO ANTI-RETROVIRAL APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV*

SITUAÇÃO DO PACIENTE-FONTE



POSOLOGIA VER ITEM 3.1.4

*PPE 2 drogas = AZT + 3TC

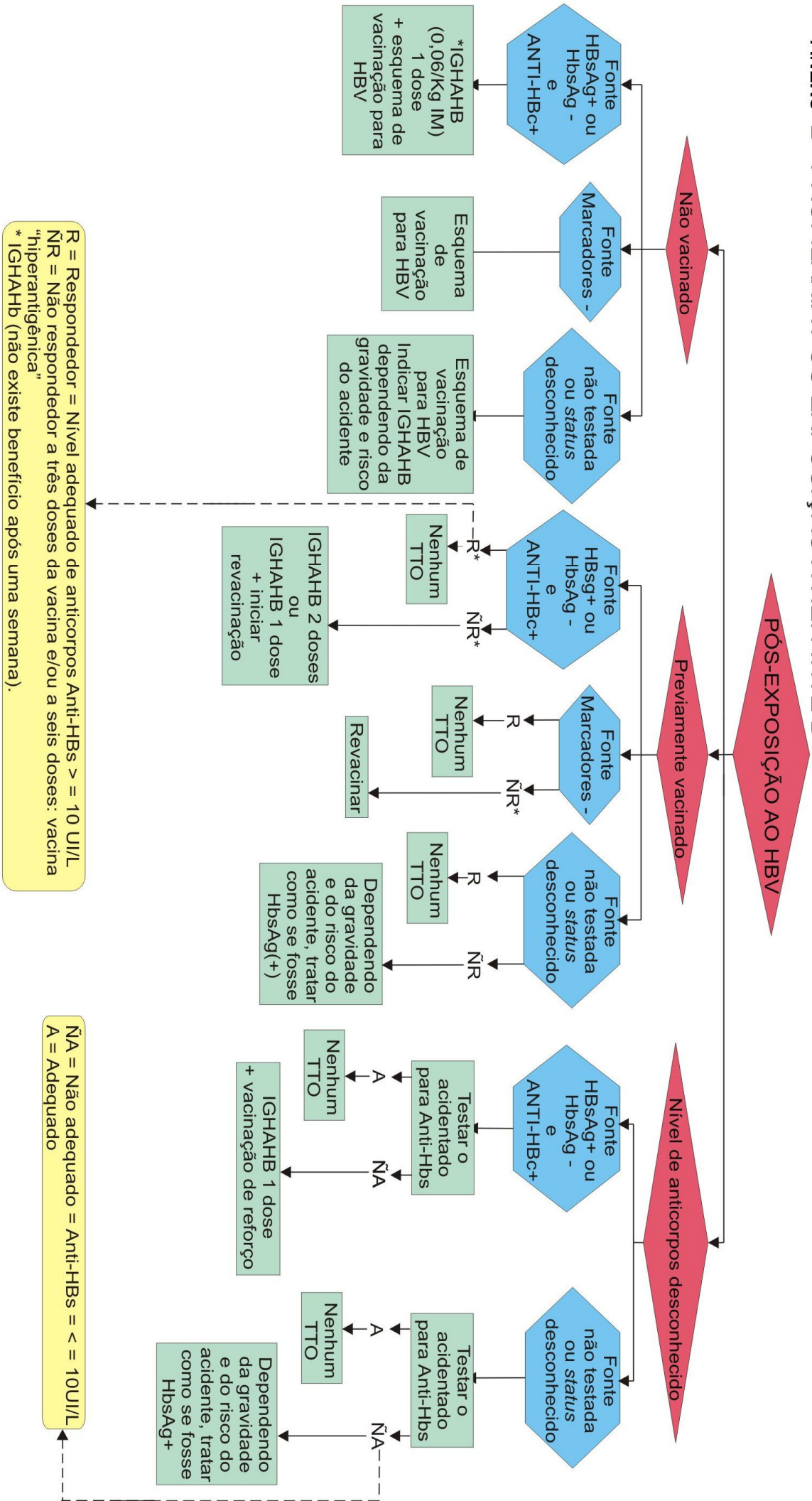
*** PPE 2 drogas = AZT + 3TC + IP (nefinavir ou Indinavir)

- 1- Estudos em exposição sexual e transmissão vertical sugerem que indivíduos com carga viral < 1500 cópias/ml apresentam um risco muito reduzido de transmissão de HIV.
 - 2- Quando a condição sorológica do paciente-fonte não é conhecida, o uso do PEP deve ser decidido em função da possibilidade de transmissão do HIV que depende da gravidade do aciente e da probabilidade de infecção pelo HIV deste paciente (locais com alta prevalência de indivíduos HIV+ ou história epidemiológica para HIV e outras DSTs). Quando indicada, a PEP deve ser iniciada e revalidada a sua manutenção de acordo com o resultado da sorologia do paciente-fonte.
- *** Indica que a PPE é opcional na análise individualizada da exposição e decisão entre acidentado e o médico assistente.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Exposição a materiais biológicos. Brasília, 2006. p. 40.

Anexo 2 – Profilaxia pós-exposição à Hepatite B

ANEXO 2 - PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO À HEPATITE B*



*Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Exposição a materiais biológicos. Brasília, 2006. p. 41.

Anexo 3 – Formulário 1 – Caracterização dos trabalhadores

Anexo 3

Formulário 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa segundo dados pessoais, profissionais, do acidente e do monitoramento realizado. Curitiba, 2005.

| Pseudônimo (nome de praias) | S E X O | I D A D E | Função | Unidade (Hospital/ Unidade Saúde) | Tempo de atuação | Jornada diária de trabalho | Nº de em- pre- gos | Parte do corpo afetada | Uso de EPI | Proc Inva- sivo | Tipo do Acid. (PC/ CFB) | Esquem a Vacinal de Hep B | Realiz exame no paciente fonte | QPX Indi- cada | Mon. (30 d) GF 1 | Mon (90 d) GF 2 | Mon (180 d) GF 3 | Monit. com- pleto (180 d) |
|-----------------------------------|------------------|-----------------------|---------------------|--|------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|----------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Dados Pessoais | | | Dados profissionais | | | | Dados do acidente | | | | Dados do monitoramento | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Legenda: **PC**= perfurocontante, **CFB**= contato com fluido biológico, **C**= comparecimento, **F**= falta, **I**= Incompleto, **D**= desconhecido, **QPX**= quimioprofilaxia, **S**=sim, **N**=não **GF**=Grupo Focal, *=nova exposição biológica, **Neg**=negativo, **Pos**=positivo

Anexo 4 – Formulário 2
GUIA DE TEMAS - 22/03/05 15:30 horas
PRIMEIRA SESSÃO GRUPAL

(Primeiro atendimento na UST, 30 dias após o acidente)

1. Agradecimentos, apresentação da equipe e realização de uma dinâmica para integração do grupo.
2. Apresentação dos moderadores: pesquisadora, enfermeira da UST, um aluno da UFPR e uma psicóloga).

Questões:

- Por que vocês acham que esta exposição biológica aconteceu?
- Quais foram seus sentimentos em relação a esta exposição com o material biológico?
- Que dúvidas ou expectativas vocês têm em relação a este acidente?

Anexo 5 – Formulário 2
GUIA DE TEMAS - 24/05/05- 15:30 horas
SEGUNDA SESSÃO GRUPAL
(90 dias após o acidente – 3 meses).

1. Agradecimentos e saudações da equipe.
2. Devolutiva da sessão grupal anterior para o grupo.

Questões:

- Quais foram seus sentimentos em relação a esta exposição após o momento inicial do acidente?
- Que situação ou atividade de trabalho propicia este tipo de acidente?

Anexo 6 – Formulário 2
GUIA DE TEMAS 23/08/05 15:30 horas
TERCEIRA SESSÃO GRUPAL
(180 dias após o acidente – 6 meses).

1. Agradecimentos e saudações da equipe.
2. Devolutiva da segunda sessão grupal para o grupo.

Questões

- Quais são seus sentimentos em relação a esta exposição após estes 6 meses do momento inicial do acidente?
- Que estratégias (pessoais ou institucionais), poderiam ser realizadas para minimizar essa exposição?
- Porque os trabalhadores após a exposição não retornam às consultas pré-agendadas?

Anexo 7 – Aprovação no Comitê de Ética

Curitiba, 31 de julho de 2006

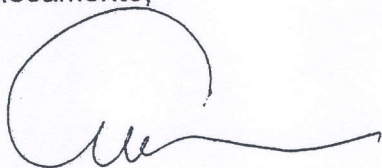
Ilma Sra.
Leila Maria Mansano Sarquis

Prezada Senhora,

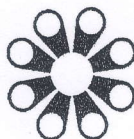
Comunicamos que o projeto de pesquisa intitulado OS ACIDENTES DE TRABALHO APÓS EXPOSIÇÃO COM FLUÍDOS CORPÓREOS ENTRE OS TRABALHADORES DE SAÚDE NO AMBULATÓRIO DO TRABALHADOR, registro no CEP: 0176-04 está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O referido projeto foi apresentado em 2º análise ao CEP SH-HPP em reunião plenária no dia 28 de fevereiro de 2005.

Lembramos que conforme as normas da CONEP/MS o pesquisador deverá enviar ao CEP relatório trimestrais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador em caso de relevância. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Luiz Antonio Munhoz da Cunha
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa de Seres Humanos- HPP



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO
HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE . HOSPITAL DE CRIANÇAS CÉSAR PERNETTA
INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PEQUENO PRÍNCIPE - IESPP
INSTITUTO PELÉ PEQUENO PRÍNCIPE - Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente
Atendendo crianças desde 1919

R. Desembargador Motta, 1070 - Água Verde - Curitiba-PR - 80250-060
Tel.: 41 3310-1010 • Fax: 41 3225-2291 • info@hpp.org.br • www.pequenoprincipe.org.br
C.N.P.J.: 76.591.569/0001-30 • Inscrição Estadual: isento • Inscrição Municipal: 04 03 035.943-2

Anexo 8 – Autorização para a divulgação do nome da instituição

Curitiba, 02 de março de 2006.

Senhor Coordenador do

Ambulatório Saúde do Trabalhador,

Hermman Guimarães

Assunto: Autorização para divulgação do nome da Instituição.

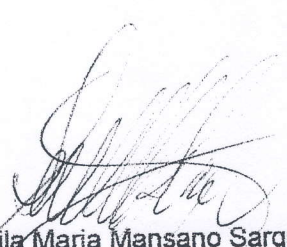
Venho por meio deste, informar que minha pesquisa intitulada: "O MONITORAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E EM EXERCÍCIO NA SAÚDE APÓS EXPOSIÇÃO A FLUÍDOS BIOLÓGICOS NO HOSPITAL DO TRABALHADOR, CURITIBA, PARANÁ" (título provisório), que já foi aprovada pelo Comitê de ética, em plenária realizada em 28/02/05, no Hospital Pequeno Príncipe está na fase de análise de dados.

Solicito a autorização formal para a divulgação do nome da instituição: "Hospital do Trabalhador e Unidade de Saúde do Trabalhador", no título da tese de doutorado, bem como no corpo do referido estudo.

Tal solicitação complementa a autorização informal por mim recebida.

Atenciosamente,

Autorizado
HG
Dr. Hermman Guimarães
Diretor Técnico
Hospital do Trabalhador
21/03/06


Prof. Leila Maria Mansano Sarquis

Pesquisadora: m.sarquis@brturbo.com.br

Fone: (41) 9901-0649/ (41) 3243 5765

Anexo 9

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96)

Projeto de Pesquisa Intitulado: Os acidentes de trabalho com exposição de fluídos corpóreos entre trabalhadores de saúde no Ambulatório de Saúde do Trabalhador: intervenção e monitoramento da saúde do trabalhador.

Este estudo tem como objetivo desvelar a compreensão a cerca dos processos de saúde identificando os fatores que favorecem a ocorrência de acidentes, bem como o monitoramento da Saúde do trabalhador após o acidente de trabalho com a exposição de fluidos biológicos.

A participação será voluntária, assim como a desistência durante qualquer etapa do desenvolvimento da pesquisa, sem que isso represente qualquer tipo de prejuízo dentro da Instituição.

Será mantida em sigilo a identificação da Instituição empregadora bem como a do participante e o caráter confidencial das informações.

Durante qualquer etapa da pesquisa os participantes terão acesso aos dados e com a pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Eu, _____ trabalhador(a) concordo voluntariamente em participar após ter recebido esclarecimento da pesquisadora Leila M. M. Sarquis acerca do estudo.

Curitiba, _____ de _____ de 2005.

Leila Maria M. Sarquis
Fone(41) 9901 0649

Trabalhador