UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ADRIANE CORRÊA JANSEN

Adaptação cultural e validação para o Brasil do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* para profissionais de enfermagem

RIBEIRÃO PRETO

2014

ADRIANE CORRÊA JANSEN

Adaptação cultural e validação para o Brasil do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* para profissionais de enfermagem

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Linha de pesquisa: Prática Social e Profissional em Saúde

Orientador: Maria Helena Palucci Marziale

RIBEIRÃO PRETO

2014

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

Jansen, Adriane Corrêa

Adaptação cultural e validação para o Brasil do instrumento Comply with post-exposure management among health care workers para profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto, 2014.

360 p : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientador: Maria Helena Palucci Marziale

1. Exposição a agentes biológicos. 2. Enfermagem. 3. Intenção. 4. Saúde do trabalhador. 5. Estudos de validação.

JANSEN, Adriane Corrêa

Adaptação cultural e validação para o Brasil do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* para profissionais de enfermagem

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

À minha filha, **Júlia Jansen**, o meu maior motivo.

*...seus olhos, meu clarão
me guiam dentro da escuridão;
seus pés me abrem o caminho,
eu sigo e nunca me sinto só.
Você é assim, um sonho pra mim...*

Arnaldo Antunes, Carlinhos Brown e Marisa Monte

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Deus**, por abençoar a minha vida.

*Meu Deus, Tu tens me dado tanto! Mas eu posso pedir-Te só mais uma coisa? Um coração
agradecido!!!*

(Autor desconhecido)

Aos meus pais, **Waldo** e **Hélia**, minha eterna gratidão, por permitirem que me sentisse amada e também por amar vocês, muito, cada dia mais, mesmo estando longe, há tanto tempo!

*Os filhos não precisam de pais gigantes, mas de seres humanos que falem a sua linguagem e
sejam capazes de penetrar-se o coração.*

Augusto Cury

Aos meus **irmãos**, pelo amor silencioso e incondicional,

Que nenhum de nós se esqueça da força que possui. Que não nos falte fé e amor.

Caio Fernando Abreu

AGRADECIMENTOS

À **Profª Drª Maria Helena Palucci Marziale**, por me receber como sua orientanda, e me dar a oportunidade de crescer profissionalmente e dividir comigo o seu conhecimento. Pelo apoio e respeito diante de minhas dificuldades e por acreditar em mim.

À **Profª Drª Cláudia Benedita dos Santos**, por me assessorar, possibilitando a apropriação dos conhecimentos necessários para a realização deste estudo. Obrigada pelo respeito, receptividade, paciência e amizade.

À **Profª Drª Rosana Aparecida Spadoti Dantas**, por seu exemplo como profissional e por partilhar o seu conhecimento, colaborando para o desenvolvimento deste estudo.

Aos profissionais que contribuíram, em diversos momentos, para o desenvolvimento deste estudo, **Miyeko Hayashida**, membros do **Comitê de Especialistas**, membros da **Comissão Julgadora do Exame de Qualificação**, **Drª Danielle Maria de Souza Sérió dos Santos e Deise Aparecida de Oliveira Silva**.

À **Nai-Ying Ko**, primeira autora do instrumento chinês utilizado neste estudo, pela disponibilização do mesmo e pelas importantes contribuições recebidas durante o estudo.

Às funcionárias da Secretaria da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, **Carla Aparecida Arantes Tomasauskas**, **Flávia Danielly Oliveira Souza** e **Kethleen Caroline Ferraz Sampaio**, pelo apoio, disponibilidade e orientação durante todo o decorrer do curso.

Aos familiares que colaboraram no desenvolvimento e na organização desse estudo: **Edilayne, Eliane, Júlia e Luísa**.

Aos profissionais e ao profissionalismo de **Ricardo de Oliveira lima**, pela normalização das referências, de **Gema Aparecida Pereira**, pela revisão gramatical de língua portuguesa, de **Sofie Tortelboom**, pelas traduções para o inglês e espanhol, de **Minlu Tsai** e **Roger Hutchings**, por suas atuações como intérpretes/tradutores nos contatos com a primeira autora do instrumento original.

Aos **profissionais da enfermagem** dos hospitais onde o estudo foi realizado, pela participação e colaboração na pesquisa.

À **Universidade Federal de Uberlândia**, por possibilitar a minha qualificação em nível de doutorado.

À Escola Técnica de Saúde, em especial aos seus diretores, **Maria Helena Ribeiro Godoy** e **Noriel Viana Pereira**, e ao corpo docente do Curso Técnico de Enfermagem, por possibilitar a dedicação integral aos meus estudos.

Aos amigos da Escola Técnica de Saúde, em especial à **Cláudia Maria da Cunha**, **Eneida de Mattos Faleiros**, **Francisco José Guimarães de Freitas**, **Maria Helena Ribeiro Godoy**, **Noriel Viana Pereira**, **Reginaldo Santos Pedroso**, e à amiga pessoal **Marina Abalém Jacob**, que torceram para que eu pudesse alcançar o meu objetivo, dividiram comigo os bons momentos e me estimularam nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

Aos **diretores, coordenadores de enfermagem, secretárias das coordenações de enfermagem e funcionários do SESMT**, dos seis hospitais participantes, por viabilizarem a realização desta pesquisa.

À **Cleonice Caetano dos Santos**, por ser o “anjo da guarda” das nossas vidas, nesses quase treze anos de cuidados, convivência e amizade. Obrigada pelo amor, carinho e paciência que você dedica à minha filha Júlia.

À **Elisabete Aparecida Martins**, por estar sempre presente e por acolher e cuidar de minha filha, durante minhas viagens, de forma calorosa e espontânea.

Aos meus familiares, em especial à minha irmã, **Eliane**, que acolheram tantas vezes a minha filha Júlia, em Belo Horizonte, enquanto eu mergulhava nos estudos... vocês rechearam a vida dela de amor e carinho.

Aos amigos da pós-graduação, **Patrícia dos Santos Prudêncio**, **Luciana da Mata**, **Camila Maria Cenzi**, **Marceila de Andrade Fuzissaki**, **Marília Duarte Valim**, **Rafael de Souza Petersen**, **Tanyse Galon** e **Lisandra Vanessa Martins**, pela companhia e amizade no percorrer dessa caminhada. Eu sempre estarei onde está o meu coração...

A **Camila Maria Cenzi** e **Patrícia dos Santos Prudêncio** pela hospitalidade aconchegante e amiga.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)** pelo apoio financeiro para a realização dos estudos.

RESUMO

JANSEN, A. C. **Adaptação cultural e validação para o Brasil do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* para profissionais de enfermagem.** 2014. 360f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2014.

Os trabalhadores de enfermagem são expostos a riscos biológicos que podem causar-lhes adoecimento e/ou acidente de trabalho. Diante dessa realidade em vários países, e considerando que a adesão de muitos profissionais às condutas pós-exposição a material biológico, potencialmente contaminado, ainda não é satisfatória, buscou-se, na literatura nacional e internacional, instrumentos validados que quantificassem as variáveis psicossociais envolvidas no comportamento em saúde e, em especial, a adesão às condutas pós-exposição ocupacional a material biológico, internacionalmente recomendadas, necessárias à prevenção das infecções advindas dessa exposição ocupacional. Diante da inexistência de instrumentos brasileiros, validados, que abordassem as condutas pós-exposição a material biológico, selecionamos um instrumento chinês, estruturado no referencial da Teoria do Comportamento Planejado, para traduzi-lo e adaptá-lo para uso em nosso país. Assim, este estudo metodológico, quantitativo teve como objetivo traduzir, adaptar culturalmente e validar para Brasil o instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, que avalia a intenção de cumprir as condutas pós-exposição ocupacional a material biológico. Trata-se de um instrumento autoaplicável, composto por questões de caracterização e dimensões relacionadas aos constructos da Teoria do Comportamento Planejado, distribuídas em 61 itens com opções de resposta em escala tipo Likert, específicas para cada uma das seis subescalas (Atitude, Normas Subjetivas, Conhecimento, Autoeficácia, Recursos e Intenção). O processo de adaptação seguiu as diretrizes recomendadas pela literatura. O estudo foi aprovado quanto aos aspectos da ética em pesquisa (Protocolo nº 041/12). Os dados foram coletados em seis hospitais da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, em amostra de 137 profissionais de enfermagem expostos a material biológico, sendo 119 técnicos de enfermagem (86,9%) e 18 enfermeiros (13,1%). Foi verificada a existência dos efeitos *floor* e *ceiling* e a fidedignidade foi avaliada pela consistência interna dos itens e pela estabilidade da medida (teste-reteste). A validade de construto foi avaliada por meio da análise multitraço-multimétodo. O valor do nível de significância adotado foi de 0,05. Foram verificados efeitos *ceiling* nas subescalas Autoeficácia e Intenção. Em relação às propriedades psicométricas, os resultados obtidos foram: consistência interna verificada pelo coeficiente alfa de Cronbach para as subescalas Atitude, Normas Subjetivas, Autoeficácia, Recursos e Intenção, com valores variando entre 0,81 e 0,91, resultados considerados satisfatórios e para a subescala Conhecimento, avaliada pelo coeficiente de Kuder-Richarson (0,37), considerado insatisfatório. A avaliação da estabilidade da medida obteve resultados positivos em relação à significância estatística, com valores do Coeficiente de Correlação Intraclass, entre as duas medidas, variando de 0,301 a 0,727; a validade de construto convergente e divergente foi confirmada por meio da análise multitraço-multimétodo, com exceção da subescala Atitude, que apresentou valores insatisfatórios. Assim, podemos concluir que a versão adaptada do instrumento “Adesão às Condutas Pós-Exposição entre Trabalhadores de Saúde”, para a realidade brasileira, apresenta resultados satisfatórios de validade e fidedignidade, excluindo-se a dimensão Atitude. Assim, após a redefinição da referida subescala com os autores do instrumento

original, outros estudos devem ser realizados com amostras maiores. Este estudo resultou em novos conhecimentos científicos relevantes à prevenção do adoecimento de trabalhadores, relacionado às infecções veiculadas por material biológico potencialmente contaminado.

Descritores: Exposição a agentes biológicos, Enfermagem, Intenção, Saúde do trabalhador, Estudos de validação.

ABSTRACT

JANSEN, A. C. **Cultural adaptation and validation for Brazil of the instrument *Comply with post-exposure management among health care workers* for nursing professionals.** 2014. 360p. Doctoral Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto. 2014.

Nursing workers are exposed to biological risks that can cause occupational illness and/or accidents. In view of this reality in different countries, and considering that many professionals' adherence to the conducts post-exposure to potentially contaminated biological material remains unsatisfactory, a search was undertaken in Brazilian and international literature for validated instruments to quantify the psychosocial variables involved in health behavior, and particularly in the adherence to internationally recommended conducts post-occupational exposure to biological material, necessary to prevent the infections originating in this occupational exposure. In view of the lack of Brazilian validated instruments focused on conducts post-exposure to biological material, we selected a Chinese instrument, structured in the framework of the Theory of Planned Behavior, for translation and adaptation to be used in Brazil. Hence, the objective in this methodological, quantitative study was to translate, culturally adapt and validate the instrument *Comply with post-exposure management among health care workers* for Brazil, which assesses the intention to comply with conducts post-occupational exposure to biological material. This self-applied instrument consists of characterization questions and dimensions related to the constructs of the Theory of Planned Behavior, distributed into 61 items with specific Likert-scale response alternatives for each of the six subscales (Attitude, Subjective Standards, Knowledge, Self-Efficacy, Resources and Intention). The adaptation process followed the guidelines recommended in the literature. The study received ethical clearance (Protocol 041/12). The data were collected at six hospitals in Uberlândia, Minas Gerais, in a sample of 137 nursing professionals exposed to biological material, including 119 nursing technicians (86.9%) and 18 nurses (13.1%). The existence of floor and ceiling effects was verified and the reliability was assessed through the internal consistency of the items and the stability of the measure (test-retest). The construct validity was assessed using the multitrait-multimethod analysis. Significance was set at 0.05. Ceiling effects were verified in the Self-efficacy and Intention subscales. As regards the psychometric properties, the obtained results were: internal consistency verified using Cronbach's alpha for the subscales Attitude, Subjective standards, Self-efficacy, Resources and Intention, ranging between 0.81 and 0.91, which are considered satisfactory, and for the Knowledge subscale, assessed using Kuder-Richarson's coefficient (0.37), considered unsatisfactory. The stability assessment of the measure found positive results for the statistical significance, with Intraclass Correlation Coefficients between the two measures ranging between 0.301 and 0.727; the convergent and divergent content validity was confirmed through the multitrait-multimethod analysis, except for the Attitude subscale, with unsatisfactory coefficient. Hence, it can be concluded that the adapted version of the instrument "Adesão às Condutas Pós-Exposição entre Trabalhadores de Saúde", for application in the Brazilian reality, presents satisfactory validity and reliability results, excluding the Attitude dimension. Hence, after redefining the subscale with the authors of the original instrument, further research is needed using larger samples. This study resulted in new scientific knowledge that is relevant to prevent occupational illness related to infections caused by potentially contaminated biological material.

Descriptors: Exposure to biological agents, Nursing, Intention, Occupational Health, Validation Studies.

RESUMEN

JANSEN, A. C. **Adaptación cultural y validación para Brasil del instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* para profesionales de enfermería.** 2014. 360h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto. 2014.

Los trabajadores de enfermería son expuestos a riesgos biológicos que les pueden causar enfermedades y/o accidentes de trabajo. Ante esa realidad en varios países, y considerando que la adhesión de muchos profesionales a las conductas post-exposición a material biológico, potencialmente contaminado, todavía no es satisfactoria, se buscó en la literatura nacional e internacional instrumentos validados que cuantificaran las variables psicosociales involucradas en el comportamiento en salud, y especialmente la adhesión a las conductas post-exposición ocupacional a material biológico, internacionalmente recomendadas, necesarias a la prevención de las infecciones derivadas de esa exposición ocupacional. Ante la inexistencia de instrumentos brasileños, validados, que trataran de las conductas post-exposición a material biológico, seleccionamos un instrumento chino, estructurado en el referencial de la Teoría del Comportamiento Planificado, para traducir y adaptarlo para uso en Brasil. Así, la finalidad de este estudio metodológico, cuantitativo fue traducir, adaptar culturalmente y validar para Brasil el instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, que evalúa la intención de cumplir con las conductas post-exposición ocupacional a material biológico. Se trata de un instrumento auto-aplicable, compuesto por preguntas de caracterización y dimensiones relacionadas a los constructos de la Teoría del Comportamiento Planificado, distribuidas en 61 ítem con opciones de respuesta en escala tipo Likert, específicas para cada una de las seis sub-escalas (Actitud, Normas Subjetivas, Conocimiento, Auto-eficacia, Recursos e Intención). El proceso de adaptación siguió las directivas recomendadas por la literatura. El estudio fue aprobado respecto a los aspectos de la ética en investigación (Protocolo nº 041/12). Los datos fueron recolectados en seis hospitales de la ciudad de Uberlândia, Minas Gerais, en una muestra de 137 profesionales de enfermería expuestos a material biológico, siendo 119 técnicos de enfermería (86,9%) y 18 enfermeros (13,1%). Fue verificada la existencia de los efectos *floor* y *ceiling* y la fiabilidad fue evaluada mediante la consistencia interna de los ítem y la estabilidad de la medida (test-retest). La validez de constructo fue evaluada mediante el análisis multitrazo-multimétodo. El valor del nivel de significancia adoptado fue de 0,05. Fueron verificados efectos *ceiling* en las sub-escalas Auto-eficacia e Intención. Con relación a las propiedades psicométricas, los resultados alcanzados fueron: consistencia interna verificada con el coeficiente alfa de Cronbach para las sub-escalas Actitud, Normas Subjetivas, Auto-eficacia, Recursos e Intención, con valores variando entre 0,81 y 0,91, resultados considerados satisfactorios y para la sub-escala Conocimiento, evaluada con el coeficiente de Kuder-Richarson (0,37), considerado insatisfactorio. La evaluación de la estabilidad de la medida alcanzó resultados positivos con relación a la significancia estadística, con valores del Coeficiente de Correlación Intraclase, entre las dos medidas, variando de 0,301 a 0,727; la validez de constructo convergente y divergente fue confirmada mediante el análisis multitrazo-multimétodo, excepto la sub-escala Actitud, que mostró valores insatisfactorios. Así, podemos concluir que la versión adaptada del instrumento “Adesão às Condutas Pós-Exposição entre Trabalhadores de Saúde”, para la realidad brasileña, presenta resultados satisfactorios de validez y fiabilidad, excluyéndose la

dimensión Actitud. Por lo tanto, tras la redefinición de la referida sub-escala con los autores del instrumento original, otros estudios deben ser desarrollados con muestras mayores. Este estudio resultó en nuevos conocimientos científicos relevantes para la prevención del adoecer de trabajadores, relacionado a las infecciones vehiculadas por material biológico potencialmente contaminado.

Descriptores: Exposición a agentes biológicos, Enfermería, Intención, Salud laboral, Estudios de validación, Exposición profesional.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Relação entre fatores que determinam o comportamento do indivíduo, de acordo com a Teoria da Ação Racional (AJZEN; FISHBEIN, 1980).....	54
Figura 2 –	Relação entre fatores que determinam o comportamento do indivíduo, de acordo com a Teoria do Comportamento Planejado (AJZEN, 1991)	56
Figura 3 –	Processo de adaptação cultural adotado para o instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> . Adaptado de Echevarria-Guanilo (2005).....	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Distribuição dos hospitais participantes do estudo, de acordo com características administrativas. Uberlândia, MG, 2014.....	104
Quadro 2 –	Respostas de enfermeiros e técnicos de enfermagem às perguntas do Formulário de Específico (DISABKIDS GROUP, 2002), utilizado na etapa de avaliação semântica do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> . Uberlândia, MG, 2014.....	128
Quadro 3 –	Alterações realizadas após a etapa do pré-teste, do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> , aplicado em uma amostra de enfermeiros e técnicos de enfermagem. Uberlândia, MG, 2014	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos profissionais de enfermagem acidentados com material biológico, no período de 2010 a 2012, de acordo com as categorias profissionais da enfermagem, segundo os hospitais participantes. Uberlândia, MG, 2014.....	112
Tabela 2 –	Distribuição dos profissionais de enfermagem expostos acidentalmente à material biológico no período de 2010 a 2012, de acordo com as etapas percorridas do estudo, número de inativos, número de recusas e hospital participante. Uberlândia, MG, 2014...	113
Tabela 3 –	Distribuição dos profissionais do estudo de campo (n=137), segundo categoria profissional e hospital participante. Uberlândia, MG, 2014.....	114
Tabela 4 –	Características sociodemográficas dos profissionais do estudo de campo, segundo dados pessoais e profissionais. Uberlândia, MG, 2014.....	115
Tabela 5 –	Distribuição dos profissionais do estudo de campo que se acidentaram com material biológico de fonte conhecida e contaminada (n=103), segundo a realização de exames para detecção de vírus. Uberlândia, MG, 2014.....	119
Tabela 6 –	Respostas dos profissionais de enfermagem às perguntas do Formulário de Impressão Geral (DISABKIDS GROUP, 2002), utilizado na etapa de análise semântica do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> . Uberlândia, MG, 2014.....	126
Tabela 7 –	Análise descritiva dos resultados das subescalas da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> (n=137). Uberlândia, MG, 2014	134
Tabela 8 –	Análise dos efeitos <i>floor</i> e <i>ceiling</i> , em relação às respostas obtidas nas subescalas integrantes da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> . Uberlândia, MG, 2014	135
Tabela 9 –	Correlações entre as subescalas integrantes da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> . Uberlândia, MG, 2014.....	136
Tabela 10 –	Distribuição dos participantes do estudo de campo, segundo categoria de respostas aos itens da subescala Conhecimento , da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> (n=137). Uberlândia, MG, 2014.....	137

Tabela 11 –	Análise de fidedignidade pela consistência interna dos itens das subescalas da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> (n=137). Uberlândia, MG, 2014.....	139
Tabela 12 –	Resultados da consistência interna dos itens, obtidos pela versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> (Uberlândia, MG, 2014) e pelo instrumento original (Taiwan, 2011).....	140
Tabela 13 –	Análise de fidedignidade da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> , por meio da estabilidade da medida (teste-reteste) (n=31). Uberlândia, MG, 2014	141
Tabela 14 –	Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala Atitude , da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> , obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014.....	142
Tabela 15 –	Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala Normas Subjetivas , da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> , obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014.....	143
Tabela 16 –	Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala Conhecimento , da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> , obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014.....	144
Tabela 17 –	Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala Autoeficácia , da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> , obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014.....	144
Tabela 18 –	Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala Recursos , da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> , obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014.....	145

Tabela 19 –	Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala Intenção , da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> , obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014.....	145
Tabela 20 –	Valores do ajuste resultante da análise MTMM para os escores da versão adaptada do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i> . Uberlândia, MG, 2014	146

LISTA DE SIGLAS

ACPETS	Adesão às Condutas Pós-Exposição entre Trabalhadores de Saúde
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AGFI	<i>Ajusted Goodness-of-Fit index</i> (Índice de Qualidade do Ajuste do Modelo)
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AT	Acidentes de Trabalho
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CFI	<i>Comparative Fit Index</i> (Índice de Ajuste Comparativo)
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DASH	<i>Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand</i>
DISABKIDS[®]	<i>Disabilities Kids</i>
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPC	Equipamentos de Proteção Coletiva
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EPINet	<i>Exposure Prevention Information Network</i>
EU-OSHA	<i>European Agency for Safety and Health at Work</i>
GFI	<i>Goodness-of-Fit index</i> (Índice de Qualidade do Ajuste)
HAIs	Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
HbsAG	Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B
HBIG	Imunoglobulina Humana Específica Anti-Hepatite B
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
ITC	<i>International Test Commission</i>
KIDSCREEN	<i>Screening for and Promotion of Health-related Quality of Life in Children and Adolescents - European public health perspective</i>
MAP	<i>Multitrait Analysis Program</i>
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde

MTMM	Multitraço-Multimétodo
NaSH	<i>National Surveillance System for Health Care Workers</i>
NR-32	Norma Regulamentadora 32 – Segurança e Saúde no Trabalho dos Estabelecimentos de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSBio	Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho com Material Biológico em Serviços de Saúde Brasileiros
QVRS	Qualidade de Vida Relacionadas à Saúde
REPAT	Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico em Hospitais
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i> (Raíz quadrada media do erro de aproximação)
SEM	<i>Structural Equation Modeling</i> (Modelo de Equações Estruturais)
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINABIO	Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos em Profissionais da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TAR	Teoria da Ação Racional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCP	Teoria do Comportamento Planejado
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VC1	Versão Chinês 1
VC2	Versão Chinês 2
VCF	Versão Chinês Final
VO	Versão Original
VPC1	Versão Português Consenso 1
VPC2	Versão Português Consenso 2
VPC3	Versão Português Consenso 3
VPC4	Versão Português Consenso 4
VPF	Versão Português Final
VPT1	Versão Português Traduzida 1
VPT2	Versão Português Traduzida 2

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Exposição aos riscos biológicos na área de saúde	24
1.2 Exposição aos riscos biológicos na enfermagem	35
1.3 Condutas pós-exposição ocupacional a material biológico	38
1.4 Instrumentos de medidas relacionadas às condutas pós-exposição	43
1.5 Justificativa do estudo	47
2 OBJETIVOS	49
2.1 Geral	50
2.2 Específicos	50
3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	51
3.1 Teoria do Comportamento Planejado	52
3.2 Instrumento para medir a adesão às condutas pós-exposição ocupacional: <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i>	60
3.3 O processo de adaptação cultural de instrumentos	66
3.4 Avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento para outra cultura	78
4 MATERIAL E MÉTODOS	90
4.1 Delineamento do estudo	91
4.2 Autorização para uso dos instrumentos	91
4.3 Processo de adaptação cultural para o Brasil do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i>	91
4.3.1 Tradução do instrumento para língua portuguesa - Brasil	94
4.3.2 Síntese das traduções e obtenção do consenso da versão em português	94
4.3.3 Avaliação pelo Comitê de Especialistas	94
4.3.4 Retrotradução (<i>back translation</i>) e obtenção de uma versão consensual no idioma de origem	96
4.3.5 Comparação com a versão original	97
4.3.6 Análise Semântica	97
4.3.7 Pré-teste	100
4.4 Análise das propriedades psicométricas da versão adaptada para o português do instrumento <i>Comply with post-exposure management among health care workers</i>	101
4.4.1 Análise de fidedignidade	101

4.4.2 Análise de validade.....	103
4.5 Local do estudo	104
4.6 População do estudo e critérios de seleção	105
4.7 Coleta de dados	106
4.7.1 Procedimentos de coleta de dados.....	106
4.8 Processamento e análise dos dados	107
4.9 Procedimentos éticos.....	110
5 RESULTADOS	111
5.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes	112
5.2 Caracterização da exposição ocupacional a material biológico	117
5.3 Análise Semântica e Pré-teste	124
5.4 Análise descritiva da versão adaptada do instrumento	132
5.5 Análise das propriedades psicométricas da versão adaptada do instrumento.....	138
5.5.1 Análise de fidedignidade	138
5.5.2 Análise de validade de construto	141
6 DISCUSSÃO	148
6.1 Caracterização relacionada às variáveis sociodemográficas dos participantes e à exposição ocupacional a material biológico	149
6.2 Tradução e adaptação cultural do instrumento	163
6.3 Análise descritiva da versão adaptada do instrumento	167
6.4 Análise das propriedades psicométricas da versão adaptada do instrumento.....	171
7 CONCLUSÃO	176
REFERÊNCIAS.....	179
ANEXOS	210
APÊNDICES	278

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Exposição a riscos biológicos na área da saúde

A questão da segurança e saúde no trabalho representa desafio para os governos e organizações, considerando os custos, social e econômico, decorrentes dos Acidentes de Trabalho (AT) e dos adoecimentos pelo trabalho, por isso, a prevenção dos riscos ocupacionais é preocupação constante e que tem merecido atenção de pesquisadores.

Especificamente nas instituições de assistência à saúde, os trabalhadores são expostos a riscos ocupacionais biológicos, químicos, físicos, psicossociais e a situações anti-ergonômicas (BRASIL, 2010b). Os fatores de riscos ocupacionais estão presentes em Unidades da Rede Básica de Saúde, Núcleos de Saúde da Família, Serviço de Assistência Médica de Urgência, laboratórios, ambulatórios, consultórios, mas são nos hospitais que concentram grande número de fatores de riscos ocupacionais devido às peculiaridades da assistência prestada.

Segundo Sêcco et al. (2003), os hospitais são as principais instituições empregadoras dos profissionais de saúde e oferecem ambiente de trabalho insalubre, devido à presença de pacientes portadores de doenças infecciosas e pela execução de procedimentos que oferecem riscos aos trabalhadores. Para Silva, Lima e Marziale (2012), a contínua exposição a essa variedade de fatores de riscos ocupacionais predispõe os trabalhadores de saúde ao adoecimento pelo trabalho.

Os profissionais de saúde que executam assistência direta aos pacientes são expostos a riscos ocupacionais devido ao contato com portadores de doenças infecciosas e, por consequência, o contato direto com o sangue e secreções dos mesmos, à frequente movimentação de pacientes e equipamentos pesados, ao cansaço físico decorrente do ritmo, da organização e divisão do trabalho, ao convívio com a dor e a morte, que trazem como consequência, desgaste de várias naturezas. Por outro lado, existem outras categorias profissionais expostas a esse agravo, como os higienizadores, copeiras, laboratoristas, trabalhadores que atuam nas lavanderias, manutenção predial e de equipamentos, armazenamento e dispensação de materiais e equipamentos, zeladoria, prestando serviços

de apoio técnico e logístico ao atendimento assistencial hospitalar (LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011; SÊCCO et al., 2008).

Entre os riscos ocupacionais, destacam-se os riscos biológicos, considerados como a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos, como os microrganismos, geneticamente modificados ou não, as culturas de células, os parasitas, as toxinas e os príons¹ (BRASIL, 2005b).

As novas técnicas diagnósticas e terapêuticas utilizadas nas instituições de saúde, a resistência microbiana, o surgimento de novas doenças e o retorno de outras indicam o aumento dos fatores de riscos biológicos para os profissionais de saúde. No entanto, com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids²) observou-se o aumento na conscientização e divulgação do risco biológico entre os profissionais de saúde e das medidas de controle e prevenção e ocorreu incremento na produção científica, sobre o tema, nas diversas áreas da saúde que resultaram em mudanças nas políticas públicas que viabilizaram o registro mais efetivo das ocorrências dos ATs com exposição a material biológico (ALMEIDA et al., 2009).

Com o surgimento da epidemia da aids, tornou-se “evidente o fato de que o mundo se encontrava diante de uma doença contra a qual as medidas para se evitar a contaminação pelos patógenos conhecidos não eram adequadas”, o que exigiu a revisão e adequação das medidas de prevenção de doenças infecciosas, tanto individuais quanto coletivas (LUCENA et al., 2011). Entre outras consequências da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), destaca-se o aumento da preocupação relacionada ao risco ocupacional, proveniente dos agentes infecciosos, que já era conhecido desde o início dos anos 40 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1987).

Em 1987, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) publica as *Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health-Care Settings*, estabelecendo

¹Os príons são proteínas capazes de autorreplicação, alterando, para isso, o metabolismo celular. São responsáveis por inúmeras doenças em animais e no ser humano, todas elas fatais. Os príons acumulam-se e destroem os neurônios, provocando quadros conhecidos como encefalopatias espongiosiformes (LUPI, 2003).

²Neste estudo, adotamos a decisão da Comissão Nacional de Aids e da Coordenação Nacional da Aids que definiram que a palavra “aids” é considerada um substantivo comum e deve ser grafada em caixa baixa, quando tratar-se da epidemia. Em casos de nomes próprios de entidades e programas, deve ser grafada em caixa alta e baixa (Coordenação Nacional da Aids) e quando compuser siglas grafadas em caixa alta, deve seguir a grafia em caixa alta (CN-DST/AIDS) (MALERBO; PELÁ, 2003). A grafia original das citações e referências foi mantida.

medidas para proteção dos profissionais de saúde, e implementando o conceito de “Precauções Universais”, ou seja, a utilização de precauções com sangue e fluidos corporais a todos os pacientes, independentemente do diagnóstico, considerando que todos podem ser potencialmente infectados pelo HIV, hepatite B e outros patógenos de transmissão sanguínea (CDC, 1987).

Em 1996, essas recomendações foram atualizadas, englobando a categoria de isolamento de fluidos corporais, passando a se denominarem “Precauções-padrão”. Esse novo termo associa-se à prevenção de contato com todos os fluidos corporais, secreções, excreções, pele não íntegra e membranas mucosas de todos os pacientes (GARNER, 1996; MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011; RAPPARINI, 2005). Para Garner (1996), essas precauções foram concebidas para reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos já reconhecidos e também para as fontes de infecção hospitalares ainda não conhecidas.

Entre as precauções recomendadas, destaca-se o uso rotineiro de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), higienização das mãos, descarte adequado de materiais perfurocortantes (evitar reencapamento e desconexão de agulhas, uso de recipientes resistentes para descarte desses materiais), a vacinação contra hepatite B e os cuidados necessários para desinfecção e esterilização de materiais reutilizáveis (CDC, 1987; GARNER, 1996; LOPES et al., 2008).

A experiência bem-sucedida com as precauções-padrão é reafirmada com a publicação do *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007*, uma atualização e ampliação das recomendações anteriores, com o objetivo de prevenir a transmissão de agentes infecciosos em todos os ambientes de saúde, e não apenas para os serviços hospitalares. Refletindo os padrões de mudança na prestação de cuidados de saúde, as alterações promovem a substituição do termo “infecção hospitalar” por “Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde” (HAIs), ampliando a possível localização geográfica de exposição a um agente infeccioso e/ou aquisição de infecção, dificultada pelo termo utilizado anteriormente. Além disso, enfoca novas questões, como o surgimento de novos patógenos, o desenvolvimento de novas terapias, o aumento da preocupação com a ameaça de ataques de armas biológicas; adiciona as recomendações de higiene respiratória; reitera as recomendações de práticas seguras para a administração de injeções; enfatiza a influência das características

organizacionais na adesão às práticas recomendadas de controle de infecção pelos profissionais de saúde (CDC, 2007)

A frequência das exposições aos patógenos presentes no sangue e outros fluidos corporais pode ser reduzida em mais de 50%, quando são direcionados esforços para o cumprimento das normas de precauções básicas (BRASIL, 2004c). As medidas preventivas de acidentes com exposição a material biológico se dividem em medidas de pré-exposição e pós-exposição, sendo que as precauções-padrão são consideradas como uma das principais medidas preventivas para se evitar os acidentes de trabalho (GIR et al., 2008).

Apesar da obrigatoriedade relacionada à utilização das precauções-padrão, os acidentes com exposição a materiais biológicos continuam a existir, perpetuando o grave problema dos riscos ocupacionais existentes no ambiente hospitalar (MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011).

O risco do profissional de saúde desenvolver infecções, após exposição a fluidos biológicos, apresenta variações de acordo com o tipo de acidente, com a gravidade e o tamanho da lesão, a presença e o volume de sangue envolvido na exposição, as condições clínicas do paciente-fonte e a adesão completa à quimioprofilaxia, quando houver necessidade da utilização mesma (SOARES et al., 2011).

Para Tarantola, Abiteboul e Rachline (2006), os profissionais de saúde estão expostos ao risco de infecção ocupacional após exposição acidental a sangue ou fluidos corporais contaminados por vírus, bactéria, parasita ou levedura. Em um estudo de revisão, esses autores encontraram, na literatura pesquisada, 60 agentes infecciosos patogênicos, responsáveis por infecções ocupacionais, sendo 26 vírus, 18 bactérias/parasitas riquetsias³, 13 parasitas e três leveduras. O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o Vírus da Hepatite B (HBV) e o Vírus da Hepatite C (HCV) são responsáveis pela maioria dessas infecções no mundo, devido à prevalência dos mesmos entre os pacientes e pela gravidade das infecções que causam.

A transmissão ocupacional por esses vírus pode ocorrer por exposições percutâneas (lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes como, por exemplo: agulhas, bisturis, vidrarias), exposições em mucosas (quando há respingos nos olhos, nariz, boca ou

³Segundo Ramos (2005), as riquetsias são um tipo de bactéria que crescem apenas dentro de células vivas e são parasitas de artrópodes como piolhos, pulgas e carrapatos, e causam algumas doenças em seres humanos como, por exemplo, o tifo, a febre maculosa, erlichiose e febre Q.

genitália), exposições cutâneas (contato com pele não íntegra, como no caso de dermatites ou feridas abertas) e por mordeduras humanas (consideradas como exposição de risco quando envolvem a presença de sangue. Devem ser avaliadas tanto para o indivíduo que provocou a lesão quanto para aquele que tenha sido exposto). A probabilidade de ocorrência de exposições nos serviços de saúde varia conforme as diferentes categorias profissionais, as atividades realizadas e setores de atuação profissionais (BRASIL, 2010b).

As exposições ocupacionais envolvendo material biológico devem ser avaliadas quanto ao potencial de transmissão dos três principais vírus (HIV, HBV e HCV), quanto ao tipo de exposição, tipo e quantidade de fluido e tecido, *status* sorológico do paciente-fonte, *status* sorológico do acidentado e suscetibilidade do profissional exposto (BRASIL, 2006).

A hepatite B apresenta-se como a doença ocupacional infecciosa mais importante para os trabalhadores da saúde, sendo as exposições percutâneas ou de mucosas ao sangue infectado pelo HBV a principal fonte de transmissão ocupacional, já que quantidades diminutas de sangue são suficientes para transmitir a infecção. Além de sua presença no sangue, o HBV está presente também em outros fluidos corporais, incluindo a saliva. Esse vírus possui alta resistência ambiental, pois sobrevive mais de uma semana no sangue seco, em temperatura ambiente e também possui resistência ao álcool e detergentes comuns (FRAGUÁS; SILVINO; FLACH, 2013).

As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam a existência de aproximadamente 325 milhões de portadores crônicos da hepatite B e 170 milhões da hepatite C, no mundo (BRASIL, 2005a).

No Brasil, estima-se que os portadores da hepatite B crônica somam cerca de 600 mil pessoas e, em relação à hepatite C, 1,5 milhões. No período de 1999 a 2010, foram confirmados 104.454 casos de hepatite B no Brasil, sendo que 71,8% estavam concentrados na faixa etária de 20 a 49 anos. Em relação à hepatite C, existiam 69.952 casos confirmados no período de 1999 a 2010, sendo que 80,7% estavam concentrados na faixa etária superior a 35 anos (BRASIL, 2011b). Esses dados indicam que existem pessoas que desconhecem sua condição sorológica, agravando ainda mais a cadeia de transmissão da infecção (BRASIL, 2005a). Esse desconhecimento potencializa o risco de adquirir doenças ocupacionais devido à exposição a material biológico, proveniente não apenas do HBV, mas também do HCV e do HIV (GALLAS; FONTANA, 2010).

Nos países desenvolvidos, a exposição ao HBV entre os profissionais de saúde é comum, porém, quando comparados com a população em geral, esses profissionais apresentam risco de 3 a 6 vezes maior de contrair hepatite B. Nos países em desenvolvimento, esse valor é estimado em risco de 6 a 18 vezes maior (KOSGEROGLU et al., 2003).

O CDC estimava a ocorrência de 12.000 infecções por HBV entre trabalhadores de saúde no ano 1985, mas esse número apresentou diminuições gradativas, principalmente pelo efeito da ampla imunização de trabalhadores da saúde nos Estados Unidos da América (EUA). A estimativa era de 500 casos em 1997. A vacinação preventiva, antes da ocorrência de exposição a material biológico, garante imunidade a muitos profissionais da saúde, no entanto, trabalhadores suscetíveis ainda estão em risco de que essas exposições tragam como consequência a infecção pelo HBV. O risco de um trabalhador suscetível tornar-se infectado após exposição ao HBV é de 6 a 30%, caso não seja instituída a profilaxia pós-exposição (CDC, 2008).

Quanto à hepatite C, segundo os dados do CDC (2008), o número exato de profissionais de saúde que adquiriram hepatite C, após exposição ocupacional, não é conhecido. Aproximadamente, 2 a 4% das novas infecções por HCV nos Estados Unidos acometem os trabalhadores expostos. Em 1991, o total de novas infecções era de 112.000 casos, e houve diminuição desse número até 1997, quando 38.000 pessoas estavam infectadas por hepatite C. O risco médio de transmissão ocupacional desse vírus, após exposição percutânea no sangue infectado, é de 1,8%, com variações entre 0 a 7%.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, o HCV só é transmitido de forma eficiente através do sangue, e os casos de infecções só ocorreram em acidentes com agulhas com lúmen. O risco de transmissão por meio de outros materiais biológicos ainda não foi quantificado, mas considera-se que esse seja muito baixo (BRASIL, 2005a). De acordo com Nascimento (2011), foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2009 a 2011, 1.929 casos confirmados por sorologia Anti-HCV, por consequência da ocorrência de AT por material biológico.

Para as infecções ocupacionais oriundas de acidente com exposição a material biológico contaminado pelo HCV, a imunoglobulina e os agentes antivirais não são recomendados para a profilaxia pós-exposição (CDC, 2001). A estratégia de vacinação dos

trabalhadores, objetivando a prevenção da doença, como ocorre com a hepatite B, não é possível, pois ainda não existe vacina para prevenir a infecção pelo HCV (CDC, 1999).

Nesses casos, as condutas pós-exposição objetivam alcançar a identificação precoce de doenças crônicas e, se ocorrer a soroconversão, o trabalhador deve ser encaminhado para acompanhamento médico (CDC, 1999, 2001).

Quanto aos acidentes ocupacionais com materiais biológicos contaminados com o HIV, o CDC estimou, em média, que o risco de transmissão seja de, aproximadamente, 0,3% para acidentes percutâneos e, após exposições em mucosas, aproximadamente, 0,09%, sendo que o risco após exposições cutâneas não é precisamente quantificado, embora existam relatos sobre esse tipo de exposição (CDC, 2008).

A exposição a esse vírus é considerada preocupante, tendo em vista o risco de se contrair uma doença potencialmente fatal e ainda sem cura, mesmo que a probabilidade de soroconversão nesses acidentes seja baixa (SANTOS; KOYAMA; ALMEIDA, 2010).

O primeiro caso de contaminação pelo HIV em um profissional de saúde foi publicado em 1984 e ocorreu na equipe de enfermagem, por meio de exposição percutânea, durante reencapamento de uma agulha (NEEDLESTICK [...], 1984).

Em um estudo, que utilizou dados de vigilância nos Estados Unidos, durante 20 anos da epidemia HIV (1981 a 2001), foram encontrados 57 profissionais de saúde com infecção pelo HIV, com soroconversão documentada, ou seja, aqueles profissionais possuíam evidência comprovada de que a infecção foi adquirida ocupacionalmente e sem história de outros fatores de risco relacionados à exposição não ocupacional. Entre esses 57 casos documentados, 86% foram provenientes de exposição ao sangue e 88% por exposições percutâneas, que ocorreram durante e após a realização de procedimento e também durante o descarte de objetos e agulha. Em relação à fonte de contaminação, 69% eram de origem conhecida, 69% tinham aids e 11% tinham infecção assintomática pelo HIV. Entre os trabalhadores de saúde que receberam profilaxia pós-exposição, oito (14%) foram infectados (DO et al., 2003). Somando-se a esses casos já relatados em 2003, o CDC, em seu processo de vigilância de infecções ocupacionais em profissionais de saúde, relata a ocorrência de 143 possíveis casos de infecção pelo HIV entre profissionais de saúde. Entre esses, 36 ocorreram com enfermeiros. Entre as ocupações estudadas, a enfermagem foi a mais acometida, com 24 casos confirmados e 36 possíveis casos. Devido à natureza voluntária do sistema de comunicação nos Estados Unidos, pode haver subnotificação dos

casos registrados, e o baixo número de casos documentados e de casos possíveis pode não refletir a situação real das infecções ocupacionais nesse país (CDC, 2010).

No Brasil, as estatísticas de contaminação pelos vírus da hepatite e pelo HIV, entre trabalhadores da saúde, após acidentes, são escassas (ANDRADE; SANNA, 2007). Segundo Marziale et al. (2007), não existia até aquela ocasião, no país, um diagnóstico do número real de trabalhadores vítimas de acidentes com exposição a material biológico, o que dificultava o planejamento e a adoção de medidas preventivas.

O primeiro caso de aids no Brasil, originado de uma exposição ocupacional, ocorreu em 1994, mas só depois de uma investigação epidemiológica, realizada em 1999, esse caso foi classificado como sendo uma exposição ocupacional. O acidente ocorreu durante uma punção venosa, com perfuração por um cateter venoso, no antebraço direito de uma auxiliar de enfermagem, de um hospital privado de São Paulo, SP. O profissional de saúde não recebeu profilaxia pós-exposição e apresentou confirmação da soroconversão nos testes realizados em 1995 e 1996 (SANTOS; MONTEIRO; RUIZ, 2002).

Em 2006, uma revisão sistemática da literatura, realizada por autores brasileiros (RAPPARINI, 2006), identificou quatro casos documentados de infecção ocupacional pelo HIV, todos ocorridos com o pessoal de enfermagem, todos com exposição percutânea. O primeiro caso, já descrito anteriormente, ocorreu em 1994, mas só foi relatado em 2002, por Santos, Monterio e Ruiz (2002), e é o único caso oficialmente relatado ao MS. Os outros três casos ocorreram em 1996 (uma auxiliar de enfermagem, com soroconversão para HIV, após nove semanas da ocorrência do acidente, a qual não foi submetida à profilaxia pós-exposição), 1998 (uma auxiliar de enfermagem, com soroconversão para HIV, após quatro meses da ocorrência do acidente, mesmo recebendo a profilaxia pós-exposição) e, em 2000, (uma enfermeira, com soroconversão para HIV após três meses da ocorrência do acidente, mesmo recebendo a profilaxia pós-exposição). Segundo os autores, apenas um desses casos foi publicado em uma revista científica (RAPPARINI, 2006).

Há, ainda, o relato de uma exposição mucosa ocorrida com uma trabalhadora da área da enfermagem, em 1999, no Estado do Amazonas. A exposição ocorreu devido a respingo de sangue na mucosa ocular, após movimento brusco do paciente. A trabalhadora não recebeu profilaxia pós-exposição e a soroconversão foi diagnosticada após oito semanas (LUCENA et al., 2011). Os referidos autores destacam a importância da manutenção de um sistema de vigilância adequado para diagnóstico e acompanhamento dos casos suspeitos.

Os dados relacionados às infecções ocupacionais ocorridas com profissionais de saúde, podem também ser analisados de forma conjunta, ou seja, descrevendo as estimativas por números globais. As estimativas mundiais de acidentes percutâneos com agulhas contaminadas por material biológico, fornecidas pela OMS, são de dois a três milhões de ocorrências por ano entre trabalhadores da área da saúde no mundo, sendo dois milhões com exposição ao HBV, 900.000 ao HCV e 170.000 ao HIV (BRASIL, 2010b).

Em um estudo multicêntrico realizado em 15 hospitais integrantes do *National Surveillance System for Health Care Workers* (NaSH), e 45 hospitais incluídos no *Exposure Prevention Information Network* (EPINet), foi apresentada a estimativa de 385.000 casos/ano de acidentes com material perfurocortante em trabalhadores de saúde nos hospitais dos EUA, com média de 1.000 acidentes por dia (PANLILIO et al., 2004).

Em relação à Europa, a *European Agency for Safety and Health at Work* (EU-OSHA) estima a ocorrência de um milhão de acidentes com agulha a cada ano (HIMMELREICH et al., 2013).

Em um estudo realizado em Beijing, China, no ano 2009, ainda não havia dados disponíveis e precisos sobre a frequência de exposição a sangue e fluidos corporais em profissionais de saúde chineses (ZHANG et al., 2009).

Um estudo, desenvolvido por pesquisadores da OMS, objetivou estimar a incidência de exposições ocupacionais ocorridas devido a lesões percutâneas com objeto contaminado por HBV, HCV e HIV, em 14 regiões geográficas mundiais (divididas de acordo com convenções da OMS), incluindo a América do Sul (PRÜSS-USTÜN; RAPITI; HUTIN, 2005). Esses autores estimaram a existência de mais de 35 milhões de profissionais de saúde em todo o mundo dos quais mais de três milhões desses profissionais eram expostos anualmente a acidentes percutâneos contaminados com HBV (mais de dois milhões), HCV (926 mil) e HIV (327 mil) e estimaram que, em termos globais, os acidentes com perfurocortantes eram responsáveis por 37 e 39% de todas as infecções ocupacionais causadas pelos HBV e HCV, respectivamente, entre os profissionais de saúde.

Como a incidência de infecções por HBV na população em geral é mais elevada do que a infecção por HCV, a estimativa é da ocorrência 66 mil casos, anualmente, de infecções por lesões cortantes originadas de materiais contaminados pelo HBV. Em relação ao HCV, essa estimativa cai para 16 mil casos anuais de infecções ocupacionais pelo HCV (PRÜSS-USTÜN; RAPITI; HUTIN, 2005).

Em relação ao vírus da aids, os acidentes com perfurocortantes são os responsáveis por 4,4% de todas as infecções ocupacionais causadas pelos HIVs entre os profissionais de saúde. A estimativa é da ocorrência 1.000 mil casos anuais de infecções por lesões cortantes, originadas de materiais contaminados por esse vírus. Para os autores, a aquisição de infecção ocupacional pelo HIV representa uma consequência grave, devido à elevada taxa de letalidade da doença. Apesar dos índices preocupantes divulgados no referido estudo, seus autores sinalizaram a possibilidade de ter ocorrido uma subestimação no número de profissionais de saúde em risco, pois nem todas as categorias profissionais foram relatadas pelas fontes de dados utilizadas no estudo. Como exemplo dessas categorias, os autores citam os técnicos de laboratório, os auxiliares de enfermagem, estudantes da área da saúde, trabalhadores de lavanderia, entre outros (PRÜSS-USTÜN; RAPITI; HUTIN, 2005).

De acordo com a OMS, mais de 90% dessas infecções ocorrem nos países em desenvolvimento, e as baixas taxas de infecções ocupacionais, obtidas em alguns países, são consequências de investimentos na prevenção de infecções ocupacionais, como o treinamento de profissionais de saúde, a imunização para HBV, a profilaxia pós-exposição e melhor gestão dos resíduos, o que indica que a maior parte dessas infecções é evitável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Em relação aos números brasileiros relacionados à exposição ocupacional a material biológico, a partir de 2004 foi instituída a obrigatoriedade do registro desses acidentes no SINAN e o AT com exposição a material biológico passou a ser de notificação compulsória (BRASIL, 2004b). Essa política trouxe melhorias no registro das informações e aprimoramento das ações preventivas empregadas. Em 2010, foram notificados, no SINAN, 32.734 acidentes com esse tipo de exposição, sendo que 71,7% ocorreram com profissionais de saúde na faixa etária de 20 a 39 anos. Esses números se apresentam duplicados quando comparados aos números encontrados em 2007 (15.735), o que pode indicar resultado positivo do processo de notificação dos agravos relacionados ao trabalho instituído no Brasil (BRASIL, 2011c). Cabe destacar que AT com exposição a material biológico, assim como todos os outros tipos de acidentes de trabalho, devem ser notificados, por exigência legal, também pela Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Nos dados epidemiológicos divulgados (BRASIL, 2011c), os acidentes ocorridos pela via percutânea ocorreram em 80,6% dos eventos notificados em 2010, sendo que em 73,7% as agulhas estavam envolvidas nas exposições. Nesse ano, resultados positivos para hepatite

B foram encontrados em 45,2% dos testes realizados no dia do acidente e em 26,6% das ocorrências esses testes não foram realizados. A maioria dos casos de acidentes com material biológico relatados (84,4%) tinha o registro da vacinação preventiva contra a hepatite B, nas três doses recomendadas. Durante o período investigado (2007 a 2010), os resultados dos testes para o HIV, realizados no dia da ocorrência do acidente, mostraram uma proporção de acidentados soropositivos em torno de 0,6%, que se manteve constante no período investigado. Em 2010, os testes para o HIV não foram realizados no dia dos acidentes em 13,3% dos acidentados. Esses percentuais, tanto para o HBV quanto para o HIV, apresentaram aumento em relação aos dados do ano 2007 (24,5 e 11,4%, respectivamente), o que revela piora em relação ao atendimento das recomendações pós-exposição ocupacionais preconizadas (BRASIL, 2011c).

Nesse cenário, e tendo em vista a possibilidade de prevenção desses eventos, o Ministério do Trabalho e Emprego instituiu em nosso país, em 2005, a Norma Regulamentadora 32 – Segurança e Saúde no Trabalho dos Estabelecimentos de Saúde (NR-32), que estabeleceu diretrizes básicas para a implementação de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde. A referida norma contempla os riscos ocupacionais e estabelece recomendações a serem seguidas pelo empregador, visando assegurar a capacitação dos trabalhadores, de acordo com a evolução do conhecimento e identificação de novos agentes de riscos. Inclui também as medidas de prevenção de AT, as condutas adotadas no caso de ocorrência de acidentes, e o uso de Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (BRASIL, 2005b).

Para MARZIALE et al. (2012), essa norma tem grande importância no cenário brasileiro, pois até a instituição da NR-32, a legislação sobre questões de segurança e saúde no trabalho no setor saúde encontravam-se distribuídas em outras normas e resoluções, no entanto, sem as especificidades do setor saúde. Com a NR-32, a obrigatoriedade de ações voltadas ao ambiente e ao trabalhador de saúde resultará na melhor qualidade de vida no trabalho, para esses profissionais.

A criação da NR-32 representou atendimento às solicitações das entidades que representavam as diversas categorias dos profissionais de saúde, que reivindicavam mudanças frente a um cenário de grande número de acidentes de trabalho entre profissionais de saúde, de adoecimento, de absenteísmo no trabalho em saúde e dos custos dos tratamentos profiláticos (MARZIALE et al., 2012; MARZIALE et al., 2013).

Em 2008, regulamentando as determinações da NR-32, o Ministério do Trabalho e Emprego, com a Portaria nº 939 (BRASIL, 2008), estabeleceu o cronograma para a substituição dos materiais perfurocortantes por outros com dispositivos de segurança e a capacitação dos profissionais de saúde sobre a correta utilização dos dispositivos de segurança. Em 2011, essa Portaria foi revogada e substituída pela Portaria nº 1.748 (BRASIL, 2011d), que altera o texto de um subitem da NR-32, oficializando as alterações relacionadas aos dispositivos de segurança que integravam as disposições contidas na Portaria nº 939, de 2008. Além disso, inclui o Anexo III da Norma Regulamentadora 32, que trata do Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes.

A NR-32, além de identificar e classificar as formas dos agentes biológicos, também indica diretrizes para implementação de medidas de proteção e segurança para os serviços de saúde. No entanto, apenas a NR-32 não é suficiente para a prevenção dos agravos ocupacionais aos quais estão expostos os trabalhadores de saúde, faz-se necessária uma mudança de atitude dos trabalhadores e dos gestores em saúde, no sentido de maior conscientização dos riscos e a manutenção de efetivo compromisso com um processo de trabalho seguro (BRASIL, 2011c).

1.2 Exposição aos riscos biológicos na enfermagem

Os trabalhadores de enfermagem compõem a categoria profissional mais numerosa no setor saúde, e é o maior segmento da força de trabalho dos hospitais. Dessa forma, esses trabalhadores sofrem o maior número de acidentes com perfurocortantes, mas outras categorias também estão sujeitas a esse risco como, por exemplo, os médicos, o pessoal de laboratório, estudantes e os trabalhadores de serviços de higienização/limpeza, entre outros (RAPPARINI; REINHARDT, 2010).

A maioria dos casos de contaminação pelo HIV, em todo o mundo, por AT (mais de 70% dos casos comprovados e 43% dos prováveis), envolveu profissionais de enfermagem e os da área de laboratório (RIO GRANDE DO SUL (estado), 2010).

Estudos internacionais, realizados com os profissionais de saúde, corroboram o fato de que a enfermagem é a categoria que está mais exposta aos acidentes ocupacionais com material biológico (CDC, 2010; DENIS et al., 2003; DO et al., 2003; GHOURI et al., 2011;

GILLEN et al., 2003; KARA-PÉKÉTI et al., 2011; KO et al., 2009; MacCANNEL et al., 2010; MARTINS et al., 2012; MBARKI et al., 2013; McCORMICK et al., 1991; McLAWS et al., 2012; NAGAO et al., 2007; PANLILIO et al., 2004; SHAH et al., 2006; SHIAO; GUO; McLAWS, 2002; TARANTOLA et al., 2003; WHITBY; McLAWS; SLATER et al., 2008; ZHANG et al., 2009).

As investigações realizadas no Brasil também confirmam que os trabalhadores de enfermagem estão constantemente expostos a material biológico e apresentam os maiores índices de AT com este tipo de exposição (CÂMARA et al., 2011; CAVALCANTE et al., 2013; CESPEDES et al., 2010; CHIODI et al., 2010; GUILARDE et al., 2010; LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011; MARZIALE et al., 2013; OLIVEIRA; DIAZ; TOLEDO, 2010; OLIVEIRA; LOPES; PAIVA, 2009; OLIVEIRA; PAIVA, 2013; PAIVA; OLIVEIRA, 2011; SANTOS et al., 2012; SILVA et al., 2009; SILVA; LIMA; MARZIALE, 2012; SIMÃO; SILVINO; SANTOS, 2010; VALIM; MARZIALE, 2011; VALIM; MARZIALE, 2012; VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

Rapparini e Reinhardt (2010) apresentam dados sobre exposições ocupacionais envolvendo materiais biológicos de três sistemas de vigilância brasileiros, um sistema de vigilância voluntário (Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho com Material Biológico em Serviços de Saúde Brasileiros - PSBio), um sistema de notificação estadual (Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos em Profissionais da Saúde - SINABIO) também voluntário e um sistema de notificação municipal da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Os dados agregados dos três sistemas apresentam notificações do período de 1997 a 2009, equivalentes a 39.000 acidentes, ocorridos, em sua maioria, com os profissionais de enfermagem, durante a administração de medicamentos, com agulhas com lúmen. A descrição do local da ocorrência indica que as clínicas de internação são os locais predominantes nesse tipo de exposição, seguidos do setor de centro cirúrgico e pronto-socorro. Essa última variável apresentada está vinculada apenas a dois sistemas de vigilância (PSBio e SINABIO), visto que no terceiro sistema (SMS-RJ) esses dados não estavam disponíveis.

Além das bases de dados de registro obrigatório, depositórios de informações vinculados a grupos de pesquisas buscam analisar a ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico e, a partir de evidências científicas, auxiliar na prevenção e controle dos acidentes. Desde 2003, a Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico em Hospitais/Universidade de São Paulo - REPAT/USP promove o intercâmbio de informações e pesquisas a partir de dados coletados em hospitais

de várias regiões brasileiras (REDE DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO EM HOSPITAIS BRASILEIROS/USP, 2013). As ações realizadas pela referida rede têm resultado na melhoria da qualidade das notificações dos acidentes, permitindo melhor avaliação das causas e consequências dos acidentes e contribuindo para a elaboração de estratégias preventivas frente à ocorrência de AT com exposição a material biológico em hospitais do país (MARZIALE et al., 2012). Dos 2.113 acidentes com os profissionais da saúde expostos a material biológico, registrados na REPAT-USP, 59,8% do total de acidentes ocorreram com trabalhadores de enfermagem, sendo 37,5% com auxiliares de enfermagem 12,3%), com técnicos de enfermagem e 10,0% com enfermeiros (REPAT/USP, 2013).

Os dados da REPAT-USP mostram que, entre as circunstâncias da ocorrência de AT com material biológico entre os trabalhadores de saúde, nos últimos cinco anos (2009-2013), estão o descarte de perfurocortante, a manipulação de agulhas no paciente, o recapeamento de agulhas, uma colisão do profissional com o material perfurocortante ou a limpeza, desinfecção ou esterilização de materiais (REPAT/USP, 2013). Segundo os dados epidemiológicos do SINAN (BRASIL, 2011c), o descarte inadequado de material perfurocortante foi a principal causa de ocorrência de acidentes no período de 2007 a 2010. Esses dados são corroborados pela literatura sobre o tema, onde são encontrados relatos de 88,2% de acidentes de trabalho que tiveram como principal causa a manipulação de material perfurocortante (GUSMÃO; OLIVEIRA; GAMA, 2013) e o reencape de agulhas, a manipulação de material ou lixo com material perfurocortante e a realização de procedimentos invasivos (CAVALCANTE et al., 2013).

O frequente manuseio de material perfurocortante por profissionais de saúde, somados a alguns fatores, como: inexperiência profissional, condições inadequadas de trabalho, ausência ou inadequação de equipamentos de proteção, cansaço físico e mental e necessidade de grande agilidade na realização das atividades, contribuem para o aumento do risco de acidentes com exposição a material biológico (CAVALCANTE et al., 2013).

Nos acidentes com material biológico, registrados no NaSH, a seis agentes são responsáveis por causar aproximadamente 80% de todos os acidentes. Esses agentes causadores são as seringas descartáveis/agulhas hipodérmicas (30%), agulhas de sutura (20%), escalpes (12%), lâminas de bisturi (8%), estiletes de cateteres intravenosos (5%) e agulhas para coleta de sangue (3%). Os acidentes provocados por esses dispositivos ocorrem

com mais frequência nas áreas de internação (39%), no centro cirúrgico (25%), salas de procedimentos (9%) e pronto-socorro (8%), durante a manipulação de agulhas nos pacientes, ou no descarte de perfurocortante, ou em uma colisão com outro trabalhador, durante a limpeza ou descarte inadequado (CDC, 2008).

Mesmo após a exposição ocupacional a material biológico, potencialmente contaminado, medidas preventivas secundárias devem ser tomadas para prevenir infecções.

1.3 Condutas pós-exposição ocupacional a riscos biológicos

A principal estratégia para reduzir as infecções veiculadas pelo sangue é a prevenção da infecção. No entanto, as exposições ocupacionais continuarão a ocorrer. Nesse sentido, é necessário que as instituições de saúde disponibilizem aos seus funcionários protocolos para a notificação imediata do acidente, aconselhamento, avaliação, tratamento e acompanhamento de exposições ocupacionais, acesso à vacina contra hepatite B, Imunoglobulina Humana Específica Anti-Hepatite B (HBIG), antirretrovirais para profilaxia pós-exposição ao HIV e a médicos para atendimento pós-exposição, durante todos os dias e turnos de trabalho. Além disso, os trabalhadores de saúde devem ser informados sobre os riscos de exposição a infecções transmitidas pelo sangue, sobre as formas de prevenção e condutas pós-exposição. Essa orientação deve estar presente durante a etapa de formação profissional dos trabalhadores e, posteriormente, durante a realização de seu trabalho (CDC, 2001).

Embora a prevenção contra a exposição seja a principal medida para evitar esse tipo de infecção, a adoção de condutas apropriadas torna-se um importante fator de segurança no ambiente de trabalho (BRASIL, 2010b).

As profilaxias pós-exposição, quando indicadas, devem ser vistas como prioridade no atendimento após as exposições a material biológico, pois a sua utilização pode diminuir o risco da soroconversão. Para as exposições ao HIV, a recomendação é que se inicie o uso da profilaxia pós-exposição nas primeiras duas horas após o acidente, e o prazo máximo é de 72 horas (BRASIL, 2006). Essa conduta reduz em pelo menos 80% o risco de infecção pelo HIV (VIEIRA; PADILHA, 2008).

Objetivando estabelecer uma sistemática de atendimento, nos diferentes níveis de complexidades aos profissionais que estão expostos a material biológico com risco de soroconversão (HIV, HBV, HCV), o MS lançou, em 2006, um documento estabelecendo a conduta inicial, orientação e seguimento dos trabalhadores acidentados, uso de quimioprofilaxia e notificação dos casos (BRASIL, 2006), dando continuidade às recomendações lançadas em 2004 (BRASIL, 2004c).

Esse documento, denominado “Exposição a Materiais Biológicos” (BRASIL, 2006), é destinado a todos os trabalhadores que atuam, direta e indiretamente, em atividades onde há risco de exposição ao sangue e a outros materiais biológicos, incluindo aqueles profissionais que prestam assistência domiciliar e atendimento pré-hospitalar (bombeiros, socorristas etc.). Enfoca a exposição a material biológico – sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, líquido, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico), fluidos orgânicos potencialmente não-infectante (suor, lágrima, fezes, urina e saliva), exceto se contaminado com sangue.

Entre as recomendações do MS, estão as condutas após o acidente (cuidados com a área exposta, avaliação do paciente, orientações e aconselhamento do acidentado e notificação do acidente por meio da emissão da CAT e do SINAN); a avaliação da exposição no acidente com material biológico (quanto ao tipo de exposição, tipo de fluido e tecido, *status* sorológico da fonte, *status* sorológico do acidentado), o manejo frente ao acidente com material biológico (condutas pós-exposição ao HIV, ao HBV, ao HCV); as condutas frente à coinfeção; a prevenção (medidas preventivas e gerenciais, capacitação e educação em saúde, controle médico e registro de agravos, vigilância) e os registros (BRASIL, 2006).

Atualizando essas condutas recomendadas em 2006, o MS publicou, em 2010, as “Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008”, buscando subsidiar as equipes de saúde para oferecerem assistência mais qualificada, com ações combinadas de prevenção, assistência e tratamento. Esse manual apresenta as estratégias e recomendações para o controle da transmissão sexual do HIV; a atualização na profilaxia pós-exposição ocupacional a materiais biológicos: HIV e hepatites B e C e as recomendações para abordagem da violência sexual e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/aids (BRASIL, 2010b).

As condutas, pré e pós-exposição, indicadas para prevenir o risco de contaminação de trabalhadores da saúde pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C, no ambiente de

trabalho, foram abordadas no capítulo “Recomendações para abordagem da exposição ocupacional a materiais biológicos: HIV e hepatites B e C” (BRASIL, 2010b). Esse capítulo enfoca os tipos de exposições a material biológico (percutâneas, mucosas, cutâneas e por mordeduras humanas); os riscos de transmissão pelo HIV, HBV e HCV; a avaliação do paciente-fonte; os procedimentos recomendados nos casos de exposição a materiais biológicos (cuidados imediatos com a área de exposição; quimioprofilaxia para o HIV; profilaxia contra a hepatite B; medidas pós-exposição relacionadas ao HCV) e o acompanhamento clínico-laboratorial após a exposição (BRASIL, 2010b).

Para Garcia e Blank (2008), a utilização de todos os recursos para reduzir as exposições a material biológico, que incluem uma combinação de precauções-padrão, medidas de engenharia, práticas de trabalho e controles administrativos são meios eficazes para se evitar a transmissão de infecções. Quando a exposição a material biológico não pode ser prevenida, são as condutas pós-exposição que podem evitar infecções, e entre elas estão incluídos os cuidados imediatos, o tratamento e o acompanhamento do trabalhador pós-exposição. Para esses autores, a efetividade da profilaxia, quando indicada, depende do seu início imediato. A existência de um planejamento prévio à ocorrência de exposições é fundamental para possibilitar a avaliação da ocorrência o mais rápido possível. Destacam que nenhuma medida pós-exposição é totalmente eficaz.

A realidade da exposição aos acidentes com material biológico entre os profissionais de saúde, e principalmente para a enfermagem, pode ser confirmada pelos inúmeros estudos nacionais e internacionais encontrados na literatura científica. Esse cenário, já preocupante, torna-se ainda mais grave diante do fato de que a adesão às condutas pós-exposição entre os profissionais de saúde ainda não é satisfatória, o que pode ser evidenciado nos estudos de Almeida e Benatti (2007), Cespedes et al. (2010), Damasceno et al. (2006), Gutierrez, Lopes e Yasuda (2005), Ko et al. (2009), Miceli et al. (2005), Oliveira e Gonçalves (2010), Oliveira, Lopes e Paiva (2009), Oliveira e Paiva (2013), Paiva e Oliveira (2011), Pimenta et al. (2013), Sarquis et al. (2005) e Sarquis et al. (2009).

Gutierrez, Lopes e Yasuda (2005) observaram baixa adesão no seguimento pós-exposição e também não encontraram nenhuma diferença na adesão entre os trabalhadores de saúde expostos ao risco por fontes desconhecidas, ou por fontes conhecidas.

O alto índice de abandono do acompanhamento pós-exposição a material biológico revela a falta de importância atribuída a esse tipo de exposição pelos trabalhadores e, por

parte das instituições, ineficaz sistema de monitoramento dos trabalhadores acidentados (CESPEDES et al., 2010).

Outros motivos são apontados por profissionais de saúde para justificar o abandono das condutas pós-exposição como, por exemplo, o efeito adverso decorrente do uso de antirretrovirais, atendimento demorado, sorologia negativa do paciente-fonte, esquecimento, falta de tempo e o fato de o profissional achar desnecessário manter o seguimento das condutas (PIMENTA et al., 2013).

Wall et al. (2011) acrescentam que as condições de trabalho, o desconhecimento das chefias e dos trabalhadores sobre as condutas pós-exposição a material biológico e as crenças dos trabalhadores, tornam-se fatores de impedimento para o completo acompanhamento após exposições ocupacionais.

A assistência aos profissionais expostos deve contemplar cuidados rápidos, esclarecidos e que atendam as necessidades de atenção do acidentado. Além disso, essa assistência deve ser orientada por políticas institucionais que diminuam e melhorem os inconvenientes relacionados ao acompanhamento pós-exposição, incentivando os trabalhadores a seguirem esse acompanhamento. A simplificação dos protocolos pós-exposição, criação de uma estratégia que auxilie os acidentados a não se esquecerem dos retornos pós-exposição agendados para resultados dos testes dos pacientes, dos testes para verificação da soroconversão e das doses de vacinas restantes são exemplos de políticas institucionais possíveis e necessárias para o incentivo ao aumento da adesão às condutas pós-exposição (KO et al., 2011).

As consequências da não adesão às condutas pós-exposição vão além da possibilidade de soroconversão ou da aquisição de uma doença infecciosa. Castro e Farias (2009), em um estudo com a equipe de enfermagem, destacam que as repercussões do acidente ocupacional com perfurocortantes apresentam duas facetas, ou seja, as repercussões desfavoráveis à saúde do trabalhador, que envolvem sentimentos de medo, desespero, preocupação, vergonha, ansiedade e insegurança. Por outro lado, as repercussões podem ser favoráveis à sua conduta profissional, despertando necessidade de aumentar os cuidados e a atenção durante o manuseio de materiais perfurocortantes.

Essa variedade de sentimentos também foi observada em um estudo sobre as vivências de trabalhadores da enfermagem que receberam indicação de tratamento com antirretrovirais. Nos casos onde houve adesão completa ao tratamento (34,3%), constatou-

se que os sujeitos consideravam o uso de antirretrovirais como benefício, relacionando o tratamento com a possibilidade de redução da suscetibilidade e da seriedade imposta pela aids. Por outro lado, a presença de efeitos colaterais e a exigência de regularidade nos horários para administração dos medicamentos foram considerados como barreira para a adesão ao completo tratamento (42,8%). Outro sentimento expresso pelos trabalhadores acidentados foi o apego à vida diante da ameaça vivenciada, motivando-os à reavaliação de comportamentos e atitudes na promoção de maior segurança no desempenho de seu trabalho (SAILER; MARZIALE, 2007).

Segundo Sarquis e Felli (2009), os sentimentos expressos pelos trabalhadores no momento da exposição envolvem também familiares, superiores e outras pessoas do seu convívio. Os sentimentos relatados pelos trabalhadores dizem respeito ao medo, à preocupação, à indecisão, raiva, revolta e culpa, evidenciando o sofrimento vivenciado pelos profissionais de saúde acidentados. “A exposição ao fluido biológico compromete a qualidade de vida do trabalhador e a sua individualidade perante os desejos e expectativas de vida” (SARQUIS; FELLI, 2009, p.703).

A vulnerabilidade dos profissionais de saúde aos acidentes com material biológico está relacionada às atividades desenvolvidas, aos comportamentos e à organização e ao processo de trabalho. Apesar dos avanços ocorridos em relação às legislações e protocolos normativos, relacionados às exposições ocupacionais dos profissionais de saúde a material biológico, ainda é limitada a capacidade de avaliação dessas variáveis nos serviços de saúde devido ao comportamento inadequado de alguns profissionais em relação às condutas de segurança a exposição ocupacional a material biológico, muitas vezes por falta de informação a respeito (AMARAL; TAVARES-NETO, 2010).

Para Damasceno et al. (2006), os inúmeros estudos sobre o comportamento dos profissionais de saúde ainda não conseguiram responder, claramente, quais são os motivos que levam esses profissionais a não seguirem rotinas, aparentemente óbvias, mas que, na verdade, podem revelar aspectos complexos do comportamento humano.

Para o desenvolvimento de intervenções efetivas junto aos profissionais de saúde, é necessário o entendimento inicial dos comportamentos, para depois buscar a sua modificação. Essa compreensão é possibilitada pelos referenciais teóricos de outras áreas do conhecimento, que fornecem elementos que auxiliam no entendimento dos fatores associados à emissão ou não de um determinado comportamento (RICARTE, 2004). Segundo

Mendez et al. (2010), a aplicação de referenciais teóricos é realizada por meio de instrumentos elaborados com base em escalas psicométricas, que mensuram a magnitude dos fatores relacionados ao comportamento estudado e à suas correlações.

1.4 Instrumentos de medidas relacionados às condutas pós-exposição ocupacional

Alguns estudos de revisão da literatura, na área de saúde do trabalhador, realizados no Brasil, caracterizam o estado da arte do conhecimento da enfermagem em Saúde do Trabalhador. Esses estudos, individualmente, buscaram a identificação de problemas vivenciados com trabalhadores e as abordagens metodológicas utilizadas nas pesquisas publicadas. Dentre as produções, destacamos o estudo de Marziale e Rodrigues (2002) que identificaram nesse estudo os fatores predisponentes à ocorrência de acidentes de trabalho; Castro e Farias (2008) analisaram a produção científica advinda de estudos *stricto sensu* a respeito de riscos ocupacionais na enfermagem; Vieira e Padilha (2008) identificaram a produção científica e a caracterização dos fatores predisponentes aos acidentes de trabalho com material contaminado por HIV; Almeida et al. (2009) caracterizaram o perfil das publicações nacionais sobre o risco biológico entre trabalhadores de enfermagem; Mantovani et al. (2009) analisaram a produção da enfermagem em saúde do trabalhador, oriunda de teses e dissertações do Brasil; Bolzan et al. (2011) analisaram as publicações sobre riscos ocupacionais na enfermagem; Ribeiro et al. (2012) identificaram as formas, enfrentamento e prevenção do adoecimento e acidentes de trabalho na enfermagem e Santos et al. (2012) analisaram a produção científica acerca dos fatores de risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde .

Segundo Almeida et al. (2009), a principal preocupação dos pesquisadores nos últimos anos tem sido a identificação dos grupos de trabalhadores, locais e atividades, envolvidos com a ocorrência de acidentes com material biológico. Esses autores consideram essa caracterização importante para o planejamento e desenvolvimento de medidas que possibilitem a diminuição desses acidentes. Afirmam ainda que esse tipo de estudo deve continuar acontecendo, mas acrescentam que existe a necessidade de estudos que contribuam, de modo mais contundente, para a construção de indicadores de intervenção para a prevenção de acidentes.

Quanto às abordagens metodológicas utilizadas nas pesquisas, os resultados encontrados em estudos de revisão indicam que a abordagem quantitativa e os estudos do tipo descritivo predominaram na maioria das publicações analisadas (MARZIALE; RODRIGUES, 2002; RIBEIRO et al., 2012; SANTOS et al., 2012). Cabe lembrar, que os estudos descritivos são importantes para descrever as características de determinada população ou fenômeno e para o estabelecimento de relações entre variáveis, no entanto, são estudos de evidência científica fraca.

Para Ribeiro et al. (2012), as intervenções propostas em alguns estudos, não são impactantes na resolução das formas de adoecimento dos trabalhadores. A utilização de metodologias com abordagens descritivas direciona esses estudos a um nível de evidência que não contribui para a realização de mudanças práticas.

Com relação aos estudos metodológicos, especificamente em relação à construção de instrumentos relacionados às condutas pós-exposição ocupacional, realizamos, neste estudo, ampla busca às bases de dados para se identificar os instrumentos válidos e fidedignos que quantificassem as variáveis psicossociais (atitudes, adesão, crenças), envolvidas no comportamento relacionado à saúde e as condutas necessárias à prevenção das infecções advindas da exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado, ocorridas com profissionais de enfermagem.

A busca foi realizada no mês de maio de 2011, nas bases de dados eletrônicas *ISI Web of Knowledge*, *Scopus*, *PubMed*, *Lilacs* e na *Coleção SciELO* e incluiu artigos publicados no período de 1989 a 2011, nos idiomas português, espanhol e inglês, identificados pelo mecanismo de busca das palavras chave/descriptores: exposição a agentes biológicos, condutas pós-exposição, riscos ocupacionais, atitude, adesão, enfermagem, equipe de enfermagem, estudantes de enfermagem, pessoal de saúde, escalas e estudos de validação. Encontramos 86 artigos, sendo 13 (15,1%) estudos brasileiros e 73 (84,9%) estudos internacionais. A maioria desses estudos teve como temática a utilização das precauções-padrão, recomendadas para a prevenção de acidentes com material biológico e o delineamento de pesquisa mais utilizado foi o estudo transversal. Entre os estudos, 61 (70,9%) abordavam a elaboração ou a utilização de instrumentos validados e nove (10,5%) abordavam especificamente o processo de validação de instrumentos de medida. Dos estudos analisados, três (3,5%) apresentavam instrumentos válidos e fidedignos

relacionados a condutas pós-exposição ocupacional, sendo um dos Estados Unidos, um da Turquia e um de Taiwan.

Corroborando os resultados da busca realizada no presente estudo, Amaral e Tavares-Neto (2010) indicam que, no Brasil, ainda não existem instrumentos validados disponíveis para avaliação dos riscos de exposição a material biológico ou dos impactos das medidas de prevenção e de controle, ou para a avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação a esse tipo de exposição. Os referidos autores elaboraram dois questionários, os quais ainda estão em processo de validação, um destinado ao gestor do serviço e tem como objetivo conhecer os protocolos de prevenção institucional, relativos à exposição a material biológico e outro questionário destinado aos profissionais de saúde com a finalidade de analisar as características pessoais, aptidões, potencialidades, talentos com questões que abrangem as rotinas da admissão do profissional, precauções-padrão, exposição ocupacional, profilaxia pós-exposição, notificação de acidentes. Segundo seus autores, após o término do processo de validação, os questionários propostos irão permitir a avaliação das exposições ocupacionais com material biológico entre os profissionais de saúde, fornecendo dados para a elaboração, implantação e monitoramento de práticas profissionais (AMARAL; TAVARES-NETO, 2010).

Além do fato dos instrumentos de Amaral e Tavares-Neto (2010) não terem sido validados, a abordagem tem caráter mais amplo dentro das exposições ao material biológico e às condutas pós-exposição, nesse caso, integram um conjunto de questões relacionados ao tema. O estudo não inclui análises das variáveis psicossociais do ponto de vista de um referencial teórico.

Os três estudos encontrados, desenvolvidos em outros países, e que exploravam temas relacionados às condutas pós-exposição a material biológico na enfermagem, serão apresentados a seguir.

No estudo realizado por Sass et al. (1995) analisaram-se os fatores associados à não adesão ao seguimento de testes de HIV, necessários após a exposição a sangue e a fluidos corporais, por meio de abordagem descritiva, em uma amostra de 178 profissionais de saúde que não retornaram para as consultas de acompanhamento dos testes de HIV recomendadas. O instrumento utilizado pelos autores foi elaborado segundo o referencial do Modelo de Crenças em Saúde, com 36 itens, com opções de resposta tipo Likert. Como resultado da validação desse instrumento, os autores citam a análise de fidedignidade, por

meio da consistência interna dos itens, com valor do coeficiente alfa de Cronbach de 0,48. Entre os conceitos do Modelo de Crenças em Saúde (susceptibilidade, seriedade, benefícios, barreiras e motivação para a saúde), os autores identificaram que os fatores mais significativos para afetar a taxa de retorno para o acompanhamento dos testes estavam relacionados aos benefícios e à susceptibilidade, expressos pela ideia da possibilidade de diminuição da chance de morte pela aids.

Constatamos que o referido instrumento aborda apenas um dos aspectos relacionados às condutas pós-exposição, ou seja, os fatores associados às taxas de retorno dos profissionais, já acidentados, ao acompanhamento recomendado, não analisando as variáveis psicossociais envolvidas no comportamento para a prevenção das infecções advindas da exposição ocupacional (condutas imediatas, notificação, realização de exames no momento do acidente, uso de profilaxia pós-exposição). Além disso, o estudo mostrou baixos índices de consistência interna dos itens e foi publicado em 1995, não contemplando as atualizações das condutas pós-exposição recomendadas.

Irmak e Baybuga (2011) desenvolveram um estudo transversal para investigar a prevalência e outros fatores associados aos acidentes com agulhas entre estudantes de enfermagem na Turquia. O instrumento utilizado por esses autores foi elaborado a partir de estudos internacionais, realizados entre estudantes de enfermagem, e foi constituído por duas partes. A primeira parte incluía dados sociodemográficos e a segunda parte foi constituída por 17 itens relacionados às variáveis independentes (imunização contra a hepatite B, à educação/informação recebida sobre acidentes com agulhas, precauções-padrão e exposição a sangue e fluidos corporais). Outros 14 itens buscavam informações sobre a frequência e natureza dos acidentes ocorridos com os estudantes. Em relação aos testes realizados na validação do instrumento, os autores descrevem que a validade de conteúdo foi confirmada por especialista e a fidedignidade foi avaliada pela estatística alfa de Cronbach (0,65) e pelo teste-reteste, realizado com intervalo de uma semana, cujos resultados indicaram baixa fidedignidade. Os autores confirmaram, por meio da análise de regressão logística, que não houve associação das variáveis independentes com a ocorrência de acidentes com agulhas. Apesar de o tema do estudo abordar os acidentes com agulhas após a sua ocorrência, o objetivo principal foi a identificação dos fatores que poderiam estar associados a essas ocorrências, sem focar no seguimento das condutas pós-exposição por parte dos profissionais de saúde. A população estudada foi composta por estudantes de

enfermagem, mas isso não impede que o instrumento, após ser analisado, possa ser utilizado nos profissionais de enfermagem, visto que os estudantes, durante a realização de suas atividades práticas, também se expõem aos acidentes com material biológico.

O referido instrumento, no entanto, apresenta limitações em relação aos resultados de fidedignidade e a sua elaboração não utilizou um referencial teórico para fundamentar suas análises.

Ko et al. (2011) desenvolveram um instrumento com o objetivo de aplicar o referencial teórico da Teoria do Comportamento Planejado (TCP) para prever a intenção dos enfermeiros, expostos acidentalmente a sangue e a fluidos corporais, em aderir às condutas pós-exposição ocupacional e descrever as circunstâncias da exposição ocupacional e a adesão dos profissionais às condutas recomendadas. O instrumento foi desenvolvido originalmente no idioma chinês e foi aplicado em enfermeiros hospitalares que trabalhavam em hospitais designados para tratamento de HIV, em Taiwan, em um estudo transversal. Foi elaborado de acordo com recomendações estabelecidas pela TCP, incluindo suas dimensões, **Atitude, Normas Subjetivas, Controle Comportamental Percebido e Intenção.**

Considerando que o referido instrumento aborda as condutas pós-exposição ocupacional a material biológico na enfermagem, adota um referencial teórico (TCP) apropriado ao objeto de estudo, ser atual, validado e possuir propriedades psicométricas que demonstram a validade e fidedignidade do mesmo, foi selecionado para ser utilizado nesta pesquisa.

1.5 Justificativa do estudo

O cenário desvela que as exposições de profissionais de saúde aos riscos biológicos continuam acontecendo mesmo diante de maior atenção preventiva exigida legalmente e da conscientização de gestores e trabalhadores, e que a adesão às condutas recomendadas pós-exposição ocupacional ainda é um problema.

Considerando que pesquisas sobre a magnitude, prevenção e intervenção nas situações de risco de contágio ocupacional das principais doenças transmissíveis (aids, hepatites virais, tuberculose entre outras) e a prevenção das infecções respiratórias nos serviços de saúde constam da lista de Prioridades de Pesquisas em Saúde do Programa de

Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a) e que o conhecimento científico produzido sobre o referido objeto, no Brasil, apresenta lacunas e não existe um instrumento de coleta de dados validado e com bons resultados de fidedignidade para investigar a adesão às medidas preventivas secundárias, empregadas após a exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado, justificamos a realização desta pesquisa que buscou responder a seguinte pergunta de investigação:

- o instrumento chinês *Comply with post-exposure management among health care workers* (KO et al., 2011), estruturado na Teoria do Comportamento Planejado e desenvolvido para mensurar a intenção de trabalhadores de saúde cumprirem as condutas pós-exposição ocupacional, recomendadas internacionalmente, e diminuir o risco das infecções letais, como as hepatites virais e a aids, adquiridas no ambiente de trabalho é válido e fidedigno para a realidade dos trabalhadores de enfermagem do Brasil?

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Traduzir, adaptar culturalmente e validar para Brasil o instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* para profissionais de enfermagem.

2.2 Específicos

- Traduzir o instrumento chinês *Comply with post-exposure management among health care workers* para a língua portuguesa (Brasil).
- Adaptar culturalmente o instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* em uma amostra de profissionais de enfermagem, por meio das etapas relacionadas à análise semântica e ao pré-teste.
- Avaliar a validade de face da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, por meio da análise de um comitê de especialistas.
- Descrever a distribuição das respostas ao instrumento, verificando a existência do efeito *floor* e efeito *ceiling*.
- Avaliar a fidedignidade da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, por meio da consistência interna de seus itens.
- Avaliar a fidedignidade da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* por meio da estabilidade da medida (teste-reteste).
- Avaliar a validade de constructo convergente e divergente segundo a análise multitraço-multimétodo.

Referencial Teórico e Metodológico

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 Teoria do Comportamento Planejado

Devido à natureza complexa e multidimensional do comportamento humano, os pesquisadores concordam que é cada vez mais necessária a contribuição de várias áreas do conhecimento como, por exemplo, psicologia, educação em saúde, antropologia, sociologia e outras, para o desvelamento dos fatores que influenciam o comportamento humano (RICARTE, 2004).

Para Moreas, Gallani e Meneghin (2006), há consenso entre as teorias comportamentais quando afirmam que se deve descobrir o conhecimento das pessoas sobre determinado tema, analisar esse conhecimento à luz das crenças e valores de um grupo, buscando a percepção das intenções dessas pessoas e previsão de seus comportamentos.

Uma explicação sobre o comportamento humano e todas as suas complexidades pode ser abordada em diferentes níveis, desde os processos psicológicos, passando pela visão do indivíduo em pleno funcionamento, até os níveis relacionados às instituições sociais (AJZEN, 1991).

Entre as várias abordagens, o comportamento pode se associar à saúde por meio de três mecanismos: ele afeta a saúde por meio de alterações fisiológicas provocadas por acontecimentos ou fatores psicossociais; por meio de ações que trazem consequências diretas ou indiretas ao funcionamento biológico (consumo de álcool e drogas, tabagismo, exercício físico etc.) e por meio das reações, sintomas e adesão a tratamentos de pessoas doentes (VIANA; ALMEIDA, 1998).

O comportamento relacionado à saúde compreende qualquer atividade realizada por uma pessoa que acredita ser saudável, objetivando prevenir doenças ou detectá-las em uma fase assintomática. Essa definição foi, posteriormente, considerada incorreta, por ter como foco principal apenas a doença. Outra definição, mais abrangente, considera como comportamento relacionado à saúde qualquer ação realizada por uma pessoa, independente do seu estado de saúde, que tenha como finalidade a proteção, promoção ou

manutenção da saúde, mesmo que esse comportamento não seja eficaz para alcançar esse objetivo (GONZALEZ; RIBEIRO, 2004; SANTOS, 2008).

Diferentes modelos teóricos, voltados à compreensão dos fatores que influenciam a adoção de comportamentos relacionados à saúde, foram descritos no campo da Psicologia Social. Entre esses modelos, destacam-se os conhecidos como cognitivo-sociais, que se agrupam em três categorias: os modelos motivacionais, os modelos de efetivação da ação e os modelos de múltiplos estágios (MENDEZ, 2008).

Segundo Armitage e Conner (2000), a concepção desses modelos objetivou a identificação das variáveis que fundamentam as decisões relacionadas à saúde e à avaliação da sua capacidade de prever o comportamento.

As teorias motivacionais “apontam a motivação como o principal determinante do comportamento; portanto, os melhores preditores da ação seriam os fatores que predizem ou determinam a motivação (ou intenção)” (MENDEZ et al., 2010, p.585).

O tema motivação tem sido alvo de inúmeras pesquisas, hipóteses, teorias, gerando várias interpretações e modelos para o entendimento do tema. Essa multiplicidade de abordagens aponta a importância da motivação (BERGAMINI, 1990). Segundo Chiavenato (1999), a motivação é entendida como um conjunto de forças internas que atuam, mobilizando o indivíduo a um objetivo, como forma de responder a uma necessidade, carência ou desequilíbrio, sendo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços para se alcançar esse objetivo. Essa motivação, que impulsiona a pessoa a agir e adotar um determinado comportamento, pode ser oriunda de estímulos externos (relacionados ao ambiente) ou internos (gerados pelos processos mentais do indivíduo). Entende-se que a motivação seja “uma condição fundamental e indispensável para o alcance dos objetivos pessoais, do trabalho, das organizações e dos países” (BUENO, 2002).

Entre as teorias motivacionais encontra-se a Teoria do Comportamento Planejado (TCP), proposta por Fishbein e Ajzen, em 1975, e considerada uma extensão da Teoria da Ação Racional (TAR) (MENDEZ, 2008). Essa teoria teve origem na área da Psicologia Social, por volta de 1950, em pesquisas direcionadas à mensuração da atitude e, posteriormente, à predição do comportamento (RICARTE, 2004).

A TAR tem por objetivo prever e compreender as influências motivacionais do comportamento. Segundo essa teoria, a maioria dos comportamentos humanos está sobre um controle voluntário e é influenciado por uma **Intenção** comportamental, que é resultante

de dois fatores: um de natureza pessoal e o outro que reflete a influência social. O fator pessoal, denominado **Atitude**, se refere à avaliação favorável ou desfavorável que o indivíduo tem em relação à emissão de determinado comportamento. As atitudes são resultantes de um grupo específico de crenças relativas ao comportamento (crenças comportamentais). O segundo fator, denominado **Normas Subjetivas**, é resultante das crenças normativas e tem relação com a percepção que o indivíduo tem a respeito das pressões sociais que são exercidas sobre ele no sentido de incentivar ou não a adoção de determinado comportamento (FISHBEIN; AJZEN, 1980; HEIDEMANN; ARAÚJO; VEIT, 2012; MOREAS; GALLANI; MENEGHIN, 2006).

Segundo Ajzen e Fishbein (1980), a relação existente entre o comportamento, a **Intenção**, a **Atitude** e as **Normas Subjetivas**, postuladas pela TAR, está representada, a seguir, na Figura 1.

Figura 1 – Relação entre fatores que determinam o comportamento do indivíduo, de acordo com a Teoria da Ação Racional (AJZEN; FISHBEIN, 1980)

Segundo Ajzen (1991), o modelo original da teoria apresentou limitações em lidar com comportamentos que não se encontravam sob total controle do indivíduo, sobre os quais o indivíduo não tem a percepção de controle relacionada a recursos, cooperação e habilidades.

Nesse sentido, fez-se necessário o aprofundamento dos estudos sobre o comportamento, sendo então proposta por Ajzen, em 1988, a adição de um terceiro fator à teoria original (TAR), denominado **Controle Comportamental Percebido**, dando origem ao modelo teórico da Teoria do Comportamento Planejado (TCP).

Esse fator refere-se às facilidades e/ou dificuldades percebidas pelo indivíduo para adotar um comportamento. Da mesma forma que na teoria original (TAR), em que os dois fatores anteriores são determinados por crenças comportamentais (**Atitude**) e crenças

normativas (**Normas Subjetivas**), o **Controle Comportamental Percebido** é determinado por um conjunto de fatores que podem facilitar ou dificultar a emissão de determinado comportamento. Esses fatores dizem respeito à presença de recursos e oportunidades para a emissão do comportamento e são denominados crenças de controle (AJZEN, 1988).

Para Ajzen (1991, p. 181-82),

como regra geral, quanto mais forte a intenção para se ingressar em certo comportamento, maior será a probabilidade de sua execução. No entanto, deve ficar claro que a intenção comportamental tem expressão no comportamento somente se o comportamento em questão está sob controle voluntário, ou seja, se o indivíduo pode decidir sobre a vontade de executar um comportamento ou não.

Segundo a TCP, não é muito provável que as pessoas que acreditam não possuir recursos e oportunidades para adotar um determinado comportamento formem uma **Intenção** positiva para realizá-lo, mesmo que suas **Atitudes** sejam positivas ao comportamento e acreditem que suas referências sociais (**Normas Subjetivas**) aprovem a emissão desse comportamento (PINTO, 2004).

Dessa forma, o **Controle Comportamental Percebido**, além de influenciar o comportamento indiretamente, via intenção, pode também ter influência direta sobre o comportamento, nas situações em que o controle voluntário não é absoluto (MENDEZ, 2008; PINTO, 2004).

Em resumo, segundo esse referencial, os indivíduos têm maior probabilidade de adotar comportamentos, se esses são vistos como instrumentos para alcançar consequências desejáveis, se são considerados compensadores por pessoas ou grupos significativos para o indivíduo e se os recursos e oportunidades disponíveis facilitam a adoção desses comportamentos.

Em outras palavras, “quanto mais favorável a **Atitude** e as **Normas Subjetivas** no que diz respeito a um comportamento, e quanto maior o **Controle Comportamental Percebido**, maior será a intenção do indivíduo de manifestar tal comportamento” (HEIDEMANN; ARAÚJO; VEIT, 2012, p.24).

A relação existente entre o Comportamento, a **Intenção**, a **Atitude**, as **Normas Subjetivas** e o **Controle Comportamental Percebido**, postuladas pela Teoria do Comportamento Planejado (TCP), é representada, a seguir, na Figura 2.

Figura 2 – Relação entre fatores que determinam o comportamento do indivíduo, de acordo com a Teoria do Comportamento Planejado (AJZEN, 1991)

A Teoria do Comportamento Planejado se expressa na crença do controle sobre o comportamento, por meio da percepção e antecipação das facilidades e dificuldades para a sua realização, de forma semelhante ao conceito de Bandura (1977, 1982) da autoeficácia percebida, definida como a confiança do sujeito em sua capacidade para emitir um determinado comportamento. Assim como o **Controle Comportamental Percebido**, a **Autoeficácia** pode ter impacto direto ou indireto sobre o comportamento (BASSO, 2010; CORNÉLIO, 2008).

A identificação dos fatores que definem as intenções do comportamento de uma pessoa possibilita a compreensão sobre as motivações que impulsionam a emissão desse comportamento em uma situação específica. Essa compreensão é um dos passos iniciais para o planejamento de intervenções que visem modificação do comportamento. A Teoria do Comportamento Planejado é uma das principais teorias que explicam as intenções e tem sido aplicada com sucesso no estudo de diversos comportamentos relacionados à saúde (GODIN; NACCACHE; FORTIN, 1998).

Na literatura internacional, vários estudos exemplificam a utilização da Teoria do Comportamento Planejado na análise dos comportamentos relacionados à saúde, em vários temas como, por exemplo, os comportamentos relacionados à alimentação (GOODWIN; MULLAN, 2009), às mudanças comportamentais no tratamento com anticoagulante oral (BURNS, 2009), amamentação (LAWTON et al., 2012; McMILLAN et al., 2009; SWANSON; POWER, 2005), tabagismo (BEN-NATAN; GOLUBEV; SHAMRAI, 2010), controle da obesidade infantil (ANDREWS; SILK; ENELI, 2010), adolescência (MURNAGHAN et al., 2010), intenções

dos profissionais de saúde de utilizar diretrizes em sua tomada de decisão sobre assistência ao paciente (KORTTEISTO et al., 2010), atitudes, crenças e práticas relatadas por enfermeiros e médicos no trabalho de imunização (PIELAK et al., 2010), análise da relação entre a depressão e a intenção de aderir aos planos de tratamento (MANNING; BETTENCOURT, 2011), crenças e intenções das pessoas em relação à detecção do HIV (FOGG; MAWN; PORELL, 2011), intenção dos enfermeiros de integrar as evidências de pesquisa para tomada de decisão clínica (CÔTÉ et al., 2012), intenções de lavagem das mãos para reduzir a transmissão de infecções respiratórias e gripes (MILLER; YARDLEY; LITTLE, 2012), controle de infecção com estudantes de enfermagem e obstetrícia (WARD, 2012), intenção dos paramédicos de ambulâncias de administrar morfina para pacientes com dor (WEBER; DWYER; MUMMERY, 2012), intenções dos alunos de várias áreas de trabalhar com pessoas com diagnóstico duplo de deficiência intelectual e doença mental (WERNER, 2012), vacinação contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV) (JURASKOVA et al., 2012) e o uso de protetor solar (ALLOM; MULLAN; SEBASTIAN, 2013).

No Brasil, a TCP tem sido também utilizada em estudos que analisam comportamentos relacionados à saúde. Entre os temas estudados, destacamos os aspectos do enfrentamento da aids e traços de personalidade do pessoal de enfermagem (FIGUEIREDO; MORAIS, 1994), crenças dos enfermeiros sobre a higienização das mãos (RICARTE, 2004) e sobre a realização de estudos hemodinâmicos em artéria pulmonar (PINTO, 2004; PINTO; COLOMBO; GALLANI, 2006), crenças favoráveis e desfavoráveis à intenção de parar de fumar (MONTEIRO; VEIGA, 2006), consumo de sal entre sujeitos portadores de hipertensão arterial (CORNÉLIO, 2008; CORNÉLIO et al., 2009; CORNÉLIO et al., 2012), intenção de uso de preservativo masculino entre jovens estudantes (MATOS; VEIGA; REIS, 2009), realização de atividade física em pacientes com patologias cardíacas (MENDEZ, 2008; MENDEZ et al., 2010), adesão do paciente com aids à terapia antirretroviral (BASSO, 2010; BASSO et al., 2013). De forma geral, os resultados dos estudos revelam forte fator preditivo da TCP na determinação da intenção comportamental (ARMITAGE; CONNER, 2001; CORNÉLIO, 2008; MENDEZ, 2008).

Segundo Ajzen e Manstead (2007), vários estudos têm demonstrado a utilidade da TCP no campo da saúde. Os resultados alcançados em pesquisas sobre essa teoria mostram que é possível não apenas prever as intenções e comportamentos com precisão, mas,

também, fornecer informações úteis sobre o comportamento, as normativas e crenças de controle que influenciam a adesão ou não adesão a práticas de saúde recomendadas.

Em relação à Saúde do Trabalhador, além do estudo de Godin, Naccache e Fortin (1998) sobre a intenção dos médicos de usar luvas, outros estudos também utilizaram essa teoria para analisar os fatores que influenciam a emissão de comportamentos ocupacionais, necessários à prevenção de injúrias no trabalho e promoção da saúde do trabalhador.

Levin (1999) realizou um estudo com enfermeiros, utilizando os Modelos de Fishbein e Ajzen como preditores do uso de luvas dos trabalhadores de saúde, quando existe um potencial de exposição ao sangue, e concluiu que esses modelos são viáveis para estudar o comportamento relacionado à prevenção de lesões.

Em relação à lavagem das mãos, O'Boyle, Henly e Larson (2001) afirmam que a maioria dos profissionais de saúde conhecem a lógica desse procedimento, mas a adesão às recomendações ainda é falha. A pesquisa realizada pelos referidos autores estimou a adesão do pessoal de enfermagem às recomendações de higiene das mãos, por meio de medidas obtidas pelo relato dos profissionais e por observação de suas atividades e, também, foi testado um modelo explicativo para a adesão às diretrizes de higienização das mãos, com base na TCP. Os resultados obtidos indicaram que as variáveis do modelo TCP previram a intenção de lavar as mãos, e essa intenção foi relatada pelos sujeitos. No caso das medidas obtidas por observação, as variáveis do modelo TCP não previram a adesão às recomendações da higiene das mãos, que foi determinada pela intensidade das atividades desenvolvidas nas unidades de enfermagem, ou seja, a adesão foi menor quando a demanda do trabalho era mais intensa.

Pessoa-Silva et al. (2005) avaliaram os determinantes cognitivos do comportamento de higiene das mãos no ambiente neonatal, identificando as crenças e as percepções associadas à higiene das mãos nessa população, e McLaws et al. (2012) identificaram os preditores significativos da lavagem das mãos no ambiente hospitalar.

Para a realização de intervenções preventivas que reduzam os ATs e problemas de saúde em agricultores, torna-se necessária a identificação de fatores que contribuem para o comportamento inseguro e prejudicial à saúde. Segundo Colémont e van den Broucke (2008) a utilização da TCP no estudo realizado com agricultores foi válida para prever comportamentos relacionados com à segurança e à saúde no trabalho.

A TCP também embasou um estudo que analisou a relação de estressores do trabalho (conflito de papéis, ambiguidade e sobrecarga de trabalho) e *Burnout*, com as atitudes dos auxiliares de enfermagem para comportamentos abusivos, em instituições de assistência a idosos, e os resultados mostraram que a TCP contribuiu para a compreensão dos fatores e processos associados às atitudes relacionadas ao abuso aos idosos, que estavam associadas com maiores níveis de estresse no trabalho, o *Burnout* e com a baixa remuneração (ALTMAN; COHEN, 2009).

Payne, Jonas e Harris (2010) analisaram a influência de uma das variáveis do modelo TCP, das demandas do trabalho, da ansiedade e depressão relacionadas ao trabalho, com a intenção de prever a realização de atividades físicas diárias. Os resultados mostraram que o **Controle Comportamental Percebido** contribuiu para prever a realização do exercício diário e que as demandas do trabalho apareceram como fatores perturbadores sobre essa intenção.

Ko et al. (2011) utilizaram o instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* para analisar a intenção de profissionais de saúde em cumprir as condutas preconizadas após a ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico em enfermeiros hospitalares de Taiwan, obtendo resultados que indicam que as dimensões do modelo da TCP foram responsáveis por 54% da variação da intenção dos enfermeiros em cumprir a gestão de pós-exposição.

Entre as teorias da cognição social, a TCP é a mais utilizada, e é relevante para o estudo, tanto da intenção como do comportamento e, nos últimos anos, tem sido também utilizada para intervenções de mudança de comportamentos relacionados à saúde (GODIN et al. 2008; HARDEMAN et al., 2002).

Segundo Moutinho e Roazzi (2010, p. 285), a TCP é um modelo útil e importante em situações onde o comportamento das pessoas precisa ser modificado e juntamente com a TAR,

têm se colocado como ferramentas teórico-metodológicas que apontam relações entre variáveis e se apresentam como capazes de discutir em termos da previsibilidade a comportamentos diversos, em variados campos do conhecimento, como saúde, educação, sociologia, prática clínica, demonstrando poder preditivo significativo.

3.2 Instrumento para medir a adesão às condutas pós-exposição ocupacional: *Comply with post-exposure management among health care workers*

Trata-se de um instrumento desenvolvido em Taiwan por Ko et al. (2011), para medir a adesão às condutas pós-exposição ocupacional de 802 enfermeiros, uma vez que esses têm o risco de exposição a material biológico contaminado, devido à alta prevalência de patógenos sanguíneos na população do país. Segundo o Centers for Disease Control (2013) e Shiao et al. (2008), a infecção pelo HBV e pelo HIV são endêmicas no país, que apresenta taxas de 15 a 21% da população geral com o Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HbsAG) presente no sangue e mais de 24 mil infecções pelo HIV. Além desses dados, a prevalência de anticorpos anti-HCV na população em geral é de 4,4% (CHEN et al., 2007).

Shiao et al. (2008) estimaram que, anualmente, são relatados 8.200 acidentes com materiais perfurocortantes em hospitais de Taiwan, sendo que a maior parte desses acidentes ocorrem com os enfermeiros. Esses autores observaram também que esses números poderiam ter sido maiores, pois uma alta taxa de subnotificações desse tipo de acidente ocorre no país.

Diante desse cenário, Ko et al. (2009) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a adesão às diretrizes de gestão pós-exposição entre os profissionais de saúde expostos. Entre os resultados encontrados por esses autores, apenas 33,2% dos profissionais de saúde aderiram plenamente à gestão pós-exposição e apenas 54 a 87% dos sujeitos retornaram para realização de testes de soroconversão após as ocorrências de exposição com material biológico de paciente-fonte soropositivo para algum tipo de vírus sanguíneo. As conclusões do estudo revelaram a necessidade de pesquisas adicionais para a identificação de possíveis variáveis de confusão e destacam que a qualidade, eficácia e eficiência dos programas de gestão pós-exposição requerem atenção. Em outro estudo, realizado em 2011, os referidos autores afirmam que as exposições ocupacionais não notificadas e a não adesão às condutas pós-exposição recomendadas podem ocasionar infecções não identificadas, que poderiam ser evitadas ou reduzidas, caso essas medidas fossem adotadas pelos profissionais de saúde. Apesar da constatação dessa realidade, os fatores associados à intenção dos profissionais de saúde expostos, em aderir às condutas pós-exposição, ainda não foram estudados (KO et al., 2011).

O instrumento elaborado por Ko et al. (2011) foi desenvolvido no idioma chinês⁴, e posteriormente recebeu um título no idioma inglês: *Comply with post-exposure management among health care workers*. Na construção do instrumento os autores seguiram as diretrizes conceituais e metodológicas para o desenvolvimento de um instrumento no referencial da Teoria do Comportamento Planejado, recomendadas por Ajzen (2002).

Trata-se de um instrumento autoaplicável, composto por três partes, sendo que duas partes apresentam questões objetivas e subjetivas, sequenciais, relacionadas aos dados de caracterização pessoal e profissional do sujeito do estudo (Dados básicos) e a caracterização da última exposição ocupacional ocorrida (Exposição ao risco ocupacional a material biológico) e uma terceira parte, onde são apresentadas as dimensões relacionadas aos constructos da TCP, distribuídas em 61 itens com opções de resposta em escala tipo Likert, específicas para cada uma delas.

Ko et al. (2011) apresentam quatro dimensões relacionadas aos constructos da TCP (**Atitude, Normas Subjetivas, Controle Comportamental Percebido e Intenção**), e uma delas se divide em três subescalas.

A dimensão **Atitude** é composta por 12 itens, com cinco opções de respostas (*Discordo totalmente, Discordo, Sem opinião, Concordo, Concordo totalmente*), variando de um a cinco. Refere-se à atitude dos profissionais da área da saúde ao serem expostos a riscos ocupacionais, e é definida por Ko et al. (2011) como o grau de avaliação positiva ou negativa relacionada à adesão às condutas pós-exposição. O escore mínimo possível é 12 e o máximo, 60. Os maiores valores para o escore indicam maior nível de avaliação positiva relacionada à adesão às condutas pós-exposição.

A dimensão **Normas Subjetivas** é composta por 16 itens, com cinco opções de resposta (*Discordo totalmente, Discordo, Sem opinião, Concordo, Concordo totalmente*), variando de um a cinco. Para os autores, essa dimensão indica a percepção dos profissionais sobre a pressão social para aderir às condutas pós-exposição. Os itens levam em consideração as expectativas das pessoas significativas para os profissionais (pais, irmãos,

⁴Título do instrumento, no idioma de origem: 健康照顧專業人員職業性危害針扎後之追蹤. O título em inglês, "*Comply with post-exposure management among health care workers*", foi enviado pela primeira autora do instrumento, após solicitação.

cônjuge ou namorado[a] e supervisor) e a motivação dos mesmos para atender essas expectativas.

Para a realização das análises relacionadas a essa dimensão, os autores do instrumento original apresentaram outras três versões da mesma, ou seja, uma subdivisão da dimensão em itens comuns que retratam a opinião das pessoas significativas para o profissional de saúde (pais, irmãos, cônjuge ou namorado[a] e supervisor) em relação ao registro de AT, à profilaxia após o acidente de trabalho e ao seguimento das condutas pós-exposição ocupacional por material biológico. Os doze itens que foram incluídos nessa subdivisão são: 2.1, 2.2, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 2.9, 2.10, 2.11, 2.13, 2.14 e 2.15.

Dessa forma, a dimensão **Normas Subjetivas** apresenta as seguintes versões:

- versão da dimensão como um todo, da forma como é apresentada no instrumento, ou seja, com todos os 16 itens (**Normas Subjetivas**);
- versão que considera os itens comuns da dimensão, que estão relacionados ao que as pessoas significativas para o sujeito acham sobre o registro de acidentes de trabalho (**Normas de Registro** – itens 2.1, 2.5, 2.9, 2.13);
- versão que considera os itens comuns da dimensão que estão relacionados ao que as pessoas significativas para o sujeito acham sobre o tratamento preventivo após o acidente de trabalho (**Normas de Profilaxia Pós-exposição** – itens 2.2, 2.6, 2.10, 2.14);
- versão que considera os itens comuns da dimensão que estão relacionados ao que as pessoas significativas para o sujeito acham sobre o seguimento das condutas pós-exposição ocupacional com material biológico (**Normas de Seguimento** – itens 2.3, 2.7, 2.11, 2.15).

Os outros quatro itens (2.4, 2.8, 2.12, 2.16), que não foram incluídos nessa subdivisão, dizem respeito a um comportamento do sujeito participante da pesquisa, indicando se ele segue ou não as opiniões das pessoas significativas, da seguinte forma: item 2.4 (*Eu costumo seguir as opiniões dos meus pais*), item 2.8 (*Eu costumo seguir as opiniões dos meus irmãos*), item 2.12 (*Eu costumo seguir as opiniões do meu cônjuge/namorado[a]*) e item 2.16 (*Eu costumo seguir as opiniões do meu supervisor*). Esses quatro itens foram agrupados e considerados pelos autores como responsáveis pela “motivação para cumprir” as condutas pós-exposição. Eles não participam diretamente da subdivisão apresentada, mas integram as análises da dimensão **Normas Subjetivas**, tanto nos cálculos dos valores de

média, mediana, desvio-padrão, intervalos máximos e mínimos encontrados como nas análises relacionadas à Análise Fatorial Confirmatória (AFC), segundo o Modelo de Equações Estruturais (SEM) apresentados no estudo de validação do instrumento original (KO et al., 2011).

Sendo assim, os escores relacionados a cada subdivisão são calculados multiplicando cada uma das respostas aos 12 itens, pela resposta ao item correspondente do agrupamento “motivação para cumprir”, sendo representados, como indicado a seguir.

- Escore de **Normas de Registro** (itens 2.1, 2.5, 2.9, 2.13): obtido pela multiplicação das respostas a cada item pela opção de resposta ao seu correspondente do agrupamento “motivação para cumprir”: $(2.1 \times 2.4) + (2.5 \times 2.8) + (2.9 \times 2.12) + (2.13 \times 2.16)$.
- Escore de **Normas de Profilaxia Pós-exposição** (itens 2.2, 2.6, 2.10, 2.14): obtido pela multiplicação das respostas a cada item pela opção de resposta ao seu correspondente do agrupamento “motivação para cumprir”: $(2.2 \times 2.4) + (2.6 \times 2.8) + (2.10 \times 2.12) + (2.14 \times 2.16)$.
- Escore de **Normas de Seguimento** (itens 2.3, 2.7, 2.11, 2.15): obtido pela multiplicação das respostas a cada item pela opção de resposta ao seu correspondente do agrupamento “motivação para cumprir”: $(2.3 \times 2.4) + (2.7 \times 2.8) + (2.11 \times 2.12) + (2.15 \times 2.16)$.

A somatória desses escores fornece o escore total da dimensão **Normas Subjetivas**, que apresenta o valor mínimo possível de 12 e o máximo de 300. Os maiores valores para o escore indicam maior percepção dos profissionais de enfermagem sobre a pressão social para que eles cumpram as condutas pós-exposição.

A terceira dimensão, **Controle Comportamental Percebido**, é definida pelos autores do instrumento como sendo a percepção dos profissionais relacionada à dificuldade ou à facilidade com que as condutas pós-exposição podem ser realizadas. Essa dimensão é medida por meio de três subescalas: **Conhecimento**, **Autoeficácia** e **Recursos**.

A subescala **Conhecimento** possui 13 itens, com três opções de respostas (*Sim*, *Não*, *Não sei*), sendo que os autores atribuíram, para a análise dos dados, o valor um (1) para a opção de resposta *Sim* e o valor zero (0) para as opções de respostas *Não* e *Não sei*, o que faz com que o formato das respostas dessa subescala seja dicotômico. Dessa forma, o escore

mínimo possível, encontrado pelos autores do instrumento original foi zero e o máximo 13, sendo que quanto maior o valor do escore maior o conhecimento do profissional sobre as condutas pós-exposição. A subescala **Autoeficácia** possui sete itens, com cinco opções de respostas (*Estou muito inseguro, Estou inseguro, Sem opinião, Estou seguro, Estou muito seguro*), variando de um a cinco. O escore mínimo possível é sete e o máximo, 35. Maiores escores indicam maior percepção da autoeficácia. Quanto à subescala **Recursos**, ela é composta por seis itens, com cinco opções de resposta (*Muito insatisfeito, Insatisfeito, Sem opinião, Satisfeito, Muito satisfeito*), variando de um a cinco. No caso específico dessa subescala, os autores encontraram, durante o processo de validação do instrumento original, alguns problemas com um item (5.3), que se referia a uma situação que, para a amostra do estudo realizado em Taiwan, mostrou-se improcedente (*Quanto ao número de dias de folgas adicionais oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição acidental*). Esse item foi ignorado, para alguns participantes, nas análises da validação do instrumento original. Dessa forma, o valor mínimo possível pode variar entre cinco e 30. Os maiores valores para o escore indicam maior satisfação com os recursos institucionais relacionados às exposições ocupacionais com material biológico.

Logo após a subescala **Recursos**, uma questão foi inserida pelos autores do instrumento original, solicitando ao participante que marcasse, entre as opções de resposta oferecidas, quais as condutas que a sua unidade de trabalho ou hospital adotavam para prevenção à exposição de acidentes de trabalho com exposição a material biológico. Essa questão não entra no cálculo dos escores.

A dimensão **Intenção** possui sete itens, com cinco opções de resposta (*Não tenho nenhuma intenção, Não tenho intenção, Sem opinião, Tenho intenção, Tenho muita intenção*). Segundo os autores, refere-se à intenção do profissional de cumprir as condutas pós-exposição ocupacional, definida como a intenção de informar futuras lesões, participar do aconselhamento, receber vacinação e profilaxia pós-exposição e retornar para os testes de acompanhamento finais de sorologia. As opções de resposta variam de um a cinco, sendo que o escore mínimo possível é sete e o máximo, 35. Os maiores escores indicam maior intenção em cumprir as condutas pós-exposição recomendadas, em futuros acidentes ocupacionais.

Esse instrumento foi utilizado por seus autores, Ko et al. (2011), em estudo descritivo e de delineamento transversal, que teve como amostra 802 enfermeiros hospitalares de

Taiwan, expostos a sangue e fluido corporal no ambiente de trabalho, durante o período de 2003 a 2005. Nesse estudo, os autores objetivaram descrever as circunstâncias da exposição ocupacional e o cumprimento das recomendações pós-exposição e, também, aplicar a Teoria do Comportamento Planejado para prever a intenção dos profissionais de saúde em cumprir as condutas relacionadas à pós-exposição ocupacional a sangue e a fluidos corporais. Além disso, algumas propriedades psicométricas do instrumento foram verificadas.

A fidedignidade da versão original desse instrumento foi verificada por meio da medida de consistência interna dos itens, obtida pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, com os seguintes valores para cada dimensão: **Atitude** (0,60), **Normas Subjetivas** (0,95), dimensão **Controle Comportamental Percebido** - subescala **Conhecimento** (0,62); subescala **Autoeficácia** (0,93); subescala **Recursos** (0,86), e a dimensão **Intenção** (0,95). Para o cálculo desse coeficiente, para a dimensão **Normas Subjetivas**, foram incluídos todos os 16 itens.

Foram determinadas as correlações entre as dimensões, por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Com exceção do **Conhecimento**, todas as outras dimensões (**Atitude**, **Normas Subjetivas**, **Autoeficácia** e os **Recursos**) foram significativa e positivamente correlacionadas às **Intenções** dos enfermeiros em adotar as condutas pós-exposição.

O Modelo de Equações Estruturais foi utilizado para testar o modelo da TCP, permitindo o teste simultâneo de relações entre as variáveis latentes, reunindo a AFC e regressão múltipla. O modelo TCP foi testado usando a **Intenção** do enfermeiro como a variável dependente, e **Atitude**, **Normas Subjetivas** e **Controle Comportamental Percebido** como as variáveis independentes. Os resultados indicaram que a **Intenção** dos enfermeiros foi primariamente influenciada, direta e significativamente por suas percepções sobre a sua capacidade (facilidades ou dificuldades) de realizar o acompanhamento pós-exposição (**Controle Comportamental Percebido**), secundariamente por sua percepção da pressão social para cumprir as condutas pós-exposição (**Normas Subjetivas**), seguido por suas **Atitudes** em relação à gestão pós-exposição. A **Autoeficácia** e os **Recursos** tiveram contribuições adicionais para o **Controle Comportamental Percebido** dos enfermeiros. As dimensões do modelo da TCP foram responsáveis por 54% da variação da **Intenção** dos enfermeiros em cumprir a gestão de pós-exposição.

Segundo Ko et al. (2011), “as tentativas anteriores de explicar os comportamentos de prevenção dos enfermeiros após a exposição a patógenos transmitidos pelo sangue têm sido

impedidas pela falta de uma perspectiva teórica” (p.324). Esses autores consideram que as abordagens teóricas para o entendimento do comportamento dos enfermeiros ainda são poucas, mas que alguns estudos têm avaliado a aplicação do modelo da TCP para prever outros comportamentos dos enfermeiros. Dessa forma, o estudo por eles desenvolvido teve como importante resultado a possibilidade de apoiar a aplicabilidade do modelo da Teoria do Comportamento Planejado, pois foi utilizado em uma amostra ainda não estudada, ou seja, enfermeiros que foram expostos acidentalmente a material biológico no ambiente de trabalho.

Entre as limitações do estudo, Ko et al. (2011) reconhecem que o instrumento utilizado tinha sido desenvolvido recentemente e que duas dimensões (**Atitude e Conhecimento**), conforme descrito, tiveram fidedignidade marginal, podendo ter gerado algum impacto sobre os resultados. Porém, o modelo da Teoria do Comportamento Planejado foi testado usando o Modelo de Equação Estrutural, apresentando um ajuste satisfatório aos dados, indicando uma margem mínima de erro do instrumento. Outra limitação é que o estudo não mediu o resultado da adoção efetiva às condutas pós-exposição, sendo que o principal resultado no modelo é a medida da intenção de cumprir. Portanto, o modelo só pode ser utilizado para predizer a intenção de cumprir as condutas e não para medir se essas condutas foram efetivamente cumpridas.

3.3 O processo de adaptação cultural de instrumentos

O desenvolvimento de métodos que possibilitem a mensuração de variáveis de uma área específica de interesse como, por exemplo, as variáveis psicossociais, atribui uma dimensão quantitativa às informações relacionadas a essas variáveis, permitindo abordagem mais objetiva e precisa, além de possibilitar a obtenção de uma estimativa da importância de um ou mais fenômenos na vida de uma pessoa (PADILHA; GALLANI; COLOMBO, 2004).

Para o desenvolvimento de instrumentos de mensuração de variáveis psicossociais, três tipos de abordagens podem ser utilizadas. Na abordagem sequencial, um instrumento é desenvolvido em um país e é adaptado culturalmente para outros idiomas. Outro tipo é a abordagem em paralelo, onde as dimensões comuns são identificadas, em seguida são identificados os instrumentos estabelecidos para essas dimensões, desenvolvendo-se então

um instrumento central e, a partir dele, foram criados módulos específicos. Por último, na abordagem simultânea, vários países se envolvem na identificação dos domínios, dimensões e formulação dos itens de um instrumento (SCHMIDT; BULLINGER, 2003).

Como exemplo da abordagem sequencial, na área da saúde, a pesquisa de adaptação cultural tem sido utilizada em estudos de crenças relacionadas à saúde, atitudes, comportamentos, administração e economia na saúde, mas ganhou reconhecimento nessa área, principalmente com o crescente número de pesquisas de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (SPERBER, 2004).

Para Alexandre e Guirardello (2002), existem escalas importantes sendo utilizados na área de saúde do trabalhador, em estudos sobre avaliação do estado da saúde, capacidade funcional, localização e intensidade da dor, qualidade de vida e aspectos psicossociais relacionados a vários tipos de doenças. Esses instrumentos permitem avaliar as intervenções e sua eficácia, os serviços de saúde e programas de saúde pública, porém, a maioria deles foi elaborada e validada no idioma inglês.

Segundo Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), é comum a utilização de medidas de construtos subjetivos em países que não utilizam o idioma inglês, e em populações de imigrantes. Para atender essa necessidade, os pesquisadores podem escolher entre duas opções: desenvolver uma nova medida para o seu contexto cultural ou utilizar uma medida já desenvolvida, mas, em outro idioma, o que torna necessário a implementação do processo de adaptação cultural, para que possam ser utilizados.

A opção de gerar uma nova medida implica em um processo demorado, onde grande parte do esforço dos pesquisadores é direcionada à conceituação da medida e à seleção e redução dos itens. Além desse fato, esse processo também é dispendioso e provavelmente, os resultados relacionados às validades externas seriam desconhecidos, visto que não seriam comparados internacionalmente (GUILLEMIN, 1995). Por outro lado, a opção de se utilizar uma medida já desenvolvida requer abordagem sistemática para a tradução e para o processo de adaptação cultural, pois a realização de apenas uma simples tradução, para que o instrumento seja utilizado em outro contexto cultural, compromete o sucesso da adaptação desejada (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Para Duarte e Bordin (2000), quando os contextos culturais são diferentes, é aconselhável a utilização de versões de instrumentos já testados, percorrendo o processo de adaptação, ao invés de desenvolver um novo em cada país que realiza o mesmo tipo de

estudo. Corroborando essa opinião, relacionada também aos estudos que referem a adaptação cultural de instrumentos de qualidade de vida e estado de saúde, Casas-Anguita, Repullo-Labrador e Pereira-Candel (2001) referem que a adaptação cultural é mais desejável do que a sua elaboração, pois permite elementos de referência quando estudos que envolvem vários países são realizados. Além disso, o desenvolvimento de instrumentos novos é muito complexo e a adaptação cultural permite a manutenção da fidedignidade e validade semelhantes ao instrumento de origem.

Entre as vantagens encontradas na adaptação cultural de instrumentos pré-existentes para um novo contexto cultural, a mais citada refere-se à possibilidade de permitir a realização de comparações dos resultados nas diferentes culturas em que tais instrumentos são aplicados (ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2002; BASTOS; SEVERO; LOPES, 2007; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; CUMMINGS; HULLEY, 2008; GIUSTI; BEFI-LOPES, 2008). Além disso, a economia de tempo, recursos pessoais e financeiros também são consideradas como vantagens para a adaptação cultural (CUMMINGS; HULLEY, 2008; FERRER et al., 1996). Para Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), além desse processo ser menos oneroso e permitir comparações entre vários grupos culturais, ele fornece uma medida comum para estudos dentro de diversos contextos culturais, oferece uma medida-padrão para estudos internacionais, permite a inclusão de imigrantes como participantes de investigações, evitando possível viés, proveniente de instrumento onde há o predomínio apenas da cultura dominante do país. Porém, esses autores acrescentam que esse processo também requer atenção cuidadosa, envolve muitas pessoas e é demorado.

Alguns estudos destacam que a adaptação cultural pode gerar riscos e dificuldades, gerados pelo pouco rigor implementado durante as etapas do processo, que podem comprometer a qualidade do processo. Esses riscos podem ocorrer desde a tradução (inadequação cultural, tradução informal, alteração no número e conteúdo dos itens) até a etapa de realização de testes (BASTOS; SEVERO; LOPES, 2007; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Independentemente de qual o caminho escolhido para a obtenção de um instrumento a ser utilizado em um determinado estudo, é necessário que a medida satisfaça todos os critérios metodológicos exigidos, ou seja, deve ser válida e medir o que se propõe medir (CHWALOW, 1995).

O processo de adaptação cultural tem como objetivo a produção de instrumentos adaptados, equivalentes em diferentes culturas (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). O termo “adaptação cultural” envolve tanto a tradução direcionada a dois idiomas como a adaptação entre duas culturas, durante a realização de estudos que pretendem disponibilizar instrumentos para serem utilizados em cenários diferentes (BEATON et al., 2000).

Segundo Reichenheim e Moraes (2007), a adaptação de instrumentos de medida não está restrita apenas às diferenças culturais entre países ou idiomas distintos, mas pode ser necessária a realização de ajustes locais ou regionais em instrumentos desenvolvidos em países com raízes culturais muito diferentes, caracterizadas pelo uso de termos coloquiais típicos de uma região, mas incompreendidos em outras regiões do mesmo país. Pode ocorrer também a necessidade de adaptações temporais, quando mudanças linguísticas ocorrem em uma mesma população ao longo dos anos.

A adaptação cultural de um instrumento envolve duas etapas distintas: a tradução do instrumento para outro idioma e sua adaptação propriamente dita e a avaliação da qualidade da medida (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Na primeira etapa, ocorre a tradução de um idioma para outro e a adaptação em relação ao idioma e ao contexto cultural, com ajustes de palavras culturais, expressões idiomáticas e estilo de vida. Em um segundo momento, a qualidade da nova medida adaptada é avaliada no que se refere aos elementos de sensibilidade, ou seja, a sua compreensibilidade, sua validade de face e de conteúdo, sua replicabilidade e sua adequação (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995).

A tradução literal de um instrumento não é suficiente, sendo que a maior preocupação do pesquisador é adaptar o instrumento, mantendo o significado e os propósitos dos itens originais, de forma culturalmente relevante e compreensível (SPERBER, 2004). É importante garantir que o processo de adaptação leve em consideração as diferenças linguísticas e culturais entre a população de origem e a população para o qual o instrumento se destina (INTERNATIONAL TEST COMMISSION, 2010). Além da preocupação com os aspectos linguísticos, o processo de adaptação envolve os aspectos técnicos e conceituais que permeiam o estado de saúde que está sendo medido (FERRER et al., 1996).

Em relação à terminologia utilizada nas metodologias propostas para o processo de adaptação cultural de instrumentos, não existe conformidade entre os autores para

descrever o processo de “traduzir” ou “adaptar culturalmente”. Assim como outras áreas do conhecimento, Acquadro et al. (2008) referem que também na temática de QVRS, a tradução de instrumentos ainda é considerada uma ciência ainda em desenvolvimento e, por esse motivo, as questões relativas às terminologias utilizadas nessa ciência ainda não estão amadurecidas e precisam de definições claras e precisas, por parte dos seus pesquisadores (ACQUADRO et al., 2008).

Nesse sentido, Herdman, Fox-Rushby e Badia (1997) destacaram a necessidade de uma terminologia padronizada no campo da tradução e adaptação de instrumentos de medida, pois encontraram, em seu estudo de revisão, 19 tipos diferentes de equivalências, com definições variando em relação ao grau de precisão, o que indica uma falta de clareza e confusão nas discussões relacionadas às definições de equivalências nos estudos de QVRS.

Bowden e Fox-Rushby (2003) descrevem a necessidade de mudanças na prática de pesquisas e nas diretrizes relacionadas à adaptação de instrumento para vários contextos, objetivando a realização de avaliações eficazes das equivalências de medida na área de QVRS.

Segundo Beaton et al. (2000), alcançar uma equivalência entre a fonte original e as novas versões dos instrumentos, é preciso utilizar um método único no processo de adaptação cultural de instrumentos de estado de saúde realizado em outros países, culturas e línguas.

Alguns estudos de revisão têm sido realizados com a intenção de analisar os diversos métodos que são propostos para a realização do processo de adaptação cultural de instrumentos (ACQUADRO et al., 2008; BOWDEN; FOX-RUSHBY, 2003; CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; MANEESRIWONGUL; DIXON, 2004; SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). Porém, ainda não há consenso entre os pesquisadores sobre como adaptar um instrumento para ser utilizado em outro contexto cultural (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; MANEESRIWONGUL; DIXON, 2004; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Na revisão da literatura realizada por Acquadro et al. (2008), foram encontradas 17 diretrizes relacionadas aos métodos para adaptações de instrumentos para outros contextos. Esses autores, apesar de não encontrarem evidências em favor de um determinado método, concluíram que a disponibilidade de diretrizes e procedimentos de

revisões padronizadas favorece a melhoria da qualidade das traduções e a eficiência com que essas traduções são produzidas.

As diretrizes propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) foram as primeiras a recomendar uma extensiva revisão de adaptação cultural, propondo também que ela seria necessária para todas as medidas de estado de saúde (ACQUADRO et al., 2008).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) realizaram uma revisão de literatura do período de 1966 a 1992, analisando estudos que abordavam a metodologia de adaptação cultural e propuseram, inicialmente, cinco etapas para a realização desse processo. Posteriormente, essas diretrizes foram atualizadas pelos estudos de Beaton et al. (2000) e foram descritas seis etapas: tradução inicial do instrumento original; síntese das traduções; retrotradução (*back translation*); comitê de revisão; pré-teste; submissão de todo o processo a um comitê constituído pelos autores ou pelos responsáveis pelo instrumento.

Outros autores propõem que o processo de adaptação cultural para outros contextos requer dois tipos de abordagens: uma fase qualitativa rigorosa, antes do início de uma fase quantitativa. O objetivo é o alcance de uma escala equivalente no lugar de uma tradução literal. A fase qualitativa envolve: a) a tradução para o idioma desejado; b) três retrotraduções (*back translation*); c) a comparação das retrotraduções com a versão original, buscando um consenso para cada item; d) teste da versão obtida na etapa anterior, em uma amostra da população-alvo, que participa também de discussões para determinação de sua percepção sobre os itens (validade de face); e) uma nova versão é produzida e novamente testada; f) repetem-se os passos “d” e “e” até que se alcance um consenso, com confirmação da validade de face e de construto. A fase quantitativa envolve a realização de testes da nova versão, após a sua aplicação em uma amostra de 250 pacientes da população-alvo (que apresentem a patologia estudada) e em amostra de 50 voluntários (que não apresentem a patologia estudada). Com os resultados obtidos, são realizados os testes estatísticos de análise fatorial e fidedignidade pela estatística alfa de Cronbach e, depois, realiza-se a comparação dos resultados obtidos pela versão adaptada com aqueles da escala original, verificando, assim, a equivalência entre as medidas (CHWALOW, 1995).

Ferrer et al. (1996) descrevem, em seu estudo, as diretrizes utilizadas por um grupo de estudiosos europeus (*The European Group for Health Measurement and Quality of Life Assessment*). Nessas diretrizes são propostas as seguintes etapas para um processo de adaptação cultural: a tradução; a avaliação das traduções por um comitê de especialistas;

retrotradução (*back translation*) e comparação com a versão original; o painel de pacientes, onde os pacientes são estimulados, após responderem ao instrumento, a expressar dificuldades sentidas em relação à compreensão dos itens; a versão obtida na etapa anterior é aplicada em um grupo piloto e a produção da versão final.

Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) propõem um modelo de avaliação do processo de adaptação cultural, fundamentado na apreciação das equivalências entre o instrumento original e a versão adaptada. Os autores descrevem seis tipos de equivalências, e para cada uma delas eles fornecem uma definição, propõem as estratégias para o alcance de cada equivalência, ilustram a relação entre elas e descrevem a ordem em que elas devem ser testadas. Em síntese, as seis equivalências e as estratégias de avaliação da versão adaptada são as seguintes: equivalência conceitual (revisão bibliográfica das publicações sobre a cultura dos dois instrumentos; discussão com especialistas e com a população-alvo); equivalência de itens (discussão com especialistas e com a população-alvo); equivalência semântica (traduções; retrotraduções; avaliação dessa equivalência entre as retrotraduções e a versão original; discussão com a população-alvo e com especialista para ajustes finais e pré-teste da versão); equivalência operacional (avaliação pelo grupo de pesquisa quanto à pertinência e adequação do veículo e formato das questões e instruções, do local e modo de administração e modo de categorização); equivalência de mensuração (avaliação da dimensionalidade, fidedignidade e validade de construto e de critério); equivalência funcional (avaliação do grau em que os outros tipos de equivalência foram alcançados nas demais etapas de avaliação). O modelo proposto objetiva esclarecer as divergências encontradas em torno das definições de equivalências na literatura relacionada à QVRS (ACQUADRO et al., 2008; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997, 1998).

As diretrizes relacionadas ao desenvolvimento e avaliação de medidas de qualidade de vida e estado de saúde também foram propostas pelo projeto europeu KIDSCREEN (*Screening for and promotion of health-related quality of life in children and adolescents*) – *a European public health perspective (KIDSCREEN)* e DISABKIDS GROUP (*Disabilities Kids*). Esses dois grupos desenvolveram instrumentos utilizando a mesma metodologia, sendo que o Grupo KIDSCREEN desenvolveu instrumentos genéricos para crianças da população em geral, incluindo crianças com algum tipo de doença. O Projeto DISABKIDS® estuda a qualidade de vida de crianças com condições crônicas de saúde e tem desenvolvido um conjunto de instrumentos de QVRS, em uma perspectiva transcultural, entre sete países

européus (DEON et al., 2011b; MEDINA-CASTRO, 2007; SANTOS, 2009). As etapas preconizadas pelo Projeto DISABKIDS[®] envolvem duas traduções para o idioma-alvo; revisão das traduções e obtenção de uma versão consensual; uma retrotradução para o idioma original; comparação entre as duas versões; obtenção da versão traduzida final; validação semântica para avaliação da compreensibilidade dos itens e possíveis sugestões de alterações; estudo-piloto objetivando a coleta de dados para os primeiros testes psicométricos; estudo de campo (DEON et al., 2011a; DEON et al., 2011b; DISABKIDS GROUP, 2004; FEGADOLLI et al., 2010; MEDINA-CASTRO, 2007; SANTOS, 2009).

Outros autores também propõem diretrizes padronizadas para o desenvolvimento de metodologias de adaptação cultural, objetivando a obtenção de medidas equivalentes entre contextos diferentes. Além dos autores já citados, podem ser citadas, também, as diretrizes apresentadas pelo *Scientific Advisory Commitee of the medical outcomes Trust*, que é uma organização pública dos Estados Unidos da América, criada em 1994 com o objetivo de conseguir a adoção universal de resultados de medida de saúde. Para isso, recomenda que o processo de adaptação cultural seja desenvolvido em duas partes, a avaliação da equivalência conceitual e linguística e a avaliação das propriedades psicométricas (AARONSON et al., 2002; LOHR et al., 1996).

Outros exemplos são as propostas sugeridas por Ronald Hambleton e incorporadas aos estudos do *International Test Commission* (ITC) e que são direcionadas para a tradução/adaptação de instrumentos já existentes e para o desenvolvimento de novos instrumentos para uso internacional. São 22 diretrizes organizadas em quatro seções: Contexto, Desenvolvimento de testes e adaptação, Administração e Documentação/Interpretação dos escores (ITC, 2010).

Citamos também as recomendações de Sousa e Rojjanasrirat (2011), que incluem sete etapas, elaboradas após uma revisão de artigos relacionada à adaptação cultural de instrumentos, objetivando a apresentação de uma orientação clara e de fácil utilização.

Apesar das várias propostas de adaptação cultural existentes, para a realização do presente estudo foram adotadas as propostas utilizadas na área de QVRS. Primeiro porque a revisão realizada neste estudo não identificou uma proposta que enfocasse mais especificamente a TCP, com ênfase nas condutas pós-exposição a material biológico, e também porque consideramos, assim como Dantas (2007), que as propostas adotadas são apropriadas para os contrutos estudados.

Entre as recomendações propostas para os estudos realizados na área de QVRS, as diretrizes elaboradas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e atualizadas por Beaton et al. (2000) foram escolhidas como a base para o processo de adaptação cultural do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* (KO et al., 2011), realizado na presente investigação. Por esse motivo, essas diretrizes serão descritas mais detalhadamente.

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) propuseram, inicialmente, cinco etapas para a realização dos processos de adaptação cultural de instrumentos de qualidade de vida e estado de saúde, a seguir.

1 - Tradução: consiste na tradução inicial do instrumento original (língua fonte) para a língua da população-alvo. Essa etapa deve ser realizada por, no mínimo, dois tradutores independentes e nativos do idioma-alvo, o que permite a detecção de erros e interpretações divergentes em relação aos itens do instrumento original. Esses tradutores devem conhecer os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos.

2 - Retrotradução (*back translation*): essa etapa consiste em uma nova tradução de cada versão do instrumento, obtida na etapa anterior, para o idioma original, com o objetivo de verificar se a versão traduzida reflete o mesmo conteúdo da versão original e detectar possíveis erros nas traduções, que devem ser corrigidos. Deve ser realizada também por dois tradutores independentes, por pessoas nativas do idioma original, que não devem estar cientes dos objetivos e conceitos envolvidos no estudo. A realização dessa etapa contribui para a qualidade da versão final.

3 - Comitê de revisão: para a realização dessa etapa um Comitê de Especialistas é constituído, com a participação de indivíduos bilíngues, que sejam especialistas na intenção da medida e nos conceitos explorados pelo instrumento, e que representem o grupo em estudo. O papel do comitê é produzir uma versão final da medida modificada com base na revisão e avaliação das traduções e retrotraduções produzidas nas etapas anteriores, incluindo todo o seu conteúdo, ou seja, introdução, instruções, itens e opções de resposta do instrumento. Se necessário, o comitê pode modificar ou eliminar itens irrelevantes ou inadequados, gerando substitutos mais adaptados ao novo contexto cultural e mantendo as equivalências existentes entre a versão adaptada e o instrumento original, entre elas:

- equivalência semântica - consiste na equivalência do significado das palavras, do vocabulário e expressão gramatical de cada item, entre os dois idiomas diferentes;

- equivalência idiomática - avalia expressões coloquiais ou expressões próprias do idioma de origem, que comumente são de difícil tradução, sendo provavelmente necessária a substituição de itens;
- equivalência experiencial (empírica) - consiste na verificação das situações descritas na versão original, avaliando se as mesmas estão contextualizadas para a cultura à qual se destina;
- equivalência conceitual - tem relação com a validade do conceito explorado e com os eventos vivenciados pelos indivíduos da cultura-alvo. Considera-se que os itens podem ser equivalentes em seu significado, mas, em relação ao seu conceito, que pode ser diferente entre as culturas.

4 - Pré-teste: o objetivo principal dessa etapa é a verificação da equivalência entre a versão original e a versão adaptada, obtida por meio da aplicação das duas versões a um grupo de pessoas leigas, que dominem os dois idiomas envolvidos, de modo a verificar se há erros e desvios na tradução dos itens. Pode também ocorrer a aplicação da versão adaptada do instrumento em uma amostra da população-alvo, para garantir sua compreensão e clareza (técnica de sondagem). Ambas permitem a verificação da validade de face, ou seja, a aceitação dos itens, sem rejeição aos mesmos itens pelos participantes.

5 - Ponderação dos escores: deve-se levar em consideração a adaptação dos pesos entre as versões do instrumento, pois os escores da versão original nem sempre são aplicáveis na versão adaptada. Uma estratégia para essa situação é a avaliação da ponderação dos escores, que pode ser realizada por especialistas (profissionais de saúde, pessoas leigas ou pacientes) ou por abordagem matemática.

Essas etapas foram aprimoradas por outros estudos, como o de Ferrer et al. (1996), que propuseram que a primeira versão do instrumento fosse submetida ao comitê de especialistas antes da realização da retrotradução, possibilitando precocemente a detecção de erros ou problemas de compreensão e, segundo Dantas (2007), essa alteração possibilita o alcance dos objetivos da etapa de retrotradução, que busca detectar possíveis erros nas traduções.

No ano 2000, as diretrizes iniciais, propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), foram atualizadas por esses autores, com base em revisões realizadas de estudos oriundos das áreas da sociologia, psicologia e medicina. O objetivo foi maximizar a obtenção das equivalências entre as medidas de origem e medidas adaptadas a outros contextos.

Nessa nova proposta, foram realizadas alterações nas etapas propostas anteriormente, acrescentando uma etapa de “síntese das traduções” e o acréscimo de outra etapa, incluída logo após a realização do pré-teste, que implica na participação dos autores no final do processo. A etapa relacionada à ponderação dos escores, não foi mais mencionada nessa atualização da proposta (BEATON et al., 2000).

Dessa forma, as etapas descritas pelos referidos autores passam a ter a seguinte configuração: as traduções; a síntese das traduções (acrescentada), que consiste na obtenção de uma versão consensual, originada da síntese dos resultados das duas traduções anteriores e que tem por objetivo a resolução de discrepâncias entre as traduções já realizadas; retrotraduções (*back translation*); comitê de revisão; pré-teste; submissão de todo o processo a um comitê constituído pelos autores ou pelos responsáveis pelo instrumento (acrescentada), que consiste na apresentação da documentação relacionada ao processo de adaptação para os autores do instrumento ou comissão responsável pelo controle de versões traduzidas (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

As diretrizes propostas por Beaton et al. (2000) são apoiadas pela *American Academy of Orthopaedic Surgeons* e pelo *Institute for Work & Health* e são citadas como as recomendações oficiais para as adaptações culturais do instrumento *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH). Esse instrumento foi elaborado para medir a função física e os sintomas de pessoas com distúrbios musculoesqueléticos do membro superior e já foi adaptado para 27 idiomas e 15 processos de adaptação cultural estão em fase de desenvolvimento (DASH, 2013).

Alguns pesquisadores brasileiros utilizaram essas diretrizes, mas optaram pela mudança na ordem das etapas, sugerida por Ferrer et al. (1996), e incluíram, ainda, a análise semântica dos itens, como uma etapa a ser realizada com um grupo representante da população-alvo, antes da etapa do pré-teste (DANTAS; SILVA; CIOL, 2013; ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2006; FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009; FERREIRA et al., 2008; PELEGRINO et al., 2011; PRUDÊNCIO, 2012; XAVIER et al., 2011).

A análise semântica objetiva a identificação da compreensibilidade dos itens do instrumento adaptado e das possíveis sugestões de modificação dos itens pelos participantes da população à qual se destina. Nesse momento, é importante verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (menor nível de habilidade) da população-alvo

e, utilizando estratos mais altos (de maior habilidade) dessa população, verifica-se, também, se ocorre algum tipo de deselegância na formulação dos itens. As dificuldades na compreensão dos itens não podem significar um fator complicador para a resposta dos participantes. A participação de representantes dos dois estratos da população-alvo permite a adequação dos itens, de forma que eles não se apresentem demasiadamente primitivos, mas que demonstrem seriedade para os sujeitos (PASQUALI, 1998).

Segundo Pasquali (1998), para a avaliação da compreensão dos itens é recomendada a utilização de pequenos grupos, de até quatro sujeitos, para os quais se apresentam os itens, um a um, e, em seguida, solicita-se ao participante que reproduza aquele item, de acordo com o seu entendimento. A qualidade da reprodução dos itens pelo sujeito fornece o indicativo da sua compreensibilidade. As sugestões oriundas desse momento devem ajudar na reformulação dos itens problemáticos.

Concordamos aqui, com Dantas (2007), quando afirma que a etapa da análise semântica descrita por Pasquali (1998) corresponde ao quarto item (letra d) da fase qualitativa apresentada por Chwalow (1995), visto que ambas objetivam a verificação da compreensão de todos os itens por representantes da população-alvo do instrumento adaptado.

Nessa linha de raciocínio, identificamos o mesmo tipo de semelhança entre a análise semântica e uma das etapas da metodologia apresentada por Ferrer et al. (1996), denominada “Painel de Pacientes”, que identifica as dificuldades dos participantes em relação à compreensão dos itens. Essa etapa é utilizada com o objetivo de garantir que o instrumento reflita as preocupações e a linguagem habitual dos pacientes e não apenas aquelas referentes aos profissionais envolvidos no processo de adaptação.

Em outra proposta de metodologia, os autores referem-se a uma etapa denominada “validação semântica”, integrante do processo utilizado no desenvolvimento dos instrumentos integrantes do Projeto DISABKIDS®, que permite a reavaliação de itens, na perspectiva dos sujeitos entrevistados, em relação à sua compreensibilidade, clareza e aceitação. O objetivo é saber como os sujeitos participantes entenderam cada item do instrumento e se eles têm sugestões de modificações a apresentar. Essa etapa pode ser realizada individualmente ou em grupo, e deve utilizar instrumentos específicos para coletar as informações, permitindo a obtenção de resultados padronizados (SCHMIDT; BULLINGER, 2003).

Essa etapa, incluída em alguns estudos brasileiros, conforme descrito, foi aprimorada com a utilização de formulários específicos, elaborados e disponibilizados pelo Projeto DISABKIDS® (DISABKIDS GROUP, 2002) e traduzidos e validados culturalmente para o Brasil por pesquisadores brasileiros (FEGADOLLI, 2008).

Entre esses formulários específicos para a realização da etapa de análise semântica, encontram-se o Formulário de Impressão Geral e o Formulário Específico. As recomendações para a utilização desses formulários sugerem que, quando um instrumento possuir um grande número de itens, será necessário dividir a amostra e os itens em grupos, para que a utilização do Formulário Específico garanta a fidedignidade das respostas e para evitar o desgaste e o cansaço com uma avaliação detalhada de todos os itens componentes de um instrumento (DISABKIDS GROUP, 2002).

Após o desenvolvimento do processo metodológico de adaptação cultural, considera-se que o instrumento escolhido está adaptado culturalmente para o idioma de interesse, e necessita ser submetido à avaliação de suas propriedades psicométricas.

3.4 Avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento para outra cultura

Quando um processo de adaptação cultural de um instrumento para outra cultura é realizado, os pesquisadores assumem que esse processo irá manter as propriedades psicométricas originais de um instrumento. No entanto, essa hipótese pode não ser verdadeira, diante da existência de diferenças culturais entre as populações envolvidas. Por esse motivo, após a realização dos procedimentos de adaptação cultural, testar as propriedades psicométricas do instrumento adaptado é de fundamental importância (BEATON et al., 2000; MAHER; LATIMER; COSTA, 2007).

A avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos a serem utilizados em outra cultura é uma fase importante, pois é necessário verificar a precisão da medida após a sua adaptação (GUILLEMIN, 1995).

A versão final de um instrumento adaptado deve manter as características de cada item, as correlações dos itens com a escala, a consistência interna desses itens e as características da fidedignidade e da validade, assegurando que a versão adaptada demonstre

as propriedades psicométricas necessárias para a aplicação pretendida (BEATON et al., 2000).

Um instrumento de medida pode apresentar fidedignidade e não ter validade, mas se ele apresenta validade, também apresentará fidedignidade. Sendo assim, para que os conceitos envolvidos no instrumento sejam verdadeiros, ele precisa ser válido e fidedigno (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006). Esses dois requisitos são essenciais para que um instrumento de coleta de dados possa ser considerado como gerador de boas medidas (MARTINS, 2006).

A validade é um dos atributos mais importantes para a análise e avaliação de instrumentos e é definida como o grau em que um instrumento mensura aquilo que se pretende medir, ou seja, o construto para o qual foi desenvolvido (AARONSON et al., 2002; CHWALOW, 1995; FAYERS; MACHIN, 2007; GUILLEMIN, 1995; LOHR et al., 1996). Segundo Keszei, Novak e Streiner (2010), no processo de validação são considerados alguns aspectos, tais como o significado e a interpretação dos escores, sendo que essa não é uma propriedade inerente à medida, mas ocorre em função da interação do instrumento, do grupo que está sendo testado e das circunstâncias. A validade de um instrumento pode ser demonstrada por meio da validade de face (ou aparente), da validade de conteúdo, da validade de construto (ou de conceito) e pela validade relacionada ao critério (PASQUALI, 1999; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

A validade de face ou aparente se refere à compreensão e aceitação do instrumento pelos sujeitos participantes, permitindo avaliar se o instrumento mede os conceitos desejados (CHWALOW, 1995; MOTA; PIMENTA, 2007). É avaliada por um julgamento subjetivo de especialistas, que analisam se um instrumento está apropriado para alcançar o seu objetivo (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; MOTA; PIMENTA, 2007). Algumas perguntas podem ser úteis na análise dessa validade como, por exemplo: *o que os sujeitos acham que o instrumento está medindo? As perguntas estão sendo entendidas? Os sujeitos se identificam com os itens e suas respostas?* (CHWALOW, 1995). Esse tipo de avaliação não é suficiente para garantir a validade do instrumento, pois seus resultados são obtidos apenas por julgamento (MOTA; PIMENTA, 2007), porém, se essa validade não apresenta indicadores positivos, os outros tipos de validade não terão sentido (MARTINS, 2006).

A validade de conteúdo analisa em que medida os domínios de um dado construto de interesse são amplamente representados pelos itens do instrumento (TERWEE et al., 2007).

Essa validade refere-se ao grau em que os itens do instrumento, em conjunto, constituem uma adequada definição operacional de um construto (POLIT; BECK, 2006). O instrumento deve conter todos os componentes e domínios relacionados a um fenômeno (FAYERS; MACHIN, 2007).

Assim como a validade de face ou aparente, não há testes estatísticos que podem ser utilizados para medir a validade de conteúdo (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Para Polit e Beck (2006) há consenso na literatura de que os resultados da validade de conteúdo são obtidos por julgamento. Segundo Waltz, Strickland e Lens (2005), esse julgamento consiste na submissão do instrumento à avaliação de, pelo menos, dois juízes, que irão avaliar a relevância de cada item e a sua representatividade em relação ao conteúdo do construto de interesse. O mais comum é que essa avaliação seja realizada por meio de um painel de especialistas e leigos.

A validade de construto ou de conceito apoia uma proposta de interpretação dos escores de um instrumento com base nas implicações teóricas associadas ao construto de interesse (AARONSON et al., 2002). Para Guillemín (1995), a validade de construto ou de conceito é a propriedade do instrumento que mede com precisão o construto considerado. Ela permite avaliar tanto a teoria que fundamentou a sua elaboração como também a avaliação do próprio instrumento (MOTA; PIMENTA, 2007).

A validade de construto é essencial, pois confirma ou rejeita os pressupostos teóricos definidos na elaboração do instrumento (PASQUALI, 1999). É uma das mais importantes estratégias para a verificação das propriedades psicométricas de um instrumento, sendo, também, a mais complexa e difícil de ser determinada (SCHMIDT; DANTAS, 2011). Para a obtenção de dados para a confirmação dessa validade, um dos métodos mais comuns é o exame das relações que deve existir com outras medidas e/ou padrões de valores de grupos que apresentam divergências relacionadas aos valores relacionados ao construto (AARONSON et al., 2002).

A confirmação da validade de construto pode ser obtida por meio da avaliação da validade de construto convergente e a validade de construto divergente.

Para a avaliação dos dois tipos de validade de construto (convergente e divergente), recomenda-se que hipóteses prévias sejam estabelecidas, para que sejam testadas durante a realização do processo de validação, dando apoio à validade do instrumento (PASQUALI, 1999; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Na validade de construto convergente, são avaliadas as correlações (positiva ou negativa) entre o instrumento e as variáveis de outras medidas. Para essa avaliação, é necessária a aplicação do instrumento adaptado, juntamente com outro instrumento de medida, que seja válido e fidedigno, e que meça construtos similares (PASQUALI, 1999). A obtenção de resultados com altas correlações entre as duas medidas utilizadas indicam que ambas medem o mesmo construto (FAYERS; MACHIN, 2007).

A validade de construto, de forma geral, pode ser avaliada por outros testes adicionais como, por exemplo, a comparação entre grupos distintos, a análise fatorial confirmatória e a análise multitraço-multimétodo.

A comparação entre os resultados obtidos entre grupos distintos é um tipo de teste utilizado na confirmação da validade de construto divergente dos domínios de instrumentos adaptados. Para essa comparação, são identificados dois grupos de indivíduos que, reconhecidamente, apresentam valores muito baixos ou muito altos em uma escala que mede determinado construto (por exemplo, dor). O instrumento é aplicado aos dois grupos para análise das diferenças dos valores encontrados. Se houver divergências significativas entre o desempenho médio desses dois grupos, há um indicativo de que o instrumento é sensível a diferenças individuais para o construto em estudo, confirmando a validade de construto divergente do mesmo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Outro teste para a validação de construto convergente e divergente de um instrumento é a avaliação de sua estrutura fatorial, por meio da AFC, que é considerada um dos tipos de análise que integra o SEM (LAROS, 2005). O SEM é uma técnica de análise que permite aos pesquisadores o teste confirmatório da estrutura psicométrica de instrumentos de medida e, também, analisa relações explicativas entre múltiplas variáveis simultaneamente, sejam elas variáveis latentes ou observadas (PILATI; LAROS, 2007).

Para apresentar uma análise do SEM utiliza-se o diagrama de caminhos (*path diagram*), que são úteis para indicar aos pesquisadores a relação entre as variáveis. Entre as convenções utilizadas no desenvolvimento de diagramas do SEM, estão os símbolos que representam cada tipo de variável, que consistem em caixas e círculos, ligados por setas. As variáveis observáveis (também chamadas indicadores, variáveis manifestas ou mensuráveis) são representadas por um retângulo ou quadrado e as variáveis latentes (também chamadas fator, construto ou variáveis não observadas ou não mensuráveis) por um círculo ou uma

elipse. As setas unidirecionais são utilizadas para definir as relações explicativas entre as variáveis (HOX; BECHGER, 1998; SANTOS, 2013; ULLMAN, 2006).

A AFC avalia o grau em que os itens individuais de um instrumento se agrupam em torno de uma ou mais dimensões (fatores) e indica, também, a medida que um agrupamento de itens mede o mesmo construto ou dimensões de um construto (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Nessa análise, o número de dimensões latentes (fatores) do instrumento e a correlação (carga fatorial) entre os itens e os fatores (dimensões) são verificados (BROWN, 2006).

Em outras palavras, a AFC é uma técnica de confirmação, onde o pesquisador pode obter uma ideia sobre o número de fatores, as relações entre esses fatores e as relações entre os fatores e as variáveis medidas (ULLMAN, 2006).

Na AFC, a qualidade das medidas utilizadas para aferir as variáveis latentes é testada a partir dos índices de adequação do modelo pré-definido aos dados (PILATI; LAROS, 2007). Existem vários e diferentes índices para a estimação do ajuste de modelo estrutural aos dados. Alguns desses índices, com seus respectivos valores de referência são descritos a seguir.

- O qui-quadrado (χ^2) – é o índice clássico de ajuste do modelo, que comprova a probabilidade dos dados se ajustarem ao modelo teórico. Um alto valor indica divergências entre os dados e o modelo teórico que está sendo testado. É um índice influenciado pelo tamanho da amostra, situação que pode causar falha no ajuste dos dados (GOUVEIA et al., 2010; PILATI; LAROS, 2007).
- RMSEA – (*Root Mean Square Error of Approximation*) – Raíz quadrada média do erro de aproximação, que testa o ajuste próximo do modelo por meio de comparação entre o modelo em teste e o modelo teórico, com o mesmo conjunto de dados. Se a aproximação é boa, os valores do RMSEA tende a estar próximos a zero, sendo considerados valores abaixo de 0,08 como aceitáveis, um ajuste mediano é indicado com valores entre 0,08 e 0,10 e valores maiores que 0,10 indicam ajuste fraco (HO, 2006; YUAN; BENTLER, 2007).
- O Índice de Qualidade do Ajuste (GFI - *Goodness-of-Fit index*) e o Índice de Qualidade do Ajuste do Modelo (AGFI – *Adjusted Goodness-of-Fit index*), que são ponderados em função dos graus de liberdade do modelo, relacionados ao número de variáveis do

mesmo (GOUVEIA et al., 2010). O valor recomendado é de 0,90 e um valor considerado como indicador de um bom ajuste é 0,95 (HOX; BECHGER, 1998).

- O Índice de Ajuste Comparativo (*Comparative Fit Index* – CFI) é um índice adicional, comparativo, que avalia ajustes em relação a outros modelos sem qualquer correlação entre itens e dimensões (ULLMAN, 2006). O CFI pode variar de 0 a 1, onde, como a intenção é rejeição da hipótese nula, são indicados os valores próximos a 1 (um), sendo que 0,90 é a referência (HO, 2006; YUAN; BENTLER, 2007).

Outra finalidade da análise fatorial é a verificação do pressuposto da unidimensionalidade, que significa que todos os itens de um instrumento estejam medindo um único construto (LAROS, 2005).

Outro aspecto importante a ser considerado na qualidade dos dados está relacionado ao formato das respostas a ser utilizado, que podem por meio de duas opções (por exemplo, “sim/não” ou “verdadeiro /falso”) ou politômicas (com três ou mais opções, por exemplo, escala tipo Likert). Alguns problemas relacionados à análise fatorial de variáveis dicotômicas já foram reconhecidos, com a identificação de “fatores de dificuldade”, que podem induzir a resultados enviesados. Uma alternativa para lidar com itens dicotômicos é calcular escores que representam as somas de dois ou mais itens semelhantes. Esses escores são chamados de parcelas de itens, não são dicotômicos e imunes ao problema de isolamento de fatores de dificuldades (LAROS, 2005).

Uma alternativa para se testar a validade de construto convergente e divergente do instrumento é a análise multitraço-multimétodo (MTMM), que explora as relações entre os itens e as dimensões, por meio da utilização do *Multitrait Analysis Program* (MAP). O principal objetivo desse tipo de análise é a verificação das alocações dos itens na escala e porcentagens de ajustes para cada item (HAYS et al., 1988).

Esse método tem muita utilidade quando o número de itens do instrumento é grande, pois isso implica maior número de correlações (FAYERS; MACHIN, 2007).

A análise MTMM permite testar a validade convergente do instrumento por meio da verificação das correlações lineares entre itens e as dimensões às quais pertencem, segundo construto inicialmente assumido. Para as análises em estudos iniciais de validação de instrumentos, a validade convergente é satisfeita se um item correlaciona-se

moderadamente ($r \geq 0,3$) com a dimensão à qual pertence. Para estudos finais de validação, o coeficiente de correlação deve ser mais alto ($r \geq 0,4$) (FAYERS; MACHIN, 2007).

A validade divergente, com esse tipo de análise, verifica a porcentagem de vezes em que a correlação linear de determinado item com uma dimensão à qual pertence é maior ou estatisticamente maior do que sua correlação com uma dimensão à qual não pertence, denominada ajuste. A validade divergente é satisfeita quando os resultados apresentam valores próximos a 100% (FAYERS; MACHIN, 2007).

O último tipo de validade é a relacionada ao critério, que consiste em relacionar o novo instrumento com uma medida (ou um critério), com as mesmas características, e amplamente aceita, com validade confirmada e que avaliem o mesmo construto, um padrão-ouro (*gold standart*) (FAYERS; MACHIN, 2007; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Nessa análise, quanto mais os resultados do novo instrumento se relacionem ao critério externo escolhido para comparação (padrão-ouro), maior será a validade de critério desse novo instrumento (FAYERS; MACHIN, 2007; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

A validade de critério pode ser classificada em concorrente e preditiva, dependendo se o critério adotado refere-se a uma condição atual ou futura. Quando a comparação das medidas é feita ao mesmo tempo é denominada validação concorrente (por exemplo, a qualidade de vida piora de acordo com o progresso da doença?) (CHWALOW, 1995; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Nesse caso, a aplicação dos dois instrumentos, além de ser realizada simultaneamente, é aplicada nos mesmos sujeitos e posteriormente os resultados são comparados (PASQUALI, 2009). Na validade preditiva, o novo instrumento é avaliado pela capacidade de prever outras variáveis, sendo, portanto, denominada validade preditiva (por exemplo, um pior nível de qualidade de vida é prognóstico de maior índice de mortalidade?) (CHWALOW, 1995; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Essa validade também é obtida por meio da comparação das duas medidas, porém, os dados do critério são coletados após a coleta da informação sobre o novo instrumento (PASQUALI, 2009). Quanto mais os resultados do novo instrumento de medida se relacionar com o padrão escolhido (critério) maior será a validade de critério (MARTINS, 2006).

Para os dois tipos de validade de critério (concorrente e preditiva), o ponto crítico é a escolha do padrão apropriado para a comparação, pois a decisão sobre a validade e utilidade do novo instrumento depende do critério utilizado (CASAS-ANGUITA; REPULLO-LABRADOR; PEREIRA-CANDEL, 2001). No entanto, o padrão-ouro frequentemente não está disponível

(GUILLEMIN, 1995). Nas avaliações subjetivas como, por exemplo, a avaliação de estado da saúde, a validade de critério raramente é testada, devido a uma falta de medidas de critério amplamente aceitas (AARONSON et al., 2002; ZANEI, 2006).

Outra propriedade psicométrica necessária para um instrumento de mensuração é a fidedignidade (*reliability*), que constitui um dos principais critérios para avaliação de sua qualidade (PADILHA; GALLANI; COLOMBO, 2004). Essa propriedade diz respeito a uma característica que um instrumento deve possuir, a de medir o construto em questão sem erros (PASQUALI, 2009).

A confirmação da fidedignidade em um instrumento está relacionada à sua capacidade de medir com precisão a consistência, a equivalência e a estabilidade (ao longo do tempo) do atributo que se deseja medir (PASQUALI, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na análise da fidedignidade de instrumentos de medição, são verificadas a sua homogeneidade, redundância ou heterogeneidade, por meio da capacidade de reproduzir resultados, mesmo que em diferentes condições, como por exemplo, na utilização de diferentes itens para um grupo semelhante de indivíduos (consistência interna), ao longo do tempo (estabilidade), ou entre indivíduos em diferentes momentos (fidedignidade entre avaliadores) (ALEXANDRE et al., 2013). Como todos esses atributos de fidedignidade dizem respeito ao grau de coerência entre escores, muitas vezes eles são expressos em termos de um coeficiente de correlação (coeficiente de fidedignidade), que varia de zero a um (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A análise da consistência interna reflete a homogeneidade interna dos itens do instrumento que medem a mesma dimensão e é obtida por meio de uma única aplicação do instrumento (CHWALOW, 1995). Esse tipo de análise de fidedignidade mede a correlação média entre todos os itens da medida, relacionados à mesma dimensão, portanto, espera-se que os itens de uma mesma dimensão se correlacionem bem. Uma baixa consistência interna pode significar que os itens medem diferentes atributos ou que as respostas dos sujeitos são inconsistentes (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

A consistência interna dos itens pode ser avaliada por meio da estimativa do coeficiente alfa de Cronbach, do coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) e pelo método de correlações totais (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A estimativa do coeficiente alfa de Cronbach é o método mais conhecido e utilizado para verificação da consistência interna de um instrumento (CHWALOW, 1995; PASQUALI,

2009) e permite evidenciar se o instrumento, como um todo, mede apenas o atributo proposto. Para Pasquali (2009, p.998), trata-se de “uma estimativa de precisão, cuja lógica é a seguinte: se os itens se *entendem*, isto é, covariam, numa dada ocasião, então irão se entender em qualquer ocasião de uso do teste”.

Os valores do coeficiente alfa de Cronbach variam de zero a um, sendo que valores acima de 0,70 refletem alto grau de consistência interna (PASQUALI, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Esses valores são dependentes do número de itens em um instrumento, sendo que valores baixos indicam falta de correlação entre os itens, mostrando que alguns itens estão medindo outros construtos. Valores altos indicam alta correlação entre os itens do instrumento, o que pode ser um indício da homogeneidade entre os itens ou pode mostrar, também, redundância de um ou mais itens (MAHER; LATIMER; COSTA, 2007; TERWEE et al., 2007). Para Terwee et al. (2007), uma avaliação é considerada positiva para a consistência interna quando os valores do alfa de Cronbach variam entre 0,70 e 0,95, sendo que valores muito altos podem ser normalmente encontrados em instrumentos com um grande número de itens.

Com finalidade semelhante ao coeficiente alfa de Cronbach, o coeficiente de Kuder-Richardson é a estimativa da consistência interna, utilizada para instrumentos que têm um formato de resposta dicotômica (por exemplo: “sim/não” ou “verdadeiro/falso”) (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; MARTINS, 2006). A estimativa desse coeficiente produz uma correlação baseada na coerência de todas as respostas de um único instrumento, aplicado em uma única vez (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O último teste a ser citado como método para a estimativa da consistência interna é o método de correlações totais, que consiste na mensuração da relação entre cada um dos itens e a escala total, por meio de testes de correlação. Os itens que não apresentam uma alta correlação podem ser eliminados do instrumento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Além da análise da consistência interna dos itens de um instrumento, a fidedignidade também pode ser estimada por meio da estabilidade da medida (teste-reteste), que é obtida por análises de correlação entre os resultados obtidos pela aplicação do mesmo instrumento de medida, nos mesmos sujeitos, em duas ocasiões diferentes. Para Keszei, Novak, Streiner (2010), se o estado de um paciente em relação ao que está sendo medido não se altera em medidas coletadas em dois pontos diferentes de tempo, é de se esperar que essas medidas sejam a mesma ou muito semelhantes.

Apesar das medidas dos testes de estabilidade (teste-reteste) dos instrumentos serem geralmente medidos pelo coeficiente de correlação de Pearson, o Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) é o mais adequado e mais usado parâmetro de fidedignidade para medidas contínuas, pois, diante da possibilidade de ocorrerem diferenças sistemáticas entre as respostas, essas diferenças não são levadas em consideração na estimativa do coeficiente de correlação de Pearson (DEYO; DIEHR; PATRICK, 1991; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; TERWEE et al., 2007).

O ICC é expresso em valores de 0 a 1, e um valor de pelo menos 0,70 é indicado como um padrão mínimo de fidedignidade (TERWEE et al., 2007). McDowell e Newell (1996) sugerem a seguinte classificação: valores <0,40: concordância fraca ou pobre; valores 0,40 a 0,60: concordância moderada; valores 0,61 a 0,80: concordância boa ou substancial; valores >0,81: concordância quase perfeita ou muito boa.

O intervalo de tempo entre as duas aplicações do instrumento apresenta variações e depende do que está sendo medido (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Períodos muito longos favorecem a aquisição de novas aprendizagens, e se períodos muito curtos são estabelecidos, o efeito memória pode contaminar os resultados. Essas duas situações podem comprometer a interpretação do coeficiente de estabilidade obtido no teste-reteste (MARTINS, 2006). Ainda, em relação às questões temporais envolvidas no teste-reteste, Terwee et al. (2007) indicam que o intervalo entre as duas aplicações deve ser curto o suficiente para que não ocorram modificações no objeto de estudo como, por exemplo, mudanças clínicas no estado de saúde de um paciente. Um intervalo de tempo considerado apropriado é de uma a duas semanas, mas pode haver razões para a definição de outros intervalos. Nesse caso, o período de tempo estabelecido e a justificativa para a sua definição devem ser registrados (TERWEE et al., 2007).

Ainda, em relação à análise da fidedignidade de instrumentos de medição, o último tipo de método a ser citado é o da fidedignidade entre avaliadores, utilizado quando diferentes avaliadores aplicam o mesmo instrumento de medida, no mesmo indivíduo. Nesse caso, espera-se que os resultados sejam semelhantes (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Quanto maior for a concordância entre os avaliadores, maior a fidedignidade da medida (MEDINA-CASTRO, 2007). Essa propriedade pode ser obtida pelo Coeficiente Kappa (no caso de variáveis nominais ou ordinais) ou pelo ICC (para variáveis quantitativas) (MEDINA-CASTRO, 2007).

Outra propriedade psicométrica adicional é a responsividade ou sensibilidade a mudanças, que é vista como uma parte importante do processo de validação de construto longitudinal e se refere à capacidade de um instrumento detectar mudanças, mesmo pequenas, relacionadas ao construto medido. Pode ser estimada por meio da comparação dos escores do instrumento de medidas em tempos diferentes (por exemplo, antes e depois de uma intervenção) para verificar se ocorrem as mudanças esperadas (AARONSON et al., 2002; LOHR et al., 1996).

Efeitos *floor* e *ceiling* podem comprometer a análise da sensibilidade ou responsividade de um instrumento e, portanto, a presença desses efeitos deve ser verificada. Esses efeitos estão presentes na amostra estudada, quando mais de 15% dos sujeitos participantes fazem a opção pelo maior ou menor escore possível para cada uma das dimensões do instrumento de medida. Sendo assim, se esses efeitos estão presentes, provavelmente, em pontos extremos, superiores ou inferiores do instrumento, há indicação de uma validade de conteúdo limitada. Consequentemente, os sujeitos com menor ou maior pontuação não podem ser diferenciados uns dos outros, reduzindo a responsividade do instrumento e mudanças ao longo do tempo não podem ser estimadas nesses sujeitos. A responsividade é considerada positiva quando nenhum efeito *floor* ou *ceiling* está presente em uma amostra de, pelo menos, 50 sujeitos (TERWEE et al., 2007).

Segundo Kerlinger (1986)⁵ apud Sapnas e Zeller (2002, p.136), a psicometria tradicional recomenda que o cálculo da amostra de estudos de análise fatorial exploratória, deve considerar um número de, no mínimo, 10 sujeitos por item do instrumento. Segundo Sapnas e Zeller (2002), os pesquisadores lutam com questões fundamentais relacionadas às medidas de tamanho de amostra, pois algumas normas da psicometria incentivam uma grande amostra e um número reduzido de itens na elaboração de instrumentos válidos e fidedignos. Esses autores afirmam, também, que os instrumentos desenvolvidos para medir atitudes e comportamentos são elaborados para identificar os construtos teóricos e suas referências empíricas de uma maneira mais simplificada. Com base nessas considerações, Sapnas e Zeller (2002) desenvolveram um estudo, baseados em exemplos de pesquisa hipotéticas e reais, com o objetivo de discutir que a obtenção de uma boa medida depende

⁵ KERLINGER, F.N. Factor analysis. In: F. KERLINGER, F.N. **Foundations in behavioral research**. 3. ed. Fort Worth: Holt, Rinehart, and Winston, 1986.

da identificação de um tamanho ótimo de amostra. Com esse estudo, os referidos autores concluem que, para as análises de cargas fatoriais, na análise fatorial exploratória, uma amostra de 100 sujeitos é adequada e amostras de 250 sujeitos ou mais são excessivas. Em relação às análise do alfa de Cronbach, concluem que o tamanho da amostra tem pouco efeito sobre o valor esperado desse coeficiente e recomendam que uma amostra, constituída de 100 sujeitos, é adequada para a estimativa dos parâmetros de um modelo de mensuração (SAPNAS; ZELLER, 2002).

Laros (2005) cita vários autores que descrevem o tamanho da amostra na análise fatorial, entre eles Croker e Algina⁶ (1986), que indicam amostras de 10 sujeitos por variável, com um mínimo de 100 sujeitos; Gorsuch⁷ (1983), que refere que a amostra deve conter pelo menos cinco participantes por variável, e uma amostra final de 200 sujeitos; e Comrey e Lee⁸ (1992), que, em relação à análise fatorial, classificam amostras de 50 sujeitos como muito inferiores, de 100 sujeitos como inferiores, de 200 sujeitos como razoáveis, de 300 sujeitos como boas, de 500 sujeitos como muito boas e de 1.000 sujeitos ou mais como excelentes. Segundo Pasquali (1999), a amostra deve ter o mínimo de 100 sujeitos por fator medido.

Segundo Laros (2005), em análise fatorial, quanto mais heterogênea uma amostra, no que se relaciona às variáveis mensuradas, mais altas são as correlações entre os escores, permitindo maior contraste entre altas e as baixas correlações, tornando a estrutura fatorial mais evidente. A utilização de amostras heterogêneas, que representem toda a extensão da população-alvo, pressupõe a obtenção de melhores resultados do que em amostras homogêneas.

“O conhecimento sobre um fenômeno avança à medida que os instrumentos para sua avaliação são aprimorados e, à medida que os instrumentos tornam-se válidos e fidedignos, aprimora-se o conhecimento do fenômeno” (MOTA; PIMENTA, 2007, p.313).

⁶CROCKER, L.M.; ALGINA, J. **Introduction to classical and modern test theory**. FortWorth, 1986. p.527.

⁷GORSUCH, R.L. **Factor analysis**. 2 ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, Inc., 1983.

⁸COMREY, A.L.; LEE, H.B. **A first course in factor analysis**. 2 ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1992. p.430.

Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo metodológico (KERLINGER, 1979), quantitativo, que teve a finalidade de traduzir, adaptar culturalmente e validar para Brasil um instrumento que avalia a intenção de cumprir as condutas pós-exposição ocupacional a material biológico.

4.2 Autorização para uso dos instrumentos

Para realização da pesquisa foram utilizados três instrumentos, sendo dois na etapa de análise semântica (Formulário de Impressão Geral e Formulário Específico) e um na coleta do estudo de campo (*Comply with post-exposure management among health care workers*). Esses instrumentos serão posteriormente descritos.

O uso do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* (KO et al., 2011) foi autorizado pela Dra. Nai-Ying Ko, primeira autora do instrumento, PhD, professora associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina do National Cheng Kung University, em Taiwan (**APÊNDICE A** - Carta de solicitação de autorização, **ANEXO A** - Instrumento original em chinês e **ANEXO B** - Documento de autorização para uso do instrumento).

Para a etapa de análise semântica do instrumento foram utilizados o Formulário de Impressão Geral e o Formulário Específico, cuja autorização para uso nessa pesquisa foi dada pela representante do Grupo DISABKIDS® (DISABKIDS GROUP, 2002), no Brasil (**ANEXO C**).

4.3 Processo de adaptação cultural para o Brasil do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*

A adaptação cultural e validação do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* (KO et al., 2011) foi realizada com base nos

procedimentos metodológicos propostos no protocolo de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), com alterações sugeridas por Ferrer et al. (1996) e pelos estudos de Dantas, Silva e Ciol (2013), Echevarria-Guanilo et al. (2006) e Ferreira et al. (2008). As etapas percorridas neste estudo estão indicadas abaixo.

- a) Tradução do instrumento para a língua portuguesa.
- b) Síntese das traduções e obtenção do consenso da versão em português.
- c) Avaliação pelo Comitê de Especialistas.
- d) Retrotradução (*back-translation*) e obtenção de uma versão consensual no idioma de origem.
- e) Comparação com a versão original.
- f) Análise semântica dos itens.
- g) Pré-teste.
- h) Análise das propriedades psicométricas.

Essas etapas foram esquematizadas na Figura 3.

Figura 3 - Processo de adaptação cultural adotado para o instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*. Adaptado de Echevarria-Guanilo (2005)

4.3.1 Tradução do instrumento para a língua portuguesa - Brasil

Uma empresa especializada em traduções foi contratada para a realização das traduções iniciais da **Versão Original - VO** do instrumento. A empresa ofereceu garantia documentada de que as duas traduções foram realizadas por tradutores independentes, porém, devido à carência de tradutores brasileiros com fluência no idioma chinês/português, não foi possível obter traduções de dois brasileiros. Um dos tradutores era brasileiro, com domínio do idioma e o outro um chinês, naturalizado brasileiro, também com domínio do idioma. Uma carta de apresentação do estudo foi enviada à empresa contratada, contendo os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos no instrumento. Essa carta foi enviada a cada um dos tradutores, antes do início de seus trabalhos. Dessa forma, foram obtidas a **Versão Português Traduzida 1 - VPT1 (ANEXO D)** e a **Versão Português Traduzida 2 - VPT2 (ANEXO E)**.

4.3.2 Síntese das traduções e obtenção do consenso da versão em português

A **Versão Português Consenso 1 - VPC1 (APÊNDICE B)** foi obtida em uma reunião realizada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), com a presença da orientadora, da pesquisadora e de uma graduanda do Curso de Enfermagem da EERP/USP, natural de Taiwan, brasileira naturalizada e com fluência no idioma chinês (idioma original do instrumento), que realizou a verificação linguística dos ideogramas e do idioma chinês, auxiliando na leitura, tradução, seleção das frases e expressões e na síntese das duas traduções realizadas.

4.3.3 Avaliação pelo Comitê de Especialistas

A etapa de validação de face da **Versão Português Consenso 1 - VPC1** foi realizada por um Comitê, constituído por especialistas nos conceitos explorados pelo instrumento e na metodologia, sendo um psicólogo, docente, especialista no referencial teórico utilizado pelos autores do instrumento original; duas enfermeiras, docentes, com conhecimento

sobre a metodologia utilizada neste estudo, duas enfermeiras, docentes, pesquisadoras na área de Saúde do Trabalhador. A reunião aconteceu na EERP/USP e contou com a participação da mesma tradutora da etapa anterior. Os especialistas convidados receberam e assinaram o Termo de Concordância (**APÊNDICE C**), e foram informados sobre os objetivos do estudo, sobre os procedimentos necessários para que fosse realizada a avaliação das equivalências existentes entre a versão adaptada e o instrumento original (equivalência semântica, equivalência idiomática, equivalência cultural e equivalência conceitual).

Um documento avaliativo foi elaborado com a relação de todos os itens da **Versão Português Consenso 1 - VPC1** do instrumento e com espaço próprio para a avaliação e registros das sugestões de cada especialista, para cada equivalência analisada. As equivalências entre as versões do instrumento foram estabelecidas quando houve a concordância de, pelo menos, 80% dos especialistas.

Como resultado dessa etapa de validação de face, algumas alterações foram realizadas pelo Comitê de Especialistas, resultantes, principalmente das avaliações das equivalências semântica e cultural. Entre essas alterações, oriundas da avaliação da equivalência semântica, podem ser citadas as substituições de alguns termos, reestruturação de algumas questões, modificações em algumas expressões e/ou frases, objetivando tornar mais claro o instrumento e mais fácil a sua leitura.

As alterações ocorridas visando a equivalência cultural entre os dois instrumentos foram: na questão sobre local de trabalho do sujeito foi acrescentada, nas opções de respostas, a opção “outros setores”, compatíveis com a estruturação dos serviços de saúde brasileiros. Na questão sobre a profissão do sujeito, por sugestão do Comitê de Especialistas, foram acrescentados os técnicos e os auxiliares de enfermagem, que também compõem o quadro da equipe de enfermagem brasileira. Além disso, foi sugerida, também, a inserção dos profissionais de enfermagem não acidentados com exposição a material biológico, visando a realização de análises comparativas entre grupos distintos, na fase de validação do instrumento.

A inserção das categorias dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem e a inserção dos profissionais de enfermagem não acidentados por material biológico foi enviada para avaliação da primeira autora do instrumento, que autorizou a sua efetivação (**ANEXO F**).

Outra situação que pode exemplificar a divergência cultural entre os dois países, é a presença do termo “sogros” nos itens que integram a dimensão **Normas Subjetivas**, pois na

versão original do instrumento, entre as pessoas consideradas significativas para o sujeito, os sogros aparecem ao lado dos pais na composição dos itens dessa escala, o que mostra um traço importante da cultura oriental (exemplo: *Meus pai/sogros acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho*). Nesse caso, o termo “sogros” foi retirado dos itens dessa dimensão, visto que, no Brasil, os sogros não possuem o mesmo significado que os pais, na estrutura familiar.

Com a finalização dessa etapa, obteve-se a **Versão Português Consenso 2 - VPC2 (APÊNDICE D)**, que foi encaminhada para a etapa de Retrotradução (*back translation*).

4.3.4 Retrotradução (*back translation*) e obtenção de uma versão consensual no idioma de origem

A empresa especializada em traduções foi responsável pelas versões necessárias para a realização da quarta etapa do processo de adaptação cultural e validação do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* (KO et al., 2011), ou seja, a retrotradução da **Versão Português Consenso 2 - VPC2** (tradução do idioma português para o chinês). As traduções foram realizadas por tradutores independentes, de nacionalidade chinesa, obtendo-se, assim, a **Versão Chinês 1 - VC1 (ANEXO G)** e a **Versão Chinês 2 - VC2 (ANEXO H)**. A empresa ofereceu garantia documentada da nacionalidade dos tradutores.

Após o término das retrotraduções, foi realizada a síntese das mesmas, com a participação dos tradutores da empresa contratada, responsáveis pela tradução português/chinês e de uma tradutora com fluência nos dois idiomas, obtendo-se a versão chinesa consensual (**Versão Chinês Final – VCF**) (**APÊNDICE E**).

O título do instrumento em inglês *Comply with post-exposure management among health care workers* foi fornecido pela primeira autora (**ANEXO I**) e traduzido para o português, Brasil, como “Adesão às condutas pós-exposição entre trabalhadores de saúde (ACPETS)”.

4.3.5 Comparação com a versão original

A **Versão Chinês Final - VCF** foi enviada, via correio eletrônico, para ser avaliada pela primeira autora do instrumento original, que realizou a comparação da versão original do instrumento com a **Versão Chinês Final - VCF**, obtida após as retrotraduções.

A autora procedeu à avaliação e emitiu parecer favorável, sem sugestões de alterações (**ANEXO J**). Dessa forma, obteve-se a **Versão Português Consenso 3 - VCP3 (APÊNDICE F)** que foi submetida à etapa de análise semântica.

4.3.6 Análise Semântica

A análise semântica dos itens da **Versão Português Consenso 3 - VPC3**, do instrumento teve como finalidade identificar, junto aos sujeitos, a aceitação, relevância e compreensão dos itens e das opções de respostas do instrumento a ser validado e se eles teriam sugestões de modificação em algum deles.

Uma versão reduzida da **Versão Português Consenso 3 - VPC3**, contendo as perguntas relacionadas aos dados básicos de caracterização dos sujeitos e as seis dimensões/subescalas, foi utilizada como instrumento de coleta de dados dessa etapa (**APÊNDICE G**). A segunda parte do instrumento, que caracteriza a exposição ao risco ocupacional a material biológico, foi excluída dessa etapa, com a intenção de reduzir o número de questões, visto que três formulários seriam utilizados. Além disso, o objetivo principal do estudo foi validar as dimensões/subescalas que compõem o instrumento, sendo que as questões de caracterização não participam dessa validação. A primeira parte foi mantida com o objetivo de caracterizar os sujeitos participantes da análise semântica, fundamentando a discussão dos resultados.

Os formulários de análise semântica, elaborados pelo Grupo DISABKIDS® (DISABKIDS GROUP, 2002), denominados Formulário de Impressão Geral (**ANEXO K**) e Formulário Específico (**ANEXO L**), também foram utilizados nessa etapa. A utilização desses questionários permitiu uma avaliação geral do instrumento e uma avaliação específica, incluindo todas as dimensões/subescalas apresentadas no instrumento. Para uso dos referidos formulários foi obtida autorização da representante do referido grupo no Brasil,

para proceder a identificação das dificuldades de entendimento e a aceitação dos itens e do instrumento, por parte dos sujeitos participantes na pesquisa.

O Formulário de Impressão Geral possui quatro perguntas, com opções de resposta objetivas, como:

- *O que você achou do nosso questionário em geral?*
- *As questões são compreensíveis?*
- *E sobre as opções de resposta? Você teve alguma dificuldade em usá-las?*
- *As questões são importantes para a sua situação?*

Outras três questões abertas permitem que o sujeito manifeste suas sugestões de mudanças ou acréscimos no instrumento, além de questionar se houve alguma pergunta que o sujeito não quis responder.

O Formulário Específico possui três perguntas com respostas fechadas, que avaliam a importância atribuída ao item (*Isso é importante para a sua situação?*), as dificuldades de entendimento encontradas pelo sujeito (*Você tem dificuldade para entender essa questão?*) e a opinião do sujeito sobre a clareza das opções de respostas de cada item (*As opções de respostas estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?*). Além disso, oferece espaço para que o sujeito possa, quando necessário, reformular o item (*Como você falaria/expressaria isso?*) e outro espaço para que o sujeito possa descrever o item conforme o seu entendimento (*Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?*).

Para a realização dessa etapa do estudo, foi selecionado o hospital público federal, da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, MG. A escolha desse hospital se deve ao fato de esse possuir profissionais das três categorias da enfermagem em número suficiente para que, na definição da amostra da etapa de análise semântica, houvesse uma representação igualitária entre as mesmas.

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), dessa instituição, forneceu uma lista com os profissionais de enfermagem que foram expostos a AT com material biológico no período de 2010 a 2012. Essa lista foi numerada de acordo com a quantidade de profissionais, obedecendo a ordem alfabética. Os sujeitos integrantes da amostra dessa etapa foram escolhidos entre os profissionais de enfermagem que estavam em atividade durante o período de coleta de dados, ou seja, que não estavam em gozo de férias, licenças médicas ou outro tipo de afastamento, por meio da

realização de um sorteio, realizado no aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.

A versão reduzida do instrumento (**VPC3**) e o Formulário de Impressão Geral foram respondidos por todos os participantes dessa etapa. O Formulário Específico foi respondido por um grupo determinado de sujeitos, conforme descrito a seguir.

Como preconiza a proposta do grupo DISABKIDS® (DISABKIDS GROUP, 2002), também utilizada em estudo realizado no Brasil (DEON et al., 2011b; FEGADOLLI et al., 2010; PELEGRINO, 2009; SANTOS, 2009), quando um instrumento possui um grande número de itens, torna-se necessário dividir a amostra e os itens em grupos para que a utilização do Formulário Específico garanta a fidedignidade das respostas e para evitar o desgaste e o cansaço com uma avaliação detalhada de todos os 61 itens, componentes do instrumento, por todos os participantes. Dessa forma, as dimensões/subescalas foram divididas em quatro subséries: subsérie A (12 itens da dimensão **Atitude**), subsérie B (16 itens da dimensão **Normas Subjetivas**), subsérie C (13 itens da subescala **Conhecimento**) e a subsérie D (20 itens, sendo, sete itens da subescala **Autoeficácia**, seis itens da subescala **Recursos** e sete itens da dimensão **Intenção**).

Para atender essas diretrizes e obter as avaliações dos grupos para a avaliação específica do instrumento, foi definida, inicialmente, uma amostra probabilística, de 12 profissionais de enfermagem expostos a AT com material biológico, sendo quatro sujeitos de cada categoria profissional (auxiliares de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem). A amostra foi acrescida do cálculo de perda de 15%, evitando-se, assim, que houvesse possível diminuição no número de respondentes, inicialmente calculado. Assim, foram acrescentados três sujeitos, um de cada categoria profissional, totalizando 15 sujeitos.

Antes do preenchimento desse formulário, foi realizado um sorteio, mantendo a proporção de pelo menos um sujeito de cada categoria profissional de enfermagem, para cada subsérie. As subséries A, B e C foram respondidas por quatro sujeitos, assim distribuídos: subsérie A (dois auxiliares de enfermagem, um técnico de enfermagem e um enfermeiro), subsérie B (um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem e dois enfermeiros), subsérie C (um auxiliar de enfermagem, dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro). A subsérie D foi respondida por três sujeitos, sendo um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem e um enfermeiro.

Dessa forma, cada Formulário Específico apresentou os itens de uma subsérie, distribuídos entre as três categorias profissionais de enfermagem, possibilitando a avaliação da importância de cada item, dificuldades encontradas, clareza das opções de respostas, e com espaço para sugestões de reformulações dos itens, quando necessário.

A coleta de dados foi realizada no local e horário de trabalho dos participantes, durante o mês de maio de 2012. Os sujeitos sorteados para participação nessa etapa receberam esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e da etapa de análise semântica, e orientações sobre o preenchimento dos formulários. Todos os sujeitos sorteados concordaram em participar do estudo e assinaram, juntamente com a pesquisadora, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado para essa etapa do estudo (**APÊNDICE H**). Em seguida, foram disponibilizados os instrumentos de análise semântica, que foram preenchidos pelos sujeitos participantes, na presença da pesquisadora, que procedeu às anotações das dúvidas referidas pelos sujeitos, do tempo gasto para o preenchimento e de suas observações.

Como resultados, algumas alterações necessárias foram realizadas para melhorar a aceitação, o entendimento e a clareza dos itens integrantes da **Versão Português Consenso 3 - VPC3**. Essas alterações foram descritas, posteriormente, no item de “Resultados” desse estudo de validação.

Com o objetivo de cumprir os critérios metodológicos recomendados, todas as alterações realizadas na **Versão Português Consenso 3 - VPC3** foram novamente traduzidas para o idioma chinês e enviadas para a primeira autora do instrumento, para aprovação, a qual foi concedida (**ANEXO M**), diante de nenhuma alteração dessa autora, obtivemos a **Versão Português Consenso 4 - VPC4 (APÊNDICE I)** do instrumento.

4.3.7 Pré-teste

A partir da etapa do pré-teste, foram incluídos cinco hospitais gerais da cidade de Uberlândia, MG, uma vez que o número de técnicos de enfermagem e enfermeiros atuantes no hospital público federal, incluídos na lista de acidentados com material biológico, no período de 2010 a 2012, fornecido pelo SESMT, não atendia a quantidade de sujeitos necessários para um estudo de validação. Essa inclusão de outros hospitais, públicos e

privados, a partir dessa etapa, também contribuiria para ampliar a diversidade de sujeitos participantes do estudo.

Dessa forma, a etapa de pré-teste da **Versão Português Consenso 4 - VPC4** do instrumento foi realizada por meio da técnica de sondagem (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993), com 12 sujeitos, selecionados por meio de amostra probabilística, sendo seis enfermeiros e seis técnicos de enfermagem, atuantes em seis hospitais gerais da cidade de Uberlândia, MG, sendo sorteados dois profissionais de cada hospital, um de cada categoria profissional.

O objetivo da realização dessa etapa é a verificação da compreensão, clareza e aceitação dos itens pelos participantes, contribuindo, assim, para a validade de face (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Para realização dessa etapa, a **Versão Português Consenso 4 - VPC4** foi aplicada aos participantes dessa etapa após esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e assinatura do TCLE (**APÊNDICE J**), em duas vias.

As alterações realizadas na **Versão Português Consenso 4 - VPC4** foram novamente enviadas, após serem traduzidas para o chinês, para aprovação da primeira autora do instrumento original, para nova avaliação e aprovação das alterações realizadas. Após a resposta positiva dessa autora (**ANEXO N**), sem sugestões de outras modificações, obteve-se a **Versão Português Final - VPF (APÊNDICE K)** intitulada “Adesão às condutas pós-exposição entre trabalhadores de saúde (ACPETS)”. Os 12 sujeitos integrantes da etapa do pré-teste não foram incluídos na amostra da etapa do estudo de campo.

4.4 Análise das propriedades psicométricas da versão adaptada para o português do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*

4.4.1 Análise de fidedignidade

A fidedignidade da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* foi verificada por meio das medidas de consistência interna dos itens e da estabilidade da medida.

4.4.1.1 Consistência interna dos itens

A estimativa da consistência interna dos itens da versão adaptada do instrumento foi obtida pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach (para as subescalas com formato de resposta politômicas) e do coeficiente de Kuder-Richardson (para as subescalas com formato de respostas dicotômicas).

4.4.1.2 Estabilidade da medida

A mensuração da estabilidade da versão adaptada do instrumento foi obtida por meio do teste-reteste. Para a realização dessa etapa, foi definido o total de 30 profissionais, com cálculo de perda de 15%, sendo que, dessa forma, a amostra do teste-reteste seria formada por 36 sujeitos (18 enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem). Esses profissionais foram definidos por sorteio, antes do início da coleta de dados do estudo de campo. Durante a coleta de dados, no momento da devolução do instrumento preenchido pelo participante, caso ele integrasse a amostra para o teste-reteste, procedia-se o convite para que o mesmo participasse do reteste.

A obtenção da segunda medida (reteste) foi programada para ocorrer após o intervalo de 30 dias decorridos da primeira coleta (teste). Esse prazo foi estipulado levando-se em consideração que esse tempo permitiria a diminuição ou eliminação do efeito memória (relacionado às lembranças das respostas dadas na primeira participação do sujeito); que não ocorreriam prováveis modificações relacionadas aos construtos integrantes do instrumento e que seriam diminuídas as possibilidades do participante sorteado para a segunda coleta (reteste) estar ausente, por motivo de férias, caso o tempo estipulado fosse menor.

Para a estimativa da estabilidade da medida foram realizadas análises de correlação entre os resultados obtidos pela aplicação do mesmo instrumento de medida, nos mesmos sujeitos, em duas ocasiões diferentes, utilizando-se o ICC.

4.4.2 Análise de validade

4.4.2.1 Validade de face

A versão adaptada do instrumento “Adesão às condutas pós-exposição entre trabalhadores de saúde (ACPETS)” foi submetida ao Comitê de Especialistas que procedeu a avaliação do instrumento relacionada à validade de face (se o instrumento está medindo o que se propõe medir). Essa avaliação foi verificada pelo consenso entre os profissionais participantes do referido comitê.

4.4.2.2 Validade de constructo

A validade de constructo foi estimada por meio da análise multitraço-multimétodo (validade convergente e divergente).

4.4.2.2.1 Análise multitraço-multimétodo

Essa análise possibilitou a verificação da validade de constructo convergente e divergente da versão adaptada do instrumento, por meio da correlação entre os itens e as dimensões/subescalas. Para a realização dessa análise foi utilizado o *Multitrait Analysis Program* (MAP) (HAYS et al., 1988).

Para a estimativa da validade de constructo convergente foram verificadas as correlações lineares entre itens e as dimensões/subescalas às quais pertencem. Em estudos finais de validação, valores aceitáveis de correlação para a validade convergente são superiores a 0,40 (FAYERS; MACHIN, 2007).

A validade de constructo divergente foi estimada com a verificação da porcentagem de vezes em que a correlação linear entre um determinado item com uma dimensão à qual ele hipoteticamente pertence foi maior ou estatisticamente maior do que sua correlação com uma dimensão à qual não pertence (FAYERS; MACHIN, 2007).

4.5. Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Uberlândia, MG, cidade localizada na região do Triângulo Mineiro. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Uberlândia, em 2010, era de 604.013 habitantes, em área territorial de 4.115.206 km² (BRASIL, 2010a).

A cidade possuía, em 2010, 313 estabelecimentos de saúde, sendo que a maioria na rede privada de assistência à saúde (72,8%), e o restante distribuído na esfera administrativa municipal (25,9%), federal (1%) e estadual (0,3%) (BRASIL, 2010a). Entre esses estabelecimentos de saúde, o município conta com oito hospitais classificados como hospitais gerais, sendo dois hospitais públicos e seis hospitais privados. Em relação à classificação por nível de atenção desses hospitais, dois hospitais são de média complexidade e seis hospitais de alta complexidade (BRASIL, 2013).

Os oito hospitais gerais da cidade foram convidados para participar do estudo por meio de ofício de solicitação da autorização, no entanto, dois hospitais privados não autorizaram a coleta de dados em suas dependências.

As características dos seis hospitais que autorizaram a realização da coleta de dados deste estudo, de acordo com a classificação por categoria público/privado e nível de complexidade da assistência, número de leitos e de profissionais de enfermagem atuantes e a existência de SESMT, próprio da instituição ou terceirizado, estão apresentadas no Quadro 1.

Hospitais	Gestão	Complexidade	Número de leitos	Número de trabalhadores de enfermagem	SESMT
H1	Público Federal	Alta	525	1138	Próprio
H2	Privado	Média	30	28	Terceirizado
H3	Público Municipal	Alta	258	516	Próprio
H4	Privado	Alta	115	204	Próprio
H5	Privado	Alta	91	190	Próprio
H6	Privado	Média	50	97	Próprio

Quadro 1 – Distribuição dos hospitais participantes do estudo, de acordo com características administrativas. Uberlândia, MG, 2014

Dentre os 2.173 trabalhadores de enfermagem atuantes nos seis hospitais, segundo dados do SESMT dos hospitais, 219 (10,1%) profissionais de enfermagem foram vítimas de acidentes de trabalho com exposição a material biológico no período de 2010 a 2012, sendo 156 técnicos de enfermagem, 32 enfermeiros e 31 auxiliares de enfermagem.

4.6. População do estudo e critérios de seleção

A população-alvo do estudo foi constituída por todos os 156 técnicos de enfermagem e pelos 32 enfermeiros atuantes nos seis hospitais gerais da cidade de Uberlândia e que sofreram AT com material biológico, no período de 2010 a 2012. Foram incluídos no estudo os técnicos de enfermagem e enfermeiros de ambos os sexos, que estavam em atividade durante o período de coleta de dados e aqueles que concordaram em responder ao instrumento de coleta de dados, após assinatura do TCLE. Foram excluídos da pesquisa de campo os técnicos de enfermagem e enfermeiros que estavam em férias, licença saúde, em afastamento do trabalho, os demitidos e os profissionais que participaram das etapas de análise semântica e pré-teste.

Dessa forma, a amostra para o estudo de campo foi composta por 137 trabalhadores de enfermagem (119 técnicos de enfermagem e 18 enfermeiros). As recusas em participar do estudo, ocorreram com cinco profissionais, sendo quatro técnicos de enfermagem e um enfermeiro. As causas das recusas foram o relato de falta de interesse em participar (dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro) e desistência, ou seja, dois técnicos de enfermagem concordaram inicialmente em participar, assinaram o TCLE, mas não devolveram o instrumento preenchido até o momento do encerramento de toda a coleta de dados.

Apesar da primeira autora do estudo, realizado em Taiwan, ter autorizado a inserção das três categorias da enfermagem, juntamente com a inserção dos enfermeiros não acidentados por material biológico, conforme já descrito, essas inserções não foram totalmente efetivadas.

A alteração referente à inserção das três categorias da enfermagem ocorreu apenas na etapa de análise semântica, que apresentou, como um de seus resultados, a necessidade de exclusão da categoria dos auxiliares de enfermagem das próximas etapas realizadas após

a análise semântica. Dessa forma, essa categoria não participou da etapa de pré-teste e foi também excluída da amostra do estudo de campo.

Em relação à inserção dos trabalhadores de enfermagem não acidentados por material biológico, essa opção foi descartada, visto que não permitiria a comparação dos resultados obtidos entre essa investigação e o estudo de validação do instrumento original e, além disso, o foco do instrumento original é o profissional de saúde acidentado com material biológico.

4.7 Coleta de dados

4.7.1 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, no local e no horário de trabalho de cada trabalhador de enfermagem, após a autorização dos diretores dos hospitais. O período de coleta foi de novembro de 2012 a fevereiro de 2013.

A relação dos trabalhadores de enfermagem expostos acidentalmente a material biológico, no período de 2010 a 2012, foi solicitada ao SESMT de cada instituição. Em contato com as Coordenações de Enfermagem de cada hospital, foram identificados os profissionais que estavam ausentes.

Após definição dos profissionais de enfermagem que atendiam os critérios de seleção estabelecidos, o início da coleta de dados foi agendado em reunião com as chefias de enfermagem, onde foi solicitada a divulgação da realização da pesquisa e do início da coleta de dados e informações sobre o local e horário de trabalho de cada integrante da amostra.

Antes do início da coleta de dados, 36 participantes da amostra do estudo de campo (18 enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem) foram sorteados para participação também na amostra do teste-reteste, caso concordassem. Como o total de enfermeiros, dos seis hospitais, era exatamente o número definido de sujeitos dessa categoria necessários para a amostra dessa etapa, todos os representantes dessa categoria foram incluídos no teste-reteste. Os 18 técnicos de enfermagem, necessários para compor essa amostra, foram sorteados, com base na lista de profissionais dessa categoria, antes do início da coleta de dados do estudo.

Os participantes do estudo foram procurados individualmente, no seu local e horário de trabalho, pela pesquisadora e convidados a participar voluntariamente do estudo e registrar sua concordância por meio de assinatura do TCLE (em duas vias). Na ocasião, era entregue a cada sujeito o instrumento de coleta de dados e agendado dia e horário para devolução do mesmo. Em média, o tempo de devolução do instrumento preenchido foi de 15 dias. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o ACPETS - “Adesão às condutas pós-exposição entre trabalhadores de saúde” (Versão Português Final do *Comply with post-exposure management among health care workers*).

Após a devolução dos instrumentos respondidos, os participantes da amostra do teste-reteste, foram convidados a participar dessa segunda etapa, após esclarecimentos dos objetivos da mesma e da determinação do intervalo de 30 dias, entre a primeira e a segunda participação (reteste). Um novo contato foi agendado com aqueles que concordaram em participar, respondendo pela segunda vez o instrumento de coleta de dados, considerando o intervalo determinado. Todos os sujeitos foram convidados, com exceção de quatro profissionais que estavam afastados (dois técnicos de enfermagem e dois enfermeiros inativos) e um enfermeiro, que já havia recusado a participação no estudo de campo. Dessa forma, a amostra para o teste-reteste foi constituída por 31 profissionais (16 técnicos de enfermagem e 15 enfermeiros).

4.8 Processamento e análise dos dados

Após elaboração de uma codificação numérica para todas as respostas às variáveis dos instrumentos de coleta de dados, os dados foram armazenados no programa Excell (versão 2010), com utilização da técnica de validação por dupla entrada (digitação), objetivando o diagnóstico e eliminação de possíveis erros de digitação. Após verificação e correção de dados digitados de forma inconsistente nas duas digitações, os dados foram transferidos para o aplicativo SPSS, versão 17, para serem processados e analisados.

Para uniformidade do texto do presente estudo, facilitando a descrição e análise dos resultados, todas as dimensões do instrumento e suas subdivisões foram denominadas como sendo subescalas do instrumento. Dessa forma, temos a subescala 1 (**Atitude**), subescala 2 (**Normas Subjetivas** e suas subdivisões: **Normas de Registro**, **Normas de**

Profilaxia Pós-exposição e Normas de Seguimento), subescala 3 (**Conhecimento**), subescala 4 (**Autoeficácia**), subescala 5 (**Recursos**) e subescala 6 (**Intenção**).

Análises descritivas dos dados foram realizadas para todas as variáveis envolvidas. As variáveis numéricas como a idade e tempo de trabalho foram descritas segundo medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão). Para as variáveis categóricas como, por exemplo, sexo, setor de trabalho, profissão, escolaridade, estado civil, participação em treinamentos, exposição ao risco ocupacional, entre outras, foram realizadas frequência simples, com as devidas proporções.

Foram descritas a distribuição das respostas ao instrumento, verificando a existência do efeito *floor* e efeito *ceiling*, que são considerados presentes quando mais de 15% dos sujeitos participantes fazem a opção pelo maior ou menor escore possível para cada uma das dimensões do instrumento de medida (TERWEE et al., 2007).

Para a avaliação das correlações entre cada uma das subescalas e todas as demais, realizada para a descrição da unidimensionalidade do instrumento, foram calculados os coeficientes de correlação linear de Pearson, de acordo com os estudos realizados por (DANTAS; SILVA; CIOL, 2013; FEGADOLLI et al., 2010; FERREIRA et al., 2008; MEDINA-CASTRO, 2007; PELEGRINO et al., 2011; XAVIER et al., 2011).

A validade de face da versão adaptada do instrumento foi realizada pelo Comitê de Especialistas.

Para a realização das análises descritivas relacionadas à subescala **Normas Subjetivas** (análise descritiva e análise MTMM), foi mantida a estrutura utilizada no estudo de validação do instrumento original que subdividiu a dimensão em três: **Normas de Registro**, **Normas de Profilaxia Pós-exposição**, **Normas de Seguimento** e os cálculos dos escores relacionados a cada subdivisão, conforme descrito.

A subescala **Normas Subjetivas** possui uma característica que favoreceu o aparecimento de “não resposta” (*missing data*) em alguns itens, como aqueles que contêm afirmações que, algumas vezes, não eram aplicáveis a determinados sujeitos. Portanto, na maioria das análises referentes a essa dimensão, ou seja, as análises descritivas, a análise MTMM, a estimativa da consistência interna dos itens (alfa de Cronbach), foram considerados apenas os itens válidos, ou seja, os 94 participantes que responderam a todos os itens. Para as demais escalas foram considerados os 137 sujeitos (**Atitude**, **Conhecimento**, **Autoeficácia**, **Recursos**, **Intenção**).

A subescala **Conhecimento** recebeu tratamento diferenciado em seus itens, visto que o formato das respostas dessa subescala é dicotômico. Segundo Laros (2005), uma estratégia para lidar com itens dicotômicos é o agrupamento de itens, de forma a gerar escores (chamados parcelas de itens), provenientes das somas de dois ou mais itens semelhantes. Seguindo a proposta de Laros (2005), para a realização da análise MTMM, os itens da subescala **Conhecimento** foram agrupados, levando-se em consideração as semelhanças nos conteúdos dos itens. A subescala foi subdividida em três parcelas de itens, da seguinte forma: **E3.1** - grupo com conteúdos relacionados à condutas pós-exposição a material biológico (itens 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.10); **E3.2** - grupo com conteúdos relacionados ao uso de medicamentos (itens 3.2, 3.4, 3.13); **E3.3** - grupo relacionado a outros conteúdos (itens 3.1, 3.6, 3.9, 3.11, 3.12).

A subescala **Recursos** teve um item com “não resposta” (*missing data*), cujo valor foi substituído pela média dos itens que compõem a subescala, do respectivo sujeito, baseando-se nos critérios de Cohen e Cohen (1983), quando estabelecem que caso ocorra o não preenchimento de 20% ou mais de respostas por algum sujeito, esse deve ser retirado da amostra. As respostas relacionadas à questão inserida logo após essa subescala, que solicitou ao participante que escolhesse quais as condutas que a sua unidade de trabalho ou hospital adotavam para prevenção à exposição a material biológico, foram apresentadas de forma descritiva.

A fidedignidade da versão adaptada foi verificada pela consistência interna de seus itens, com formato de resposta politômicas e dicotômicas, analisados pelo coeficiente alfa de Cronbach e coeficiente de Kuder-Richardson, respectivamente. Para a realização da análise da consistência interna dos itens da subescala **Normas Subjetivas** foram considerados todos os 16 itens, da mesma forma que no estudo de validação do instrumento original.

A avaliação da fidedignidade pela avaliação da estabilidade da medida também foi calculada, por meio do teste-reteste, com a utilização do ICC, analisado de acordo com a classificação de McDowell e Newell (1996).

A análise multitraço-multimétodo (MTMM) foi utilizada para avaliação da validade de constructo convergente e divergente da versão adaptada.

O critério utilizado para a análise da força de correlações foi proposto por Ajzen e Fishbein (1980) que consideram os valores de correlação abaixo de 0,30 como sendo

correlações de pouco valor para a prática, mesmo que estatisticamente significantes; os valores próximos a 0,30 como sendo uma correlação satisfatória; os valores entre 0,30 e 0,50 uma correlação de moderada magnitude e valores acima de 0,50, correlações de forte magnitude. Apesar de existirem outros autores que classificam a força de correlação entre variáveis, a classificação escolhida é de autoria dos mesmos autores do referencial teórico utilizado na elaboração do instrumento em estudo, e que também permite a medida de correlações entre medidas variáveis latentes, de construtos subjetivos.

O valor do nível de significância adotado nesse estudo foi de 0,05 ($\alpha = 0,05$).

4.9 Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), conforme mostra o documento comprobatório, Protocolo nº 041/12 (**ANEXO O**). O nome do instrumento constante no título do projeto, informado nesse parecer, encontra-se diferente do nome do instrumento utilizado neste estudo, pois o mesmo foi modificado durante a realização das etapas de tradução e adaptação cultural, quando incluímos o nome em inglês, fornecido pela primeira autora do instrumento original.

Atendendo a Resolução 196/96, foi elaborado o TCLE, que garante a participação livre e voluntária dos sujeitos da pesquisa, bem como o seu anonimato e o sigilo sobre as informações coletadas (BRASIL, 1996). As duas vias do TCLE foram assinadas pela pesquisadora e por todos os sujeitos participantes, sendo que uma via foi entregue ao sujeito e a outra via foi arquivada pela pesquisadora.

Da mesma forma, os membros do Comitê de Especialistas da etapa de validação de face assinaram o Termo de Concordância, o qual apresentava os objetivos, procedimentos do estudo, orientações sobre a participação, como também a garantia de que este estudo obedece as determinações éticas brasileiras.

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

Em relação à distribuição dos profissionais de enfermagem que foram expostos a material biológico, no período de 2010 a 2012, e que atuam nos seis hospitais, foram identificados 219 profissionais de enfermagem na documentação fornecida pelos SESMT, representando 10,1% do total de trabalhadores dessas instituições. Essa distribuição está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem acidentados com material biológico, no período de 2010 a 2012, de acordo com as categorias profissionais da enfermagem, segundo os hospitais participantes. Uberlândia, MG, 2014

Hospitais	Profissionais de enfermagem acidentados	Auxiliares de enfermagem	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem
H1	110	30	18	62
H2	03	0	02	01
H3	35	0	07	28
H4	23	01	01	21
H5	33	0	03	30
H6	15	0	01	14
TOTAL	219	31	32	156

O total de profissionais de enfermagem expostos acidentalmente a material biológico no triênio estudado, nos hospitais, de acordo com cada etapa do estudo, número de inativos, número de recusas e hospital participante está apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem expostos acidentalmente a material biológico, no período de 2010 a 2012, de acordo com as etapas percorridas do estudo, número de inativos, número de recusas e hospital participante. Uberlândia, MG, 2014

Hospitais	Análise semântica	Pré-teste	Estudo de campo	Inativos	Recusa	Profissionais de enfermagem acidentados
H1	15	02	54	10	04	110
H2	0	02	01	0	0	03
H3	0	02	30	03	0	35
H4	0	02	18	01	01	23
H5	0	02	26	05	0	33
H6	0	02	08	05	0	15
TOTAL*	15	12	137	24	05	219

(*) Considerado, para o cálculo do TOTAL, 26 auxiliares de enfermagem que foram excluídos após a etapa de análise semântica.

Todos os profissionais de enfermagem que atenderam os critérios de seleção foram incluídos na amostra do estudo, totalizando 164 profissionais elegíveis. Desse total, 15 sujeitos participaram das etapas de análise semântica, 12 sujeitos da etapa de pré-teste e 137 da etapa de pesquisa de campo. Dos 31 auxiliares de enfermagem que foram expostos a material biológico no período estudado nos seis hospitais, cinco participaram da etapa de análise semântica e 26 foram excluídos após a realização dessa etapa, como descrito no item Material e Métodos. Destacamos o número reduzido de recusas ocorridas (1,9%).

Os profissionais de enfermagem incluídos na amostra da pesquisa de campo foram divididos em duas categorias profissionais: técnicos de enfermagem (119; 86,9%) e enfermeiros (18; 13,1%). O Hospital 1 (público federal) apresentou maior número de trabalhadores, nas duas categorias. A distribuição das duas categorias da enfermagem, por hospital, está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais do estudo de campo (n=137), segundo categoria profissional e hospital participante. Uberlândia, MG, 2014

Hospitais	Enfermeiros n (%)	Técnicos de enfermagem n (%)	Estudo de campo n (%)
H1	10 (7,3)	44 (32,1)	54 (39,4)
H2	1 (0,7)	0	1 (0,7)
H3	5 (3,7)	25 (18,2)	30 (21,9)
H4	0	18 (13,1)	18 (13,1)
H5	2 (1,5)	24 (17,5)	26 (19,0)
H6	0	8 (5,8)	08 (5,8)
TOTAL	18 (13,1)	119 (86,9)	137 (100)

Em relação aos resultados obtidos como instrumento de coleta de dados, a primeira parte de caracterização do instrumento de coleta de dados (Dados básicos) contém informações sobre as variáveis pessoais e profissionais dos participantes do estudo de campo. As características sociodemográficas desses participantes estão apresentadas na Tabela 4.

Em relação aos resultados do total da amostra da etapa de estudo de campo (n=137) observamos que 120 (87,6%) sujeitos eram do sexo feminino, sendo 72 (52,6%) com nível técnico e 62 (45,3%) casados. A idade média encontrada foi de 34,5 anos (dp=8,7), com mediana de 33,0 e intervalo (Mín–Máx) de 19 a 58 anos.

As variáveis relacionadas às características profissionais mostraram média de 7,5 anos (dp=7,2), com mediana de 5,0 e intervalo (Mín–Máx) de zero a 33 anos para o tempo de trabalho na área da saúde. Com relação a essa medida, como ela foi calculada em anos, alguns sujeitos tinham menos de um ano de trabalho (6; 4,4%), o que justifica o valor zero apresentado nesse resultado.

Tabela 4 - Características sociodemográficas dos profissionais do estudo de campo, segundo dados pessoais e profissionais. Uberlândia, MG, 2014

Variáveis pessoais (n=137)	n (%)
Sexo	
Feminino	120 (87,6)
Masculino	17 (12,4)
Escolaridade	
Ensino médio	16 (11,7)
Ensino técnico	72 (52,6)
Ensino superior	27 (19,7)
Especialização/mestrado	21 (15,3)
Ignorado	1 (0,7)
Estado civil	
Casado	62 (45,3)
Solteiro	51 (37,2)
União estável	14 (10,2)
Divorciado	10 (7,3)
Variáveis profissionais (n=137)	
Sector de trabalho	
Outros setores	43 (31,4)
Unidade de internação - Clínica	22 (16,0)
Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - Adulto	22 (16,0)
Emergência	14 (10,2)
Unidade de internação - Cirúrgica	10 (7,3)
C. Cirúrgico	9 (6,6)
Mais de um setor	9 (6,6)
Central de Material Esterilizado	8 (5,8)
Profissão	
Técnico de enfermagem	119 (86,9)
Enfermeiro	18 (13,1)
Realização de exame admissional	
Sim	136 (99,3)
Não	1 (0,7)
Exames para detectar o vírus da aids	
Negativo	103 (75,2)
Não sabe ou nunca fez	26 (19,0)
Ignorado	7 (5,1)
Positivo	1 (0,7)
Exames para detectar o vírus da hepatite B	
Negativo	117 (85,4)
Não sabe ou nunca fez	11 (8,0)
Ignorado	5 (3,7)
Positivo	4 (2,9)
Exames para detectar o vírus da hepatite C	
Negativo	110 (80,3)
Não sabe ou nunca fez	21 (15,3)
Ignorado	5 (3,7)
Positivo	1 (0,7)

continua...

...continuação

Programa educativo	
Sim	98 (71,5)
Não	36 (26,3)
Ignorado	3 (2,2)
Número de acidentes de trabalho	
1	72 (52,6)
>1	65 (47,4)
Número de notificações realizadas (para o profissional com mais de um acidente)	
1	8 (12,3)
2	38 (58,5)
3	10 (15,4)
Ignorado	9 (13,8)

Na Tabela 4 estão apresentadas, também, as variáveis profissionais dos participantes do estudo de campo. Quanto ao setor de trabalho informado por 19 sujeitos (13,9%) dessa etapa, nove setores apresentaram baixo valor percentual (menor que 5%), sendo, por esse motivo, agregados ao valor percentual da opção de resposta “outros setores”, que foi escolhida por 24 (17,5%) sujeitos, cujo setor de trabalho não estava listado como opção de resposta. Por esse motivo, os dados da Tabela 4 indicam apenas esse valor agregado (43; 31,4%). Portanto, na opção “outros setores”, foram citados o Setor de Transplantes, Setor de Imagens, Setor de Psiquiatria, Berçário, Ambulatório, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Queimados, Unidade de Moléstias Infecciosas, Maternidade, Centro Obstétrico e unidades de internação com mais de uma especialidade. Além desses valores, foram encontrados 6,6% dos sujeitos trabalhando em mais de um setor.

Quanto aos exames admissionais, a maioria dos sujeitos (136; 99,3%) informou ter realizado exames na atual instituição onde trabalha, sendo que os resultados mostraram-se negativos para detecção do vírus da aids em 103 (75,2%) sujeitos, para o vírus da hepatite B em 117 (85,4%) sujeitos e para o vírus da hepatite C em 110 (80,3%) sujeitos. Alguns profissionais (58; 42,3%) optaram pela resposta “Não sabe ou nunca fez” o exame para detectar a presença do vírus da aids (26; 19,0%), do vírus da hepatite B (11; 8,0%) e para o vírus da hepatite C (21; 15,3%). A frequência de resultados positivos informada para esses exames foi de 0,7% (HIV), 2,9% (HBV) e 0,7% (HCV). A participação em programas educativos de prevenção à exposição a material biológico ocorreu para 98 (71,5%) sujeitos, mas 36 sujeitos (26,3%) relataram não ter participado de programas preventivos sobre o tema.

Pouco mais da metade dos sujeitos (72; 52,6%) relatou a ocorrência de apenas um acidente de trabalho com material biológico, sendo que 65 (47,4%) sujeitos informaram a ocorrência de mais de um acidente. Apenas os sujeitos que relataram a ocorrência de mais de um acidente respondiam também sobre a notificação dos mesmos. Dessa forma, em relação à notificação dos acidentes de trabalho ocorridos, os 65 sujeitos (47,4%) informaram ter notificado um (8; 12,3%), dois (38; 58,5%) e três (10; 15,4%) acidentes e nove sujeitos (13,8%) não responderam a essa questão.

5.2 Caracterização da exposição ocupacional a material biológico

Os resultados referentes à segunda parte do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* (Exposição ao risco ocupacional a material biológico) descrevem as circunstâncias da ocorrência do último acidente de trabalho com material biológico, ocorrido com os participantes da etapa do estudo de campo.

Foram incluídos no estudo de campo os profissionais de enfermagem que sofreram acidentes de trabalho com exposição a material biológico no período de 2010 a 2012. Os acidentes ocorridos no ano 2012 foram computados até o dia 30 de setembro, pois a coleta de dados seria iniciada no dia 01 de novembro. Apesar de computados apenas nove meses, o ano 2012 mostrou o maior percentual de sujeitos acidentados (67; 48,9%), sendo que, no ano 2010, 29 (21,2%) sujeitos apresentaram acidentes e, no ano 2011, 41 (29,9%) sujeitos, mostrando frequência em crescimento, nesses três anos.

Entre as causas da exposição a material biológico, o manuseio de agulha e material após o uso (separar, limpar, descartar e outros) foi a mais citada pelos sujeitos participantes (29; 21,2%), seguida da remoção manual da agulha após punção venosa (12; 8,8%), do ferimento durante o uso de material (queda do material ou colisão entre paciente e material) (10; 7,3%), do ferimento por materiais perfurocortantes deixados em locais inadequados (cama do paciente ou no chão), citada por nove (6,6%) sujeitos e do manuseio de material para reutilização (separar, desinfetar, esterilizar e outros), escolhida por sete (5,1%) sujeitos. Mais de uma causa foi a opção de resposta escolhida por seis (4,4%) sujeitos. Outros 28 participantes optaram por outras causas que apresentaram percentuais menores ou iguais a cinco, e dois sujeitos não responderam a essa questão. O maior percentual foi

atribuído à opção de resposta “Outras causas”, escolhida por 34 (24,8%) sujeitos, que registraram a não utilização de EPI, a ocorrências ocasionadas por respingos de material biológico (aspiração de traqueostomia, manipulação de sonda vesical, respingo de secreção abdominal nos olhos durante a cirurgia, manipulação de respirados) e as ocorrências com material cirúrgico contaminado.

Quanto ao material envolvido na exposição ocupacional, a maior parte dos sujeitos identificou as agulhas (93; 67,9%). O material cirúrgico foi citado por cinco (3,7%) sujeitos. Tanto as lâminas (2,9%) como as agulhas de sutura (2,9%) foram citadas por quatro sujeitos, respectivamente. A opção “outros materiais” foi escolhida por 29 (21,2%). Um sujeito (0,7%), que se acidentou três vezes, informou que em seus acidentes de trabalho, mais de um material esteve envolvido (agulha de sutura, lâmina e vidro) e um sujeito (0,7%) não respondeu a essa questão.

Prosseguindo na descrição das características do último acidente de trabalho ocorrido, uma das questões do instrumento solicitava que o participante escolhesse a opção relacionada à fonte de exposição, ou seja, se ela era conhecida ou desconhecida. No caso da fonte ser conhecida, o participante respondia se o material envolvido no acidente de trabalho com exposição a material biológico era contaminado ou não. Se o material fosse contaminado, o participante respondia sobre a realização e resultados dos exames para detecção do vírus da aids, hepatite B e hepatite C, nesse paciente-fonte.

Os resultados mostram que 120 (87,6%) participantes do estudo de campo sofreram exposições ocupacionais a material biológico com fontes conhecidas, e, com 15 (10,9%) participantes, as exposições ocorreram com fontes desconhecidas. Dois (1,5%) participantes não responderam à questão. Entre os 120 (87,6%) sujeitos que sofreram exposições ocupacionais a material biológico com fontes conhecidas, 103 (75,2%) responderam que o material envolvido nesse acidente havia sido exposto ao paciente-fonte, ou seja, a fonte era conhecida e contaminada. Apenas 15 (10,9%) sujeitos responderam que a fonte era conhecida e não contaminada, ou seja, o material envolvido não tinha entrado em contato com o paciente. Nessa questão, dois (1,5%) sujeitos não apresentaram a resposta.

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos 103 (75,2%) profissionais do estudo de campo que se acidentaram com material biológico de fonte conhecida e contaminada, com as informações relacionadas à realização e resultados dos exames do paciente-fonte, para detecção do vírus da aids, hepatite B e hepatite C.

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais do estudo de campo que se acidentaram com material biológico de fonte conhecida e contaminada (n=103), segundo a realização de exames para detecção de vírus. Uberlândia, MG, 2014

EXAMES REALIZADOS	n	%
AIDS		
Resultado negativo	91	88,4
Resultado positivo	2	1,9
Não sabe ou não foi examinado	8	7,8
Ignorado	2	1,9
HEPATITE B		
Resultado negativo	86	83,5
Resultado positivo	2	1,9
Não sabe ou não foi examinado	13	12,6
Ignorado	2	1,9
HEPATITE C		
Resultado negativo	82	79,6
Resultado positivo	4	3,9
Não sabe ou não foi examinado	15	14,6
Ignorado	2	1,9

O tipo de exposição mais frequente entre as ocorrências de acidentes de trabalho da maioria dos participantes da etapa de estudo de campo (110; 80,3%) foi a exposição percutânea, ou seja, lesão provocada por instrumentos perfurantes e cortantes como, por exemplo, agulhas, bisturi, vidrarias. As lesões de mucosas, ocasionadas por respingos de material biológico no olho, nariz, boca ou genitália, caracterizaram o tipo de exposição de 23 (16,8%) sujeitos. As lesões cutâneas (contato com pele não íntegra, como no caso de dermatites ou feridas abertas) foram descritas nos acidentes de trabalho de quatro (2,9%) sujeitos. Não ocorreram casos de exposição por mordedura humana com presença de sangue.

Em relação ao EPI utilizado no momento da exposição acidental a material biológico, as luvas de látex (simples) foi o equipamento de proteção mais referido pelos participantes da etapa de estudo de campo (60; 43,8%), os quais referiram usar apenas um equipamento no momento do acidente de trabalho. Outros equipamentos descritos, porém, com menores percentuais, foram: máscara cirúrgica (3; 2,2%), óculos de proteção (1; 0,7%) e sapatos fechados (1; 0,7%).

Um grande número de sujeitos (55; 40,2%) informou estar usando mais de um EPI no momento da exposição ocupacional, no entanto, 15 (10,9%) sujeitos não utilizavam qualquer equipamento de proteção na ocasião do acidente. A opção “Outros” equipamentos foi escolhida por um (0,7%) sujeito e esse mesmo percentual (0,7%) não respondeu.

As condutas pós-exposição ocupacional a material biológico foram caracterizadas por várias questões que compunham a segunda parte de caracterização do instrumento de coleta de dados. Os temas abordados nessas questões incluem recomendações sobre o tempo necessário para a notificação de acidente de trabalho, fornecidas pela instituição onde o sujeito trabalhava; a informação sobre a unidade procurada pelo participante da etapa do estudo de campo para comunicar o seu acidente de trabalho; a definição do tempo para a avaliação de exames médicos realizados depois do acidente e o tempo de acesso ao exame do paciente-fonte; o oferecimento, por algum profissional, de aconselhamento psicológico após o acidente e a utilização de medicamentos ou vacinação depois do acidente.

De acordo com 123 (89,7%) participantes da etapa de estudo de campo, a sua instituição empregadora recomendou a necessidade de notificação imediata do acidente de trabalho. Outros tipos de recomendações como, por exemplo, a notificação ser necessária em até 24 horas, foi citada por cinco (3,7%) participantes, em até 8 horas foi citada por dois (1,5%) sujeitos e no prazo de um a três dias após o acidente foi a opção escolhida por um (0,7%) sujeito. A recomendação fornecida pela instituição empregadora era desconhecida para cinco (3,7%) profissionais de enfermagem e um (0,7%) não respondeu.

A unidade mais procurada pelos participantes para realização da notificação do acidente de trabalho foi o Serviço de Saúde do Trabalhador do seu local de trabalho (100; 73%). Outros sujeitos (31; 22,6%) informaram ter procurado outro setor para a realização dessa notificação, entre eles a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do seu hospital, o Pronto-Socorro da instituição onde atuam e uma Unidade de Atendimento

Integral, pertencente à Prefeitura Municipal de Uberlândia e que é referência para acidentes de trabalho das empresas privadas. Outros participantes responderam que procuraram a supervisão de enfermagem, sem informar se realizaram a comunicação do acidente apenas para seus chefes imediatos ou se comunicaram, também, o setor responsável pela notificação de acidente de trabalho da instituição. A questão não foi respondida por seis (4,4%) sujeitos.

Muitos participantes (75; 54,7%) informaram ter realizado exame médico e laboratorial, imediatamente após a ocorrência do acidente de trabalho. Outros participantes realizaram essa avaliação em até oito horas (26; 19,0%), nove (6,6%) realizaram em até 24 horas, 13 (9,4%) fizeram a avaliação depois de dois a três dias e dois (1,5%) realizaram essa avaliação dias depois da ocorrência do acidente. A avaliação dos exames médicos e laboratoriais, após o acidente, não ocorreu para 10 (7,3%) dos participantes e dois (1,5%) não responderam.

Quanto ao acesso aos exames do paciente-fonte, após o acidente, 34 (24,8%) participantes informaram que tiveram acesso imediato a esses exames, enquanto 30 (21,9%) participantes só tiveram acesso depois de decorridas oito horas do acidente, 22 (16,0%) após o tempo de 24 horas da ocorrência e 19 (13,9%) participantes só tiveram acesso aos exames do paciente-fonte após dois a três dias. Esse acesso só ocorreu dias depois da ocorrência do acidente para três (2,2%) participantes e 27 (19,7%) não tiveram acesso aos exames do paciente-fonte. A questão não foi respondida por dois (1,5%) sujeitos.

Apenas 34 (24,8%) sujeitos referiram ter recebido aconselhamento psicológico após a exposição ocupacional a material biológico, realizado por profissionais da área da saúde e também por profissionais da área da Saúde do Trabalhador das instituições empregadoras, e 102 (74,5%) sujeitos referiram não ter recebido esse aconselhamento. Um (0,7%) sujeito não respondeu a essa questão.

Em relação à questão inserida, logo após a subescala **Recursos**, que solicitou ao participante que escolhesse quais as condutas que a sua unidade de trabalho ou hospital adotavam para prevenção a exposição à material biológico, foram encontrados 60 participantes (43,8%) indicando a utilização de agulhas com dispositivo de segurança, cinco participantes (3,7%) citando o programa educativo pré-admissional. As opções, dispositivos que não usam agulhas (0,7%), auxílio-tratamento (0,7%) e outras (0,7%) condutas foram escolhidos por apenas um participante, cada uma. A opção de resposta que indicava que o

hospital utilizava mais de uma conduta para prevenção à exposição a material biológico foi escolhida por 61 (44,5%) participantes que citaram, mais frequentemente, as seguintes condutas: as agulhas com dispositivo de segurança (citadas 57 vezes), o programa educativo pré-admissional (citado 31 vezes), o auxílio-tratamento (citado 26 vezes) e os dispositivos que não usam agulhas (citados 15 vezes). Nenhum sujeito indicou as condutas: afastamento do trabalho em decorrência do acidente e a orientação e acompanhamento psicológico. A opção “nenhuma conduta é adotada” foi escolhida por oito participantes (5,8%).

Entre os participantes acidentados, 15 (10,9%) iniciaram o uso de medicamentos ou vacinação preventiva depois do acidente. Entre esses participantes, o medicamento preventivo, isoladamente, foi prescrito para nove (60,0%) participantes, a HBIG, isoladamente, não foi prescrita para qualquer sujeito, a associação de medicamento preventivo e HBIG foram prescritas para cinco (33,3%) sujeitos e um (6,7%) não informou o que continha a prescrição. A grande maioria dos participantes (121; 88,3%) não iniciou o uso de nenhuma profilaxia pós-exposição, devido ao fato de que os resultados dos exames do paciente-fonte foram negativos e/ou porque a vacinação preventiva contra a hepatite B encontrava-se regularizada. Apenas um (0,7%) sujeito não indicou se recebeu ou não a profilaxia pós-exposição.

Em relação ao tempo decorrido entre o acidente e o início da profilaxia pós-exposição por parte dos 15 sujeitos que receberam essa prescrição, esse início foi imediato para 20,0% (três participantes, com prescrição de medicamento e vacina) e em até oito horas para 6,7% (um sujeito, com prescrição de medicamento e vacina). O início apenas do medicamento ocorreu, imediatamente, para cinco participantes (33,3%) e três (20,0%) iniciaram em até oito horas, e para um participante (6,7%) o início da profilaxia recomendada ocorreu em até 24 horas. Somente um sujeito (6,7%) iniciou apenas a profilaxia com medicamentos imediatamente e a vacinação foi iniciada em até 8 horas, e um sujeito (6,7%) não respondeu à questão.

O instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, apesar de ser dividido em três partes (Dados básicos, Exposição ao risco ocupacional material biológico e as seis subescalas relacionadas aos constructos da TCP), possui questões de caracterização, que buscam relacionar as circunstâncias do acidente de trabalho ocorrido com as subescalas que abordam as dimensões da TCP, entre elas as **Normas Subjetivas** e **Controle Comportamental Percebido**.

Buscando uma associação com a dimensão **Normas Subjetivas**, foi questionado ao participante da etapa de estudo de campo se ele relatou para alguma pessoa, o fato de ele ter sofrido um acidente de trabalho com exposição a material biológico. A maioria dos participantes (135; 98,5%) respondeu positivamente à questão. Sendo assim, cada sujeito respondeu para qual pessoa ele relatou a ocorrência, escolhendo entre as opções de respostas disponíveis que incluíam os colegas de trabalho, o supervisor, os irmãos, os pais, o cônjuge ou namorado[a] e outros parentes ou amigos. O participante teve a opção de marcar mais de uma opção. Os resultados mostram que, entre as pessoas procuradas para que o sujeito relatasse a ocorrência, estavam o supervisor do setor de trabalho (39; 28,4%), um colega de trabalho (6; 4,4%), o cônjuge ou namorado[a] (2; 1,5%) e outros participantes (88; 64,2%) escolheram mais de uma resposta como resposta para essa questão, ou seja, relataram o seu acidente de trabalho a mais de uma pessoa. Entre aqueles que não relataram a ocorrência de acidente de trabalho com material biológico, estão dois (1,5%) participantes.

As respostas dos participantes que relataram o seu acidente de trabalho a mais de uma pessoa (88; 64,2%) indicam que as pessoas relacionadas aos contatos profissionais do sujeito foram escolhidas 151 vezes (o colega de trabalho foi citado 75 vezes e o supervisor, 76 vezes). As pessoas relacionadas aos contatos familiares do participante foram escolhidas 110 vezes (os irmãos foram citados 22 vezes, os pais, 35 vezes, e o cônjuge ou namorado[a]), 53 vezes).

A associação com a dimensão **Controle Comportamental Percebido** foi investigada com duas questões abertas, inseridas logo após a subescala **Intenção**, relacionadas às facilidades e dificuldades encontradas pelo participante do estudo de campo para cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho. Os participantes optaram algumas vezes por não responder, ou citavam uma ou mais dificuldades e/ou facilidades.

A questão sobre as dificuldades encontradas para cumprir as condutas pós-exposição não foi respondida por 13,8% dos participantes e 44,5% responderam que não tiveram qualquer dificuldade. Entre as dificuldades citadas pelos participantes, algumas se relacionavam ao momento do primeiro atendimento após a exposição (burocracia, demora e dificuldades no atendimento, marcação de consulta para retorno, preenchimento das fichas de notificação, ter que sair do hospital onde trabalhava para realizar a notificação, não realização de teste rápido para HIV no horário noturno), ou aos sentimentos vivenciados

pelo participante ante o acidente ocorrido (ansiedade, desgaste emocional, nervosismo), ou ao seguimento pós-exposição (esquecimento dos retornos agendados e das coletas de sangue, dificuldades para coletar o sangue e para verificação dos resultados dos exames). Algumas dificuldades se relacionavam também à percepção do participante a respeito dos sentimentos/comportamentos de terceiros, diante de sua situação de acidentado (falta de compreensão, de interesse da chefia, intolerância, indiferença, falta de orientação e comunicação, falta de auxílio do próprio hospital) e outras dificuldades se relacionavam ao uso de medicamentos, como o fato de ter que comprar os mesmos e a presença de efeitos colaterais.

Quanto às facilidades encontradas para a adoção das recomendações pós-exposição, os participantes do estudo informaram que receberam orientação, compreensão, ajuda e apoio da equipe de enfermagem, além da colaboração e disponibilidade da chefia, da equipe do SESMT e dos gestores do hospital onde trabalhavam. A questão não foi respondida por 20,4% dos participantes do estudo de campo e o mesmo percentual foi encontrado para os participantes que relataram não ter encontrado facilidades para adotar as condutas pós-exposição.

A última questão relacionada à caracterização da exposição ocupacional a material biológico refere-se aos sintomas apresentados após essa exposição. Os resultados mostram que os sintomas que obtiveram maior percentual foram a ansiedade (19; 13,9%) e o estresse (11; 8,0%). Alguns sujeitos relataram a apresentação de mais de um sintoma (29; 21,2%) e muitos sujeitos referiram não apresentar nenhum sintoma após a exposição ocupacional à material biológico (78; 56,9%).

5.3 Análise semântica e pré-teste

A análise semântica da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* teve como finalidade identificar a aceitação, a relevância e a compreensão dos itens e das opções de respostas do instrumento a ser validado e se os participantes do estudo de campo teriam sugestões de modificação semântica em algum item. Para o alcance desse objetivo, foram utilizados três instrumentos: uma versão reduzida da **Versão Português Consenso 3 - VPC3** e os dois formulários de

avaliação semântica, elaborados pelo Grupo DISABKIDS® (DISABKIDS GROUP, 2002), denominados Formulário de Impressão Geral e Formulário Específico, que foram respondidos por 15 profissionais de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros), atuantes em um hospital público federal da cidade de Uberlândia, MG.

Como resultados dessa etapa, algumas alterações necessárias foram realizadas para melhorar a aceitação, o entendimento e a clareza dos itens integrantes da **Versão Português Consenso 3 - VPC3**.

Em relação às informações relacionadas à ocorrência de acidente com material biológico, foi questionado se o sujeito havia sofrido acidente de trabalho com agulhas. Nesse caso, a presença do termo “agulhas” causou dúvidas para os participantes que não se acidentaram com esse material, mas tiveram acidentes com material biológico, o que foi observado em dois sujeitos, sendo que um se acidentou com lâmina de bisturi e o outro não informou o tipo de material. Como as respostas a essa questão foram negativas, esses dois sujeitos não responderam aos dois itens subsequentes da questão, que solicitavam informações sobre o número de acidentes e quantos acidentes foram notificados. Assim, com a finalidade de adequar o instrumento à referida situação, o termo “agulhas” foi substituído pelo termo “material biológico” no instrumento.

Algumas alterações foram sugeridas para a segunda parte do instrumento (Exposição ao risco ocupacional a material biológico), porém, não eram provenientes de resultados obtidos durante a coleta de dados da análise semântica, visto que a segunda parte não foi incluída na versão reduzida utilizada para esse fim. No entanto, as questões referentes à exposição ao risco ocupacional a material biológico foram também analisadas, buscando a uniformidade e melhor clareza do texto em todo o instrumento, de acordo com as alterações sugeridas nas outras partes e em conformidade com os termos utilizados pela legislação brasileira vigente na área de Saúde do Trabalhador como, por exemplo, substituição dos “equipamentos” pelo termo “material” e o termo “dispositivo do equipamento” foi alterado para “dispositivo de segurança do material”.

Constatou-se que 13 (86,7%) dos 15 sujeitos participantes não questionaram o número de itens do instrumento, no entanto, dois (13,3%) sujeitos se manifestaram a esse respeito, considerando-o extenso e com grande gasto de tempo para o preenchimento.

O tempo aferido para o preenchimento da versão reduzida do instrumento e dos dois formulários utilizados para a análise semântica variou entre 23 minutos e 86 minutos, com média de 47 minutos. Nesse cálculo está incluído o tempo gasto com os comentários dos sujeitos, a resolução de dúvidas e, em alguns momentos, a narração da ocorrência do seu acidente com material biológico.

Na análise das respostas fornecidas no preenchimento do Formulário de Impressão Geral, a avaliação atribuída ao instrumento pelos 15 sujeitos participantes da etapa de Análise Semântica variou entre “muito bom” (53,3%) e “bom” (46,7%). Quanto à compreensão dos itens, 73,3% consideraram que os mesmos eram “fáceis de responder” e 26,7% consideraram que os itens eram “às vezes difíceis de responder”. A importância dos itens do instrumento mostrou resultados expressivos, com 86,7% atribuindo muita importância e 13,3% considerando que os itens eram “às vezes importantes”. Esses resultados estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Respostas dos profissionais de enfermagem às perguntas do Formulário de Impressão Geral (DISABKIDS GROUP, 2002), utilizado na etapa de análise semântica do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*. Uberlândia, MG, 2014

Itens do Formulário de Impressão Geral	Alternativas de respostas	Frequência de respostas (n = 15)
O que você achou do nosso questionário em geral?	Muito bom	8
	Bom	7
	Regular/mais ou menos	0
As questões são compreensíveis?	Fáceis de entender	11
	Às vezes difíceis de entender	4
	Não compreensíveis	0
E sobre as opções de resposta? Você teve alguma dificuldade em usá-las?	Nenhuma/sem dificuldade	6
	Algumas dificuldades	9
	Muitas dificuldades	0
As questões são importantes para a sua situação?	Muito importantes	13
	Às vezes importantes	2
	Nenhuma/sem importância	0

Entre os problemas diagnosticados com o preenchimento do Formulário de Impressão Geral, os resultados menos favoráveis foram encontrados na terceira questão, relacionados às opções de resposta. Entre os sujeitos que informaram esse tipo de

dificuldade, quatro eram auxiliares de enfermagem, três enfermeiros e dois técnicos de enfermagem. O único auxiliar de enfermagem que não relatou dificuldades com as opções de respostas possuía nível superior completo.

Em relação aos resultados obtidos com o Formulário Específico, verificou-se que, do total de 61 itens, 52 itens apresentaram respostas favoráveis às questões formuladas e apenas nove itens apresentaram problemas, sendo que alguns estavam relacionados às dificuldades de entendimento de alguns itens (itens 1.1, 3.3, 3.9 e 4.3), outros estavam relacionados à falta de clareza e consistência de algumas opções de respostas (itens 1.3, 1.8, 1.10 e 3.9) e apenas um à falta de importância atribuída a um item (item 3.8).

Cada item das subescalas foi avaliado por meio de três perguntas no Formulário Específico (Isso é importante para a sua situação? Você tem dificuldade para entender essa questão? As opções de respostas estão claras e consistentes [de acordo] com a questão?), obtendo-se, dessa forma, 183 respostas, sendo que 18 respostas tiveram avaliações negativas, entre essas, 11 respostas foram de auxiliares de enfermagem, cinco respostas de técnicos de enfermagem e duas respostas de enfermeiros.

Com o objetivo de amenizar as dificuldades encontradas e otimizar o entendimento do instrumento como um todo, algumas alterações foram realizadas e estão descritas no Quadro 2.

Item	Alteração	Redação anterior	Nova redação	Justificativa(s)
Todas as escalas	Inclusão de um texto de caráter geral e informativo, antes do início das seis subescalas	-	<i>Informação: Nas próximas páginas você responderá a seis escalas que possuem opções de respostas relacionadas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição accidental a material biológico</i>	Minimizar as dificuldades encontradas pelos sete sujeitos, relacionadas, provavelmente, às diferenças nos tipos de questões/itens e respostas entre as duas primeiras partes do instrumento e as seis subescalas
Escala 1 Opções de resposta	Substituição do termo “plenamente” por “totalmente”	<i>Discordo plenamente; Discordo; Sem opinião; Concordo; Concordo plenamente</i>	<i>Discordo totalmente; Discordo; Sem opinião; concordo; Concordo totalmente</i>	Simplificar as opções de resposta da escala, utilizando termos comuns (dois sujeitos relataram dificuldades nos itens 1.3, 1.8 e 1.10)
Escala 1 Item 1.1	Reformulação	<i>Avalio a gravidade da situação para determinar se devo notificar os acidentes com materiais perfurocortantes, pois eles são comuns no trabalho</i>	<i>Para determinar se devo ou não notificar os acidentes de trabalho com matérias perfurocortantes, avalio a gravidade da situação, pois esse tipo de acidente é comum no trabalho</i>	Melhorar o entendimento do item
Escala 2 Opções de resposta	Substituição de termos	<i>Discordo plenamente; Discordo; Sem opinião; Concordo; Concordo plenamente</i>	<i>Discordo totalmente; Discordo; Sem opinião; concordo; Concordo totalmente</i>	Simplificar as opções de resposta da escala, utilizando termos comuns (cinco sujeitos relataram dificuldades)
Escala 3 Item 3.3	Reformulação	<i>Caso ocorra exposição accidental do trabalhador já positivo para antígeno ou anticorpo da hepatite B, não é necessário adotar outra conduta</i>	<i>Se um trabalhador, que já é positivo para a hepatite B, for exposto accidentalmente a material biológico, não é necessário adotar outra conduta após a ocorrência da exposição</i>	Melhorar a clareza do item, que apresentou dificuldades de entendimento para dois sujeitos
Escala 3 Item 3.9	Reformulação	<i>A transmissibilidade do vírus da hepatite C (HCV) é superior ao vírus da hepatite B (HBV) e ao vírus da aids (HIV)</i>	<i>A capacidade de transmissão do vírus da hepatite C (HCV) é superior ao vírus da hepatite B (HBV) e ao vírus da aids (HIV)</i>	Melhorar a clareza do item, que apresentou dificuldades de entendimento para dois sujeitos
Escala 4 Opções de resposta	Substituição de termos	<i>Completamente inseguro; Inseguro; Sem opinião; Seguro; Completamente seguro</i>	<i>Estou muito inseguro; Estou inseguro; Sem opinião; Estou seguro; Estou muito seguro</i>	Melhorar a clareza do item, que apresentou dificuldades de entendimento para dois sujeitos

continua...

...continuação

Escala 4 Item 4.3	Reformulação	<i>Seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, identificando o resultado sorológico da fonte de exposição</i>	<i>Seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, identificando o resultado sorológico do pacient-fonte de exposição</i>	Melhorar a clareza do item, que apresentou dificuldades de entendimento para dois sujeitos
Escala 5 Item 5.1	Reformulação	<i>Quanto à clareza das condutas relacionadas à exposição accidental, anunciadas pela Comissão de Controle de Infecção</i>	<i>Quanto à clareza das condutas relacionadas à exposição accidental, anunciadas pelo SESMT</i>	Adaptar à realidade brasileira, visto que as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar geralmente não atuam na notificação de acidentes ocupacionais
Escala 5 Item 5.4	Reformulação	<i>Quanto ao fornecimento pelo hospital de agulhas seguras e dispositivos que não utilizam agulhas</i>	<i>Quanto ao fornecimento pelo hospital de agulhas com dispositivos de segurança e dispositivos que não utilizam agulhas</i>	Padronização com os termos utilizados pela NR-32
Escala 5 Item 5.5	Reformulação	<i>Quanto ao oferecimento pelo hospital de programas educativos relacionados à prevenção de acidentes com agulhas e proteção contra riscos de exposição ocupacional</i>	<i>Quanto ao oferecimento pelo hospital de programas educativos relacionados à prevenção de acidentes com material biológico e proteção contra riscos de exposição ocupacional</i>	Manter a uniformidade dos termos em todo o texto do instrumento
Escala 6 Opções de resposta	Substituição de termos	<i>Sem nenhuma intenção; Sem intenção; Sem opinião; Com intenção; Com muita intenção</i>	<i>Não tenho nenhuma intenção; Não tenho intenção; Sem opinião; Tenho intenção; Tenho muita intenção</i>	Simplificar as opções de resposta da escala e torná-las mais pessoais (quatro sujeitos relataram dificuldades)

Quadro 2 - Respostas de enfermeiros e técnicos de enfermagem às perguntas do Formulário Específico (DISABKIDS GROUP, 2002), utilizado na etapa de avaliação semântica do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*. Uberlândia, MG, 2014

Destaca-se, que na subescala **Normas Subjetivas**, os itens levam em consideração as expectativas das pessoas significativas para os profissionais de enfermagem (pais, irmãos, cônjuge ou namorado[a] e supervisor). Dentre os participantes da pesquisa, cinco sujeitos apresentaram dúvidas em escolher a opção de resposta adequada (“discordo totalmente”, “discordo”, “sem opinião”, “concordo” e “concordo plenamente”), visto que os itens não se aplicavam à sua situação, por exemplo, não ter os pais vivos, ser filho único, não ter um

cônjuge/namorado[a]. Não encontrando uma opção de resposta adequada, escolheram a opção “Sem opinião” ou deixaram o item sem resposta. Por exemplo, um dos itens, afirma “Meus irmãos acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho”. Se o sujeito é filho único, ele não encontra a opção de resposta adequada à sua situação. A alteração realizada foi o acréscimo da opção “não se aplicam” (Exemplo: “Os itens de 2.5 a 2.8 não se aplicam”), para ser utilizada pelo sujeito quando o enunciado do item não tiver relação com a sua situação.

O número total de itens da escala não foi alterado, pois a opção acrescentada não recebeu numeração e será utilizada para justificar o motivo pelo qual o sujeito, possivelmente, não tenha respondido àquele grupo de itens.

Além disso, foi acrescentado, antes da relação dos itens dessa subescala, o seguinte texto, “Utilize a opção ‘não se aplicam’ quando o enunciado do item não tiver relação com a sua situação, por exemplo, não ter os pais vivos, ser filho único, não ter um cônjuge ou namorado[a]”.

Os resultados obtidos com a análise das respostas fornecidas no Formulário de Impressão Geral e Formulário Específico demonstram que a categoria dos auxiliares de enfermagem apresentou nível de dificuldade maior para responder ao instrumento que os técnicos de enfermagem e enfermeiros. Em consequência desse último resultado, concluímos que as próximas etapas deste estudo deveriam ser desenvolvidas com técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Após a aprovação dessas modificações pela primeira autora do instrumento original, foi obtida a **Versão Português Consenso 4 - VPC4**, que foi submetida à etapa do pré-teste, realizada com 12 profissionais de enfermagem das categorias técnicos de enfermagem e enfermeiros, atuantes em seis hospitais gerais da cidade de Uberlândia, MG.

O tempo médio, necessário para que o sujeito respondesse ao instrumentos, foi de 30 minutos. Apenas um item da subescala **Conhecimento** (item 3.3) precisou de alteração em sua redação. Na segunda parte do instrumento (Exposição ao risco ocupacional a material biológico) foi onde os sujeitos apresentaram dúvidas. Essa parte não integrou o instrumento que foi utilizado e avaliado na etapa de análise semântica, pois foi retirado para diminuir o número de questões. Portanto, ela ainda não tinha sido aplicada aos sujeitos. Surgiram algumas necessidades de adaptações nessa parte do instrumento, necessárias para

simplificar o texto e evitar algumas não respostas. Essas alterações estão apresentadas no Quadro 3.

Local	Alteração	Redação anterior	Nova redação	Justificativa(s)
Dados básicos Questão 6 Escolaridade	Inclusão da opção de resposta	-	Especialização	Atender os sujeitos desse nível de escolaridade, que não encontraram opções de resposta
Dados básicos Questão 8 Exposição ao risco ocupacional a material biológico (Questão 5) Tabela dos exames	Simplificação das informações relativas aos exames da aids, hepatite B e hepatite C	Exemplo: exame de anticorpos anti-HIV (anti-HIV)	Exemplo: exame para detectar o vírus da aids	Os sujeitos não lembraram os nomes dos exames já realizados e desconheciam alguns exames (sete sujeitos)
Exposição ao risco ocupacional a material biológico Questão 5	Substituição de termos	Fonte do material perfurocortante	Fonte do material de exposição ao risco ocupacional	Manter a uniformidade dos termos em todo o texto do instrumento
Exposição ao risco ocupacional a material biológico Questão 7	Inclusão de opções de resposta	-	- Não estava utilizando nenhum EPI no momento desse acidente; - Outro: Especificar: __	Atender os sujeitos que não encontraram opção de resposta
Exposição ao risco ocupacional a material biológico Questão 8, letra h	Exclusão da questão	Foi confirmada a soroconversão de seu sangue	-	Questão não respondida por 5 sujeitos, e com dificuldade de entendimento para os demais, por desconhecimento do significado do termo “soroconversão”
Exposição ao risco ocupacional a material biológico Questão 10	Inclusão de opção de resposta	-	Não apresentei nenhum sintoma	Atender os sujeitos que não encontraram opção de resposta

continua...

...continuação

Escala 3 Item 3.3	Reformulação	<i>Se um trabalhador, que já é positivo para a hepatite B, for exposto acidentalmente a material biológico, não é necessário adotar outra conduta após a ocorrência da exposição</i>	<i>Trabalhadores que são positivos para a hepatite B não precisam adotar outra conduta após a ocorrência de exposição acidental a material biológico</i>	Melhorar a clareza do item, que apresentou dificuldades de entendimento para dois sujeitos
------------------------------------	--------------	--	--	--

Quadro 3 – Alterações realizadas após a etapa do pré-teste, do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, aplicado em uma amostra de enfermeiros e técnicos de enfermagem. Uberlândia, MG, 2014

Após a finalização da etapa do pré-teste, os resultados foram submetidos à avaliação e aprovação da primeira autora do instrumento, que deu parecer favorável. Dessa forma, obtivemos a **Versão Português Final**, que foi submetida ao estudo de campo, para validação de suas propriedades psicométricas.

5.4 Análise descritiva da versão adaptada do instrumento

O instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* foi desenvolvido com base nos constructos da Teoria do Comportamento Planejado e é formado por quatro dimensões: **Atitude**, **Normas Subjetivas**, **Controle Comportamental Percebido** e **Intenção**. A dimensão **Controle Comportamental Percebido** foi medida por meio de três subescalas: **Conhecimento**, **Autoeficácia**, **Recursos**.

Esse instrumento é constituído por 61 itens, divididos em seis subescalas, elaboradas com questões que possuíam opções de resposta tipo Likert (nas subescalas **Atitude**, **Normas Subjetivas**, **Autoeficácia**, **Recursos**, **Intenção**) e questões com opções de resposta dicotômicas (subescala **Conhecimento**). A subescala **Atitude** é formada por 12 itens (cinco opções de resposta), as **Normas Subjetivas** por 16 itens (cinco opções de resposta), a subescala **Conhecimento** possui 13 itens (três opções de resposta), a **Autoeficácia** possui sete itens (cinco opções de resposta), **Recursos** possui seis itens (cinco opções de resposta) e a subescala **Intenção** possui sete itens (cinco opções de resposta).

Em relação à subescala **Normas Subjetivas**, que possui três subdivisões, conforme foi descrito no item relativo ao Referencial Teórico e Metodológico, os seus resultados foram apresentados para a versão de 16 itens, sendo quatro itens de cada subdivisão apresentada (subescala **Normas de Registro**, subescala **Normas de Profilaxia pós-exposição** e subescala **Normas de Seguimento**) e os itens considerados pelos autores como responsáveis pela “motivação para cumprir”, como descrito.

A análise descritiva da versão adaptada do instrumento foi realizada por meio da soma e pela média aritmética simples e média aritmética ponderada das respostas aos itens, obtida por cada subescala. Não há uma contagem de escore total para o instrumento, e cada subescala possui um escore individual. Os resultados apresentados foram avaliados levando-se em consideração que os maiores valores estão relacionados a maior nível de avaliação positiva relacionada à adesão às condutas pós-exposição (**Atitude**), a uma maior percepção dos profissionais de enfermagem da pressão social para que eles cumpram às condutas pós-exposição (**Normas Subjetivas**), à maior percepção dos sujeitos da dificuldade ou facilidade com que as condutas pós-exposição podem ser realizadas (**Controle Comportamental Percebido: Conhecimento, Autoeficácia e Recursos**) e à maior intenção em cumprir as condutas pós-exposição em futuros acidentes ocupacionais (**Intenção**).

Inicialmente foram apresentados os resultados referentes à distribuição dos participantes, segundo as respostas à versão adaptada do instrumento, relacionada aos valores medianos, médios e desvios-padrão obtidos, à existência dos efeitos *floor* e *ceiling* de cada uma das subescalas. Foram descritos, também, os resultados obtidos com a análise de correlação entre as medidas de cada uma das subescalas do instrumento. Em seguida, apresentamos a frequência das respostas aos itens da subescala **Conhecimento**, objetivando a verificação das respostas certas e erradas, fornecidas pelo participante da etapa de estudo de campo.

A análise descritiva da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, com os valores obtidos para a média, mediana, desvio-padrão e os possíveis intervalos e os intervalos obtidos, estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 – Análise descritiva dos resultados das subescalas da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* (n=137). Uberlândia, MG, 2014

	Número de itens	Intervalo possível	Intervalo obtido	Mediana	Média (dp)
Atitude	12	12 - 60	22 - 48	37,0	37,0 (4,6)
Normas Subjetivas*	16	12 - 300	60 - 300**	195,5	200,9 (57,8)
Controle Comportamental Percebido					
Conhecimento	13	0 - 13	3 - 13	8,0	7,6 (1,9)
Autoeficácia	7	7 - 35	7 - 35	30,0	30,0 (5,3)
Recursos	6	6 - 30	8 - 30	20,0	19,3 (4,6)
Intenção	7	7 - 35	25 - 35	33,0	32,0 (3,2)

dp: desvio-padrão; (*) Valores têm como referência a soma dos escores dos itens válidos (n=94); (**) Esses valores mínimos e máximos são devidos à pontuação dos escores, estabelecida pelos autores do instrumento original.

Na avaliação dos intervalos obtidos, observamos que, em algumas subescalas, os valores estão muito próximos ou, em alguns casos, idênticos aos valores dos intervalos possíveis, com exceção da subescala **Atitude**, que apresentou maior diferença para os valores mínimos ($22-12=10$) e máximos ($60-48=12$) dos intervalos, indicando que os participantes da amostra do estudo de campo escolheram valores mais centrais, fora dos limites extremos possíveis nessa subescala. A subescala **Intenção** também apresentou diferença entre os valores mínimos ($25-7=18$), indicando que os sujeitos participantes optaram por valores dentro do limite mais alto, possível para essa subescala.

Os valores das medianas das subescalas variaram de 8,0 (Conhecimento) a 195,5 (Normas Subjetivas). Quando calculamos os valores das medianas dos intervalos possíveis para cada subescala, encontramos o valor 36 para a subescala **Atitude**, 156 para **Normas Subjetivas**, 6,5 para **Conhecimento**, 21 para **Autoeficácia**, 18 para **Recursos** e 21 para **Intenção**. Realizando uma análise comparativa, observamos que todos os valores de médias e medianas das subescalas são maiores que os valores das medianas dos intervalos possíveis, indicando, possivelmente, resultados positivos para cada uma das subescalas estudadas.

Os valores das médias das subescalas não apresentam grandes diferenças em relação aos valores das medianas, sendo que a maior diferença, entre esses dois valores, foi encontrada na subescala **Normas Subjetivas**. Entre as subescalas, a que apresentou maior

valor médio foi **Normas Subjetivas**, e menor valor de média foi encontrado na subescala **Conhecimento**.

Em relação aos efeitos *floor* e *ceiling* (valores mínimos e máximos), a Tabela 8 apresenta esses resultados para cada uma das subescalas.

Tabela 8 – Análise dos efeitos *floor* e *ceiling*, em relação às respostas obtidas nas subescalas integrantes da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*. Uberlândia, MG, 2014

	Efeito <i>floor</i>	Efeito <i>ceiling</i>
	%	%
Atitude	0	0
Normas Subjetivas*	0	6,6
Controle Comportamental Percebido		
Conhecimento	0	1,5
Autoeficácia	1,5	31,4
Recursos	0	0,7
Intenção	0	39,4

(*) Valores têm como referência a soma dos escores dos itens válidos (n=94).

Em relação à distribuição das respostas aos itens para cada subescala, a versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* apresentou o efeito *ceiling* nas subescalas **Autoeficácia** e **Intenção**. O maior valor percentual foi encontrado na subescala **Intenção** (39,4%). O efeito *floor* não foi encontrado em nenhuma subescala.

Para a análise de correlação entre as medidas de cada uma das subescalas do instrumento, foram calculados os coeficientes de correlação linear de Pearson, que estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 – Correlações entre as subescalas integrantes da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*. Uberlândia, MG, 2014

Subescalas	Atitude	Normas Subjetivas	Conhecimento	Autoeficácia	Recursos	Intenção
Atitude	1	0,190	0,100	- 0,045	0,005	0,065
Normas Subjetivas		1	0,060	0,216*	0,171	0,099
Conhecimento			1	- 0,027	0,008	0,084
Autoeficácia				1	0,271**	0,429**
Recursos					1	0,000
Intenção						1

(*) $0,01 < p < 0,05$; (**) $p < 0,01$.

Em relação aos resultados encontrados na Tabela 9, considerando o critério utilizado para a análise da força de correlações proposto por Ajzen e Fishbein (1980), destacamos que correlação de moderada magnitude foi encontrada entre as subescalas **Autoeficácia** e **Intenção** (0,429, com nível de significância de 0,001) e correlação satisfatória e estatisticamente significativa foi encontrada entre as subescalas **Autoeficácia** e **Recursos** (0,271, com nível de significância de 0,001). Entre as demais correlações, com valores menores do que 0,30, apenas uma foi estatisticamente significativa.

Na Tabela 10 estão distribuídos os participantes do estudo de campo, segundo a categoria de respostas aos itens da subescala **Conhecimento**, da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, composta por 13 itens. No instrumento, essa subescala possui três opções de resposta, porém, para a análise de dados do estudo de validação do instrumento original, seus autores atribuíram apenas dois valores para suas opções de resposta, o que tornou o formato das respostas dessa subescala em dicotômico, conforme descrito em Material e Métodos. Para essa distribuição de respostas, apresentada na Tabela 10, não foi considerada essa alteração, tendo em vista que a análise dessa distribuição objetiva a avaliação quanto ao número de respostas corretas e incorretas fornecidas pelos sujeitos participantes, além da análise dos itens que representaram maior desconhecimento por parte dos sujeitos, verificado pela utilização da opção de resposta “não sei”. Para essa análise, foi elaborado um gabarito com as respostas corretas, embasado em consulta à literatura sobre o tema.

Tabela 10 – Distribuição dos participantes do estudo de campo, segundo categoria de respostas aos itens da subescala **Conhecimento**, da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* (n=137). Uberlândia, MG, 2014

Itens (Conhecimento)	Resposta correta	Escores das respostas		
		Sim %	Não %	Não sei %
3.1 Evitar o reencape manual da agulha pode evitar ferimento por material perfurocortante	Sim	97,8	2,2	0
3.2 A possibilidade de infecção poderá ser reduzida efetivamente se o medicamento preventivo for iniciado dentro de 72 horas após o acidente com agulha utilizada em pessoas com o vírus da aids (HIV)	Sim	62,8	18,2	19,0
3.3 Trabalhadores que são positivos para a hepatite B não precisam adotar outra conduta após a ocorrência de exposição acidental a material biológico	Não	17,5	51,8	30,7
3.4 Os trabalhadores expostos acidentalmente a sangue e fluidos corporais devem receber tratamento com antibióticos, caso o paciente-fonte seja positivo para sífilis	Sim	60,6	7,3	32,1
3.5 De acordo com as recomendações, o trabalhador que recebeu a vacina contra hepatite B, mas que continua sem antígeno ou anticorpos, deve receber a dose de imunoglobulina humana contra a hepatite B (HBIG)	Sim	64,2	5,8	29,9
3.6 Independentemente do diagnóstico do paciente, desde que haja possibilidade de respingo de sangue ou fluido corporal, deve-se usar óculos de proteção e avental	Sim	99,3	0	0,7
3.7 Se o ferimento for causado por material perfurocortante ainda não utilizado, não há necessidade de notificação do acidente	Não	42,3	50,4	7,3
3.8 Se acidentalmente houver ferimento por agulha utilizada em uma pessoa com o vírus da aids (HIV), basta fazer acompanhamento regular durante um ano para ter certeza de que não foi infectado	Não	34,3	55,5	10,2
3.9 A capacidade de transmissão do vírus da hepatite C (HCV) é superior ao vírus da hepatite B (HBV) e ao vírus da aids (HIV)	Não	32,8	15,3	51,8
3.10 Quando o trabalhador for exposto acidentalmente ao sangue ou fluido corporal, deve praticar condutas seguras durante o período de acompanhamento	Sim	88,3	5,8	5,8
3.11 A hepatite C ainda não tem uma vacina eficaz para prevenir a sua infecção	Sim	50,4	11,7	38,0
3.12 Acidentes com agulhas ocorrem facilmente devido à dificuldade de uso seguro das mesmas	Sim	45,3	51,8	2,9
3.13 Quando acidentalmente ocorrer exposição a sangue ou fluido corporal, receber medicamento preventivo dentro de 24 horas pode diminuir efetivamente a infecção	Sim	70,8	9,5	19,7

Observamos que do total do número de itens, 11 (84,6%) apresentaram frequência superior a 50% nas opções de resposta consideradas corretas. As maiores frequências de acerto ocorreram para o item 3.6 (99,3%), 3.1 (97,8%), 3.10 (88,3%) e 3.13 (70,8%). Respostas incorretas foram apresentadas para dois itens (15,4%), sendo que o item 3.12 apresentou o maior percentual de sujeitos que erraram a opção de resposta (51,8%), seguido do item 3.9 (32,8%). O maior percentual de respostas “não sei” foi apresentada para

o item 3.9 (51,8%), que aborda as transmissibilidades dos vírus HIV, HBV e HCV, seguida pelos percentuais de 38,0% (item 3.11) e 32,1% (item 3.4).

Ainda, na Tabela 10, observamos que, em relação ao uso de medicamentos preventivos, ainda existem trabalhadores que desconhecem a necessidade do início da administração desses medicamentos o mais precocemente possível. Isso pode ser visualizado na frequência de respostas “não” e “não sei” dadas ao item 3.2 (18,2 e 19,0%, respectivamente) e ao item 3.13 (9,5 e 19,7%, respectivamente). Em relação à hepatite B, os resultados indicam que as condutas relacionadas aos acidentes com exposição ao HBV ainda não são completamente conhecidas e/ou entendidas pelos trabalhadores, visto que 48,2% (item 3.3) e 35,7% (item 3.5) dos participantes do estudo erraram ou desconheciam a resposta correta relacionada a essas condutas.

5.5 Análise das propriedades psicométricas da versão adaptada do instrumento

5.5.1 Análise de fidedignidade

A fidedignidade da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* foi estimada por meio da consistência interna de seus itens e por meio de teste de estabilidade da medida (teste-reteste).

5.5.1.1 Consistência interna dos itens

A análise da consistência interna dos itens integrantes da versão adaptada do instrumento foi verificada por meio da estatística alfa de Cronbach (subescalas **Atitude**, **Normas Subjetivas**, **Autoeficácia**, **Recursos** e **Intenção**) e por meio do coeficiente de Kuder-Richardson (subescala **Conhecimento**), considerando a medida de cada subescala. Os resultados dessa análise estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 – Análise de fidedignidade pela consistência interna dos itens das subescalas da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* (n=137). Uberlândia, MG, 2014

	Número de itens	Alfa de Cronbach	Coefficiente de Kuder-Richardson
Atitude	12	0,44	-
Normas Subjetivas*	16	0,89	-
Controle Comportamental Percebido			
Conhecimento	13	-	0,37
Autoeficácia	7	0,91	-
Recursos**	6	0,81	-
Intenção	7	0,90	-

(*) Valores têm como referência a soma dos escores dos itens válidos (n=94); (**) n=136.

Observamos, na análise dos resultados, que a subescala **Atitude** (alfa de Cronbach = 0,44) e a subescala **Conhecimento** (coeficiente de Kuder-Richardson = 0,37), apresentaram consistência interna insatisfatória entre seus itens, sendo que a subescala **Conhecimento** apresentou o menor valor de todo o instrumento.

Quanto às demais subescalas, todos os valores do coeficiente alfa de Cronbach apresentaram valores superiores a 0,70, indicando boa consistência entre os itens do instrumento, sendo que a subescala **Autoeficácia** apresentou o maior valor do alfa de Cronbach (0,91).

Uma visão comparativa, entre os valores de consistência interna (alfa de Cronbach e coeficiente de Kuder-Richardson), obtidos com os resultados da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, neste estudo, e os resultados obtidos pelos autores do instrumento original (Ko et. al., 2011), pode ser verificada na Tabela 12.

Tabela 12 – Resultados da consistência interna dos itens, obtidos pela versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* (Uberlândia, MG, 2014) e pelo instrumento original (Taiwan, 2011)

	Versão original	Versão adaptada
Atitude	0,60 (alfa de Cronbach)	0,44 (alfa de Cronbach)
Normas Subjetivas*	0,95 (alfa de Cronbach)	0,89 (alfa de Cronbach)
Controle Comportamental Percebido		
Conhecimento	0,62 (alfa de Cronbach)	0,37 (Kuder-Richardson)
Autoeficácia	0,93 (alfa de Cronbach)	0,91 (alfa de Cronbach)
Recursos**	0,86 (alfa de Cronbach)	0,81 (alfa de Cronbach)
Intenção	0,95 (alfa de Cronbach)	0,90 (alfa de Cronbach)

(*) Valores têm como referência, no Brasil, a soma dos escores dos itens válidos (n=94); (**) No Brasil o valor do n=136, nessa subescala.

O valor da consistência interna dos itens da subescala **Conhecimento** foi estimado, na versão adaptada (Brasil) pelo coeficiente de Kuder-Richardson e no instrumento original, pelo coeficiente alfa de Cronbach.

O resultado da consistência interna obtida pelo instrumento original apresentou valores superiores em todas as dimensões, no entanto, a subescala **Atitude** e **Conhecimento**, apresentaram valores baixos para consistência interna dos itens, tanto na versão original como na versão adaptada do instrumento.

5.5.1.2 Estabilidade da medida (teste-reteste)

A análise de fidedignidade da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* foi também verificada por meio da estabilidade da medida, considerando a sua aplicação em 31 integrantes da amostra da etapa de estudo de campo em dois momentos distintos, com intervalo de 30 dias.

O cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) foi aplicado para verificação da concordância entre as respostas entre a primeira (Teste) e a segunda (Reteste) aplicações da versão adaptada do instrumento.

Os valores do ICC de cada subescala e os respectivos valores da significância estatística estão apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 - Análise de fidedignidade da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, por meio da estabilidade da medida (teste-reteste) (n=31). Uberlândia, MG, 2014

Subescala	ICC	p
Atitude	0,327	0,037*
Normas Subjetivas	0,542	0,004**
Controle Comportamental Percebido		
Conhecimento	0,504	0,001**
Autoeficácia	0,727	0,000**
Recursos	0,382	0,016*
Intenção	0,301	0,049*

(*) $0,01 < p < 0,05$; (**) $p < 0,01$.

Os resultados dessa análise mostram que os valores de ICC foram sempre estatisticamente significantes. Na subescala **Autoeficácia**, a concordância entre as duas medidas foi substancial (0,72) e, nas subescalas **Normas Subjetivas** e **Conhecimento**, a concordância entre as duas medidas foi moderada. Nas subescalas **Atitude**, **Recursos** e **Intenção**, a concordância foi fraca, apresentando valores de 0,327, 0,382 e 0,301, respectivamente.

5.5.2 Análise da validade de constructo

A validade de construto da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* foi estimada por meio da análise multitraço-multimétodo (validade convergente e divergente).

5.5.2.1 Análise multitraço-multimétodo

O coeficiente de correlação linear de Pearson foi calculado para análise da validade de construto convergente e divergente, de acordo com a análise MTMM. Essa análise

permite a verificação da validade convergente, pela comparação entre as correlações lineares entre um item e sua subescala e a validade divergente, pela comparação entre as correlações lineares entre um item e a subescala à qual não pertence. Segundo Fayers e Machin (2007), para estudos finais de validação, no caso da validade convergente, o coeficiente de correlação linear de Pearson deve ser maior ou igual a 0,40 ($r \geq 0,4$).

Para análise da validade de construto convergente, foram calculados, por meio da análise MTMM, os valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens da versão adaptada do instrumento e cada uma das suas subescalas. Os resultados encontrados estão apresentados nas Tabelas de 14 a 19.

Tabela 14 – Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala **Atitude**, da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014

Item	Atitude	Normas Subjetivas	Conhecimento	Autoeficácia	Recursos	Intenção
1.1	0,30	0,09	- 0,04	0,07	0,00	0,05
1.2	0,24	- 0,07	- 0,19	- 0,11	- 0,14	- 0,07
1.3	0,05	0,18	0,07	0,15	0,04	0,10
1.4	0,19	0,00	- 0,15	- 0,08	- 0,14	- 0,19
1.5	0,19	0,26	0,04	0,08	0,09	0,04
1.6	0,26	0,35	0,03	0,04	- 0,03	0,25
1.7	0,29	0,23	0,07	0,10	0,09	0,13
1.8	- 0,03	- 0,04	- 0,01	- 0,14	0,00	0,00
1.9	0,11	0,14	0,06	0,19	0,14	0,17
1.10	0,13	- 0,12	- 0,08	- 0,20	- 0,06	- 0,06
1.11	0,12	0,03	- 0,20	- 0,15	- 0,07	- 0,17
1.12	0,12	0,22	0,06	0,01	- 0,07	0,10

Os valores de correlação dos itens e a subescala **Atitude** foram todos menores que 0,40, que é o valor recomendado para estudos finais de validação. Além disso, nenhum valor de correlação de itens, com todas as subescalas, foi superior a 0,40. O maior coeficiente de correlação (0,35) foi apresentado pelo item 1.6 com uma subescala à qual ele não pertence

(**Normas Subjetivas**). O valor negativo de correlação do item 1.8 (-0,03) indica uma inconsistência desse item e a sua subescala.

Tabela 15 – Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala **Normas Subjetivas**, da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014

Item	Atitude	Normas Subjetivas	Conhecimento	Autoeficácia	Recursos	Intenção
2.1	0,18	0,50	0,12	0,16	0,20	0,33
2.2	0,29	0,67	0,06	0,23	0,10	0,17
2.3	0,19	0,62	0,06	0,18	0,14	0,27
2.4	0,27	0,56	0,11	0,19	0,18	0,07
2.5	0,10	0,63	0,09	0,21	0,20	0,24
2.6	0,24	0,68	0,06	0,15	0,15	0,25
2.7	0,18	0,68	0,08	0,20	0,22	0,21
2.8	0,10	0,47	0,02	0,11	0,15	0,06
2.9	0,25	0,79	0,18	0,26	0,06	0,24
2.10	0,25	0,75	0,09	0,22	0,07	0,22
2.11	0,18	0,76	0,11	0,23	0,04	0,16
2.12	0,18	0,52	0,05	0,11	0,10	- 0,02
2.13	0,13	0,57	0,20	0,33	0,16	0,07
2.14	0,27	0,60	0,06	0,26	0,12	0,06
2.15	0,20	0,56	0,18	0,31	0,15	0,02
2.16	0,16	0,43	0,14	0,20	0,20	- 0,02

A correlação entre cada item e a subescala **Normas Subjetivas** apresentou valores maiores que o valor preconizado (0,40) para todos os itens, sem exceção. O valor mais baixo encontrado foi no item 2.16 (0,43). Além disso, a correlação dos itens que integram essa subescala apresentaram os maiores valores, quando comparados aos seus valores, em todas as outras subescalas, o que sugere a confirmação da validade convergente nessa subescala.

Tabela 16 – Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala **Conhecimento**, da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014

Item	Atitude	Normas Subjetivas	Conhecimento	Autoeficácia	Recursos	Intenção
3.1	- 0,03	0,13	0,64	0,54	0,23	0,21
3.2	- 0,04	0,19	0,81	0,67	0,32	0,23
3.3	- 0,10	0,07	0,72	0,65	0,19	0,25

Para a análise MTMM dessa subescala, os valores estão agrupados em “parcelas de itens”, conforme a descrição apresentada no item Material e Métodos. Os valores de correlação de todos os itens que compõem a subescala **Conhecimento** apresentaram valores acima do recomendado pela literatura. Assim como na subescala **Normas Subjetivas**, esses itens apresentaram os maiores valores, quando comparados aos seus próprios valores, em todas as outras subescalas.

Tabela 17 – Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala **Autoeficácia**, da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014

Item	Atitude	Normas Subjetivas	Conhecimento	Autoeficácia	Recursos	Intenção
4.1	- 0,06	0,18	0,72	0,66	0,26	0,17
4.2	- 0,03	0,25	0,70	0,67	0,33	0,28
4.3	0,03	0,28	0,56	0,57	0,31	0,30
4.4	- 0,03	0,38	0,59	0,52	0,22	0,22
4.5	0,06	0,18	0,33	0,46	0,43	0,01
4.6	0,11	0,20	0,24	0,44	0,51	- 0,07
4.7	- 0,06	- 0,03	0,13	0,20	0,40	- 0,16

Essa subescala apresentou índice de correlação menor que 0,40 apenas no item 4.7. Os itens 4.1, 4.2 e 4.4 apresentaram valores satisfatórios dentro da subescala à qual pertencem, no entanto, esses valores foram ainda maiores, nas correlações desses três itens com a subescala **Conhecimento**.

Tabela 18 – Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala **Recursos**, da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014

Item	Atitude	Normas Subjetivas	Conhecimento	Autoeficácia	Recursos	Intenção
5.1	- 0,14	0,02	0,19	0,38	0,48	0,08
5.2	- 0,08	0,14	0,22	0,43	0,45	- 0,05
5.3	0,10	0,05	0,04	0,37	0,39	- 0,14
5.4	0,09	0,29	0,25	0,25	0,26	0,41
5.5	0,08	0,22	0,29	0,28	0,29	0,44
5.6	- 0,10	0,20	0,14	0,18	0,31	0,40

A correlação entre os itens que integram a subescala **Recursos** apresentaram valores inferiores a 0,40 em quatro itens (5.3, 5.4, 5.5 e 5.6). Entre esses quatro itens, três apresentaram maiores valores de correlação em outras subescalas (5.4, 5.5 e 5.6). Apenas dois itens mostraram índices de correlação maiores que os preconizados pela literatura.

Tabela 19 – Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os itens e a subescala **Intenção**, da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*, obtidos por meio da análise MTMM. Uberlândia, MG, 2014

Item	Atitude	Normas Subjetivas	Conhecimento	Autoeficácia	Recursos	Intenção
6.1	0,08	0,24	0,24	0,18	0,24	0,57
6.2	0,11	0,19	0,37	0,28	0,23	0,58
6.3	0,08	0,19	0,36	0,26	0,25	0,59
6.4	0,07	0,16	0,40	0,25	0,27	0,60
6.5	0,03	0,02	- 0,19	- 0,09	0,07	- 0,19
6.6	0,08	0,12	0,17	0,02	- 0,02	0,24
6.7	- 0,02	0,00	0,00	- 0,03	- 0,05	0,12

Essa subescala possui sete itens e três deles (6.5, 6.6 e 6.7) apresentaram valores inferiores a 0,40. O valor negativo de correlação do item 6.5 (-0,19) indica uma inconsistência desse item e a sua subescala. Os valores desses itens foram ainda mais baixos

nas correlações com as outras subescalas. Os outros quatro itens apresentaram os maiores valores, quando comparados aos seus valores, em todas as outras subescalas.

Para análise da validade de construto divergente, de acordo com a análise MTMM, foi verificada a porcentagem de vezes em que a correlação linear entre um item com a subescala à qual pertence é maior, ou estatisticamente maior, do que a sua correlação linear com uma subescala à qual não pertence, denominada “ajuste”. Os valores próximos a 100% indicam que a validade divergente foi satisfeita, e que os itens apresentam correlações com valores maiores e significativamente maiores com uma subescala à qual pertence do que sua correlação com os demais. A Tabela 20 apresenta os valores relativos à análise de construto divergente, obtidos pela análise MTMM.

Tabela 20 – Valores do ajuste resultante da análise MTMM para os escores da versão adaptada do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers*. Uberlândia, MG, 2014

	Atitude		Normas Subjetivas		Conhecimento		Autoeficácia		Recursos		Intenção	
	nº*	%	nº*	%	nº*	%	nº*	%	nº*	%	nº*	%
-2	1	1,7	0	0	0	0	1	2,9	0	0	5	14,3
-1	20	33,3	0	0	0	0	4	11,4	5	16,7	0	0
1	26	43,3	1	1,3	3	20	7	20,0	10	33,3	8	22,9
2	13	21,7	79	98,8	12	80	23	65,7	15	50,0	22	62,9
Ajuste		65,0		100		100		85,7		83,3		85,8

(*) = número de comparações realizadas

Os valores de -2 a 2, apresentados na Tabela 20, possuem os seguintes significados:

- -2: a correlação de um item com a subescala à qual pertence é significativamente menor do que sua correlação com a subescala à qual não pertence;
- -1: a correlação de um item com a subescala à qual pertence é menor do que sua correlação com a subescala à qual não pertence;
- 1: a correlação de um item com a subescala à qual pertence é maior do que sua correlação com a subescala à qual não pertence;
- 2: a correlação de um item com a subescala à qual pertence é significativamente maior do que sua correlação com a subescala à qual não pertence.

Para verificação da validade de construto divergente, considera-se a concentração das porcentagens obtidas com a soma dos valores 1 e 2, ou seja, itens que apresentem correlações significativamente maiores, ou apenas maiores com sua subescala do que com outras dimensões.

De maneira geral, os resultados obtidos com a análise MTMT indicam que a validade de construto divergente da versão adaptada do instrumento foi satisfatória, visto que as porcentagens de itens com correlações maiores e significativamente maiores com suas respectivas subescalas ultrapassaram as correlações desses itens com as demais subescalas do instrumento adaptado. Dessa forma, encontramos os melhores resultados para as subescalas **Normas Subjetivos** e **Conhecimento**, com 100% dos itens com valores de coeficiente de correlação linear de Pearson maiores com suas subescalas do que com as demais. As subescalas **Intenção** (85,8%), **Autoeficácia** (85,7%) e **Recursos** (83,3%) apresentaram valores de ajuste satisfatórios, e para a subescala **Atitude** essa porcentagem do ajuste foi menor (65%).

Discussão

6 DISCUSSÃO

Na discussão dos resultados obtidos foi utilizada a mesma sequência da apresentação dos resultados e relacionando todas as etapas metodológicas descritas anteriormente.

6.1 Caracterização relacionada às variáveis sociodemográficas dos participantes e à exposição ocupacional a material biológico

A população-alvo da etapa do estudo de campo foi constituída por 119 técnicos de enfermagem e 18 enfermeiros. A maior incidência de acidentes de trabalho com material biológico ocorreu em 2012 (48,9%), apesar de terem sido computados os acidentes de trabalho ocorridos de janeiro à setembro. Nos anos 2010 e 2011, as incidências dos acidentes foram menores, mas crescentes, sendo 21,2 e 29,9%, respectivamente, o que pode indicar melhoria no sistema de notificação das instituições hospitalares estudadas e não apenas um número maior de acidentes ocorridos. Segundo Rapparini e Reinhardt (2010), no Brasil, é recente a sistematização de registros de acidentes ocupacionais com material biológico, o que pode impedir o conhecimento da magnitude desse problema.

Outro fator que pode ter contribuído para o aumento do número de registros de acidentes está relacionado à normativa regulamentada em 2004 (BRASIL, 2004b), que incluiu, na lista de agravos de notificação compulsória, os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho, entre eles, os acidente com exposição a material biológico, devendo ser notificados no SINAN, em ficha própria. A partir dessa normativa, o número de notificações duplicou em três anos, quando comparados os registros de 2007 (15.735) e de 2010 (32.734), indicando resultado positivo na notificação desses agravos no Brasil (BRASIL, 2011c).

O estudo de Cavalcante et al. (2013), no qual se objetivou descrever os acidentes de trabalho com materiais biológicos ocorridos com trabalhadores do estado do Rio Grande do Norte (RN) e registrados no SINAN, no período entre 2007 e 2009, detectou aumento progressivo das notificações dos acidentes com material biológico. Segundo os referidos autores, o aumento foi atribuído ao maior esclarecimento dos trabalhadores em relação à

importância dessa conduta e à melhor organização dos serviços de saúde em relação às notificações de acidente de trabalho.

Consideramos que a inserção de outras categorias da enfermagem na população-alvo e a ampliação dos locais de coleta de dados, com a inclusão de todos os hospitais gerais da cidade de Uberlândia, MG, além de completar o número suficiente de sujeitos, necessários para um estudo de validação, envolveu profissionais de enfermagem de instituições públicas e privadas, independente do seu número de leitos, do quantitativo de profissionais de enfermagem e das suas características administrativas, sendo assim, mais condizentes à realidade brasileira.

Segundo Laros (2005), pressupõe-se que melhores resultados serão obtidos quando da utilização de amostras que representem toda a extensão de uma população-alvo, principalmente no que se refere à análise fatorial. A aplicação da versão adaptada de um instrumento, objetivando o teste de suas propriedades psicométricas, justificou a busca por uma amostra mais heterogênea, no estudo realizado por Dantas (2007).

Em relação à caracterização sociodemográfica dos 137 participantes da etapa do estudo de campo, destacamos a hegemonia do sexo feminino (87,6%), com média de idade de 34,5 anos (intervalo de 19 a 58 anos), com predominância da escolaridade de nível técnico (52,6%) e com estado civil com frequências aproximadas entre os casados (45,3%) e os solteiros (37,2%). Essas características são similares à força de trabalho da enfermagem no Brasil, divulgada pelo Conselho Federal de Enfermagem, por meio de um estudo realizado por Albuquerque, Persegona e Freire (2011), onde a maioria dos profissionais pertencia ao sexo feminino (87,2%), solteiros (49,3%) ou casados (34,6%), e com grande número de sujeitos concentrados na faixa etária de 26 a 35 anos (36,0%) e de 36 a 45 anos (27,2%), destaca-se que resultados também semelhantes foram obtidos nos estudos realizados por Loureiro et al. (2009) e Marziale et al. (2013).

A predominância da escolaridade de nível técnico justifica-se pelo grande número de profissionais dessa categoria (52,6%) no estudo de campo. Podemos somar a esse percentual 11,7% dos participantes que selecionaram “ensino médio” como opção de respostas, visto que esse nível de ensino é necessário para a realização de cursos técnicos no Brasil (BRASIL, 2004a).

Em estudo realizado por Pimenta et al. (2013), no qual os autores objetivaram avaliar a conduta dos profissionais de enfermagem que sofreram exposição a material biológico, em

um hospital especializado do interior de São Paulo, encontrou entre os profissionais acidentados 56,8% com ensino médio completo, 30,4% com ensino superior completo e 8,4% estavam cursando o nível superior.

Segundo os dados analisados pelo estudo realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (ALBUQUERQUE; PERSEGONA; FREIRE, 2011), a categoria dos técnicos de enfermagem é a mais prevalente entre todas as categorias profissionais da enfermagem, em todas as regiões geográficas brasileiras, representando 43,2% do total dos profissionais de enfermagem do Brasil. Esses dados justificam a predominância dos técnicos de enfermagem, que constituíram a amostra do estudo de campo (86,9%) e também o nível de escolaridade encontrado.

Em relação às variáveis profissionais, os resultados mostraram a média de 7,5 anos (intervalo de zero a 33 anos) para o tempo de trabalho na área da saúde. Segundo Pimenta et al. (2013) não existe um consenso na literatura em relação à influência da experiência profissional na ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico. A inexperiência, insegurança e imaturidade podem estar relacionadas à ocorrência de acidentes entre os trabalhadores mais jovens (LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011; OLIVEIRA; SANTOS; SANTOS, 2013), enquanto que o excesso de confiança na realização de atividades de rotina é observado como justificativa para os acidentes de trabalho entre os trabalhadores com maior faixa etária, favorecendo a adoção de um comportamento inseguro (OLIVEIRA; PAIVA, 2013; OLIVEIRA; SANTOS; SANTOS, 2013).

Um estudo, realizado por Ribeiro e Shimizu (2007), sobre os acidentes de trabalho na equipe de enfermagem identificou a faixa etária de 31 a 40 anos como prevalente, com tempo de serviço na instituição entre 6 e 10 anos e que, mesmo com esse longo tempo de experiência profissional, os trabalhadores não cumpriam as condutas recomendadas e necessárias para a prevenção de acidentes.

Uma análise multivariada foi realizada em dois estudos epidemiológicos, entre as variáveis ocorrências de acidentes com material biológico e o tempo de trabalho na instituição. O estudo de Oliveira e Paiva (2013), realizado com profissionais de atendimento pré-hospitalar, mostrou que a chance de ocorrência de acidentes, via percutânea, foi 2,5 vezes maior entre trabalhadores que atuavam há mais de quatro anos e onze meses. Na pesquisa realizada com trabalhadores da saúde de um hospital universitário do interior de

São Paulo, SP, mostrou que existem 4% a mais de chances de se acidentar, para cada ano trabalhado (CIORLIA; ZANETTA, 2004).

Além das frequentes exposições a material biológico, a ocorrência de mais de um acidente com o mesmo profissional foi constatada no presente estudo, onde 47,4% dos participantes se acidentaram mais de uma vez, esse resultado corrobora os estudos realizados por Jansen e Robazzi (2009) e Pimenta et al. (2013).

Segundo Pimenta et al. (2013), quanto maior o número de acidentes com material biológico ocorridos com o mesmo trabalhador menor a procura pelo serviço especializado.

Observando os dados relativos à realização de exames admissionais, encontrou-se um resultado preocupante, relacionado aos resultados negativos do exame anti-HBs (85,4% dos sujeitos), sugerindo que os sujeitos não estavam vacinados ou não desencadearam a reação esperada pela vacinação preventiva contra a hepatite B, o que aumenta a susceptibilidade a contrair o vírus da hepatite B. No entanto, os exames admissionais são exigidos por lei no Brasil, e a vacinação profilática da hepatite é exigida para os profissionais de saúde (BRASIL, 2005b).

A exposição profissional ao vírus da hepatite B não se justifica, ante a existência da vacina anti-hepatite B e de teste sorológico anti-HBs para avaliação da imunidade. Se esses testes fossem realizados com antecedência pelos profissionais de saúde, o fato de o mesmo não ser hiporrespondedor à vacina anti-hepatite B, não seria preocupante. O conhecimento do *status* sorológico dos profissionais permite a avaliação da conduta a ser adotada nos casos de exposição ocupacional (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2009).

Mas cabe destacar que, embora a versão adaptada do instrumento tenha sido avaliada nas etapas de validade de face pelo Comitê de Especialistas, Análise Semântica e Pré-teste, na etapa final de validação, constatamos elevado índice de respostas negativas para a questão 8 (Dados Básicos), no item relacionado à realização de exames admissionais para a detecção do vírus da hepatite B (85,4% dos sujeitos). No entanto, inferimos que houve compreensão equivocada do sujeito a essa questão, uma vez que, segundo informação dos responsáveis pelo SESMT das instituições participantes deste estudo, as mesmas adotam a recomendação nacional de imunização preventiva específica à hepatite B com todas as doses da vacina oferecidas gratuitamente, em todo o território nacional, aos trabalhadores de instituições de saúde. Assim, sugerimos a adequação dessa questão quando da utilização do instrumento.

O oferecimento de programas educativos de prevenção à exposição a material biológico é uma estratégia utilizada pelas instituições hospitalares no Brasil, principalmente após a regulamentação da NR-32. No entanto, essa prática ainda não é hegemônica, visto que 26,3% dos participantes deste estudo informaram não ter participado de programas preventivos sobre esse tema.

No estudo realizado por Pimenta et al. (2013), 84,1% dos profissionais de enfermagem acidentados haviam participado de treinamento específico sobre prevenção de acidentes com material biológico, enquanto 15,9% relataram a não participação. Os referidos autores concluíram que quanto maior o número de treinamentos recebidos pelo trabalhador menor o número de exposições.

Outros estudos reforçam a necessidade e a importância da capacitação profissional como estratégia preventiva para a redução dos acidentes de trabalho com material biológico nos serviços de saúde. Marziale e Rodrigues (2002), em estudo de revisão, destacam a importância da educação continuada e da participação e reconhecimento dos trabalhadores e do apoio institucional para o sucesso da implementação dessa estratégia.

Abordagens sobre a importância da notificação dos acidentes, utilização de EPI e adoção das medidas de precaução-padrão, da eficácia da vacinação contra a hepatite b, da necessidade da busca pelo atendimento médico até 2 horas após a exposição (MARZIALE; RODRIGUES, 2002); cuidados na manipulação de materiais perfurocortantes (LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011); planejamento e execução dos procedimentos técnicos, associados ao reconhecimento e à não banalização dos riscos existentes na profissão (MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011); a importância e forma de utilização de EPI (GUSMÃO; OLIVEIRA; GAMA, 2013) são informações relevantes para constar de programas de educação continuada destinados a trabalhadores da saúde.

Independente do local de trabalho e do setor que atuam os profissionais de enfermagem (setor público ou privado) podem estar expostos a diferentes fatores de riscos ocupacionais, relacionados às suas atividades laborais (SARQUIS et al., 2009). No presente estudo, as maiores frequências de ocorrência de acidentes com exposição a material biológico foram identificadas com profissionais da UTI adulto e do setor de internação clínica.

Na pesquisa realizada em hospitais de São Paulo, por Magagnini, Miotto e Serradilha (2008), o setor de Clínica Médica foi também o mais frequente, sendo o local onde 50% de

acidentes ocorreram. No estudo de Luz et al. (2013), realizado em um hospital universitário do Rio Grande do Sul, a maior frequência de acidentes de trabalho foi registrada no Centro de Tratamento Intensivo adulto, com 36,5% das ocorrências, seguido pela Clínica Médica (15,1%).

A literatura mostra, no entanto, que os acidentes com exposição a material biológico nas instituições de saúde ocorrem em diversos setores dos hospitais. O centro cirúrgico foi identificado por Lima, Oliveira e Rodrigues (2011), a unidade de tratamento de doenças infecciosas foi identificada por Pimenta et al. (2013) e a unidade internação de pediatria foi identificada por Marziale et al. (2013), resultados que indicam que os acidentes com exposição a material biológico ocorrem tanto em unidades de internação como nas especializadas. Segundo Rapparini e Reinhardt (2010), em dois sistemas de vigilância brasileiros (PSBio, SINABIO), as clínicas de internação são os locais predominantes nesse tipo de exposição (39,0%), seguida pelo setor Centro Cirúrgico (25,0%).

Entre as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, a manipulação de materiais contaminados é constante e inerente à profissão. Um dos problemas existentes é que a manipulação desses materiais é feita de forma inadequada, aumentando o risco de acidentes com material biológico (CIORLIA; ZANETTA, 2004). No presente estudo, essa situação foi identificada, visto que o manuseio de agulhas e material após o seu uso, ou seja, no momento de separar, limpar, descartar foi a causa dos acidentes com material biológico mais citada pelos sujeitos (21,2%), sendo que as agulhas predominaram entre os causadores dos acidentes (67,9%). Esses dados corroboram os resultados obtidos nos estudos realizados por Marziale et al. (2012) e Vieira, Padilha e Pinheiro (2011), onde a maioria dos acidentes ocorreu devido às exposições percutâneas, com agulhas ocas, nos dedos das mãos. Destacamos, ainda, que Cavalcante et al. (2013) identificaram o manuseio de material perfurocortante como principal causa de acidentes de trabalho.

Entre as causas da exposição ocupacional, referendadas na literatura, destacam-se as inadequadas condições de trabalho, não utilização de material de segurança como o Equipamento de Proteção Individual (EPI) e os dispositivos com agulhas retráteis, o reencape das agulhas contaminadas, o descarte inadequado de materiais perfurocortantes (MARZIALE et al., 2012; VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011), sobrecarga de trabalho, fatalidade, culpa do profissional e negligência (SILVA; LIMA; MARZIALE, 2012).

Em estudo de revisão, realizado em 2002, identificou-se o reencape de agulhas como o principal fator relacionado à ocorrência de acidentes percutâneos (MARZIALE; RODRIGUES, 2002), apesar desse procedimento não ser recomendado pelo CDC (CDC, 1987) e ser vedado pela NR-32 (BRASIL, 2005b). Alguns estudos, mais atuais (CAVALCANTE et al., 2013; CHIODI et al., 2010; GUILARDE et al., 2010; LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011; OLIVEIRA; PAIVA, 2013; SIMÃO et al., 2010; VALIM; MARZIALE, 2011; VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011) mostram percentual de acidentes com material biológico, ocorridos após esse procedimento, que pode variar de 3,5% (VALIM; MARZIALE, 2011) a 38,6% (SIMÃO et al., 2010), indicando que a execução de procedimentos de risco ainda é prática existente no Brasil.

Embora a literatura apresente o procedimento de reencape de agulhas como um dos procedimentos que envolvem acidentes, no presente estudo, esse procedimento foi citado apenas por três sujeitos (2,2%), mostrando que a recomendação internacional do não reencape de agulhas utilizadas está sendo cumprida pelos profissionais das instituições integrantes deste estudo. Inferimos que esses resultados podem ter relação não só com a capacitação e conscientização dos trabalhadores para não efetuarem o reencape de agulhas mas, também, pela disponibilização de agulhas com dispositivos de segurança pelas instituições de saúde em cumprimento à recomendação de substituição dos materiais perfurocortantes por outros com dispositivos de segurança incorporada à NR 32 (BRASIL, 2005b, BRASIL, 2008) em 2011, na NR 32 (BRASIL, 2011d).

Considerando os resultados obtidos, o cumprimento da referida recomendação de substituição das agulhas parece estar sendo implementada, visto que a utilização de agulhas com dispositivo de segurança foi a opção assinalada por 43,8% dos sujeitos, quando questionados sobre as condutas adotadas pelo hospital, para a prevenção de exposições a material biológico.

O uso de EPI é recomendado pelo CDC desde 1987 (CDC, 1987), como uma das precauções-padrão necessárias para reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos já reconhecidos e, também, para as fontes de infecção hospitalares ainda não conhecidas (GARNER, 1996). Além disso, a legislação brasileira, por meio da NR-32, também inclui, entre as medidas de prevenção de acidente de trabalho, o uso de EPI (BRASIL, 2005b).

No entanto, um estudo de revisão no qual se objetivou traçar o perfil das publicações sobre acidente de trabalho com exposição a material biológico, no período de 2004 a 2010,

mostrou que 37,7% das pesquisas indicaram a necessidade da utilização de EPI, uma vez que sua não utilização está associada a ocorrências de exposições ocupacionais com os profissionais de saúde (PROCHNOW et al., 2011).

Cespedes et al. (2010) identificaram baixo uso de EPI principalmente no que se refere ao uso de protetor facial (74,8%), botas (72,3%) e óculos (64,0%), sendo as luvas, no entanto, o EPI mais utilizado pelos sujeitos da amostra estudada (55,4%).

Em nosso estudo, verificamos que, no momento da exposição acidental ao material biológico, 10,9% dos sujeitos não estavam utilizando nenhum EPI, 43,8% dos sujeitos utilizavam apenas as luvas de látex (simples) e somente 0,7% dos sujeitos usava óculos de proteção, apesar de os resultados terem revelado que em 23 (16,8%) exposições ocorreram por lesões de mucosas (respingos de material biológico no olho, nariz, boca ou genitália). Esses resultados revelam a necessidade de adoção de estratégias, pelas instituições estudadas, para ampliar o uso de outros EPIs recomendados na realização de tarefas que possam expor o trabalhador ao contato com material biológico.

Destacamos que os óculos de proteção são indicados para uso durante os procedimentos de assistência aos pacientes como, por exemplo, aspiração endotraqueal ou intubação, pois esses procedimentos podem gerar projeções ou respingos de material biológico potencialmente contaminado, conforme afirmam Valim et al. (2013), e, assim, como outros EPIs, devem estar disponíveis em número suficiente nas instituições de saúde (BRASIL, 2005b).

No estudo realizado por Rezende et al. (2012), para avaliar a adesão aos EPIs por profissionais de enfermagem em instituições de atenção básica à saúde, foi identificado que o EPI mais usado eram as luvas e a não utilização de óculos de proteção, mesmo quando disponíveis, mostrando que a prática desse EPI ainda não foi assimilada por muitos profissionais.

Segundo Neves et al. (2011), a adesão ao uso de EPI vai além da disponibilidade do mesmo, pois existem barreiras que podem ser responsáveis pela baixa adesão aos EPIs entre as quais destacam-se os aspectos organizacionais, gerenciais e relacionais como, por exemplo, a inadequação da estrutura física, a disponibilidade e acessibilidade aos equipamentos de proteção, a ausência de rotinas, a sobrecarga de trabalho, o estresse, a improvisação na realização dos procedimentos e o desgaste nas relações de trabalho.

Em relação às condutas pós-exposição recomendadas, segundo a NR-32, está assegurada a obrigatoriedade do oferecimento, pelos empregadores, de capacitação aos profissionais, incluindo as condutas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de acidentes como a notificação imediata da ocorrência de exposição a material biológico. Constatamos, por meio dos resultados deste estudo, que 89,7% dos trabalhadores informaram estar orientados para notificar o acidente, porém, observamos que 5,9% dos sujeitos não têm informações adequadas quanto ao período adequado para realizar a referida notificação.

Segundo recomendações do MS, os acidentes de trabalho com material biológico devem ser considerados emergências médicas, sendo que a avaliação da exposição deve ocorrer imediatamente após o acidente e as profilaxias pós-exposição devem ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010b).

Para os participantes do presente estudo, os exames laboratoriais, necessários após a ocorrência do acidente com material biológico, foram realizados imediatamente apenas para 54,7% dos sujeitos, e no intervalo de oito horas a mais de três dias depois da ocorrência, para 36,5% dos sujeitos. Além disso, 7,3% dos sujeitos não realizaram exames laboratoriais após o acidente de trabalho.

O estudo realizado por Araújo et al. (2012), sobre a ocorrência de acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem, identificou que 60,3% dos profissionais procurou atendimento especializado no mesmo dia da ocorrência do acidente. Maior detalhamento desse tempo foi apresentado pelo estudo de Loureiro et al. (2009), quando identificou que 78,6% dos profissionais buscou atendimento especializado em até duas horas, e 21,9% no período de três a até mais de 25 horas. No estudo de Pimenta et al. (2013) foi identificado que 92,7% dos profissionais de enfermagem acidentados procurou atendimento especializado em menos de uma hora e 7,3% profissionais em até 72 horas.

Conforme descreve Araújo et al. (2012), o cuidado imediato após um acidente com material biológico consiste na limpeza do local com as soluções recomendadas, mas, dependendo da gravidade da ocorrência, condutas mais específicas e que requerem determinado limite de tempo para sua realização são necessárias, justificando a importância da notificação imediata do acidente. Quando isso não ocorre, a eficácia do tratamento é prejudicada. Em alguns casos, algumas condutas ficam impossibilitadas de serem realizadas, como o uso de imunoglobulina como prevenção da hepatite B.

Ainda, com relação aos exames laboratoriais, o MS recomenda que os resultados dos exames sorológicos devem ser sempre comunicados aos pacientes e, na presença de evidência de infecção, o paciente deverá ser encaminhado para acompanhamento clínico-laboratorial no serviço de saúde disponível para aids e/ou hepatites virais (BRASIL, 2010b). Os resultados dos exames laboratoriais do paciente-fonte também são importantes para a avaliação quanto ao potencial de transmissão do vírus HIV, HBV e HCV (BRASIL, 2006). O acesso aos resultados dos exames realizados pelos participantes do presente estudo ocorreu imediatamente para 24,8% dos profissionais acidentados, e 54,0% sujeitos tiveram acesso a esses exames no período de oito horas a mais de três dias depois da ocorrência ocupacional, no entanto, 19,7% dos sujeitos referiu que não teve acesso a esses resultados.

Segundo Sarquis et al. (2009), em estudo sobre a adesão às condutas pós-exposição, 61,3% dos trabalhadores expostos não agendaram consulta de retorno para acompanhamento, o que impossibilitou a entrega dos resultados dos exames realizados no momento do acidente. Além desse fato, esses trabalhadores também não foram acompanhados, não realizaram exames sorológicos, não receberam orientações e podem ter adquirido infecções ocupacionais.

Estudos mostram que cerca de 30% dos profissionais que se acidentam com material biológico não procuram atendimento clínico especializado para início das condutas pós-exposição recomendadas (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2010; PIMENTA et al., 2013) e o estudo de Cespedes et al. (2010) revelou que 53% dos trabalhadores, que iniciaram o acompanhamento clínico, o abandonou antes do tempo recomendado.

Em relação à fonte da exposição ocupacional, os resultados mostram que em 10,9% dos casos os acidentes envolveram fontes desconhecidas e entre 87,6% dos casos as fontes eram conhecidas. Esses resultados desvelam a ocorrência de situações de risco para os profissionais pela possibilidade de adquirir infecções ocupacionais, sendo que 7,7% dos sujeitos revelaram que os exames dos pacientes-fonte envolvidos nos acidentes apresentaram resultados positivos para a aids, hepatite B e hepatite C.

Essa situação de risco, também pode ser visualizada na literatura. Estudo realizado, com o objetivo de identificar a ocorrência e as características dos acidentes de trabalho registrados no SINAN, em uma cidade do interior de São Paulo, revelou que, em 75% das ocorrências, o paciente-fonte era conhecido, e em 23,1% a fonte não foi relatada e em 13,6% das exposições os exames sorológicos do paciente não foram realizados (VALIM;

MARZIALE, 2012). Loureiro et al. (2009) identificaram, em seu estudo, 16,1% de pacientes-fonte com sorologia positiva para HIV e 3,6% para o HCV. Ciorlia e Zanetta (2004) encontraram maiores valores de sorologia positiva (21%) para os patógenos HIV, HBV e HCV, e, para 63,4% dos pacientes-fonte, as taxas de sorologia eram desconhecidas, e no estudo realizado por Guilarde et al. (2010) foram identificados 72% de pacientes-fonte com sorologia negativa para HIV e em 24% das ocorrências a fonte era desconhecida.

Em um estudo realizado na cidade de Fortaleza, CE, foi evidenciado que entre os acidentes de trabalho registrados no SINAN, não foram realizados testes sorológicos no paciente-fonte para a hepatite B (17,3%), para a aids (10,9%) e para a hepatite C (17,4%). Nas exposições por material biológico, onde esses testes sorológicos foram realizados, a positividade para o HBV foi detectada em 1,2% dos acidentes, e em 11,4 e 1,2% dos acidentes foi identificada a sorologia positiva para a aids e a hepatite C, respectivamente. Para esses autores, a identificação da sorologia do paciente-fonte é uma das medidas iniciais de condutas pós-exposição a material biológico, e é a base para que sejam providenciadas as medidas de prevenção às infecções ocupacionais (ARAÚJO et al., 2012).

Neste estudo, encontramos resultados satisfatórios relacionados ao tempo de início da profilaxia pós-exposição. Dentre os 15 (10,9%) trabalhadores que receberam a indicação da profilaxia, 53,3% dos trabalhadores iniciaram imediatamente o seu uso, 26,7% dos trabalhadores iniciaram a profilaxia em até oito horas e para 6,7% dos trabalhadores esse início ocorreu em até 24 horas. Esses valores representam a soma dos valores percentuais dos participantes que receberam indicação de uso de medicamentos e vacina. Segundo o MS, quando a avaliação médica indica a profilaxia pós-exposição, ela deve ser iniciada o mais precocemente possível, de preferência nas primeiras duas horas após o acidente. A efetividade da profilaxia diminui quando seu início é retardado, sendo que, após 72 horas da exposição, ela não é mais efetiva (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, Oliveira e Gonçalves (2010) referem que a avaliação médica e os exames laboratoriais, após a ocorrência do acidente com material biológico, devem ocorrer em todos os casos, fundamentando a indicação da profilaxia pós-exposição (quimioprofilaxia e vacinação) e do acompanhamento médico do acidentado. O MS recomenda que o acompanhamento do acidentado deve ser realizado, independentemente da utilização de profilaxia pós-exposição (BRASIL, 2010b).

O profissional de saúde acidentado precisa ser monitorado e orientado no momento do acidente e durante todo o período de acompanhamento, tanto no que diz respeito ao monitoramento clínico como também na questão psicológica, visto que a exposição biológica afeta psicológica e emocionalmente o profissional devido à espera pelos resultados de testes sorológicos e possível soroconversão (VALIM; MARZIALE, 2012).

O aconselhamento psicológico após o acidente é indicado, em virtude dos sentimentos que surgem em decorrência da exposição, que envolvem também familiares, superiores e outras pessoas do seu convívio (SARQUIS; FELLI, 2009). No caso dos participantes deste estudo, esse aconselhamento não ocorreu para 74,5%. E entre os sintomas apresentados após a exposição, a ansiedade (13,9%) e o estresse (8,0%) foram os mais citados. Esses e outros sintomas psicológicos, já descritos pela literatura (BRANDÃO JUNIOR, 2001; CASTRO; FARIAS, 2009; DAMASCENO et al., 2006; MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011; SAILER; MARZIALE, 2007; SARQUIS; FELLI, 2009; STEFFENS; GELBCKE, 2008), que surgem após a ocorrência de uma exposição, podem ser minimizados pela assistência psicológica prestada pela equipe de profissionais que acolhem o trabalhador após a ocorrência do acidente e também pela equipe que faz o acompanhamento pós-exposição, caso seja necessário. Essa prática pode favorecer a adesão às condutas pós-exposição recomendadas.

No momento da ocorrência do acidente de trabalho, o profissional acidentado torna-se fragilizado, sendo importante a presença de pessoas que estejam próximas, para ouvir e cuidar do trabalhador acidentado, até que a superação do acidente seja alcançada. Essas pessoas integram uma rede de apoio, que pode ser de cunho pessoal (família, amigos, grupos sociais e/ou religiosos) ou de cunho institucional (colegas, chefias, equipes multiprofissionais responsáveis pelo atendimento ao trabalhador) (STEFFENS; GELBCKE, 2008).

O estudo realizado por Steffens e Gelbcke (2008) mostrou que a rede de apoio pessoal tem grande importância, pois suplementa ou até substitui a rede institucional, nos casos de inexistência ou desorganização da mesma. A família, segundo os referidos autores, pode apresentar uma postura de compreensão, acolhendo o trabalhador, ou pode ter uma reação negativa, como críticas e acusações, inibindo o relato do acidente por parte do acidentado. No caso da rede de apoio institucional, o apoio recebido pode ser formal, oriundo dos profissionais que atuam no momento do acidente, ou informal, desenvolvido

pelos colegas e pelas chefias. O autor identificou, em seu estudo, que, na maior parte dos casos estudados, os sujeitos informaram a ocorrência do acidente à família. Além disso, o autor identificou fragilidades na rede institucional representadas pela ocorrência de erros e/ou dificuldades no momento do atendimento, desconhecimento das rotinas institucionais para os casos de acidentes, despreparo das chefias para a orientação do acidentado, julgamento, atribuições de culpa, indiferença em relação ao acidente, por parte dos colegas e das chefias.

De acordo com a premissa das redes de apoio, a dimensão **Normas Subjetivas** (uma das dimensões que integram a TCP) está presente no instrumento de coleta de dados utilizado no presente estudo, em itens e questões que buscam identificar as pessoas significativas para o sujeito acidentado, ou seja, aquelas pessoas cuja opinião é importante, e que podem influenciar algum tipo de comportamento, e, no caso do presente estudo, influenciar na adesão do acidentado às condutas pós-exposição. Segundo os autores do referido instrumento, as pessoas significativas para o sujeito são os pais, irmãos, o cônjuge ou namorado[a] e o supervisor (KO et al., 2011).

Uma pergunta desse instrumento questionou o participante da etapa do estudo de campo se ele havia relatado a ocorrência da exposição ocupacional a alguma pessoa. Entre as opções de resposta, estavam os colegas de trabalho e o supervisor, representando os contatos profissionais do sujeito, e os irmãos, os pais, o cônjuge ou namorado[a], representando os familiares. Havia, também, a opção de outros parentes ou amigos e era possível, ainda, escolher mais de uma opção.

Com uma análise agregada das respostas a essa questão, ou seja, somando-se os percentuais apresentados pelos sujeitos que escolheram apenas uma pessoa, com o número de vezes que cada pessoa foi escolhida pelos sujeitos que marcaram mais de uma opção, encontramos a indicação de que as pessoas relacionadas aos contatos profissionais do sujeitos foram mais procuradas, quando o sujeito pensou em relatar a ocorrência daquele acidente de trabalho a alguém. Esses resultados divergem dos resultados encontrados no estudo de Steffens e Gelbcke (2008), porém, condizem com suas considerações que destacam que o apoio recebido por pessoas externas ao ambiente de trabalho são importantes para minimizar o desgaste psicológico causado pelo acidente, no entanto, esse apoio deveria ser oferecido dentro da própria instituição, o que tornaria o vínculo familiar um apoio complementar.

Outra dimensão que integra a TCP, e que está presente no instrumento de coleta de dados deste estudo, é o **Controle Comportamental Percebido**, que se refere às facilidades e/ou dificuldades percebidas pelo indivíduo para adotar um determinado comportamento (AJZEN, 1991). Dessa forma, duas perguntas abertas foram inseridas no instrumento, relacionadas às facilidades e dificuldades encontradas pelo participante do estudo de campo para cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho. Muitos sujeitos não responderam ou informaram que não tiveram nenhuma facilidade ou dificuldade. Os sujeitos que responderam citaram várias dificuldades relacionadas ao primeiro atendimento, após exposição, aos sentimentos vivenciados pelos sujeitos e também à percepção do participante a respeito dos sentimentos/comportamentos de terceiros diante da sua situação de acidentado, ao seguimento pós-exposição e ao uso de medicamentos. As facilidades encontradas se relacionaram ao comportamento de terceiros, desde a equipe de enfermagem até os gestores do hospital onde trabalhavam.

Alguns motivos são descritos na literatura, relacionados à adesão/não adesão das condutas pós-exposição pelos profissionais de saúde. Considerando alguns desses motivos como sendo facilidades/dificuldades que o profissional acidentado encontrou para cumprir as condutas pós-exposição recomendadas, podemos citar, como dificuldades, o efeito adverso decorrente do uso de antirretrovirais, o atendimento demorado (PIMENTA et al., 2013); o desconhecimento das chefias sobre as condutas pós-exposição a material biológico (WALL et al., 2011); a presença dos efeitos colaterais; a necessidade de regularidade de horários (SAILER; MARZIALE, 2007); as críticas e acusações familiares; o julgamento e atribuição de culpa pelos colegas; o despreparo das chefias em lidar com o acidentado, o desconhecimento das rotinas pelos médicos plantonistas (STEFFENS; GELBCKE, 2008).

Embora a descrição das facilidades encontradas para a adesão às condutas pós-exposição sejam menos comuns na literatura, o estudo de Steffens e Gelbcke (2008) apresenta alguns fatores que podem ser interpretados como facilitadores da adesão, entre eles o acolhimento e a solidariedade dos familiares e amigo, a presteza na passagem de informações pelo pessoal do SESMT, a agilidade e a serenidade do profissional no atendimento ao acidentado.

A análise dessas dificuldades/facilidades citadas pelos sujeitos, relacionadas com adesão às condutas pós-exposição, pode indicar pontos-chave para a assistência ao profissional acidentado nas instituições hospitalares, tanto no que se refere ao

acompanhamento pós-exposição como também no que se refere às atividades preventivas, desenvolvidas pelos responsáveis pela Saúde do Trabalhador dessas instituições, objetivando estimular futuras notificações e, conseqüentemente, a adesão ao seguimento pós-exposição, tanto dos sujeitos que nunca se acidentaram como daqueles que já sofreram acidentes e que já vivenciaram experiências negativas.

As questões relacionadas à caracterização dos sujeitos e da última exposição ocupacional encerram a primeira e segunda parte do instrumento. Uma terceira parte apresenta as seis subescalas relacionadas aos constructos da TCP, que totalizam 61 itens com opções de resposta em escala tipo Likert, específicas para cada uma delas. As seis subescalas foram o alvo das análises psicométricas realizadas, a fim de testar a validade e fidedignidade da versão adaptada do instrumento.

6.2 Tradução e adaptação cultural do instrumento

O Comitê de Especialistas foi constituído por pesquisadores das áreas de psicologia (com conhecimento sobre o referencial teórico utilizado) e enfermagem (com conhecimento sobre a metodologia utilizada e sobre o referencial da saúde do trabalhador). Consideramos que essa composição colaborou positivamente para o alcance da validade de face da versão adaptada do instrumento. A avaliação das equivalências existentes entre a versão adaptada e o instrumento original (equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual), por sua vez, resultou em alterações relativas às equivalências semântica e cultural de alguns itens e opções de respostas que possibilitaram melhor clareza e compreensão do instrumento em sua nova versão que foi retrotraduzida e comparada com a versão original do instrumento por sua primeira autora.

A submissão da versão síntese das traduções ao Comitê de Especialistas, antes das retrotraduções, permitiu a detecção de divergências ou erros entre as traduções realizadas. Estudos realizados por Dantas; Silva; Ciol (2013); Echevarria-Guanilo et al. (2006); Fabrício-Wehbe et al. (2009); Ferreira et al. (2008); Pelegrino et al. (2011); Prudêncio (2012); Queiroz; Pace; Santos (2009); Xavier et al. (2011) também realizaram essa alteração nas etapas inicialmente propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993).

Nesse sentido, Dantas (2007) refere que o processo metodológico percorrido por seu estudo possibilitou a manutenção das equivalências conceitual, semântica e de medida, além da preservação da validade aparente e de conteúdo, mantendo a proposta do estudo original, conforme a avaliação do comitê de juízes do referido estudo. Segundo Fabrício-Wehbe et al. (2009), os trabalhos realizados pelo comitê de juízes de seu estudo verificaram se a escala mensurava o que se propunha medir e se os seus itens possuíam relevância quanto ao construto estudado.

Segundo Ferrer et al. (1996), essa alteração na sequência das etapas permite a detecção de erros ou problemas de compreensão e, segundo Dantas (2007), dessa forma, é possível alcançar os objetivos da etapa de retrotradução, que busca detectar possíveis erros de significado nas traduções.

O acréscimo da etapa de análise semântica dos itens, realizada neste estudo, antes do pré-teste, em uma amostra de 15 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), expostos a material biológico por ocasião dos acidentes de trabalho, possibilitou a compreensão dos itens e alguns ajustes necessários. A referida inclusão também foi utilizada por outros pesquisadores brasileiros (DANTAS; SILVA; CIOL, 2013; DEON et al., 2011b; ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2006; FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009; FEGADOLLI et al., 2010; FERREIRA et al., 2008; MEDINA-CASTRO, 2007; PELEGRINO et al., 2011; PRUDÊNCIO, 2012; QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009; SANTOS, 2009; XAVIER et al., 2011) e também foi avaliada positivamente pelos pesquisadores.

A opção de utilização dos formulários, elaborados e disponibilizados pelo Projeto DISABKIDS® (DEON et al., 2011b; DISABKIDS GROUP, 2002; FEGADOLLI et al., 2010; MEDINA-CASTRO, 2007; PELEGRINO, 2009; SANTOS, 2009), para a sistematização dos procedimentos da análise semântica, garantiu respostas fidedignas emitidas pelos sujeitos.

As quatro questões que compõem o Formulário de Impressão Geral, utilizado na etapa de análise semântica da versão adaptada do instrumento, receberam avaliações positivas dos sujeitos, tanto no que se refere à compreensão e importância dos itens como, também, na impressão dos participantes em relação ao instrumento como um todo. Os estudos de Deon et al. (2011b) e Fegadolli et al. (2010) foram realizados com amostras de crianças e adolescentes de oito a 18 anos e seus respectivos pais ou cuidadores, utilizando os mesmos formulários, para análise semântica, utilizados no presente estudo. Os resultados de ambos os estudos mostraram que os instrumentos que estavam sendo utilizados no

processo de adaptação por esses autores também obtiveram avaliações positivas no Formulário de Impressão Geral, mesmo com algumas limitações evidenciadas em algumas crianças, principalmente naquelas com cerca de oito anos de idade, relacionadas à compreensão das questões.

Com relação ao Formulário Específico utilizado, a maioria dos itens (85,3%) apresentou respostas favoráveis às questões apresentadas, assim, foi constatada uma boa aceitação da versão adaptada do instrumento, visto que as análises realizadas pelos formulários (Formulário de Impressão Geral e Formulário Específico) indicaram que, apesar de algumas dificuldades relatadas pelos sujeitos, relacionadas ao entendimento de alguns itens e relatos de falta de clareza de algumas opções de respostas, elas não foram impeditivas para a emissão de respostas coerentes ao objetivo do item formulado. A maioria dos itens recebeu avaliações positivas pelos sujeitos.

No presente estudo, foram constatadas algumas dificuldades relacionadas à compreensão de alguns itens. As análises das respostas dos dois formulários demonstraram que a categoria dos auxiliares de enfermagem apresentou maior dificuldade para responder ao instrumento do que a dos técnicos de enfermagem e enfermeiros, o que culminou com a exclusão dos sujeitos dessa categoria profissional da amostra do pré-teste e do estudo de campo.

O trabalho da enfermagem é tradicionalmente caracterizado pela divisão interna de seu trabalho, segundo níveis diferentes de formação entre as três categorias que a compõem, ou seja, o enfermeiro com nível superior, o técnico de enfermagem com nível médio e os auxiliares de enfermagem com o ensino fundamental (GOTTEMS; ALVES; SENA, 2007). Dessa forma, diferenciam-se os processos de aprendizado e de qualificação técnica para o exercício do trabalho em cada nível, tornando-os desiguais (PEDUZZI; ANSELM, 2003).

De acordo com Albuquerque, Persegona e Freire (2011), as categorias de técnicos e auxiliares de enfermagem representavam 79,9% dos profissionais de enfermagem atuantes no Brasil, no ano 2010, sendo que 43,2% eram técnicos de enfermagem e 36,8% auxiliares de enfermagem.

Em relação aos auxiliares de enfermagem, Peduzzi e Anselmi (2003) referem que, apesar de ser uma categoria com grande percentual de trabalhadores dentro da profissão e de ser responsável pelo cuidado direto aos pacientes, o que caracteriza o seu saber são as

técnicas de enfermagem, sem muita aproximação do saber relacionado à sistematização dos princípios científicos, que fundamentam as técnicas, e nem ao conhecimento gerado pela pesquisa em enfermagem. Para esses autores, essas características comprometem a qualidade da assistência de enfermagem e a qualidade dos serviços de saúde, pois consideram que o cuidado de enfermagem não pode ser realizado sem fundamentação técnico-científica, pois está relacionado a um conjunto de ações muitas vezes invasivas e que acarretam riscos ou potenciais danos para os pacientes e para os próprios trabalhadores.

Devido às dificuldades relatadas, na etapa do pré-teste, 12 profissionais de enfermagem acidentados com material biológico (enfermeiros e técnicos de enfermagem) foram sorteados aleatoriamente para responder à Versão Português Consenso 4. Nessa etapa, modificações foram necessárias em relação à segunda parte da versão adaptada do instrumento, que não integrou a versão reduzida utilizada na etapa de análise semântica, entretanto, em relação às seis subescalas, apenas um item precisou ser reformulado, o que indica a efetividade da etapa de análise semântica realizada.

A participação dos sujeitos nas duas etapas do processo de adaptação cultural do instrumento contribuiu para a obtenção da validade de face da nova versão, tornando-o mais claro, com linguagem mais compreensiva e adaptado para o idioma português falado no Brasil. Para Fabrício-Wehbe et al. (2009), na realização das etapas de análise semântica e pré-teste em amostras de idosos, não foi identificada nenhuma necessidade de alteração no instrumento utilizado, mostrando que o mesmo foi bem compreendido pelos sujeitos. De forma diferente desse estudo com os idosos, em outros estudos de adaptação cultural, sugestões foram fornecidas pelos sujeitos que também ajudaram a identificar algumas necessidades de alterações nos itens, nas expressões ou nas opções de resposta, o que não impediu o alcance de resultados positivos nas avaliações das etapas de análise semântica e pré-teste (DANTAS, 2007; ECHEVARRIA-GUANILO et al., 2006; FERREIRA et al., 2008; PELEGRINO et al., 2011; PRUDÊNCIO et al., 2013; QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009).

Em relação ao tempo gasto para o preenchimento dos dados, durante a etapa do pré-teste, foram necessários, em média, 30 minutos para o preenchimento da versão adaptada do instrumento. Quando comparamos esse tempo com os 47 minutos de tempo médio necessários para o preenchimento dos instrumentos da análise semântica (dois formulários do Projeto DISABKIDS® e a versão reduzida da versão adaptada do instrumento), verificamos diminuição do mesmo, apesar de que, no tempo aferido na etapa de análise

semântica, estava incluído o tempo gasto com as dúvidas, observações e comentários dos sujeitos. Consideramos que esse tempo encontra-se adequado, devido à extensão do instrumento (61 itens e questões de caracterizações) e ainda porque, segundo dados da literatura, o tempo gasto para o preenchimento de 35 a 37 itens tem sido em média de 10 minutos (MEDINA-CASTRO, 2007; XAVIER, 2010), de 20 minutos para o preenchimento de 41 itens (PRUDÊNCIO et al., 2013) e de 29 minutos para um instrumento de 29 itens (DANTAS, 2007).

Entre as dificuldades encontradas no percurso, compreendido entre a tradução e adaptação do instrumento, destacam-se questões decorrentes do idioma chinês. A carência de tradutores com fluência no idioma chinês/português de naturalidade brasileira (traduções) ou chinesa (retrotraduções) que não estivessem vinculados a uma empresa, fez com que essa fosse a estratégia utilizada neste estudo. Essa estratégia não interferiu na alteração dos significados dos itens, o que foi confirmado pela primeira autora do instrumento original (KO et al., 2011), que realizou as avaliações das várias versões que foram surgindo durante o processo de tradução e adaptação do instrumento.

A referida autora foi consultada em diferentes momentos do desenvolvimento desse estudo. Ela avaliou Versão Chinês Final – VCF do instrumento adaptado e as versões após as etapas de análise semântica e pré-teste e também nos encaminhou o título em inglês do instrumento e opinou favoravelmente a inserção de outras categorias da enfermagem e dos profissionais não acidentados por material biológico na amostra a ser estudada. Apesar das dificuldades relacionadas com a comunicação e fuso horário, a participação dessa autora agregou uma avaliação positiva ao desenvolvimento do estudo.

O instrumento na **Versão Português Final** foi denominado “Adesão às condutas pós-exposição entre trabalhadores de saúde (ACPETS)” e a verificação de suas propriedades psicométricas foi realizada na etapa de estudo de campo.

6.3 Análise descritiva da versão adaptada do instrumento

Em relação à análise descritiva do instrumento, as médias e medianas obtidas sugerem resultados positivos para cada subescala estudada, visto que seus valores são maiores do que os valores das medianas dos intervalos possíveis. Considerando que maiores

valores dos escores e das médias de respostas aos itens das subescalas significam maiores valores na **Atitude**, nas **Normas Subjetivas**, no **Controle Comportamental Percebido** (Conhecimento, **Autoeficácia** e **Recursos**), mais forte deve ser a intenção de uma pessoa a adotar um determinado comportamento (AJZEN; MANSTEAD, 2007). Segundo essa premissa, os participantes do estudo de campo estavam positivamente intencionados em cumprir as condutas pós-exposição.

A média dos escores das subescalas variou de 7,6 (dp=1,9) a 200,9 (dp=57,8) nas subescalas **Conhecimento** e **Normas Subjetivas**, respectivamente. No estudo realizado em Taiwan (KO et al., 2011), esses valores variaram de 9 (dp=1,7) a 211,6 (dp=49,7), nas mesmas subescalas. Em uma análise comparativa, os valores das médias encontradas na validação do instrumento original, realizada em Taiwan, foram maiores que as médias encontradas neste estudo de adaptação do instrumento para o Brasil para a maioria das subescalas **Atitude** (valores de Taiwan: 40,1; dp=4,7), **Normas Subjetivas** (valores de Taiwan: 211,6; dp=49,7), **Conhecimento** (valores de Taiwan: 9; dp=1,7) e **Recursos** (valores de Taiwan: 20,9; dp=3,9), sendo que a maior diferença foi encontrada na subescala **Normas Subjetivas**. As subescalas **Autoeficácia** (valores de Taiwan: 28,9; dp=4,5) e **Intenção** (valores de Taiwan: 29,7; dp=3,9) apresentaram os maiores valores das médias em nosso estudo.

Os valores de maiores médias encontrados podem ser resultantes da diferença de escolaridade e tamanho da amostra entre o estudo original, composta por 802 enfermeiros (nível superior), e a amostra do nosso estudo constituída por 119 técnicos de enfermagem (nível médio) e 18 enfermeiros (nível superior). Além disso, o estudo realizado em Taiwan foi realizado com enfermeiros de hospitais designados para tratamento de HIV, o que pode interferir na maior satisfação com os recursos institucionais providos para a prevenção às exposições ocupacionais com material biológico, no maior conhecimento sobre as condutas pós-exposição e nas atitudes favoráveis à adesão às condutas pós-exposição.

Os maiores valores das médias encontradas no estudo brasileiro (subescalas **Autoeficácia** e **Intenção**), podemos inferir que tinham ocorrido devido ao grande número de respostas concentradas no maior escore possível dessas subescalas do instrumento, situadas próximas ao limite máximo do intervalo (7 – 35 para as duas subescalas), o que já sinalizava que o efeito *ceiling* estaria presente.

Os efeitos *floor* e *ceiling* estão presentes em uma amostra quando mais de 15% dos sujeitos participantes fazem a opção pelo maior ou menor escore possível, respectivamente,

para cada uma das dimensões do instrumento de medida (TERWEE et al., 2007). No presente estudo, o efeito ceiling foi identificado na subescala **Autoeficácia** (31,4%) e na subescala **Intenção** (39,4%), contribuindo para diminuição da responsividade do instrumento, pois os participantes do estudo que optaram pelos maiores valores nessas duas subescalas não podem ser diferenciados uns dos outros, e mudanças ao longo do tempo poderão não ser atribuídas a possíveis intervenções, mas, sim, à presença desses efeitos. Além disso, a presença desses efeitos, indicando perdas nos limites superiores dessas subescalas, prejudica a manutenção da validade de conteúdo do instrumento.

O estudo de validação do instrumento original não realizou testes para análise da responsividade, não permitindo, portanto, uma análise comparativa dos resultados. Não foram encontrados estudos, relacionados à validação de instrumentos na área de saúde do trabalhador, que avaliaram a responsividade por meio dos efeitos *floor* e *ceiling*. Em outros estudos de validação de instrumentos para o Brasil, com abordagens de outros temas relacionados à área da saúde, realizados com amostras de pacientes, ou de profissionais da saúde, também verificaram-se a presença desses efeitos nos resultados desses estudos (CARVALHO et al., 2010; FEGADOLLI et al., 2010; MEDINA-CASTRO, 2007; SANTOS, 2009; SANTOS, 2013; SCHMIDT; DANTAS, 2011; XAVIER, 2010).

A análise dos valores das correlações lineares entre as medidas de cada uma das subescalas do instrumento, realizada por meio do cálculo do coeficiente de correlação linear de Pearson, pode indicar que, diferentemente do concebido pelos autores do instrumento, pode não haver um único construto (**Intenção**) modelado segundo diagrama de caminhos e equações estruturais, realizado no estudo de validação do instrumento original (KO et al., 2011). Ademais, não há apresentação da obtenção de um escore único atribuído à dimensão **Intenção**, a não ser aquele relativo a mais uma subescala de mesmo nome, que independe das demais, **Atitude**, **Normas Subjetivas** e **Controle Comportamental Percebido**, contrariando a Teoria do Comportamento Planejado. Esse aspecto necessita ser melhor elucidado com os autores do instrumento original, antes da realização de estudos posteriores.

Em relação aos resultados obtidos para os 13 itens da subescala **Conhecimento**, da versão adaptada do instrumento, lembramos que a subescala possui três opções de resposta, porém, para a análise de dados do estudo de validação do instrumento original, seus autores atribuíram apenas dois valores para suas opções de resposta, o que tornou o

formato das respostas dicotômico. Para a análise, a distribuição das frequências das respostas, apresentada na Tabela 10, não foi considerada essa alteração, tendo em vista que essa análise objetivou a avaliação do conhecimento do profissional sobre as condutas pós-exposição, tendo como base o número de respostas corretas e incorretas, fornecidas pelos sujeitos, e a análise dos itens que representaram desconhecimento verificado pela opção de resposta “não sei”.

Do total dos itens, 11 (84,6%) apresentaram frequência superior a 50,0% nas opções de resposta consideradas corretas, sendo as maiores frequências de acerto nos itens 3.6 (99,3%) e 3.1 (97,8%). Respostas incorretas foram apresentadas para dois itens (15,4%), sendo que o item 3.12 obteve o maior percentual de sujeitos que erraram a opção de resposta (51,8%), seguido do item 3.9 (32,8%). O maior percentual de respostas “não sei” foi apresentada para o item 3.9 (51,8%), que aborda a transmissibilidade dos vírus HIV, HBV e HCV, seguida pelos percentuais de 38,0% (item 3.11) e 32,1% (item 3.4). Percebemos que alguns desses resultados condizem com as respostas apresentadas na caracterização da exposição ocupacional a material biológico, como no item 3.1, que faz referência à necessidade de se evitar o reencape de agulhas usadas, que apresentou 97,8% de respostas corretas na avaliação da subescala **Conhecimento**, e que, na questão sobre as causas dos acidentes, o reencape de agulhas foi citado apenas 2,2% entre os 137 sujeitos. Além disso, a utilização de agulhas com dispositivo de segurança foi a opção de resposta mais citada no que se refere às condutas adotadas por sua instituição empregadora.

Os resultados nos permite inferir que os profissionais de enfermagem receberam orientação em relação aos procedimentos de não reencape de agulhas e uso de agulhas com dispositivos de segurança, como recomenda a NR-32 (BRASIL, 2005b).

No entanto, estudo de revisão sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante, entre trabalhadores de enfermagem, indica o procedimento de reencape de agulhas como um dos principais fatores relacionados à ocorrência desse tipo de acidente (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Quanto ao uso de óculos de proteção, o baixo índice de utilização referido pelos sujeitos corrobora os dados encontrados na literatura nacional (CESPEDES et al., 2010; REZENDE et al., 2012). Constatamos pelos dados obtidos que apenas 0,7% dos sujeitos respondeu estar usando óculos de proteção no momento do acidente, no entanto, na análise realizada com a subescala **Conhecimento**, 99,3% dos sujeitos responderam

adequadamente ao item 3.6, que afirmava a necessidade do uso de óculos de proteção, sempre que houver possibilidade de respingo de sangue ou fluido corporal, independentemente do diagnóstico do paciente, revelando, assim, a não utilização do conhecimento teórico na prática. Segundo Godin et al. (2008), existe lacuna importante entre as evidências de pesquisas clínicas e a prática de rotina dos profissionais de saúde.

Outro ponto a destacar, observado na análise da subescala **Conhecimento**, refere-se à transmissibilidade dos vírus da hepatite B, hepatite C e aids (item 3.9) que, além de apresentar 32,8% de respostas erradas, também teve o maior percentual de respostas “não sei” (51,8%), indicando a necessidade orientação sobre os riscos de exposição a materiais biológicos. O desconhecimento dos trabalhadores em relação à necessidade do início da administração de medicamentos preventivos precocemente, quando ocorrem acidentes com material biológico, também merece destaque devido às frequências das repostas “não” e “não sei”, obtidas nos itens 3.2, 3.4 e 3.13, bem como o desconhecimento dos sujeitos sobre as condutas ante os acidentes e à prevenção da contaminação pelo HBV, identificados nas respostas “não” e “não sei,” emitidas para os itens 3.3, 3.5 e 3.7. Essas informações são relevantes e necessárias aos trabalhadores de enfermagem.

Segundo Galon, Marziale e Souza (2011), além do conhecimento sobre os riscos a que estão expostos no ambiente de trabalho, os trabalhadores também precisam conhecer as legislações trabalhistas, buscando identificar seus direitos e deveres, para que possam reivindicá-los.

6.4 Análise das propriedades psicométricas da versão adaptada do instrumento

A análise de fidedignidade da versão adaptada do instrumento foi verificada pela análise da consistência interna de seus itens, conforme a versão original do instrumento e por meio da estabilidade da medida (teste-reteste).

A estatística alfa de Cronbach foi utilizada para as análises das subescalas **Atitude**, **Normas Subjetivas**, **Autoeficácia**, **Recursos** e **Intenção** e o coeficiente de Kuder-Richardson para a análise da consistência interna da subescala **Conhecimento**, por se tratar de subescala com formato de resposta dicotômica. Os resultados de alfa de Cronbach obtidos indicaram valores acima de 0,70 para a maior parte das subescalas, com exceção da

subescala **Atitude** (0,44). Destacamos que 0,70 é o valor de referência para consistência interna, segundo Terwee et al. (2007). As demais subescalas apresentaram valores de alfa de Cronbach variando entre 0,81 e 0,91, indicando boa consistência interna dos itens das subescalas. Quanto à subescala **Conhecimento**, o coeficiente de Kuder-Richardson obtido foi de 0,37 que é considerado insatisfatório.

Os resultados de consistência interna obtidos neste estudo apresentam valores maiores do que aqueles encontrados por Ajzen (2011). Segundo o referido autor, mesmo em medidas bem elaboradas sobre a atitude, normas subjetivas, controle comportamental percebido e intenção em relação a um comportamento de interesse têm valores de fidedignidade raramente superiores a 0,75 ou 0,80.

Na pesquisa realizada por Ko et al. (2011), a análise da consistência interna de todas as subescalas foi realizada pelo alfa de Cronbach, resultando em valores discretamente mais elevados do que aqueles obtidos em nosso estudo, que variaram de 0,86 a 0,95 para as subescalas **Normas Subjetivas**, **Autoeficácia**, **Recursos** e **Intenção**. Destacamos que a consistência interna da escala de **Conhecimento**, no estudo de Ko et al. (2011), foi verificada pelo coeficiente alfa de Cronbach, diferentemente do que foi realizado em nosso estudo, uma vez que a escala tem formato de resposta dicotômica.

Constatamos nos dois estudos realizados que as subescalas **Atitude** e **Conhecimento** apresentaram valores de consistência interna inferiores aos valores recomendados pela literatura, que considera 0,70 como valor de referência (TERWEE et al., 2007).

A verificação da estabilidade da medida da versão adaptada do instrumento foi realizada por meio do teste-reteste, aplicado a 31 profissionais de enfermagem, com intervalo de 30 dias entre a coleta das duas medidas.

No estudo realizado por Ko et al. (2011), não foi verificada a estabilidade da medida do instrumento, porém, visando a confirmação da fidedignidade do instrumento, realizamos em nosso estudo o teste de estabilidade da medida, considerado um dos atributos de uma escala fidedigna (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Os resultados obtidos na verificação da estabilidade da medida do instrumento foram considerados positivos em relação à significância estatística, uma vez que os valores de concordância entre as duas medidas, variou de 0,301 a 0,727, sendo que três subescalas apresentaram valores de concordância fraca, duas de concordância moderada e uma de concordância substancial, segundo a classificação proposta por McDowell e Newell (1996).

Considerando que a avaliação da estabilidade de um instrumento subteme a verificação das repostas semelhantes em medidas repetidas, realizadas com os mesmos sujeitos (TERWEE et al., 2007), inferimos que, no presente estudo, ocorreram alterações nas repostas obtidas nas subescalas que apresentaram baixos valores de concordância (**Atitude**, **Recursos** e **Intenção**), devido ao intervalo de tempo de 30 dias adotado entre as duas coletas, apesar de maiores valores também terem sido identificados.

Em estudos de validação de instrumentos, realizados por Fabrício-Wehbe et al. (2013), Kageyama et al. (2008) e Sartore e Grossi (2008), utilizaram-se períodos de coleta para o teste-reteste próximos a 30 dias e os autores obtiveram resultados satisfatórios de concordância entre as duas medidas analisadas. No entanto, segundo Martins (2006), a interpretação do coeficiente de estabilidade, obtido no teste-reteste, pode ser comprometida tanto pela definição de períodos muito longos como de períodos muito curtos. O referido autor descreve que períodos muito longos, entre as duas coletas, podem favorecer a aquisição de novos conhecimentos, que interferem nas repostas fornecidas pelo sujeito na segunda coleta (reteste).

Para Polit, Beck e Hungler (2004), o principal problema dos testes de fidedignidade por meio da abordagem teste-reteste é que muitos traços de interesse como, por exemplo, as atitudes, o humor e conhecimentos podem ser modificados por experiências ocorridas entre as duas medidas, independentemente da estabilidade do instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Com relação à análise da validade de construto da versão adaptada do instrumento, buscamos a sua confirmação por meio da análise multitraço-multimétodo, utilizada para a verificação tanto da validade convergente como também da divergente.

Os resultados de validade de construto divergente e convergente, verificados pelo coeficiente linear de Pearson, de acordo com a análise multitraço-multimétodo, foram expressivos.

Para Hays et al. (1998), o objetivo principal desse tipo de análise é a verificação das alocações dos itens nas escalas e a porcentagem de ajustes para cada item. E, segundo Fegadolli et al. (2010, p.98), “esse método permite visualizar em uma única tabela se os ‘traços’ (dimensões, no instrumento) medem construtos que proponham medir, através da correlação entre itens”. Os autores do estudo original de validação do instrumento não realizaram essa análise.

Na análise de validade de construto convergente, pela comparação entre as correlações lineares entre um item e sua subescala, segundo Fayers e Machin (2007), constatamos que os resultados foram satisfatórios para a maioria das subescalas, com exceção da subescala **Atitude** (todos os itens com valores menores do 0,40), alguns itens da subescala **Autoeficácia**, **Recursos** e **Intenção**. No total, 20 itens apresentaram valores inferiores a 0,40, na análise da validade de construto convergente, o que representa 32,8% da versão adaptada do instrumento. Do total de itens do instrumento, dois apresentaram valores negativos de correlação (itens 1.8 e 6.5), indicando uma inconsistência entre esses itens e as suas subescalas.

Para a análise de validade de construto divergente, foi realizada a comparação entre as correlações lineares entre um item e a subescala à qual não pertence (FAYERS; MACHIN, 2007). As porcentagens de itens que apresentaram correlações maiores e significativamente maiores com suas respectivas subescalas ultrapassaram as correlações desses itens com as demais subescalas do instrumento adaptado, indicando que o instrumento discrimina sujeitos, segundo escores das dimensões envolvidas na TCP. Os melhores resultados ocorreram para as subescalas **Normas Subjetivos** e **Conhecimento**, com 100% (valor do ajuste) dos itens se correlacionando melhor com suas subescalas.

Em estudos de validação de instrumentos que também utilizaram a análise multitraço-multimétodo, em amostras de pacientes crônicos (FEGADOLLI et al., 2010; MEDINA-CASTRO, 2007), também foram encontrados resultados próximos aos relatados no presente estudo.

O estudo de Fegadolli et al. (2010), de validação do módulo genérico DISABKIDS para Condições Crônicas (DCGM 37), para uma amostra brasileira, confirmou a validade de construto convergente e divergente de um dos instrumentos que integra as medidas desenvolvidas pelo grupo DISABKIDS (DISABKIDS GROUP, 2006). Na validade de construto convergente, a maioria dos itens apresentaram valores de correlação acima de 0,30, e na validade divergente, duas dimensões apresentaram 100% de ajuste e quatro com valores de ajuste entre 63,4 e 97,2.

Esse instrumento foi também utilizado no estudo de validação, para uma amostra mexicana, realizado por Medina-Castro (2007), e teve as validades de construto convergente e divergente confirmadas, com a maioria dos itens da escala com valores de correlação maiores do que o ideal.

Em relação à subescala **Atitude**, destacamos que todos os resultados a ela relacionados, apresentaram valores não satisfatórios. O único resultado positivo dessa subescala foi a ausência dos efeitos *floor* e *ceiling*. Os resultados da etapa de análise semântica apresentaram problemas em relação a alguns itens e algumas opções de resposta, que foram identificados e modificados. Em relação aos resultados relacionados às propriedades psicométricas, apresentou baixo valor do coeficiente alfa de Cronbach (0,44), indicando uma consistência interna insatisfatória; o valor de concordância entre as duas medidas (teste-reteste) foi fraca; a validade convergente (todos os itens <0,40) e divergente (ajuste de 65%) não foi confirmada pela análise multitraço-multimétodo. Acreditamos que um dos fatores que pode ter contribuído para esses resultados tenha sido a diferença relacionadas à escolaridade entre a amostra do estudo de validação do instrumento original (100% enfermeiros, nível superior) e a amostra deste estudo de adaptação cultural para o Brasil (86,9% de técnicos de enfermagem com nível médio, e 13,1% de enfermeiros com nível superior). Além disso, o estudo realizado em Taiwan foi constituído por enfermeiros que trabalhavam em hospitais designados para tratamento de HIV, o que pode significar atitudes mais favoráveis relacionadas à adesão às condutas pós-exposição, considerando que a percepção do risco de adquirir uma infecção ocupacional seja mais evidente.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

O processo de adaptação cultural e validação do instrumento *Comply with post-exposure management among health care workers* foi desenvolvido de acordo com as recomendações da literatura científica pertinente, resultando no instrumento “Adesão às condutas pós-exposição entre trabalhadores de saúde” (ACPETS), adaptado à realidade brasileira. A versão adaptada para a realidade brasileira apresenta resultados satisfatórios de validade e fidedignidade, excluindo-se a dimensão **Atitude** que apresentou resultados insatisfatórios nas análises psicométricas realizadas. Essa conclusão está fundamentada nas propriedades mostradas a seguir.

- A análise realizada pelo comitê de especialistas e pelas etapas relacionadas à análise semântica e ao pré-teste permitiu a manutenção das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, confirmando a validade de face.
- Os efeitos *floor* e *ceiling* não foram identificados nas subescalas da versão adaptada do instrumento, com exceção das subescalas **Autoeficácia** e **Intenção**, que apresentaram efeito *ceiling*.
- A fidedignidade, obtida por meio dos coeficientes alfa de Cronbach e Kuder-Richardson, apresentou valores satisfatórios de consistência interna para as subescalas **Normas Subjetivas**, **Autoeficácia**, **Recursos** e **Intenção** e valores inferiores para as subescalas **Atitude** e **Conhecimento**.
- A fidedignidade por meio da estabilidade da medida (teste-reteste), obtidos pelo Coeficiente de Correlação Intraclass (ICC), apresentou resultados satisfatórios considerados positivos em relação à significância estatística, com os valores de concordância entre as duas medidas, variando de 0,301 a 0,727, sendo que uma subescala apresentou um valor de concordância substancial, duas apresentaram valores de concordância moderada e três apresentaram valores de concordância fracos. O intervalo de tempo de 30 dias adotado entre as duas coletas pode ter influenciado negativamente parte dos resultados obtidos.
- A validade de construto convergente, obtida pela análise multitraço-multimétodo, foi confirmada para as subescalas do instrumento, com exceção da subescala **Atitude**.

- A validade de construto divergente foi confirmada pela análise multitraço-multimétodo, que indicou que o instrumento discrimina sujeitos, segundo escores das dimensões envolvidas na TCP, com melhores resultados para as subescalas **Normas Subjetivas** e **Conhecimento** e o pior resultado para a subescala **Atitude**.

O tamanho reduzido da amostra pode ser considerado uma limitação deste estudo que, apesar de incluir toda a população-alvo elegível, impossibilitou a realização da análise fatorial confirmatória, necessária para a verificação de sua dimensionalidade. Assim, além da ampliação da amostra, para a realização de estudos futuros, novas definições precisam ser discutidas com os autores do instrumento original, visando a adequação das dimensões referentes às subescalas **Atitude e Intenção**.

A abordagem do tema conduta pós-exposição a material biológico, estruturada na Teoria do Comportamento Planejado (TCP), relacionada ao processo metodológico de validação de instrumentos, só foi verificada no estudo chinês que embasou a presente investigação e em algumas outras investigações que abordaram parcialmente alguns dos temas relacionados, conforme descrição ao longo desta pesquisa. Assim, diante da incipiência dos estudos realizados, não foi possível fazer maiores comparações e análise mais consistente dos resultados, como esperávamos. No entanto, concluímos que o instrumento é adequado ao objetivo a que se propõe e os resultados obtidos neste estudo são relevantes às áreas de Enfermagem e de Saúde do Trabalhador pelo seu caráter inovador, capacidade de gerar conhecimentos científicos passíveis de ampla utilização na prevenção do adoecimento pelo trabalho relacionado às infecções veiculadas por material biológico, subsidiar o aprimoramento das práticas educativas, relativas às condutas pós-exposição ocupacional e a realização de novas pesquisas com enfoque na análise do comportamento relacionado à intenção de cumprir as condutas pós-exposição recomendadas internacionalmente.

A relevância da seleção de instrumento de outra origem linguística procede pelo potencial de cooperação internacional existente na área da Saúde do Trabalhador com finalidade de ampliar o conhecimento científico em prol da prevenção da exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado e à promoção da saúde no trabalho, bem como o fortalecimento de laços e intercâmbios entre diferentes países onde o problema da referida exposição ocupacional é vivenciado.

Referências⁹

⁹De acordo com a NBR 6023 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2002).

REFERÊNCIAS

AARONSON, N. et al. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation**, Oxford, v. 11, n. 3, p. 193-205, 2002.

ACQUADRO, C. et al. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. **Value Health**, Malden, v. 11, n. 3, p. 509-521, 2008

AJZEN I. **Attitudes, personality and behavior**. Chicago: Dorsey Press, 1988.

_____. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 50, p. 179-211, 1991. Disponível em: <<https://www.hse.ru/data/816/479/1225/Oct%2019%20Cited%20%231%20Manage%20THE%20THEORY%20OF%20PLANNED%20BEHAVIOR.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

_____. The Theory of Planned Behavior. **Constructing a TpB questionnaire: conceptual and methodological considerations**. 2002. Disponível em: <<http://socgeo.ruhosting.nl/html/files/spatbeh/tpb.measurement.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

_____. The theory of planned behaviour: reactions and reflections. **Psychology & Health**, Chur, v. 26, n. 9, p. 1113-1127, 2011.

AJZEN, I; FISHBEIN, M. **Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1980. 278 p.

AJZEN, I.; MANSTEAD, A. S. R. Changing health-related behaviors: an approach based on the theory of planned behavior. In: HEWSTONE, M.; SCHUT, H.; WIT, J.; VAN DEN BOS, K.; STROEBE, M. (eds.). **The scope of social psychology: Theory and applications**. New York: Psychology Press, 2007. cap. 4, p. 43-63.

ALBUQUERQUE, G. L.; PERSEGONA, M. F. M.; FREIRE, N. P. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília: Cofen, 2011. Disponível em: <<http://www.pluridoc.com/Site/FrontOffice/default.aspx?module=Files/FileDescription&ID=6111&state=FD>>. Acesso em: 18 mar. 2013.

ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 2, p. 109-111, 2002.

ALEXANDRE, N. M. C. et al. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 802-809, 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n3/pdf/v15n3a23.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2013.

ALLOM, V.; MULLAN, B.; SEBASTIAN, J. Closing the intention-behaviour gap for sunscreen use and sun protection behaviours. **Psychology & Health**, Chur, v. 28, n. 5, p. 477-494, 2013.

ALMEIDA, A.N.G. et al. Risco biológico entre os trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 595-600, 2009.

ALMEIDA, C. A. F.; BENATTI, M. C. C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 120-146, 2007.

ALTMAN, S. S.; COHEN, M. Nursing Aides' Attitudes to Elder Abuse in Nursing Homes: The Effect of Work Stressors and Burnout. **The Gerontologist**, Oxford, v. 49, n. 5, p. 674-684, 2009.

AMARAL, P. M.; TAVARES-NETO, J. Exposição ocupacional a material biológico por pessoal de saúde: construção e proposição de instrumentos avaliativos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 131-147, 2010.

ANDRADE, A. C.; SANNA, M. C. Ensino de biossegurança na graduação em enfermagem: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 569-572, 2007.

ANDREWS, K. R.; SILK, K. S.; ENELI, I. U. Parents as health promoters: a theory of planned behavior perspective on the prevention of childhood obesity. **Journal of health communication**, Washington, v. 15, n. 1, p. 95-107, 2010.

ARAÚJO, T. M. et al. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 7, p. 7-14, 2012.

ARMITAGE, C. J.; CONNER, M. Social cognition models and health behaviour: A structured review. **Psychology & Health**, Chur, v. 15, n. 2, p. 173–189, 2000.

_____. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. **The British journal of social psychology**, Malden, v. 40, 471–499, 2001. Part 4.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24 p.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Washington, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

_____. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, Washington, v. 37, n. 2, p. 122-147, 1982.

BASSO, C. R. **Avaliação da efetividade de uma intervenção psicossocial para melhorar a adesão do paciente à terapia antirretroviral da AIDS**: ensaio controlado aleatório utilizando monitoramento eletrônico. 2010. 115 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BASSO, C. R. et al. Exploring ART Intake Scenes in a Human Rights-Based Intervention to Improve Adherence: a randomized controlled trial. **AIDS and Behavior**, New York, v. 17, n. 1, p. 181-192, 2013.

BASTOS, F. S.; SEVERO, M.; LOPES, C. Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 11-20, 2007.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, New Hampshire, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BEN-NATAN, M.; GOLUBEV, V.; SHAMRAI, V. Smoking during pregnancy: analysis of influencing factors using the Theory of Planned Behaviour. **International nursing review**, Geneva, v. 57, n. 3, p. 388–394, 2010.

BERGAMINI, C. W. Motivação: mitos, crenças e mal-entendidos. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 23-34, 1990.

BOLZAN, M. E. O. et al. Occupational Risks in Nursing: na integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 2363-74, 2011.

BORSA, J. C.; DAMASIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012.

BOWDEN, A.; FOX-RUSHBY, J. A. A systematic and critical review of the process of translation and adaptation of generic health-related quality of life measures in Africa, Asia, Eastern Europe, the Middle East, South America. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 57, n. 7, p. 1289-1306, 2003.

BRANDÃO JUNIOR, P. S. Dimensões subjetivas da biossegurança nas unidades de saúde **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 57-64, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério de Saúde, 1996.

_____. **Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004**. Regulamenta o par. 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/D5154.htm>. Acesso em: 19 Jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 777/GM, de 28 de abril de 2004**. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS Brasília, 2004b Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>>. Acesso em: 28 Jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS – Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C**. Brasília, 2004c. Disponível em: <http://www.riscobiologico.org/upload/arquivos/prod_N2i1YO.pdf>. Acesso em: 16 Jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_aconselhamento.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Brasília. 2005b. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BF8B4FDFC0C65/p_20051111_485.pdf> Acesso em: 09 Jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 939, de 18 de novembro de 2008. **Diário Oficial da União**, 2008. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D3226A41101322A9577176D1D/p_20081118_939.pdf>. Acesso em: 19 Jun. 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **IBGE Cidades**. 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=317020>>. Acesso em: 28 Maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008. Suplemento III – Tratamento e Prevenção**. Brasília. 2010b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2007/suplemento_consenso_adulto_01_24_01_2011_web_pdf_13627.pdf>. Acesso em: 15 Out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Oficina para Definição das Prioridades de Pesquisas em Saúde do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Hepatites virais no Brasil: situação, ações e agenda**. 2011b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50069/agendahepatites_2011_pdf_19532.pdf>. Acesso em: 15 Jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Saúde Ambiental e do Trabalhador. Coordenação Geral em Saúde do Trabalhador. Boletim epidemiológico. **Acidentes de trabalho com exposição potencial a material biológico**. Edição n.3, ano I, Outubro de 2011c. Disponível em: <http://www.2pontos.net/preview/pisat/hp/upload/boletim3_end.pdf>. Acesso em: 19 Jun. 2013.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria 1.748, de 30 de Agosto de 2011. **Diário Oficial da União**, 2011d. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A31F92E65013224E36698767F/p_20110830_1748%20.pdf> Acesso em: 19 Jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília. 2013. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Listas_Estado.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=317020&NomeEstado=MINAS%20GERAIS>. Acesso em: 28 Maio 2013.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. New York: The Guilford Press, 2006.

BUENO, M. As teorias de Motivação Humana e sua contribuição para a Empresa Humanizada: um tributo a Abraham Maslow. **Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão**, Catalão, v. 4, n. 6, 2002. Disponível em: <http://tupi.fisica.ufmg.br/~michel/docs/Artigos_e_textos/Motivacao/009%20-%20As%20teorias%20de%20motiva%E7%E3o%20humana%20e%20sua%20contribui%E7%E3o%20para%20a%20empresa%20humanizada.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2013.

BURNS, S. Application of the theory of planned behavior to oral anticoagulant therapy. **Nursing & Health Sciences**, Malden, v. 11, n. 1, p. 98–101, 2009.

CÂMARA, P. F. et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais da equipe multidisciplinar de um hospital. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 583-586, 2011.

CARVALHO, A. R. S. et al. Adaptation and validation of an oral anticoagulation measurement of treatment adherence instrument. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 301-308, 2010.

CASAS-ANGUITA, J.; REPULLO-LABRADOR, J. R.; PEREIRA-CANDEL, J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. **Medicina Clínica Barcelona**, v. 116, n. 20, p. 789-796, 2001.

CASTRO, M. R.; FARIAS, S. N. P. A produção científica sobre riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 364-369, 2008.

_____. Repercussões do acidente com perfurocortantes para a enfermagem: uma construção a partir do grupo focal **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro v. 13, n. 3, p. 523-529, 2009.

CASTRO, R.A.L.; PORTELA, M.C.; LEÃO, A.T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública.**, v.23, n.10, p.2275-84, 2007.

CAVALCANTE, C. A. A. et al. Acidentes com material biológico em trabalhadores. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 971-979, 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Republic of China – R.O.C (Taiwan). HIV/AIDS. Monthly Report. 2013. Disponível em: <<http://www.cdc.gov.tw/english/page.aspx?treeid=e79c7a9e1e9b1cdf&nowtreeid=6bb9113c9e323e98>>. Acesso em 17 nov. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Recommendations for prevention of HIV transmission in health care settings. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 36, n. SUO2, p. 1-24, 1987.

_____. U.S. Department Of Health and Human Services. Public Health Service. National Institute for Occupational Safety and Health National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). **Preventing needlestick Injuries in Health Care Settings**. Publication No. 2000.108, November 1999.

_____. U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. **MMWR Recomm Rep**; Atlanta, v.50(RR-11), p. 1-42, 2001. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2011.

_____. **Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.** 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2013.

_____. **Workbook for Designing, Implementing and Evaluating a Sharps Injury Prevention Program.** 2008. Disponível em: <http://www.cdc.gov/sharpssafety/pdf/sharpsworkbook_2008.pdf>. Acesso em: 02 set. 2009.

_____. **Surveillance of Occupationally Acquired HIV/AIDS in Healthcare Personnel, as of December 2010.** Disponível em: <<http://www.cdc.gov/HAI/organisms/hiv/Surveillance-Occupationally-Acquired-HIV-AIDS.html>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

CESPEDES, L. D. M. et al. Estudo da adesão de trabalhadores com acidentes de trabalho notificados. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 245-249. 2010.

CHEN, C. H. et al. Estimation of seroprevalence of hepatitis B virus and hepatitis C virus in Taiwan from a largescale survey of free hepatitis screening participants. **Journal of the Formosan Medical Association**, Taipei, v. 106, n. 2, p. 148-155, 2007.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações.** Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHIODI, M. B. et al. Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 211-217, 2010.

CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 26, n. 1-3, p. 313-318, 1995.

CIORLIA, L. A. S.; ZANETTA, D. M. T. Significado epidemiológico dos acidentes de trabalho com material biológico: hepatites B e C em profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 191-199, 2004

COHEN, J.; COHEN, P. **Applied multiple regression/correlation for the behavioral sciences.** 2a. ed. Hillsdale: N.J., 1983.

COLÉMONT, A.; van den BROUCKE, S. Measuring determinants of occupational health related behavior in Flemish farmers: an application of the Theory of Planned Behavior. **J. Safety Res.**, v. 39, n. 1, p. 55-64, 2008.

CORNÉLIO, M. E. **Consumo de sal entre sujeitos portadores de hipertensão arterial: estudo dos determinantes individuais do comportamento**. 2008. 207 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

CORNÉLIO, M. E. et al. Development and reliability of an instrument to measure psychosocial determinants of salt consumption among hypertensive patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 701-707, 2009.

_____. Behavioural determinants of salt consumption among hypertensive individuals. **J. Journal of human nutrition and dietetics**: the official journal of the British Dietetic Association, Oxford, v. 25, n. 4, p. 334-344, 2012.

CÔTÉ, F. et al. Using the theory of planned behaviour to predict nurses' intention to integrate research evidence into clinical decision-making. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 68, n. 10, p. 2289-2298, 2012.

CUMMINGS, S. R.; HULLEY, S. B. Elaborando questionários e entrevistas. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: um abordagem epidemiológica**. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 259-274.

DAMASCENO, A. P. et al. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 72-77, 2006.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. 76 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DANTAS, R. A. S.; SILVA, F. S.; CIOL, M. A. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. **Journal of Clinical of Nursing**, Boston, v. 23, n. 1-2, p. 156-165, 2013.

DASH OUTCOME MEASURE. **Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand**. Apresenta atualizações sobre ferramentas e produtos relacionados ao DASH e ao QuickDASH. Toronto: Institute for Work & Health, 2013. Disponível em: <www.dash.iwh.on.ca>. Acesso em: 24 out. 2013.

DENIS, M. A. et al. Risk of occupational blood exposure in a cohort of 24,000 hospital healthcare workers: position and environment analysis over three years. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, Baltimore, v. 45, n. 3, p. 283-288, 2003.

DEON, K. C. et al. Translation and cultural adaptation of the brazilian version of DISABKIDS® Atopic Dermatitis Module (ADM). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 450-457, 2011a.

DEON, K. C.; SANTOS, D. M.S.S.; BULLINGER, M.; SANTOS, C.B. Análise psicométrica inicial da versão brasileira do DISABKIDS® *Atopic Dermatitis Module*. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, p.1072-8, 2011b.

DEYO, R. A.; DIEHR, P.; PATRICK, D. L. Reproducibility and responsiveness of health status measures. Statistics and strategies for evaluation. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 12, n.suppl. 4, p. 142S-158S, 1991.

DISABKIDS GROUP. **Pilot test manual**. Leiden: The DISABKIDS Group, 2002.

_____. **The DISABKIDS Questionnaires**: quality of life questionnaires for children with chronic conditions. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006.

_____. **Translation and validation procedure**: guidelines and documentation form. Hamburgo: The DISABKIDS Group, 2004. Disponível em: <http://www.disabkids.org/app/download/6469841080/Translation_Procedure.pdf?t=1381846711>. Acesso em: 25 Out. 2013.

DO, A. N. et al. Occupationally acquired HIV infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. **Infection Control and Hospital Epidemiology** : the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America, Chicago, v. 24, n. 2, p. 86-96, 2003.

DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. s2, p. 55-58, 2000.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. **"Burns specific pain anxiety Scale - BSPAS": adaptação transcultural e validação preliminar.** 2005. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. et al. Cross-cultural adaptation of the burns specific pain anxiety scale - BSPAS to be used with brazilian burned patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 526-533, 2006.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale - EFS" in a Brazilian elderly sample. . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1043-1049, 2009.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Reproducibility of the Brazilian version of the Edmonton Frail Scale for elderly living in the community. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1330-1336, 2013.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of Life: The Assessment, Analysis And Interpretation of Patient-reported Outcomes.** Chichester, England: John Wiley e Sons, 2007.

FEGADOLLI, C. **Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas: fase 1.** 2008. 81 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FEGADOLLI, C. et al. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS® para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p. 95-105, 2010.

FERREIRA, E. et al. The cultural adaptation and validation of the Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R): version for Brazilian burn victims. **Burns**, Guildford, United Kingdom, v. 34, n. 7, p. 994-1001, 2008.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **The European Respiratory Journal**., Copenhagen, v. 9, n. 6, p. 1160-1166, 1996.

FIGUEIREDO, M. A. C.; MORAIS, K. C. Aids e enfermagem: atitudes versus traços de personalidade no contexto do atendimento hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2. p. 41-56. 1994.

FISHBEIN, M; AJZEN, I. **Belief, Attitude, Intention and Behavior:** an introduction to theory and research. Massachussets: Addison-Wesley, 1980.

FOGG, C. J.; MAWN, B. E.; PORELL, F. Development of the Fogg Intent-to-Screen for HIV (ITS HIV) questionnaire. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 34, n. 1, p. 73-84, 2011.

FRAGUÁS, S. A.; SILVINO, Z. R.; FLACH, D. M. A. M. Immunization against hepatitis B: a matter of occupational health nursing. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3150-3158, 2013

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 786-792, 2010.

GALON, T.; MARZIALE, M. H. P.; SOUZA, W. L. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 160-167, 2011.

GARCIA, L. P.; BLANK, V. L. G. Condutas pós-exposição ocupacional a material biológico na odontologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 279-286, 2008.

GARNER, J. S., Guideline for isolation precautions in hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Chicago, v. 17, n. 1, p. 53-80, 1996.

GHAURI, A .J. et al. Sharps injuries in ophthalmic practice. **Eye**, Londres, v. 25, n. 4, p. 443-448, 2011

GILLEN, M. et al. Sharp-related injuries in California health care facilities: pilot study results from the sharps injury surveillance registry. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Chicago, v. 24, n.2, p. 113-121, 2003.

GIR, E. et al. Accidents with biological material and immunization against hepatitis B among students from the health area. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 401-406, 2008.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D. M. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 207-210, 2008.

GODIN, G; NACCACHE, H; FORTIN, C. Understanding physicians' intention to use a simple infection control measure: wearing gloves. **American Journal of Infection Control**, New York, v. 26, n. 4, p. 413-417, 1998.

GODIN, G. et al. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies on social cognitive theories. **Implementation Science**, London, v. 3, n. 36, 2008.

GONZALEZ, B.; RIBEIRO, J. P. Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 5, n. 1, p. 107-127, 2004.

GOODWIN, R. E.; MULLAN, B. A. Predictors of undergraduates' intention to incorporate glycaemic index into dietary behavior. **Nutrition & Dietetics**, Malden, v. 66, n. 1, p. 54-59, 2009.

GOTTEMS, L. B. D.; ALVES, E. D.; SENA, R. R. Brazilian nursing and professionalization at technical level: a retrospective analysis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1033-1040, 2007.

GOUVEIA, V. V. et al. Validade Fatorial Cofirmatória e Consistência Interna da Escala Global de Crenças no mundo justo – GJWS. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 21-29, 2010.

GUILARDE, A. O. et al. Acidentes com material biológico entre profissionais de Hospital Universitário em Goiânia. **Revista de Patologia Tropical**, Goiânia, v. 39, n. 2, p. 131-136, 2010.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, Londres, v. 24, n. 2, p. 61-63, 1995.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

GUSMÃO, G. S.; OLIVEIRA, A. C.; GAMA, C. S. Acidente de trabalho com material biológico: análise da ocorrência e do registro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 558-564, 2013.

GUTIERREZ, E. B.; LOPES, M. H.; YASUDA, M. A. S. Accidental exposure to biological material in healthcare workers at a university hospital: evaluation and follow-up of 404 cases. **Scandinavian Journal of Infectious Diseases**, London, v. 37, n. 4, p. 295-300, 2005.

HARDEMAN, W. et al. Application of the theory of planned behaviour in behavior change interventions: a systematic review. **Psychology and Health**, United Kingdom, v. 17, n. 2, p. 123-158, 2002.

HAYS, R. D. et al. **User's guide for the Multitrait Analysis Program (MAP)**. California: Rand Corporation, 1988. 37 p.

HEIDEMANN, L. A.; ARAUJO, I. S.; VEIT, E. A. Um referencial teórico-metodológico para o desenvolvimento de pesquisas sobre atitude: a Teoria do Comportamento Planejado de Icek Ajzen. **Revista Electrónica de Investigación en Educación en Ciencias**, Buenos Aires, v. 7, n. 1, p. 22-31, 2012.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 6, n. 3, p. 237-247, 1997.

_____. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998

HIMMELREICH, H. et al. The management of needlestick injuries. **Deutsches Ärzteblatt International**, Cologne, v. 110, n. 5, p. 61-67, 2013.

HO, R. **Handbook of Univariate and Multivariate data analysis and interpretation with SPSS**. Londres: Chapman & Hall, 2006. 424 p.

HOUAISS A. **Dicionário Eletrônico Houaiss**. Versão 3.0. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HOX, J. J.; BECHGER, T. M. An introduction to Structural Equation Modeling. **Family Science Review**, Ogden, v. 11, p. 354-373, 1998.

IRMAK, Z.; BAYBUGA, M. S. Needlestick and sharps injuries among Turkish nursing students: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Practice**, Malden, v. 17, n. 2, p. 151-157, 2011.

INTERNATIONAL TEST COMMISSION (ITC). **Guidelines for Translating and Adapting Tests**. 2010. Disponível em: <<http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf>>. Acesso em: 10 Set. 2013.

JANSEN, A. C.; ROBAZZI, M. L. C. C. Accidentes de trabajo en enfermería y su relación con la instrucción recibida. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 15, n. 1, p. 49-59, 2009.

JURASKOVA, I. et al. HPV vaccination and the effect of information framing on intentions and behaviour: an application of the theory of planned behaviour and moral norm. **International Journal of Behavioral Medicine**, Hillsdale, v. 19, n. 4, p. 518-525, 2012.

KAGEYAMA, E. R. O. et al. Validação da versão para a língua portuguesa do questionário de Medida Funcional para Amputados (Functional Measure for Amputees Questionnaire). **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 164-171, 2008.

KARA-PÉKÉTI, K. et al. Prevalence of occupational exposure to blood among healthcare workers in Togo (Africa). **Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement**, v. 72, n. 4, p. 363-369, 2011.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: EPU, 1979.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.

KO, N. Y. et al. Adherence to management after occupational exposure to bloodborne pathogen among health care workers in Taiwan. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 37, n. 7, p. 609-611, 2009.

KO, N. Y. et al. Intention to comply with post-exposure management among nurses exposed to blood and body fluids in Taiwan: application of the theory of planned behavior. **The Journal of Hospital Infection**, London, v. 77, n. 4, p. 321-326, 2011.

KORTTEISTO, T. et al. Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behaviour. **Implementation Science**, London, v. 5, n. 51, 2010.

KOSGEROGLU, N. et al. Occupational exposure to hepatitis infection among Turkish nurses: frequency of needle exposure, sharps injuries and vaccination. **Epidemiology and Infection**, Cambridge, v. 132, n. 1, p. 27-33, 2003.

LAROS, J. A. O uso de análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: PASQUALI, L. (org.). **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM, 2005. cap. 7, p. 163-184.

LAWTON, R. et al. Employing an extended Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asian mothers living in Bradford. **British Journal of Health Psychology**, Leicester, v. 17, n. 4, p. 854-871, 2012.

LEVIN, P. F. Test of the Fishbein and Ajzen Models as Predictors of Health Care Workers' Glove Use. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 22, n. 4, p. 295-307, 1999.

LIMA, L. M.; OLIVEIRA, C. C.; RODRIGUES, K. M. R. Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas - 2004 a 2008. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 96-102, 2011.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 186-99.

LOHR, K. N. et al. Evaluating Quality-of-Life and Health Status Instruments: development of scientific review criteria. *Clinical Therapeutics*, Princeton, v. 18, n. 5, p. 979-992, 1996.

LOPES, A. C. S. et al. Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1387-1396, 2008.

LOUREIRO, L. A. et al. Adesão de profissionais de enfermagem ao seguimento clínico após exposição ocupacional com material biológico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 303-308, 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a10.htm. Acesso em 17/09/2012.

LUCENA, N. O. et al. Infecção pelo HIV-1 após acidente ocupacional, no Estado do Amazonas: primeiro caso documentado. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n. 5, p. 646-647, 2011

LUPI, O. Doenças priônicas: avaliação dos riscos envolvidos na utilização de produtos de origem bovina. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 1, p. 7-18, 2003.

LUZ, E. M. F. et al. Caracterização dos acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p.215-226, 2013.

MacCANNEL, T. et al. Occupational Exposure of Health Care Personnel to Hepatitis B and Hepatitis C: Prevention and Surveillance Strategies. **Clinics in Liver Disease**, Philadelphia, v. 14, n. 1, p.23-36, 2010.

MAGAGNINI, M. A. M.; MIOTTO, L. B.; SERRADILHA, A. F. Z. Acidentes de trabalho com material biológico entre os profissionais de saúde. **CuidArte enfermagem**, Catanduva, v. 2, n. 1, p. 53-60, 2008.

MAGAGNINI, M. A. M.; ROCHA, S. A.; AYRES, J. A. O significado do acidente de trabalho com material biológico para os profissionais de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 302-308, 2011.

MAHER, C. G.; LATIMER, J.; COSTA, L. O. P. The relevance of cross-cultural adaptation and clinimetrics for physical therapy instruments. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 1, n. 4, p. 245-252, 2007.

MALERBO, M. B.; PELÁ, N. T. R. **Apresentação escrita de trabalhos científicos**. Ribeirão Preto: Holos, 2003.

MANEESRIWONGUL, W.; DIXON, J. K. Instrument translation process: a methods review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 48, n. 2, p. 175-186, 2004.

MANNING, M.; BETTENCOURT, B. A. Depression and medication adherence among breast cancer survivors: bridging the gap with the theory of planned behaviour. **Psychology & Health**, Chur, v. 26, n. 9, p. 1173-1187, 2011.

MANTOVANI, M. F. et al. Panorama da produção do conhecimento em enfermagem na saúde do trabalhador: impacto e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 784-788, 2009.

MARTINS, A. et al. Age and years in practice as factors associated with needlestick and sharps injuries among health care workers in a Portuguese hospital. **Accident Analysis and Prevention**, Oxford, v. 47, p. 11-15, 2012.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.

MARZIALE, M. H. P. et al. Acidentes com material biológico em hospital da Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho – REPAT. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 109-119, 2007.

MARZIALE, M. H. P. et al. Implantação da Norma Regulamentadora 32 e o controle dos acidentes de trabalho. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 859-866, 2012.

MARZIALE, M. H. P. et al. Organizational influence on the occurrence of work accidents involving exposure to biological material. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp, p. 199-206, 2013.

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

MATOS, E. B.; VEIGA, R. T.; REIS, Z. S. N. Intenção de uso de preservativo masculino entre jovens estudantes de Belo Horizonte: um alerta aos ginecologistas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 574-580, 2009.

MBARKI, A. et al. Prevalence of occupational exposure to blood among healthcare personnel in the region of Souss-Massa-Drâa (Morocco). **ScienceLib Editions Mersenne**, v. 5, n. 130111, 2013.

MCCORMICK, R. D. et al. Epidemiology of hospital sharps injuries: a 14-year prospective study in the pre-AIDS and AIDS eras. **American Journal of Medicine**, New York, v. 91, n. 3, Supl.2, p. S301-S307, 1991.

McDOWELL, I; NEWELL, C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 2a. ed. New York: Oxford U Pr, 1996.

McLAWS, M. L. et al. Predicting hand hygiene among Iranian health care workers using the theory of planned behavior. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 40, n. 4, p. 336-339, 2012.

McMILLAN, B. et al. Using an extended theory of planned behavior to inform interventions aimed at increasing breastfeeding uptake in primiparas experiencing material deprivation. **British Journal of Health Psychology**, Leicester, v. 14, p. 379-403, 2009.

MEDINA-CASTRO, M.E. **Adaptação transcultural e validação do instrumento genérico de mensuração de Qualidade de Vida relacionada à saúde, DISABKIDS 37, para crianças e adolescentes mexicanos com doenças crônicas e seus pais ou cuidadores: fase 1**. 2007. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MENDEZ, R. D. R. **Fatores individuais determinantes da realização de atividade física pelos pacientes com Síndrome Coronária Aguda após a alta hospitalar**. 2008. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

MENDEZ, R. D. R. et al. Desenvolvimento de instrumento para medida dos fatores psicossociais determinantes do comportamento de atividade física em coronariopatas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 584-596, 2010.

MICELI, M. et al. Adherence to an occupational blood borne pathogens exposure management program among healthcare workers and other groups at risk in Argentina. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 9, n. 6, p. 454-458, 2005.

MILLER S., YARDLEY L., LITTLE P. Development of an intervention to reduce transmission of respiratory infections and pandemic flu: Measuring and predicting hand-washing intentions. **Psychology, Health & Medicine**, Abingdon, v. 17, n. 1, p. 59-81, 2012.

MONTEIRO, P. R. R.; VEIGA, R. T. **Intenção de parar de fumar: comparação entre homens e mulheres segundo a Teoria do Comportamento Planejado**. 2006. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/ema/2006/dwn/ema2006-mktb-175.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2013.

MOREAS, M. W.; GALLANI, M. C. B. J.; MENEGHIN, P. Crenças que influenciam adolescentes na doação de órgãos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 484-492, 2006.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 309-314, 2007.

MOUTINHO, K.; ROAZZI, A. As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. **Avaliação Psicológica, Itatiba**, v. 9, n. 2, p. 279-287, 2010.

MURNAGHAN, D. A. et al. Predictors of physical activity, healthy eating and being smoke-free in teens: A theory of planned behaviour approach. **Psychology and Health**, Abingdon, v. 25, n. 8, p. 925-941, 2010.

NAGAO, Y. et al. A long-term study of sharps injuries among health care workers in Japan. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 35, n. 6, p. 407-411, 2007.

NASCIMENTO, L. S. S. **Hepatite C em hemodiálise: conhecimento e prevenção dos profissionais de enfermagem**. 2011 – 14 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

NEEDLESTICK transmission of HTL-III from a patient infected in Africa. **Lancet**, London, v. 324, n 8416, p. 1376-1377, 1984.

NEVES, H. C. C. et al. Safety of nursing staff and determinants of adherence to personal protective equipment. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 354-361, 2011.

O'BOYLE, C. A.; HENLY, S. J.; LARSON, E. Understanding adherence to hand hygiene recommendations: the theory of planned behavior. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 29, n. 6, p. 352-360, 2001.

OLIVEIRA, A. C.; DIAZ, M. E. P.; TOLEDO, A. D. Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes entre a equipe multiprofissional de uma unidade de emergência. **Ciência Cuidado e Saúde**, Mainrgá, v. 9, n. 2, p. 341-349, 2010.

OLIVEIRA, A. C.; GONÇALVES, J. A. Occupational accident with sharp edge material among workers of an operating center. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 482-487, 2010.

OLIVEIRA, A. C.; LOPES, A. C. S.; PAIVA, M. H. R. S. Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico entre a equipe multiprofissional do atendimento pré-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 677-683, 2009.

OLIVEIRA, A. C.; PAIVA, M. H. R. S. Analysis of occupational accidents with biological material among professionals in pre-hospital services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 309-315, 2013.

OLIVEIRA, Q. B.; SANTOS, R. S.; SANTOS, C. M. F. Acidentes de trabalho na equipe de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 32-52, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Quantifying selected major risks to health. In: _____. **The World Health Report**. Geneva: WHO, 2002. p. 47-98.

PADILHA, K. M.; GALLANI, M. C. B. J.; COLOMBO, R. C. R. Development of an instrument to measure beliefs and attitudes from heart valve disease patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 453-459, 2004.

PAIVA, M. H. R. S.; OLIVEIRA, A. C. Fatores determinantes e condutas pós-acidente com material biológico entre profissionais do atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 268-273, 2011.

PANLILIO, A. L. et al. Estimate of the annual number of percutaneous injuries among hospital-based healthcare workers in the United States, 1997-1998. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Thorofare, v. 25, n. 7, p. 556-562, 2004.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-13, 1998.

_____. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

_____. Parâmetros psicométricos dos testes psicológicos. In: _____. **Técnicas de exame psicológico** – TEP. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 111-36.

_____. Psychometrics. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, p. 992-999, 2009.

PAYNE, N.; JONAS, F.; HARRIS, P. R. A daily diary investigation of the impact of work stress on exercise intention realisation: can planning overcome the disruptive influence of work? **Psychology & Health**, Chur, v. 25, n. 1, p. 111-112, 2010.

PEDUZZI, M.; ANSELM, M. L. O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem. **Revista Formação**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 73-87, 2003. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2007.pdf>>. Acesso em: 29 Jan. 2014.

PELEGRI, F. M. **Adaptação cultural e validação do instrumento Duke Anticoagulation Scale (DASS): versão para brasileiros em uso de anticoagulação oral**. 2009. 168 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PELEGRI, F. M. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian–Portuguese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, n. 17-18, p. 2509-2517, 2011.

PESSOA-SILVA, C. L. et al. Attitudes and perceptions toward hand hygiene among healthcare workers caring for critically ill neonates. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Thorofare, v. 26, n. 3, p. 305-311, 2005.

PIELAK, K. L. et al. Identifying attitudes, beliefs and reported practices of nurses and doctors as immunization providers. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 66, n. 7, p. 1602-1611, 2010.

PILATI, R.; LAROS, J. A. Modelos de equações estruturais em psicologia: conceitos e aplicações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 205-216, 2007.

PIMENTA, F. R. et al. Care and specialized clinical follow-up of nursing professionals who have been victims of accidents with biological material. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 198-204, 2013.

PINHEIRO, J.; ZEITOUNE, R. C. G. O profissional de enfermagem e a realização do teste sorológico para Hepatite B. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 30-34, 2009.

PINTO, C. J. M. **Crenças dos enfermeiros sobre a realização do estudo hemodinâmico por meio do cateter de artéria pulmonar**. 2004. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

PINTO, C. J. M.; COLOMBO, R. C. R.; GALLANI, M. C. B. J. Nurses' attitudinal and normative beliefs concerning hemodynamic assesement by pulmonary artery catheterization. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.6, p. 915-922, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5a.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 283-300.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

PROCHNOW, A. et al. Perfil dos acidentes de trabalho publicados em estudos brasileiros. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 37, n. 1, p. 77-90, 2011.

PRUDÊNCIO, P. S. **Adaptação cultural e validação para uso no Brasil do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care**. 2012. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

PRUDÊNCIO, P. S. et al. Adaptation and validation of the Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care instrument among Brazilian pregnant women. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 704-710, 2013.

PRÜSS-USTÜN, A.; RAPITI, E.; HUTIN, Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. **American Journal of Industrial Medicine**, New York, v. 48, n. 6, p. 482-490, 2005.

QUEIROZ, F. A.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. Cross-cultural adaptation and validation of the instrument Diabetes - 39 (D-39): brazilian version for type 2 diabetes mellitus patients - stage 1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 708-715, 2009.

RAMOS, M. **O que são rickettsias?** 2005. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=731&sid=8>>. Acesso em: 12 Jun. 2013.

RAPPARINI, C. Occupational HIV infection among health care workers exposed to blood and body fluids in Brazil. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 34, n. 4, p. 237-240, 2006.

_____. Riscos biológicos e profissionais de saúde. 2005. Disponível em: <<http://www.sbac.org.br/pt/conteudos/qualineWS/artigos/c02.htm>>. Acesso em: 03 Jun. 2013

RAPPARINI, C.; REINHARDT, E. L. **Manual de implementação:** programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde. São Paulo: Fundacentro, 2010. p.13-15.

REDE DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO EM HOSPITAIS BRASILEIROS - REPAT/USP. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013. Disponível em: <<http://repat.eerp.usp.br>>. Acesso em: 21 Jun. 2013.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.

REZENDE, K. C. A. D. et al. Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 343-351, 2012.

RIBEIRO, E. J. G.; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 535-540, 2007.

RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 495-504, 2012.

RICARTE, M. C. **Crenças dos enfermeiros sobre o comportamento de higienização das mãos**. 2004. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria da Saúde. Centro Estadual de vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, v. 12, n. 1, p. 1-8, 2010. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1326723403262v.12,%20n.1,%20mar.,%202010.pdf>>. Acesso em 04 Jan. 2014.

SAILER, G. C.; MARZIALE, M. H. P. Vivência dos trabalhadores de enfermagem frente ao uso dos antirretrovirais após exposição ocupacional a material biológico. **Revista Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 55-62, 2007.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. Coleta de dados. In: _____. **Metodologia de Pesquisa**. 3a. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. cap.3, p.284-410.

SANTOS, D. L.; KOYAMA, G. M.; ALMEIDA, J. W. R. Regimes de profilaxia após exposição ocupacional ao HIV: revisão da literatura. **Saúde, Ética e Justiça**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2010.

SANTOS, D. M. S. S. **Adaptação cultural e validação do DISABKIDS – Cystic Fibrosis Module® para mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes brasileiros: fase 1**. 149 f. 2009. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SANTOS, D. M. S. S. **Validação do instrumento DISABKIDS® – Módulo Fibrose Cística para crianças e adolescentes brasileiros**. 2013. 76 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

SANTOS, J. L. G. et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 205-212, 2012.

SANTOS, N. J. S.; MONTEIRO, A. L. C.; RUIZ, E. A. C. The first case of AIDS due to occupational exposure in Brazil. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 6, n. 3, p. 140-141, 2002.

SANTOS, O. T. R. P. F. M. **Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário**: ligações com a família, amigos e envolvimento com a escola. 2008. 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2008.

SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 10, n. 2, p. 135-154, 2002.

SARQUIS, L. M. M., et al. A adesão ao protocolo de monitoramento dos trabalhadores de saúde após exposição a fluidos biológicos: uma problemática vivenciada em um ambulatório de saúde do trabalhador no Paraná. **Cogitare Enfermagem**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 47-53, 2005.

SARQUIS, L. M. M., et al. A adesão ao protocolo de monitoramento biológico entre trabalhadores de saúde. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 15, n. 2, p. 107-113, 2009.

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

SARTORE, A. C.; GROSSI, S. A. A. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 227-232, 2008.

SASS, J. et al. Exposure to blood and body fluid: factors associated with non-compliance in follow up HIV testing among health care workers. **AAOHN Journal**, Atlanta, v. 43, n. 10, p. 507-513, 1995.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Analysis of validity and reliability of the adapted portuguese version of Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire among nursing professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 42-49, 2011.

SCHMIDT, S.; BULLINGER, M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Chicago, v. 84, n. 4, Suppl. 2, p. S29-S34, 2003.

SÊCCO, I. A. O. et al. A equipe de enfermagem de hospital escola e os acidentes de trabalho com material biológico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 24, p. 21-36, 2003.

SÊCCO, I. A. O. et al. Typical occupational accidents with employees of a university hospital in the south of Brazil: epidemiology and prevention. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 824-831, 2008.

SHAH, S. F. et al. The epidemiology of needle stick injuries among health care workers in a newly developed country. **Safety Science**, v. 44, n. 5, p. 387-94, 2006

SHIAO, J.; GUO, L.; McLAWS, ML. Estimation of the risk of bloodborne pathogens to health care workers after a needlestick injury in Taiwan. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 30, n. 1, p. 15-20, 2002.

SHIAO, J. S. et al. National incidence of percutaneous injury in Taiwan healthcare workers. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 31, n. 2, p. 172-179, 2008.

SILVA, E. J.; LIMA, M. G.; MARZIALE, M. H. P. O conceito de risco e os seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 809-814, 2012.

SILVA, J. A. et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. **Revista da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 508-516, 2009.

SIMÃO, S. A. F. et al. Fatores associados aos acidentes biológicos entre profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 87-91, 2010.

SIMÃO, S. A. F.; SILVINO, Z. R.; SANTOS, D. M. Acidente de trabalho com material biológico entre profissionais de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. supl., p. 120-124, 2010.

SOARES, L. G. et al. Risco biológico em trabalhadores de enfermagem: promovendo a reflexão e a prevenção. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 2, p. 261-267, 2011.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 268-274, 2011.

SPERBER, A. D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 126, n. 1, Suppl. 1, p. S124-S128, 2004.

STEFFENS, A. P.; GELBCKE, F. L. A percepção do significado de um acidente de trabalho - a voz da equipe de enfermagem que teve exposição biológica com material perfuro-cortante. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 6, n. 19, p. 221-228, 2008.

SWANSON, V.; POWER, K. G. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behavior. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 50, n. 3, p. 272-282, 2005.

TARANTOLA, A.; ABITEBOUL, D.; RACHLINE, A. Infection risks following accidental exposure to blood or body fluids in health care workers: a review of pathogens transmitted in published cases. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 34, n. 6, p. 367-375, 2006.

TARANTOLA, A. et al. Occupational blood and body fluids exposures in health care workers: Four-year surveillance from the Northern France network. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 31, n. 6, p. 357-363, 2003.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

ULLMAN, J. B. Structural Equations Modeling: reviewing the basics and moving forward. **Journal of Personality Assessment**, Burbank, v. 87, n. 1, p. 35-50, 2006.

VALIM, M. D.; MARZIALE, M. H. P. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. **Revista Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. esp, p. 138-146, 2011.

_____. Notification of work accidents with exposure to biological material: cross study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 11, n. 1, p. 53-67, 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/issue/view/30>>. Acesso em: 04 Jun. 2013.

VALIM, M. D. et al. Instruments for evaluating compliance with infection control practices and factors that affect it: an integrative review. **Journal of Clinical Nursing**, Boston, 2013. doi: 10.1111/jocn.12316

VIANA, V.; ALMEIDA, J. P. Psicologia pediátrica: do comportamento à saúde infantil. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 1, n. 16, p. 29-40, 1998.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; PINHEIRO, R. D. C. Analysis of accidents with organic material in health workers. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 332-339, 2011.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I. C. S. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 804-810. 2008.

WALL, M. L. et al. The beliefs of health workers in occupational accidents with exposure to biological fluid: descriptive research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 10, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3206.1>>. Acesso em: 04 Jun. 2013.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. **Measurement in Nursing Research**. 2a. ed. Philadelphia: Davis Company, 2005. p.161-194.

WARD, D. J. The application of the theory of planned behavior to infection control research with nursing and midwifery students. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 22, n. 1-2, p. 296-298, 2012.

WEBER, A.; DWYER, T.; MUMMERY, K. Morphine administration by Paramedics: An application of the Theory of Planned Behaviour. **Injury**, Bristol, v. 43, n. 9, p. 1393-1396, 2012.

WERNER, S. Intention to Work with Individuals with Dual Diagnosis: Testing the Theory of Planned Behavior among Students from Various Professions. **Health & Social Work**, Oxford, v. 37, n. 2, p. 81-89, 2012.

WHITBY, M.; McLAWS, M.L.; SLATER, K. Needlestick injuries in a major teaching hospital: the worthwhile effect of hospital-wide replacement of conventional hollow-bore needles. **American Journal of Infection Control**, New York, v. 36, n. 3, p. 180-186, 2008.

XAVIER, A. T. F. **Adaptação cultural e validação do Instrumento Neuropathy – and Foot Ulcer – Specific Quality of Life (NeuroQol) para o Brasil: Fase 1.** 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

XAVIER, A. T. F. et al. Cultural adaptation and validation of the Neuropathy - and Foot Ulcer – Specific Quality of Life instrument (NeuroQol) for Brazilian Portuguese - Phase 1 **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1352-1361, 2011.

YUAN, K. H.; BENTLER, P. M. Structural equation modeling. In: RAO, C. R.; SINHARAY, S. **Handbook of Statistics 26: psychometrics**. 2a. ed. Netherlands: Elsevier, 2007. p. 297-348.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de Qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares.** 2006. 68 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ZHANG, M. et al. Occupational Exposure to Blood and Body Fluids Among Health Care Workers in a General Hospital, China. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 52, n. 2, p. 89-98, 2009.

Anexos¹⁰

¹⁰Foram mantidas as formatações originais.

ANEXOS

ANEXO A	Instrumento original em chinês (Versão Original - VO)	212
ANEXO B	Documento de autorização da primeira autora do instrumento original, para uso e adaptação do instrumento para o Brasil	217
ANEXO C	Documento de solicitação para uso dos instrumentos de análise semântica - Grupo DISABKIDS [®] , com autorização	218
ANEXO D	Versão Português Traduzida 1 (VPT1)	219
ANEXO E	Versão Português Traduzida 2 (VPT2)	227
ANEXO F	Documento de autorização da primeira autora do instrumento original, relacionada à inserção das categorias dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem, e dos profissionais de enfermagem não acidentados por material biológico	238
ANEXO G	Versão Chinês 1 (VC1)	239
ANEXO H	Versão Chinês 2 (VC2)	249
ANEXO I	Título do instrumento em inglês, enviado pela primeira autora do instrumento original	259
ANEXO J	Mensagem eletrônica da primeira autora do instrumento original com resultado da comparação da Versão Original com a Versão Chinês Final (VCF)	260
ANEXO K	Formulário de Impressão Geral (Análise semântica)	261
ANEXO L	Formulário Específico (Análise semântica)	262
ANEXO M	Mensagem eletrônica da primeira autora do instrumento original, com resultado da avaliação e aprovação, após etapa de análise semântica	275
ANEXO N	Mensagem eletrônica da primeira autora do instrumento original, com resultado da avaliação e aprovação, após etapa de pré-teste	276
ANEXO O	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	277

ANEXO A - Instrumento original em chinês (Versão original VO)

健康照顧專業人員職業性危害針扎後之追蹤

親愛的工作同仁：

面對意外的針扎及暴露在血液及體液的突發狀況，讓我們個人情緒、工作生涯及親友們等受到重大的影響，為瞭解大家在遭遇職業性危害之事件後的處理及感受，以建議主管對未來類似的情況發生時做準備，特擬此問卷，懇請您撥冗填寫；您的協助與支持對本研究意義重大。

本研究的個別資料絕對保密，請您放心！再次感謝！

台灣護理學會 內外科護理委員會敬謝

基本資料：

1. 出生年月：民國____年____月
2. 性別：☐男性 ☐女性
3. 工作年資：____年____月
4. 科別：☐內科 ☐外科 ☐重症加護單位 ☐產兒科 ☐急診 ☐開刀房 ☐門診 ☐其他
5. 職業別：☐醫師 ☐護理人員 ☐醫學生 ☐護生 ☐檢驗或技術人員 ☐清潔及支援人員
6. 學歷：☐高職 ☐專科 ☐大學 ☐碩士及碩士以上
7. 婚姻：☐已婚 ☐未婚 ☐離婚 ☐寡
8. 您是否曾參加過針扎預防相關在職教育：☐否 ☐是
9. 您是否曾暴露於職業危害：☐首次受傷 ☐曾經受傷____次 其中通報____次
10. 您在工作前是否知道自己HIV 及B C型肝炎抗體狀況：☐否 ☐是

：	不明或未檢驗	陽性 (+),	陰性 (-)	檢驗日期
Anti-HIV	()	()	()	
HBsAg	()	()	()	
Anti-HBs	()	()	()	
Anti-HBC	()	()	()	
Anti-HCV	()	()	()	
VDRL	()	()	()	

最近一次通報之職業暴露危害事件狀況

1. 事件發生的時間：民國____年____月
2. 請詳述事件發生的地點：_____
3. 發生的原因？☐扎傷物品未使用前(破損或滑脫、組合醫療器物等) ☐扎傷物品使用時(物品滑落或病患碰撞物品) ☐病患碰撞 ☐其他工作人員不慎碰撞 ☐解開器具配備時 ☐處理重複使用的器具(分類、消毒、滅菌等) ☐針頭回套 ☐醫療措施執行過程中(操作步驟、傳遞器具) ☐自靜脈輸液管路拔除針頭 ☐清理用畢之針頭器械(分類、清理、丟棄等) ☐被丟棄在病床、地板或其他不適當處之尖銳物品扎傷 ☐被穿刺廢棄物收集容器之尖銳物品扎傷 ☐被突出於廢棄物收集容器過之尖銳物品扎傷 ☐抽血時之不當動作 ☐檢體運送過程中 ☐其他_____
4. 職業暴露危害物品種類？☐針頭 ☐縫針 ☐刀片 ☐外科器械 ☐玻璃 ☐其他醫療器械
5. 尖銳物來源：☐不明 ☐確認 (請繼續勾填以下表格)

☐已污染(已暴露到病患) ☐未污染(未暴露到病患)

尖銳物來源:	不明或未檢驗	陽性 (+),	陰性 (-)	檢驗日期
Anti-HIV	()	()	()	
HBsAg	()	()	()	
Anti-HBs	()	()	()	
Anti-HBC	()	()	()	
Anti-HCV	()	()	()	
VDRL	()	()	()	

6. 暴露程度

☐黏膜 ☐表皮(少量、無流血或刮到) ☐表皮的(中度的、有流血) ☐重度(深度的切割刺入)

7. 當時採取的個人防護措施

☐戴護目鏡 ☐戴口罩(☐外科口罩 ☐N95) ☐戴手套(☐單層☐雙層) ☐穿著防護衣

8. 暴露後處理

a. 發生後多久，依醫院規定進行通報 ☐立刻 ☐8小時內 ☐24小時內 ☐1-3天 ☐____天後

b. 通報單位 ☐感染控制委員會 ☐職業安全委員會 ☐其他_____

c. 發生後多久，接受醫師的評估及檢驗

☐否 ☐立刻 ☐8小時內 ☐24小時內 ☐2-3天 ☐____天後

d. 發生後多久，確認暴露來源的檢驗結果

☐否 ☐立刻 ☐8小時內 ☐24小時內 ☐2-3天 ☐____天後

e. 曾接受醫師或相關人員針對此事件的心理諮詢 ☐無 ☐有_____

f. 發生後多久，開始接受預防性投藥或疫苗注射

☐否：沒有給予預防性投藥或疫苗注射的原

因：_____ ☐是：

☐接受HBIG疫苗注射：☐立刻 ☐8小時內 ☐24小時內 ☐2-3天 ☐____天後

☐接受penicillin疫苗注射：☐立刻 ☐8小時內 ☐24小時內 ☐2-3天 ☐____天後

☐接受預防性投藥：☐立刻 ☐8小時內 ☐24小時內 ☐2-3天 ☐____天後

g. 完成預防性投藥，處方：_____

☐完全按照醫師處方服用

☐服用一段時間(____天)後中斷，原因：_____

☐拒絕服用醫師建議的處方，原因：_____

h. 確認自己血清抗體是否反轉

☐否：沒有確認的原因：_____

☐是：

☐HIV 抗體檢驗：☐6週後抽血檢查 ☐3個月後抽血檢查 ☐6個月後抽血檢查 ☐12個月抽血檢驗

☐接受HBIG注射後：☐6個月後抽血檢查 ☐12個月抽血檢驗 Anti-HBs

☐接受penicillin注射後：☐6個月後抽血檢查VDRL

☐HCV 抗體檢驗：☐6個月後抽血檢查 ☐12個月抽血檢驗Anti-HCV

9. 事件發生後曾告訴哪些人？☐無 ☐同事 ☐父母 ☐配偶或男女朋友 ☐其他親友

10. 事件發生後我曾出現：☐失眠 ☐緊張 ☐焦慮 ☐頭痛 ☐其他_____

11. 健康專業人員對於職業危害暴露處理的態度

	極 不 同 意	不 同 意	沒 意 見	同 意	非 常 同 意
1-1在工作時被尖銳物品扎傷是很平常的，我會看狀況決定是否該通報.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-2被尖銳物品扎傷是很平常的，我想我不會那麼倒楣會被病人傳染.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-3萬一我因為工作的關係意外感染HIV，我的同事會同情我的處境.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-4如果我已經有B型肝炎抗體，在工作時被尖銳物品扎傷應該沒有關係.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-5傳染性病患不應該刻意隱瞞自己的病情.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-6我認為在意外暴露於血液體液之後立刻接受預防性投藥是十分重要的...	☐	☐	☐	☐	☐
1-7我認為瞭解職業危害暴露後處理流程是所有醫護人員的責任.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-8萬一因為工作的關係意外感染疾病，還是會被同事排斥.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-9萬一在工作時被尖銳物品扎傷，即使不確定來源為何，也要盡快通報.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-10如果家人知道我在工作時被尖銳物品扎傷，會要求我辭去工作.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-11如果同事知道我在工作時被尖銳物品扎傷，會責怪我的不小心.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-12每個醫護人員應該在進入職場前完成預防性疫苗注射.....	☐	☐	☐	☐	☐

2. 主觀規範

	極 不 同 意	不 同 意	沒 意 見	同 意	非 常 同 意
2-1我的父母(公婆)，認為當我因為工作意外受傷時，應該立即通報.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-2我的父母(公婆)，認為當我因為工作意外受傷時，應該完成預防性投藥...	☐	☐	☐	☐	☐
2-3我的父母(公婆)，認為當我因為工作意外受傷時，應該追蹤檢驗結果...	☐	☐	☐	☐	☐
2-4我通常會聽從父母(公/婆)的意見.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-5我的兄弟姊妹，認為當我因為工作意外受傷時，應該立即通報.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-6我的兄弟姊妹，認為當我因為工作意外受傷時，應該完成預防性投藥.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-7我的兄弟姊妹，認為當我因為工作意外受傷時，應該追蹤檢驗結果.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-8我通常會聽從兄弟姊妹的意見.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-9我的配偶(男/女朋友)認為當我因為工作意外受傷時，應該立即通報....	☐	☐	☐	☐	☐
2-10我的配偶(男/女朋友)認為當我因為工作意外受傷時應完成預防性投藥	☐	☐	☐	☐	☐
2-11我的配偶(男/女朋友)，認為當我因為工作意外受傷時，應追蹤檢驗結果.	☐	☐	☐	☐	☐
2-12我通常會聽從配偶(男/女朋友)的意見.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-13我的直屬長官認為當我因為工作意外受傷時，應該立即通報.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-14我的直屬長官認為當我因為工作意外受傷時，應該完成預防性投藥.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-15我的直屬長官認為當我因為工作意外受傷時，應該追蹤檢驗結果.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-16我通常會聽從直屬長官的意見.....	☐	☐	☐	☐	☐

3. 感受的行為控制力

知識

	是	否	不知道
3-1 避免針頭回套可以避免被尖銳物品扎傷.....	☐	☐	☐
33-2 被HIV病患針扎後72小時內給予預防性投藥，可有效地降低傳染的機率.....	☐	☐	☐
3-3 如果意外暴露員工的B肝抗原或抗體為陽性時,不需特別處理.....	☐	☐	☐
3-4 如果病患VDRL(+)或TPHA(+),且無明確治療史,意外暴露的員工需注射penicillin	☐	☐	☐
3-5 員工已完成B肝疫苗接種,但仍無抗原或抗體,根據規定需注射HBIG.....	☐	☐	☐
3-6不論病患的診斷為何,只要有血液或體液噴濺的可能,都要穿戴護目鏡及隔離衣...	☐	☐	☐
3-7如果是被尚未用過的尖銳物品扎傷時,便可不需通報.....	☐	☐	☐
3-8 萬一被HIV病患使用過的針具扎傷,只要定期追蹤滿一年即可確認已無被傳染.....	☐	☐	☐
3-9 HCV的傳染力高於HBV 及HIV.....	☐	☐	☐
3-10當工作意外暴露於血液或體液後,在追蹤時期須採取安全性行為.....	☐	☐	☐
3-11 C型肝炎目前尚未有有效的疫苗預防感染.....	☐	☐	☐
3-12因為安全針頭使用上的困難,反而容易因意外遭針扎.....	☐	☐	☐
3-13當意外暴露於血液或體液後,24小時內盡早接受預防性投藥可有效降低傳染.....	☐	☐	☐

4. 自我效能

當工作意外暴露於血液或體液時，

	完全沒把握	沒把握	沒意見	有把握	十分有把握
4-1我會立即告訴主管.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-2我會按照醫院規定流程進行通報.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-3我會按照醫院規定流程,查明暴露來源的血清狀況.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-4我會按照醫院規定流程,檢查自己目前的血清抗體.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-5我會接受醫師的建議,接受預防性投藥或疫苗注射.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-6縱使服藥後感到不舒服,我仍會完成整個服藥的療程.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-7縱使工作忙碌,我仍會追蹤所有應該完成的檢驗項目.....	☐	☐	☐	☐	☐

5. 資源

	非常 滿意	不 滿意	沒 意見	滿 意	非常 滿意
5-1 感染管制委員會所公布的意外暴露處理流程清楚.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-2 醫院對員工遇到意外暴露處理時提供醫療補助項目.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-3 醫院對員工遇到意外暴露處理後給予額外休假天數.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-4 醫院提供給安全針頭及無針設備等相關防護設備.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-5 醫院提供預防針扎及相關職業暴露傷害防護的在職教育.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-6 醫院對員工遇到意外暴露處理的心理諮商與輔導的幫助.....	☐	☐	☐	☐	☐

以下哪幾項是你目前工作單位或醫院提供之職業意外暴露的預防及處理措施：

☐無針式醫療設備 ☐安全針頭 ☐職前教育訓練 ☐醫療補助 ☐公傷休假 ☐心理諮商輔導

6. 職業危害暴露後處理的意願

	非常 不願意	不 願意	沒 意見	願 意	十分 願意
1. 當工作意外暴露於血液或體液時，我會立即通報.....	☐	☐	☐	☐	☐
2. 當工作意外暴露於血液或體液時，我會立即去看醫師並接受危險評估...	☐	☐	☐	☐	☐
3. 當工作意外暴露於血液或體液時，我願意接受相關心理諮商及輔導.....	☐	☐	☐	☐	☐
4. 當醫師建議我須接受預防性疫苗注射時，我會立即接受疫苗注射.....	☐	☐	☐	☐	☐
5. 當醫師建議我須接受預防性投藥時，我願意配合接受治療.....	☐	☐	☐	☐	☐
6. 我願意配合醫師的建議，定期回診.....	☐	☐	☐	☐	☐
7. 我願意配合醫師的建議，追蹤並確認血液檢查結果.....	☐	☐	☐	☐	☐

在接受職業危害暴露後的處理過程中，你最感困擾的事？

ANEXO B - Documento de autorização da primeira autora do instrumento original para uso e adaptação do instrumento para o Brasil

國立成功大學醫學院

NATIONAL CHANG KUNG UNIVERSITY

護理系 柯乃熒

Nai-Ying Ko, RN., Ph.D.

*Department of Nursing,
College of Medicine.*

E-mail: nyko@mail.ncku.edu.tw

Tel: 886-6-2353535 ext. 5838

Fax: 886-6-2277550

04/07/2011

No.1, Ta-Hsueh Road, Tainan 701, Taiwan.

台灣 台南市大學路一號

Dear Professor Dr. Maria Helena Marziale,

Thank you for your interest in working with the instrument published in 2011 in the article:
Intention to comply with post-exposure management among nurses exposed to blood and body fluids in Taiwan: application of the theory of planned behaviour.

I hereby authorize the utilization of the instrument on research done by your student Adriane Corrêa Jansen, in her doctorate course. She may translate it into Portuguese. I am willing to verify the instrument when it is in its final version.

Yours sincerely,

Nai-Ying Ko RN., PhD.

Department of Nursing, College of Medicine

National Cheng Kung University

TEL: 886-6-2353535 ext. 5838

E-mail: nyko@mail.ncku.edu.tw

ANEXO C – Documento de solicitação para uso dos instrumentos de análise semântica - Grupo DISABKIDS®, com autorização

WHO Collaborating Centre for
Nursing Research Development

UNIVERSITY OF SÃO PAULO AT RIBEIRÃO PRETO
COLLEGE OF NURSING

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Phone: 55 16 3602.3393 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 13 de Março de 2012

Prezada Prof. Dra. Cláudia Benedita dos Santos,

Solicitamos à V.Sa. autorização para a utilização do instrumento de avaliação semântica (Formulário de Validação Semântica Específico e Formulário de Impressão Geral), elaborados pelo Projeto DISABKIDS, que será utilizado com a finalidade de avaliar os itens gerais e específicos da etapa de validação semântica do estudo denominado **Adaptação cultural e validação para o Brasil do instrumento "Comply with post-exposure management among health care workers": um estudo com trabalhadores de enfermagem**, desenvolvido pela aluna Adriane Corrêa Jansen, em seu curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) – Brasil, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Helena Palucci Marziale.

Adriane Corrêa Jansen

Prof. Dra. Maria Helena Palucci Marziale
Chefe do Departamento de Enfermagem
Geral e Especializada

De acordo

10/04/2012

ANEXO D – Versão Português Traduzida 1 (VPT1)

Acompanhamento de riscos ocupacionais relativos á perfuração por agulha para os profissionais da área de saúde

Caros colegas de trabalho:

Incorrer em acidentes de perfuração com agulha e exposição ao sangue e líquidos biológicos, influencia nossas emoções , carreira profissional e relacionamento com nossos parentes. Pedimos que preencha este questionário, pois o propósito é melhor entender as medidas tomadas e os sentimentos após sofrer acidentes de risco ocupacional. A sua colaboração é muito importante para a nossa pesquisa. Para que fique tranquilo ao preencher, garantimos que os dados pessoais são mantidos em sigilo

Com agradecimentos,

Comitê de Enfermagem de Clínicas Gerais, Associação de Enfermagem de Taiwan

Dados Pessoais

1 Data de Nascimento: / /

2 Sexo: () M () F

3 Tempo de Trabalho: Anos Meses

4 Setor: ☐ Cirurgião ☐ Clínicos ☐ UTI ☐ Pronto Socorro
 ☐ Sala de cirurgias ☐ Obstetrícia ☐ Ambulatório
 ☐ Outros

5 Profissão: ☐ Médico (a) ☐ Enfermeiro (a) ☐ Estudante de Medicina
 ☐ Estudante de Enfermagem ☐ Inspeção ou Pessoal Técnico
 ☐ Pessoal de Limpeza e de Apoio

6 Escolaridade: () Técnico () Colégio () Superior Completo
() Mestrado e acima

7 Estado Civil: () Casado () Solteiro(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

8 Já participou de treinamento ocupacional sobre precaução de perfuração por agulha:: ()
Sim () Não

9 Já foi exposto ao risco ocupacional: () Primeira vez () _____ Vezes e notifiquei () _____ vezes

10 Antes de iniciar o trabalho, você tinha conhecimento que era portador do HIV e do seu estado de Hepatite B e Hepatite C:

() Sim () Não

	Sem conhecimento ou nunca fiz exame	Positivo (+)	Negativo(-)	Data de exame
Anti-HIV				
HBsAG				
Anti-HBs				
Anti-HBC				
Anti-HCV				
VDRL				

Sobre a última vez que notificou exposição de risco ocupacional

- 1) Aconteceu em: Mês: _____ do Ano: _____
- 2) Descrição detalhada do local do acontecimento : _____
- 3) Causas: () Antes de usar os objetos cortantes (devido à queda ou embalagem aberta e na montagem de equipamentos)
() Durante o uso dos objetos cortantes (queda dos objetos ou toque de pacientes)
() Toque/ colisão de pacientes
() Toque/ colisão acidental de outros colaboradores
() Ao abrir as ferramentas
() Ao manusear os objetos com usos repetitivos (separar, higienizar,...)
() Ao reencapar as agulhas
() No meio da execução do tratamento (procedimento operacional, repasse de ferramentas)
() Ao tirar a agulha do canal de transmissão de líquido da veia
() Ao limpar as agulhas e equipamentos após o uso (separar, limpar, descartar,...etc)
() Perfurado por objetos cortantes deixados descuidadosamente na cama, piso e lugares não apropriados
() Perfurado por objetos cortantes que perfuraram coletores de produtos descartáveis
() Perfurado por objetos cortantes que ficam com uma parte fora dos coletores de produtos descartáveis
() Movimento não adequado ao tirar o sangue
() Durante o transporte do corpo de exame
() Outros, Favor especificar
- 4) Tipo de objetos de exposição ao risco ocupacional:
() Agulha de seringa () Agulha de cirurgia () Lâminas () Equipamentos de Cirurgia
() Vidro () Outros equipamentos

- 5) Fonte de objeto pérfuro cortante: ☐ Não determinado ☐ Confirmado (preencha a tabela abaixo)
☐ Contaminado (exposto ao paciente) ☐ Não contaminado (não exposto ao paciente)

Fonte de objeto perfuro-(cortante)	Deconhece ou nunca fez exame	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do exame
Anti-HIV				
HBsAG				
Anti-HBs				
Anti-HBC				
Anti-HCV				
VDRL				

- 6) Grau de exposição:
☐ Superfície da pele (pouco, sem sangramento ou perfurado)
☐ Superfície da pele (com sangramento) ☐ Grave (perfurado com profundidade)
- 7) Nível de proteção particular adotado
☐ Óculos de proteção ☐ Máscara ☐ Máscara cirúrgica ☐ Máscara N95
☐ Luva ☐ Simples ☐ Dupla-câmada ☐ Roupa de isolamento
- 8) Medidas tomadas após a exposição:
- a. Pelo regimento do hospital, em quanto tempo é preciso notificar ☐ Imediatamente
☐ Em 8 horas ☐ Em 24 horas ☐ Em 1-3 dias ☐ ___ dias depois
- b. A entidade a ser notificada: ☐ Comitê de Doenças Transmissíveis
☐ Comitê de Segurança Ocupacional
☐ Outros
- c. Quanto tempo depois, houve avaliação de exames médicos: ☐ Não houve
☐ Imediatamente ☐ Em 8 horas ☐ Em 24 horas ☐ Em 1-3 dias
☐ ___ dias depois
- d. Quanto tempo depois, houve o resultado do exame e confirmação da fonte de exposição::
☐ Não houve
☐ Imediatamente ☐ Em 8 horas ☐ Em 24 horas ☐ Em 1-3 dias
☐ ___ dias depois
- e. Houve consulta psicológica de médico ou pessoas relacionadas ao acidente:
☐ Não ☐ Sim
- f. Após o incidente tomou medicamento preventivo ou vacinação:
☐ Não, porque
☐ Sim:
Vacina de HBIG: ☐ Imediatamente ☐ Em 8 horas ☐ Em 24 horas
☐ Em 1-3 dias ☐ ___ dias depois
Vacina de PENICILLIN: ☐ Imediatamente ☐ Em 8 horas ☐ Em 24 horas
☐ Em 1-3 dias ☐ ___ dias depois
Medicamento preventivo: ☐ Imediatamente ☐ Em 8 horas ☐ Em 24 horas
☐ Em 1-3 dias ☐ ___ dias depois
- g. O medicamento preventivo receitado:
☐ Tomou os remédios de acordo com as instruções do médico
☐ Tomou por ___ dias apenas, pois

- () Rejeitou a receita recomendada pelo médico, pois
h. Confirmou a inversão dos próprios anticorpos de soro sanguíneo:
() Não , pois
() Sim, através de _____
() Exame de sangue de anticorpos de HIV:
() 6 semanas depois () 3 meses depois () 6 meses depois
() 12 meses de pois
() Injeção de HBIG (anti-HBs):
() 6 meses depois () 12 meses depois
() Injeção de PENICILLIN: () 6 meses depois (VDRL)
() Exame de sangue de anticorpos de HCV:
() 6 meses depois () 12 meses depois (Anti-HCV)
9) Após o acidente, para quem contou? () Ninguém () Colegas
() Pais
() Cônjuge ou namorado(a) () Parente ou amigos
10) Após o acidente, aconteceu comigo: () Perda de sono () Nervoso
() Ansiedade
() Dor de cabeça () Outros sintomas

Para 1 e 2 , coloque no quadro por abreviação, onde

NP = não concordo plenamente

N = não concordo

S = sem comentários

C = concordo

CP = concordo plenamente

1 Conceitos de profissionais na área de saúde em relação a exposição aos Riscos

Ocupacionais

- 1.1 Como é comum ser perfurado pelos objetos perfuro-cortantes no trabalho, depende da situação para decidir se é preciso notificar. (_____)
- 1.2 Como é comum ser perfurado pelos objetos perfuro-cortantes no trabalho, não terei má sorte a ser contaminado. (_____)
- 1.3 Caso for contaminado pela HIV devido ao meu trabalho , meus colegas vão se sensibilizar com a minha situação. (_____)
- 1.4 Caso já tenha anticorpos contra Hepatite B, não teria importância se for perfurado pelos objetos perfuro-cortantes no trabalho. (_____)
- 1.5 Os pacientes com doenças sexualmente transmissíveis não devem ocultar a sua situação. (_____)
- 1.6 Acho de extrema importância receber imediatamente medicamento preventivo após ser exposto aos riscos ocupacionais. (_____)
- 1.7 Acho que é a responsabilidade de todos os profissionais da área de saúde entender os procedimentos de tratamentos após serem expostos aos riscos ocupacionais. (_____)
- 1.8 Mesmo que seja contaminado acidentalmente devido ao trabalho, os colegas vão me rejeitar. (_____)
- 1.9 Devo notificar imediatamente quando for perfurado pelos objetos perfuro-cortantes no trabalho mesmo que não tenha certeza da fonte. (_____)
- 1.10 Se meus familiares souberem que fui perfurado pelos objetos perfuro-cortantes no trabalho, vão pedir que eu peça desligamento do trabalho. (_____)
- 1.11 Quando os colegas souberem que fui perfurado pelos objetos perfuro-cortantes no trabalho, vão me culpar por não ser cuidadoso . (_____)
- 1.12 Todos os profissionais da área de saúde devem ter recebido vacinas preventivas antes de assumir o trabalho. (_____)

2 - Regimentos subjetivos

- 2.1 Meus pais (sogros) acham que devo notificar imediatamente quando me ferir acidentalmente no trabalho. (_____)
- 2.2 Meus pais (sogros) acham que devo receber medicamento preventivo quando me ferir acidentalmente no trabalho. (_____)
- 2.3 Meus pais (sogros) acham que devo acompanhar os resultados de exames quando me ferir acidentalmente no trabalho. (_____)
- 2.4 Normalmente sigo as opiniões de meus pais (sogros). (_____)

- 2.5 Meus irmãos acham que devo notificar imediatamente quando me ferir acidentalmente no trabalho. (____)
- 2.6 Meus irmãos acham que devo receber medicamento preventivo quando me ferir acidentalmente no trabalho. (____)
- 2.7 Meus irmãos acham que devo acompanhar os resultados de exames quando me ferir acidentalmente no trabalho. (____)
- 2.8 Normalmente, sigo as opiniões de meus irmãos. (____)
- 2.9 Meu cônjuge (namorado(a)) acha que devo notificar imediatamente quando me ferir acidentalmente no trabalho. (____)
- 2.10 Meu cônjuge (namorado(a)) acha que devo receber medicamento preventivo quando me ferir acidentalmente no trabalho. (____)
- 2.11 Meu cônjuge (namorado(a)) acha que devo acompanhar os resultados de exames quando me ferir acidentalmente no trabalho. (____)
- 2.12 Normalmente, sigo as opiniões de meu cônjuge (namorado(a)). (____)
- 2.13 Meu chefe acha que devo notificar imediatamente quando me ferir acidentalmente no trabalho. (____)
- 2.14 Meu chefe acha que devo receber medicamento preventivo quando me ferir acidentalmente no trabalho. (____)
- 2.15 Meu chefe acha que devo acompanhar os resultados de exames quando me ferir acidentalmente e no trabalho. (____)
- 2.16 Normalmente, sigo as opiniões do meu chefe. (____)

Para 3, coloque no quadro por abreviação, onde

S = Sim

N = Não

NS = Não sei

3 - Percepção do controle de comportamento/ atitude conhecimento

- 3.1 Não reencape as agulhas para evitar ser perfurado por objetos perfuro-cortantes. (____)
- 3.2 Reduziria efetivamente a possibilidade de contaminação caso recebesse medicamento preventivo dentro de 72 horas após de ser perfurado por agulha usada com pacientes de HIV. (____)
- 3.3 Quando descoberto que o anticorpo e ou antígeno do colaborador for positivo, não há necessidade de fazer tratamento. (____)
- 3.4 O colaborador que foi exposto acidentalmente a pacientes com VDRL(+) ou TPHA(+), mas sem histórico claro, deve receber injeção de Penicilina. (____)
- 3.5 O colaborador que já foi vacinado contra Hepatite B, mas continua sem anticorpo e ou antígeno, pelo regimento, deve receber injeção de HBIG. (____)
- 3.6 Independente do diagnóstico , se houver a possibilidade de ser exposto ao sangue ou líquidos biológicos dele, é preciso que o colaborador use óculos de proteção e roupa de proteção. (____)
- 3.7 Caso seja perfurado por objetos perfuro-cortantes não utilizados, não há necessidade de notificar.
- 3.8 Caso seja perfurado por agulhas utilizadas pelo paciente de HIV, pode se confirmar que não foi contaminado após 1 ano de acompanhamento. (____)

- 3.9 A transmissibilidade de HCV é maior que HBV e HIV. (____)
- 3.10 Após ser exposto acidentalmente aos riscos ocupacionais é preciso adotar o comportamento de sexo seguro durante o período de acompanhamento. (____)
- 3.11 Até agora, não há vacina efetiva contra a contaminação por Hepatite C. (____)
- 3.12 As dificuldades de utilização de agulhas podem causar perfuração acidental. (____)
- 3.13 Após ser exposto acidentalmente ao sangue ou líquidos biológicos, receber medicamento preventivo dentro de 24 horas pode reduzir a possibilidade de contaminação. (____)

Para 4 , coloque no quadro por abreviação , onde

AS = Absolutamente sem certeza

SC= Sem certeza

NS = Não Sei

TC = Tenho Certeza

TA = Tenho Certeza Absoluta

4 Auto-eficiência

Quando ocorrer exposição acidental , no trabalho, ao sangue ou líquidos biológicos.

- 4.1 Notificarei meu chefe imediatamente. (____)
- 4.2 Notificarei, seguindo os procedimentos de regimento do hospital. (____)
- 4.3 Seguirei o regimento interno do hospital, tentando descobrir o tipo de soro sanguíneo da fonte exposta. (____)
- 4.4 Seguirei o regimento interno do hospital e examinarei o anticorpo do próprio soro sanguíneo. (____)
- 4.5 Aceitarei as recomendações do médico e receberei medicamento preventivo ou vacinação. (____)
- 4.6 Mesmo que sinta incômodo após de tomar o medicamento indicado, continuarei a tomar até terminar o tratamento. (____)
- 4.7 Mesmo que enfrente correria no trabalho, acompanharei e terminarei todos os exames indicados. (____)

Para 5 , coloque no quadro por abreviação, onde

MI = Muito insatisfeito

IS = Insatisfeito

SC = Sem comentários

ST = Satisfeito

MS= Muito satisfeito

5 Recursos

- 5.1 Os procedimentos de tratamento da exposição acidental aos riscos ocupacionais são claramente divulgados pelo Comitê de Controle de Doenças Transmissíveis. (____)
- 5.2 Os auxílios do hospital para o colaborador que se expôs acidentalmente aos riscos ocupacionais. (____)
- 5.3 Número de dias de licença cedido pelo hospital para o colaborador que se expôs acidentalmente aos riscos ocupacionais. (____)
- 5.4 Os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) incluem agulhas seguras e equipamentos sem agulhas fornecidos pelo hospital. (____)
- 5.5 Os treinamentos ocupacionais relacionados à prevenção de picadas de agulhas e proteção

contra a exposição aos riscos ocupacionais fornecidos pelo hospital. (_____)

5.6 Consultas psicológicas e auxílios dados pelo hospital para o colaborador que se expôs acidentalmente aos riscos ocupacionais. (_____)

Quais são as alternativas abaixo atualmente fornecidas pela sua unidade de trabalho ou hospital a respeito da prevenção e procedimentos de exposição aos riscos ocupacionais.

☐ Equipamentos medicinais sem agulhas	☐ Agulhas seguras
☐ Treinamento prévio ao trabalho	☐ Auxílio de tratamento e remédios
☐ Licença devido a ferimento ocupacional	☐ Consultas psicológicas

Para 6, coloque no quadro por abreviação, onde

SD = Sem disposição nenhuma

ND = Não disposto

SC = Sem comentário

D = Disposto

CV = Com muita vontade

6 A disposição de tratar-se após a exposição aos riscos ocupacionais

6.1 Quando exposto acidentalmente ao sangue e ou líquidos biológicos, notificarei imediatamente. (_____)

6.2 Quando exposto acidentalmente ao sangue e ou líquidos biológicos, consultarei um médico imediatamente e farei uma avaliação de riscos. (_____)

6.3 Quando exposto acidentalmente ao sangue e ou líquidos biológicos, estarei disposto às consultas psicológicas e orientações. (_____)

6.4 Quando a recomendação do médico é para eu receber vacinas preventivas, aceitarei imediatamente. (_____)

6.5 Quando a recomendação do médico é para eu receber medicamento preventivo, colaborarei com o tratamento sugerido. (_____)

6.6 Colaborarei com as recomendações do médico e retornarei periodicamente. (_____)

6.7 Colaborarei com as recomendações do médico e acompanharei os resultados dos exames de sangue. (_____)

Ao aceitar o processo de tratamento de exposição aos riscos ocupacionais, o que mais incomoda você?

ANEXO E – Versão Português Traduzida 2 (VPT2)

Pesquisa sobre risco e cuidados a cerca da ponta de seringa para os profissionais da área de saúde

Caros colaboradores:

Diante do incidente repentino ocorrido com a agulha e a exposição da mesma no sangue e no fluido corporal, a situação afetou o emocional e a vida profissional de todos, bem como o emocional de nossos amigos. A fim de compreender a todos aqueles que passaram por situações de risco em função dessa profissão, o supervisor sugere que todos preencham um questionário, a fim de prevenir situações semelhantes que possam ocorrer futuramente. A sua ajuda e apoio são de extrema importância para o estudo.

Neste estudo, os dados individuais, serão mantidos em sigilo. Mais uma vez, agradecemos a todos!

Associação de Enfermagem de Taiwan/Comitê de Cuidados Cirúrgicos, gratos.

Dados Básicos:

1. Data de Nascimento: Dia____Mês____ Ano_____.
2. Sexo: Feminino (☐) Masculino (☐)
3. Anos de Trabalho: ____Ano ____Meses.
4. Divisão de seção:
 - (☐) Medicina Interna
 - (☐) Cirúrgico
 - (☐) UTI – Unidade de Terapia Intensiva
 - (☐) Pediatria
 - (☐) Emergência
 - (☐) Sala de Cirurgia
 - (☐) Ambulatório
 - (☐) Outros: _____
5. Profissão:
 - (☐) Médico (a)
 - (☐) Enfermeiro (a)
 - (☐) Estudante de Medicina
 - (☐) Estudante de Enfermagem
 - (☐) Inspeção ou Pessoal Técnico

- () Pessoal de Limpeza e de Apoio
6. Escolaridade:
- () Ensino Médio
- () Ensino Técnico
- () Ensino Superior
- () Pós Graduação, Mestrado ou Doutorado
7. Estado Civil:
- () Casado (a)
- () Solteiro (a)
- () Divorciado (a)
- () Viúvo (a)
8. Você já participou de treinamento quanto à prevenção de riscos no seu trabalho?
- () Sim () Não
9. Alguma vez você já esteve exposto a perigos e riscos da sua profissão:
- () Primeira vez que se feriu no trabalho
- () Já sofreu ferimentos _____ vezes. Das vezes que se feriu, realizou _____ vezes um de boletim de ocorrência.
10. Antes de começar a trabalhar, você tinha conhecimento que era portador do HIV e do seu estado de Hepatite B e Hepatite C: () Sim () Não

	Desconhece ou Não examinado	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame
Anti-HIV				
HBsAg				
Anti-HBs				
Anti-HBc				
Anti-HCV				
VDRL				

Notificação recente do estado de exposição aos eventos de risco/perigo da profissão

1. Data do incidente: Dia _____ Mês _____ Ano _____
2. Descreva detalhadamente o local do incidente: _____
3. Qual a causa do incidente?

() Feriu-se antes de usar o material/objeto (danificação ou rupturas, conjunto de equipamentos médicos, etc)

() Feriu-se durante o uso de bens/objetos (Queda do objeto ou choque entre paciente e objeto)

() Colisão com o paciente

() Colisão devido a falta de cautela de outros colaboradores

() Durante o desbloqueio de dispositivo do equipamento

() No processo de equipamento para a reutilização (separação, desinfetar, esterilizar, etc.)

- () Recolocar a tampa de proteção da seringa
() Durante o processo de diagnóstico e prognóstico (Controle de passo a passo, Equipamento de transmissão)
() Remoção da seringa desde estática a infusão da veia
() Limpeza do equipamento da seringa após o uso (separar, limpar, descartar, etc)
() Ferimento por objetos pontiagudos descartados em locais inapropriados como na cama do paciente ou no chão
() Ferimento por objetos pontiagudos do recipiente coletor de resíduos de punção
() Ferimento por objetos pontiagudos proeminente após o recolhimento de resíduos
() Movimentos e ações impróprios durante a coleta de sangue
() No processo de transposição de amostras
() Outros _____
4. Qual tipo de material o profissional está sujeito a riscos?
() Seringa
() Agulha
() Lâmina
() Equipamentos Cirúrgicos
() Vidro
() Outros tipos de equipamentos médicos
5. Origem dos objetos pontiagudos: () desconhecido () Conhecido
(Favor continuar o preenchimento do formulário a seguir)
() Contaminado (já exposto ao paciente)
() Não contaminado (ainda não exposto ao paciente)

Origem de objetos pontiagudos	Desconhece ou Não examinado	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame
Anti-HIV				
HBsAg				
Anti-HBs				
Anti-HBC				
Anti-HCV				
VDRL				

6. Nível de Exposição
() Mucosa
() Epiderme (Leve, sem sangramento)
() Epiderme (Médio, com sangramento)
() Grave (Profundo corte/perfuração)
7. No momento do ocorrido, o equipamento de proteção individual eram:
() Óculos de proteção

- ☐ Máscara ☐ máscara cirúrgica ☐ máscara N95
☐ Luvas ☐ luva simples ☐ luva dupla camada
☐ Roupa de Proteção

8. Tratamento após a exposição

- a. De acordo com as normas do hospital, quanto tempo após o incidente fez-se a notificação:
- ☐ Imediatamente
☐ Dentro de 8 horas
☐ Dentro de 24 horas
☐ De 1 a 3 dias
☐ Após _____ dias
- b. Unidade Notificadora:
- ☐ Comitê de Controle de Infecção
☐ Comitê/Associação de Segurança do Trabalhador
- c. Após o incidente, quanto tempo levou para ser avaliado e inspecionado por médico:
- ☐ Não foi avaliado
☐ Imediatamente
☐ Dentro de 8 horas
☐ Dentro de 24 horas
☐ De 2 a 3 dias
☐ Após _____ dias
- d. Após o incidente, confirmou-se o resultado do teste da origem de exposição:
- ☐ Não houve resultado do teste
☐ Imediatamente
☐ Dentro de 8 horas
☐ Dentro de 24 horas
☐ De 2 a 3 dias
☐ Após _____ dias
- e. Acompanhamento psicológico com médicos ou semelhantes após o incidente:
- ☐ Não recebeu acompanhamento
☐ Recebeu acompanhamento _____
- f. Após o incidente, realizou-se profilaxia ou vacinação:
- ☐ Não: Não houve a profilaxia ou vacinação. Pois: _____
☐ Sim:
- ☐ Recebeu a vacina **HBIG**:
- ☐ Imediatamente
☐ Dentro de 8 horas
☐ Dentro de 24 horas
☐ De 2 a 3 dias
☐ Após _____ dias
- ☐ Recebeu a vacina de **penicilina**:

-
- ☐ Imediatamente
 - ☐ Dentro de 8 horas
 - ☐ Dentro de 24 horas
 - ☐ De 2 a 3 dias
 - ☐ Após ____ dias
 - ☐ Recebeu **profilaxia**:
 - ☐ Imediatamente
 - ☐ Dentro de 8 horas
 - ☐ Dentro de 24 horas
 - ☐ De 2 a 3 dias
 - ☐ Após ____ dias
- g. Prescrição após a profilaxia:
- ☐ Seguir plenamente a prescrição médica
 - ☐ Interrompeu-se a receita da prescrição médica após ____ dias. pois _____
 - ☐ Recusou a seguir a receita dada na prescrição médica. pois _____
- h. Confirmar se o anticorpo do seu soro está reverso:
- ☐ Não: Não se confirmou ainda, pois _____
 - ☐ Sim:
 - ☐ Teste de Anticorpo HIV:
 - ☐ 6 meses após a semanas avaliação de sangue
 - ☐ 3 meses após realizar avaliação de sangue
 - ☐ 6 meses após realizar avaliação de sangue
 - ☐ 12 meses após realizar exame de sangue
 - ☐ Após a vacinação de HBIG:
 - ☐ 6 meses após realizar avaliação de sangue
 - ☐ 12 meses após realizar o teste de Anti-HBs
 - ☐ A vacinação de penicilina:
 - ☐ 6 meses após realizar exame de VDRL
 - ☐ Teste de Anticorpo HCV:
 - ☐ 6 meses após realizar avaliação de sangue
 - ☐ 12 meses realizar teste Anti-HCV
9. Após o incidente, relatou o fato a alguém?
- ☐ Não
 - ☐ Colega de trabalho
 - ☐ Pais
 - ☐ Cônjuge
 - ☐ Outros, amigos
10. Após o incidente, apresentou sintomas:
- ☐ Insônia
 - ☐ Tensão
 - ☐ Ansiedade
 - ☐ Dor de cabeça

() Outros

A Atitude dos profissionais da saúde em lidar com o processo de tratamento dos profissionais sujeitos a riscos do trabalho

Assinale as alternativas de acordo com o grau de concordância:

- I. Discorda plenamente
- II. Discorda
- III. Sem opinião
- IV. Concorda
- V. Concorda plenamente

1-1 É muito comum ferir-se com objetos cortantes no trabalho. Avalio a gravidade da situação para determinar se deve ser notificada. (_____)

1-2 É muito comum ferir-se com objetos cortantes no trabalho. Mas acredito que não terei a infelicidade de ser contaminado por um paciente infectado. (_____)

1-3 Se por acaso, eu acidentalmente contrair o vírus do HIV, acredito que meus colegas de trabalho compreenderão a minha situação. (_____)

1-4 Se eu for um portador crônico de Hepatite B, e for ferido por objeto cortante no trabalho, não deve causar nenhum tipo de dano. (_____)

1-5 O portador de doença infecciosa não deve esconder deliberadamente a sua condição. (_____)

1-6 Acredito ser de extrema importância receber imediatamente a vacina de profilaxia quando acidentalmente há exposição de risco no fluido corporal. (_____)

1-7 Eu acho que compreender o processo pós-exposição de risco no trabalho é uma obrigação de todos os profissionais da saúde. (_____)

1-8 Se no trabalho, uma pessoa contrair doença infecciosa acidentalmente, este certamente será rejeitado pelos colegas de trabalho. (_____)

1-9 Se for ferido por objeto cortante por acaso no trabalho, mesmo não tendo certeza da origem, ainda é preciso ser informado, notificado o mais breve possível. (_____)

1-10 Se a minha família souber que eu me feri no meu trabalho por um objeto cortante, eles pedirão que eu me demita desse emprego. (_____)

1-11 Se o colega de trabalho souber que eu me feri no meu trabalho por um objeto cortante, este irá me culpar do descuido. (_____)

1-12 Todos os profissionais da saúde devem realizar a vacinação preventiva antes de adentrarem no local de trabalho. (_____)

2. Normas Subjetivas

Assinale as alternativas de acordo com o grau de concordância:

- I. Discorda plenamente
- II. Discorda
- III. Sem opinião
- IV. Concorda
- V. Concorda plenamente

2-1 Meus pais (sogros) acham que devem ser informados imediatamente quando ocorrer acidente de trabalho comigo. (_____)

2-2 Meus pais (sogros) acham que devo receber vacina de profilaxia completa quando ocorrer acidente de trabalho comigo. (_____)

2-3 Meus pais (sogros) acham que quando ocorrer acidente de trabalho comigo, os resultados do exame devem ser investigados. (_____)

2-4 Eu costumo seguir os conselhos e sugestões dos meus pais (sogros). (_____)

2-5 Meus irmãos acham que devem ser informados imediatamente quando ocorrer acidente de trabalho comigo. (_____)

2-6 Meus irmãos acham que devo receber vacina de profilaxia completa quando ocorrer acidente de trabalho comigo. (_____)

2-7 Meus irmãos acham que quando ocorrer acidente de trabalho comigo, deve ser investigado os resultados do exame. (_____)

2-8 Eu costumo seguir os conselhos e sugestões dos meus irmãos. (_____)

2-9 Meu cônjuge (namorado/namorada) acha que deve ser informado imediatamente quando ocorrer acidente de trabalho comigo. (_____)

2-10 Meu cônjuge (namorado/namorada) acha que devo receber vacina de profilaxia completa quando ocorrer acidente de trabalho comigo. (_____)

2-11 Meu cônjuge (namorado/namorada) acha que quando ocorrer acidente de trabalho comigo, os resultados do exame devem ser investigado. (_____)

2-12 Eu costumo seguir os conselhos e sugestões do meu cônjuge (namorado/namorada). (_____)

2-13 Meu supervisor acha que deve ser informado imediatamente quando ocorrer acidente de trabalho comigo. (_____)

2-14 Meu supervisor acha que devo receber vacina de profilaxia completa quando ocorrer acidente de trabalho comigo. (_____)

2-15 Meu supervisor acha que quando ocorrer acidente de trabalho comigo, os resultados do exame devem ser investigados. (____)

2-16 Eu costumo seguir os conselhos e sugestões do meu supervisor. (____)

3. Percepção do controle de comportamento/ atitude

Conhecimento

Assinale as alternativas de acordo com as seguintes opções:

- I. Sim
- II. Não
- III. Não sei

3-1 Evitar colocar a tampa de proteção da seringa pode evitar ferimento por objetos cortante. (____)

3-2 Ao ser contaminado por portador de HIV por meio de seringa deve-se tomar vacina de profilaxia dentro de 72 horas, deste modo, pode diminuir efetivamente a probabilidade de infecção. (____)

3-3 Se acidentalmente os trabalhadores forem expostos a antígeno da Hepatite B ou anticorpo positivo, não há necessidade de um tratamento especial. (____)

3-4 Se o paciente for portador de VDRL positivo ou TPHA positivo, e desconhece o histórico de tratamento, os colaboradores expostos acidentalmente devem receber a vacina de penicilina. (____)

3-5 De acordo com a regulamentação, o colaborador que recebeu a vacina contra Hepatite B, mas que não possui antígeno ou anticorpos deve receber a vacina de HBIG. (____)

3-6 Independentemente do diagnóstico do paciente, desde que haja possibilidade de respingo de sangue ou fluído corporal, deve-se usar óculos de proteção e roupa de proteção. (____)

3-7 Se houver ferimento por objeto cortante não utilizado anteriormente, não há necessidade de notificar. (____)

3-8 Se acidentalmente houver ferimento por seringa utilizada por um portador de HIV, basta fazer acompanhamento regular durante um ano, que certamente não haverá mais a infecção. (____)

3-9 O grau de infecção de HCV é superior a HBV e HIV. (____)

3-10 Quando o colaborador for exposto ao sangue ou fluído corporal acidentalmente, durante o período de monitoramento, deve-se praticar sexo seguro. (____)

3-11 Para a Hepatite C, ainda não há uma vacina eficaz quanto à prevenção dessa infecção. (_____)

3-12 Devido à dificuldade de uso seguro da seringa, frequentemente ocorre acidentalmente infecção por seringa. (_____)

3-13 Quando acidentalmente ocorrer exposição a sangue ou fluído corporal, deve-se receber vacina de profilaxia dentro de 24 horas, para que se possa reduzir efetivamente a infecção. (_____)

4. Auto-eficácia

Assinale as alternativas a seguir de acordo com as seguintes opções:

- I. Não
- II. Talvez
- III. Sem opinião
- IV. Sim
- V. Com certeza

Quando acidentalmente houver exposição a sangue e fluído corporal,

4.1 Relatarei ao supervisor imediatamente. (_____)

4.2 Seguirei o processo de notificação estabelecido pelo hospital. (_____)

4.3 Seguirei os procedimentos hospitalares, identificando o estado do soro da origem de exposição. (_____)

4-4 Seguirei os procedimento hospitalares, verificando o atual estado do anticorpo no soro. (_____)

4-5 Seguirei as instruções do médico, recebendo a vacina de profilaxia. (_____)

4-6 Apesar de sentir desconforto após a medicação vou continuar até o fim do tratamento médico. (_____)

4-7 Apesar do trabalho corrido farei acompanhamento do teste de todos os itens que devem ser realizados. (_____)

5. Recursos

Assinale as alternativas a seguir de acordo com o nível de satisfação:

- I. Péssimo
- II. Ruim
- III. Sem opinião

IV. Bom

V. Ótimo

5-1 O processo de solução quanto à exposição accidental anunciada pelo Comitê de Controle de Infecção foi clara. (_____)

5-2 Quanto ao auxílio-tratamento oferecido aos funcionários pelo hospital, em acidente de exposição. (_____)

5-3 Quanto aos dias de folga adicional oferecido aos funcionários pelo hospital, em acidente de exposição. (_____)

5-4 Quanto às seringas seguras e equipamentos de segurança oferecidos aos funcionários pelo hospital. (_____)

5-5 Quanto à vacina preventiva e Educação sobre exposição ocupacional oferecidos pelo hospital. (_____)

5-6 Quanto ao auxílio e acompanhamento psicológico oferecido aos funcionários pelo hospital, em acidente de exposição. (_____)

Qual dos itens abaixo são medidas tomadas na sua atual unidade de trabalho ou a prevenção de acidentes de trabalho oferecido no hospital:

- () Equipamento médico sem seringa
- () Seringas seguras
- () Educação e Treinamento pré trabalho
- () Auxílio-tratamento
- () Licença médica
- () Orientação e acompanhamento psicológico

6. Comprometimento quanto à exposição ocupacional

Assinale as alternativas de acordo com o grau de aceitação:

- I. Totalmente Inaceitável
- II. Não aceito
- III. Sem opinião
- IV. Aceito
- V. Plenamente aceitável

1 Quando accidentalmente ocorrer exposição a sangue ou fluído corporal, comunicarei imediatamente. (_____)

2 Quando acidentalmente ocorrer exposição a sangue ou fluído corporal, irei imediatamente a um médico e aceitarei a avaliação do risco. (_____)

3 Quando acidentalmente ocorrer exposição a sangue e fluído corporal, aceitarei orientações e acompanhamento psicológico. (_____)

4 Quando o médico recomendar-me a vacinação preventiva aceitarei imediatamente. (_____)

5 Quando o médico recomendar-me a dose preventiva, estarei disposto a cooperar com o tratamento médico. (_____)

6 Estou disposto a cooperar com as recomendações do médico, voltando regularmente ao consultório. (_____)

7 Estou disposto a cooperar com as recomendações do médico, fazer acompanhamento e confirmar os resultados do exame de sangue. (_____)

Durante o processo de resolução após a exposição de riscos ocupacionais, o que mais te incomodou/perturbou?

ANEXO F – Documento de autorização da primeira autora do instrumento original, relacionada à inserção das categorias dos técnicos e auxiliares de enfermagem e dos profissionais de enfermagem não acidentados por material biológico.

國立成功大學醫學院

護理系 柯乃瑩

Y

Nai-Ying Ko, RN., Ph.D.

*Department of Nursing,
College of Medicine,
National Cheng Kung University*

E-mail: nyko@mail.ncku.edu.tw
Tel: 886-6-2353535 ext. 5838
Fax: 886-6-2277550

03/07/2012

Dr. Maria Helena Marziale,

The instrument "Comply with post-exposure management among health care workers", after authorization, is undergoing a process of translation and validation for Brazil, through a study conducted by Adriane Corrêa Jansen, in her Doctoral degree.

For the continuity of the translation process and adaptation steps of this instrument, some modifications, related to the population of the study, were identified by the researcher and need to be performed, including:

- Insertion of nurses not exposed to blood and body fluids;
- Insertion of the three active categories in Brazilian Nursing: nurses, nursing technicians and nursing assistants.

After assessing the situation presented, I **authorize** the performance of the aforementioned modifications necessary to adapt the instrument "Comply with post-exposure management among health care workers" to the reality of Brazilian Nursing, allowing the comparison of results in different groups of the same population.

Yours sincerely,

Nai-Ying Ko RN., PhD.

Department of Nursing, College of Medicine
National Cheng Kung University
TEL: 886-6-2353535 ext. 5838
E-mail: nyko@mail.ncku.edu.tw

ANEXO G – Versão Chinês 1 (VC1)

健康照顧專業人員職業性危害針扎後之追蹤

親愛的同事們：

由於意外發生了針扎及暴露在血液及體液，而此事影響了我們情緒、工作生涯及家庭生活。為瞭解大家在遭遇職業性危害之事件後的處理及感受，以建議主管對未來類似的情況發生時做準備，特擬此問卷。

懇請各位撥冗填寫你的協助與支持對本研究意義重大。

本研究的個別資料絕對保密，請您放心。

在此感謝各位

基本資料：

1. 出生年月：民國 _____ 年 _____ 月

2. 性別：☐ 男性 ☐ 女性

3. 工作年資： _____ 年 _____ 月

4. 科別：

☐ 診所 ☐ 手術 ☐ 緊急

☐ 燒傷科 ☐ 幼兒園 ☐ 孕婦

☐ 產科中心 ☐ 外科中心 ☐ 門診

☐ 傳染病 ☐ 中央消毒 ☐ 兒科

☐ ICU - 重症監護病房: _____

☐ 其他: _____

5. 職業：

☐ 醫師 ☐ 護士

☐ 醫學生 ☐ 護專生

☐ 護理人員 ☐ 實驗室技術員

☐ 護理助理 ☐ 清潔及支援人員

6. 學歷：

☐ 國中 ☐ 高中

☐ 技術學 ☐ 大學

☐ 碩士以上

7. 婚姻：

☐ 已婚 ☐ 同居

☐ 未婚 ☐ 離婚

☐ 寡

8. 你是否曾參加過針扎預防相關在職教育：

☐ 是 ☐ 否

9. 你在工作時是否曾經被尖銳物品扎傷：

☐ 是 ☐ 否

回答「是」請回答次數：

☐ 一次

☐ 曾經受傷 _____ 次 其中通報 _____ 次

回答「否」請跳到 (第七頁)

10. 你是否做過健康檢查：

☐是 ☐否

回答「是」請勾填以下表格：

	不明或從未檢驗	陽性 (+)	陰性 (-)	檢驗日期
Anti-HIV (抗體檢測-HIV)				
HBsAg (乙肝病毒抗原)				
Anti-HBs (抗體測試-HBsAg)				
Anti-HBc (抗體測試-HBsAg)				
Anti-HCV (丙型肝炎抗體測試)				

職業暴露風險

1. 上一次事件發生:

民國_____年_____月

2. 請你詳細寫述事件發生的地點:

3. 發生事件的原因?

- ☐扎傷物品未使用前(破損或滑脫、組合醫療器物等)
☐扎傷物品使用時(物品滑落或病患碰撞物品)
☐病患碰撞
☐其他工作人員不謹慎而碰撞
☐在解開器具配備時
☐處理重複使用的器具(分類、消毒、滅菌等)
☐針頭回套
☐醫療措施執行過程中(操作步驟、傳遞器具)
☐自靜脈輸液管路拔除針頭
☐清理用畢之針頭器械(分類、清理、丟棄等)
☐被丟棄在病床、地板或其他不適當處之尖銳物品扎傷
☐被穿刺廢棄物收集容器之尖銳物品扎傷
☐被突出於廢棄物收集容器過之尖銳物品扎傷
☐抽血時之不當動作
☐檢體運送過程中
☐其他_____

4. 職業暴露危害物品種類:

- ☐針頭 ☐縫針
☐刀片 ☐外科器械
☐玻璃 ☐其他醫療器械

5. 可確認尖銳物的來源：

☐不明 ☐確認

回答「確認」請回答以下問題:

☐已污染(已暴露到病患)

☐未污染(未暴露到病患)

回答「已污染」請勾填以下表格:

	不明或從未檢驗	陽性 (+)	陰性 (-)	檢驗日期
Anti-HIV (抗體檢測-HIV)				
HBsAg (乙肝病毒抗原)				
Anti-HBs (抗體測試 - HBsAg)				
Anti-HBc (抗體測試 - HBsAg)				
Anti-HCV (丙型肝炎抗體測試)				

6. 暴露類型:

☐經皮:由針頭、刀片及其他銳器棄置於尖銳物，造成的傷害。

☐粘膜:有關眼、鼻、口或生殖器受噴濺的可能。

☐皮膚:接觸皮膚破損，如皮炎或傷口。

☐人咬: 只要有血液存在的都被視為危害暴露

7. 當發生事件時有戴個人防護措施:

☐護目鏡 ☐圍裙/保護衣

☐外科口罩 ☐N95口罩

☐單層手套 ☐雙層手套

☐鞋套

8. 暴露後處理流程:

a. 依照醫院規定發生事件後多久進行通報:

☐立刻 ☐8 小時內 ☐1-3 天

☐24 小時內 ☐1-3 天

☐___天後 ☐不知道

b. 通報單位:

☐感染控制委員會 ☐職業安全委員會

c. 發生事件後是否有接受醫師的評估及檢驗:

☐沒有檢驗 ☐立刻

☐8 小時內 ☐24 小時內

☐2-3 天 ☐____天後

d. 發生事件後是否有確認暴露來源的檢驗結果:

☐沒確認 ☐立刻

☐8 小時內 ☐24 小時內

☐2-3 天 ☐____天後

e. 你曾經接受過醫師或相關人員針對此事件的心理諮詢:

☐沒有 ☐有_____

請你詳細寫述:_____

f. 發生後多久是否有接受預防性投藥或疫苗注射:

☐否。沒有給予預防性投藥的原因: _____

☐否。沒有給予預防性疫苗注射的原因: _____

☐是。請回答以下問題。

☐有接受到HBIG疫苗注射:

☐立刻 ☐8 小時內

☐24 小時內 ☐2-3 天

☐____天後

☐有接受到預防性投藥:

☐立刻 ☐8 小時內

☐24 小時內 ☐2-3 天

☐____天後

g. 針對預防性投藥，請回答以下問題:

☐全按照醫生處方服用

☐有按照醫生處方服用_____天，中斷的原因: _____

☐沒有按照醫生處方服用，因為_____

h. 是否有確認本人血清抗體反轉:

☐沒確認。原因: _____

☐確認。回答「確認」請回答以下問題:

☐艾滋病 (H I V) 抗體檢驗:

☐六週後抽血檢驗

☐三個月後抽血檢驗

☐六個月後抽血檢驗

☐十二個月後抽血檢驗

☐接受乙型肝炎疫苗後 (H B I G) :

☐六個月後抽血檢驗

☐十二個月後抽血檢驗 A n t i - H B s

☐接受丙型肝炎病毒 (H C V) 抗體檢驗:

☐六個月後抽血檢驗

☐十二個月後抽血檢驗 A n t i - H C V

9. 發生事件後你是否有通報某人:

☐是 ☐否

回答「是」請回答以下問題：

☐同事 ☐父母

☐兄弟姊妹 ☐配偶或情侶

☐上司 ☐其他親友

10. 發生事件後你有感受到：

☐失眠 ☐煩燥

☐緊張 ☐頭痛

☐其他_____

1. 關於健康專業人員以職業危害暴露處理的態度

		極不同意	不同意	沒意見	同意	極同意
1-1	我會看事件狀況的嚴重性在來決定是否該通報，因為工作時被尖銳物品扎傷是很正常的事					
1-2	雖然被尖銳物品扎傷是時常會發生的事，我猜我該不會那麼的倒楣會被病人傳染					
1-3	如果我工作意外受到HIV感染，我相信同事們該會同情我					
1-4	只要我有B型肝炎抗體，就算工作時被尖銳物品扎傷都沒關係					
1-5	已受傳染的病患不必要在乎自己的病情而刻意的隱瞞此事					
1-6	當意外暴露於血液體液後且立即接受預防性投藥，我覺得是十分重要的					
1-7	我覺得每位醫護人員的基本責任就是瞭解職業危害暴露後處理流程					
1-8	如果我工作意外感染疾病，同事們一定會排斥我					
1-9	如果工作時被尖銳物品扎傷，就算來源不明，也要立即通報					
1-10	如果工作時被尖銳物品扎傷，而讓我家人知道，一定會要我辭掉工作					
1-11	如果工作時被尖銳物品扎傷，而讓我同事們知道，一定會怪我不夠小心謹慎					
1-12	所有的醫護人員都應該在進入職場前做預防注射					

2. 主觀規範

		極不同意	不同意	沒意見	同意	極同意
2-1	當我工作意外受傷時，我父母認為應該要立即通報					
2-2	當我工作意外受傷時，我父母認為我應該完成預防性治療					
2-3	當我工作意外受傷時，我父母認為我應該追蹤檢驗結果					
2-4	我通常會遵循父母的意見					
2-5	當我工作意外受傷時，我的兄弟姊妹們認為應該要立即通報					
2-6	當我工作意外受傷時，我的兄弟姊妹們認為我應該完成預防性治療					
2-7	當我工作意外受傷時，我的兄弟姊妹們認為我應該追蹤檢驗結果					
2-8	我通常會遵循兄弟姊妹們的意見					
2-9	當我工作意外受傷時，我的配偶/情侶認為應該要立即通報					
2-10	當我工作意外受傷時，我的配偶/情侶認為我應該完成預防性治療					
2-11	當我工作意外受傷時，我的配偶/情侶認為我應該追蹤檢驗結果					
2-12	我通常會遵循配偶/情侶的意見					
2-13	當我工作意外受傷時，我的上司認為應該要立即通報					
2-14	當我工作意外受傷時，我的上司認為我應該完成預防性治療					
2-15	當我工作意外受傷時，我的上司認為我應該追蹤檢驗結果					
2-16	我通常會遵循上司的意見					

感受的行為控制力

3. 知識

		是	否	不知道
3-1	避免針頭回套能夠免得被尖銳物品扎傷			
3-2	被HIV病患針扎後 7 2 小時內接受預防性投藥，可有效地降低傳染的機率			
3-3	如果意外暴露員工的B肝抗原或抗體為陽性時，不必特別處理			
3-4	如果員工意外暴露到有梅毒病患的血液及體液， 需要用抗生素治療			
3-5	根據規定，已完成B肝疫苗接種的員工，但仍無抗原或抗體，都必需注射HBIG			
3-6	不論病患診斷如何，只要有血液或體液噴濺的可能，都要戴護目鏡及隔離衣			
3-7	如果被未用過的尖銳物品扎傷時，不必通報			
3-8	如果被HIV病患使用過的針具扎傷，只要定期追蹤一年就可以確認沒被傳染			
3-9	丙型肝炎病毒(HCV)的傳染力高於 B型肝炎病毒(HBV) 及艾滋病病毒(HIV)			
3-10	當員工意外暴露於血液或體液後，在追蹤期間必須採取安全性行為			
3-11	目前尚未有對於C型肝炎疫苗預防感染			
3-12	針扎意外容易發生的原因，就是使用安全針頭是相當困難的			
3-13	當意外暴露於血液或體液後，24 小時內盡早接受預防性投藥可有效降低傳染			

4. 自我效能

	當意外暴露於血液或體液時，	完全沒把握	沒把握	沒意見	有把握	十分把握
4-1	我會盡快的告訴上司					
4-2	我會依照醫院規定流程進行通報					
4-3	我會依照醫院規定流程，確認暴露來源的血清狀況					
4-4	我會依照醫院規定流程，檢查自己血清抗體檢測結果					
4-5	我會接受醫師的建議，按照預防性投藥或疫苗注射下作治療					
4-6	儘管服藥後有多不舒服，我還是會接受完成整個治療					
4-7	儘管工作忙碌，我還是會追蹤所有必須完成的檢驗項目					

5. 資源

		極不滿意	不滿意	沒意見	滿意	極滿意
5-1	關於感染管制委員會所公布的意外暴露處理流程清楚					
5-2	關於醫院對員工遇到意外暴露處理時提供醫療補助項目					
5-3	關於醫院對員工遇到意外暴露處理後給予額外休假天數					
5-4	關於醫院提供給安全針頭及無針設備等相關防護設備					
5-5	關於醫院提供預防針扎及相關職業暴露傷害防護的在職教育					
5-6	關於醫院對員工遇到意外暴露處理的心理諮商與輔導的幫助					

以下有哪幾項是你目前工作單位或醫院提供之職業意外暴露的預防及處理措施：

☐ 不用針式醫療設備	☐ 安全針頭
☐ 職前教育訓練	☐ 醫療補助
☐ 公傷休假	☐ 心理諮商輔導

6. 遵守職業危害暴露處理的意願

		極不滿意	不滿意	沒意見	滿意	極滿意
6-1	當工作意外暴露於血液或體液時，我會盡快的通報					
6-2	當工作意外暴露於血液或體液時，我會盡快的去看醫生並接受危險評估					
6-3	當工作意外暴露於血液或體液時，我願意接受相關心理諮商及輔導					
6-4	當醫生建議我須接受預防性疫苗注射時，我會立即接受疫苗注射					
6-5	當醫生建議我須接受預防性投藥時，我願意配合接受治療					
6-6	我願意配合醫生的建議，定期回診					
6-7	我願意配合醫生的建議，追蹤並確認血液檢查結果					

什麼是最讓你難以遵守職業危害暴露後的處理過程？

你在職業危害暴露後的處理過程中，有哪些是讓你能夠容易遵守的？

ANEXO H – Versão Chinês 2 (VC2)

健康照顧專業人員職業性危害針扎後之追蹤

親愛的同事們：

由於意外發生了針扎及暴露在血液及體液，而此事影響了我們情緒、工作生涯及家庭生活。為瞭解大家在遭遇職業性危害之事件後的處理及感受，以建議主管對未來類似的情況發生時做準備，特擬此問卷。

懇請各位撥冗填寫你的協助與支持對本研究意義重大。

本研究的個別資料絕對保密，請您放心。

在此感謝各位

基本資料：

1. 出生年月：民國 _____ 年 _____ 月

2. 性別：☐男性 ☐女性

3. 工作年資： _____ 年 _____ 月

4. 科別：

☐診所 ☐手術 ☐緊急

☐燒傷科 ☐幼兒園 ☐孕婦

☐產科中心 ☐外科中心 ☐門診

☐傳染病 ☐中央消毒 ☐兒科

☐ICU - 重症監護病房: _____

☐其他: _____

5. 職業：

☐醫師 ☐護士

☐醫學生 ☐護專生

☐護理人員 ☐實驗室技術員

☐護理助理 ☐清潔及支援人員

6. 學歷：

☐國中 ☐高中

☐技術學 ☐大學

☐碩士以上

7. 婚姻：

☐已婚 ☐同居

☐未婚 ☐離婚

☐寡

8. 你是否曾參加過針扎預防教育：

☐是 ☐否

9. 你工作時是否曾經被尖銳物品扎傷：

☐是 ☐否

答「是」請回答次數：

☐一次

☐曾經受傷_____次 其中通報_____次

回答「否」請跳 (第七頁)

10. 你是否做過健康檢查：

☐是 ☐否

回答「是」請勾填以下表格：

	不明或從未檢驗	陽性 (+)	陰性 (-)	檢驗日期
Anti-HIV(抗體檢測-HIV)				
HbsAg (乙肝病毒抗原)				
Anti-HBs (抗試體測 - HBsAg)				
Anti-HBC (抗體測試 - HBsAg)				
Anti-HCV(丙型肝炎抗體試測)				

職業暴露風險

1. 上一次事件發生:

民國_____年 _____月

2. 寫述事件發生的地點:

3.事件的原因?

☐扎傷物品未使用前(破損或滑脫、組合醫療器物等)

☐扎傷物品使用時(物品滑落或病患碰撞物品)

☐病患碰撞

☐其他工作人員不謹慎而碰撞

☐在解開器具配備時

☐處理重複使用的器具(分類、消毒、滅菌等)

☐針頭回套

☐醫療措施執行過程中(操作步驟、傳遞器具)

- ☐ 自靜脈輸液管路拔除針頭
- ☐ 清理用畢之針頭器械(分類、清理、丟棄等)
- ☐ 被丟棄在病床、地板或其他不適當處之尖銳物品扎傷
- ☐ 被穿刺廢棄物收集容器之尖銳物品扎傷
- ☐ 被突出於廢棄物收集容器過之尖銳物品扎傷
- ☐ 抽血時之不當動作
- ☐ 檢體運送過程中
- ☐ 其他_____

4. 職業暴露危害物品種類:

- ☐ 針頭 ☐ 縫針
- ☐ 刀片 ☐ 外科器械
- ☐ 玻璃 ☐ 其他醫療器械

5. 可確認尖銳物的來源：

- ☐ 不明 ☐ 確認

回答「確認」請回答問題:

- ☐ 已污染(已暴露到病患)
- ☐ 未污染(未暴露到病患)

回答「已污染」請勾填以下表格:

	不明或從未檢驗	陽性 (+)	陰性 (-)	檢驗日期
Anti-HIV(抗體檢測-HIV)				
HbsAg (乙肝病毒抗原)				
Anti-HBs (抗體體測 - HBsAg)				
Anti-HBc (抗體測試 - HBsAg)				
Anti-HCV(丙型肝炎抗體試測)				

6. 暴露類型:

- ☐ 經皮:由針頭、刀片及其他銳器棄置於尖銳物，造成的傷害。
- ☐ 粘膜:有關眼、鼻、口或生殖器受噴濺的可能。
- ☐ 皮膚: 接觸皮膚破損，如皮炎或傷口。
- ☐ 人咬: 只要有血液存的都被視為危暴露

7. 當發生事件時有戴個人防護措施:

- ☐ 護目鏡 ☐ 圍裙/保護衣
- ☐ 外科口罩 ☐ N95口罩
- ☐ 單層手套 ☐ 雙層手套

☐鞋套

8. 暴露後處理流程:

a. 依照醫院規定發生事件後多久進行通報:

☐立刻 ☐8 小時內 ☐1-3 天

☐24 小時內 ☐1-3 天

☐____天後 ☐不知道

b. 通報單位:

☐感染控制委員會 ☐職業安全委員會

c. 發生事件後是否有接受醫師的評估及檢驗:

☐沒有檢驗 ☐立刻

☐8 小時內 ☐24 小時內

☐2-3 天 ☐____天後

d. 發生事件後是否有確認暴露來源的檢驗結果:

☐沒確認 ☐立刻

☐8 小時內 ☐24 小時內

☐2-3 天 ☐____天後

e. 你曾經接受過醫師或相關人員針對此事件的心理諮詢:

☐沒有 ☐有_____

請你詳細寫述:_____

f. 發生後多久是否有接受預防性投藥或疫苗注射:

☐否。沒有給予預防性投藥的原因: _____

☐否。沒有給予預防性疫苗注射的原因: _____

☐是。請回答以下問題。

☐有接受到HBIG疫苗注射:

☐立刻 ☐8 小時內

☐24 小時內 ☐2-3 天

☐____天後

☐有接受到預防性投藥:

☐立刻 ☐8 小時內

☐24 小時內 ☐2-3 天

☐____天後

g. 針對預防性投藥，請回答以下問題:

☐全按照醫生處方服用

☐有按照醫生處方服用_____天，中斷的原因: _____

☐沒有按照醫生處方服用，因為_____

h. 是否有確認本人血清抗體反轉:

☐沒確認。原因: _____

☐ 確認。回答「確認」請回答以下問題:

☐ 艾滋病 (H I V) 抗體檢驗:

☐ 六週後抽血檢驗

☐ 三個月後抽血檢驗

☐ 六個月後抽血檢驗

☐ 十二個月後抽血檢驗

☐ 接受乙型肝炎疫苗後 (H B I G) :

☐ 六個月後抽血檢驗

☐ 十二個月後抽血檢驗 A n t i - H B s

☐ 接受丙型肝炎病毒 (H C V) 抗體檢驗:

☐ 六個月後抽血檢驗

☐ 十二個月後抽血檢驗 A n t i - H C V

9. 發生事件後你是否有通報某人:

☐ 是 ☐ 否

回答「是」請回答以下問題:

☐ 同事 ☐ 父母

☐ 兄弟姊妹 ☐ 配偶或情侶

☐ 上司 ☐ 其他親友

10. 發生事件後你有感受到:

☐ 失眠 ☐ 煩躁

☐ 緊張 ☐ 頭痛

☐ 其他 _____

1關於健康專業人員以職業危害暴露處理的態度

		極 不 同 意	不 同 意	沒 意 見	同 意	極 同 意
1-1	我會看事件狀況的嚴重性在來決定是否該通報，因為工作時被尖銳物品扎傷是很正常的事					
1-2	雖然被尖銳物品扎傷是時常會發生的事，我猜我該不會那麼的倒楣會被病人傳染					
1-3	如果我工作意外受到HIV感染，我相信同事們該會同情我					
1-4	只要我有B型肝炎抗體，就算工作時被尖銳物品扎傷都沒關係					
1-5	已受傳染的病患不必要在乎自己的病情而刻意的隱瞞此事					
1-6	當意外暴露於血液體液後且立即接受預防性投藥，我覺得是十分重要的					
1-7	我覺得每位醫護人員的基本責任就是瞭解職業危害暴露後處理流程					
1-8	如果我工作意外感染疾病，同事們一定會排斥我					
1-9	如果工作時被尖銳物品扎傷，就算來源不明，也要立即通報					
1-10	如果工作時被尖銳物品扎傷，而讓我家人知道，一定會要我辭掉工作					
1-11	如果工作時被尖銳物品扎傷，而讓我同事們知道，一定會怪我不夠小心謹慎					
1-12	所有的醫護人員都應該在進入職場前做預防注射					

2主觀規範

		極 不 同 意	不 同 意	沒 意 見	同 意	極 同 意
2-1	當我工作意外受傷時，我父母認為應該要立即通報					
2-2	當我工作意外受傷時，我父母認為我應該完成預防性治療					
2-3	當我工作意外受傷時，我父母認為我應該追蹤檢驗結果					
2-4	我通常會遵循父母的意見					
2-5	當我工作意外受傷時，我的兄弟姊妹們認為應該要立即通報					
2-6	當我工作意外受傷時，我的兄弟姊妹們認為我應該完成預防性治療					
2-7	當我工作意外受傷時，我的兄弟姊妹們認為我應該追蹤檢驗結果					
2-8	我通常會遵循兄弟姊妹們的意見					
2-9	當我工作意外受傷時，我的配偶/情侶認為應該要立即通報					
2-10	當我工作意外受傷時，我的配偶/情侶認為我應該完成預防性治療					
2-11	當我工作意外受傷時，我的配偶/情侶認為我應該追蹤檢驗結果					
2-12	我通常會遵循配偶/情侶的意見					
2-13	當我工作意外受傷時，我的上司認為應該要立即通報					
2-14	當我工作意外受傷時，我的上司認為我應該完成預防性治療					
2-15	當我工作意外受傷時，我的上司認為我應該追蹤檢驗結果					
2-16	我通常會遵循上司的意見					

感受的行為控制力

3知識

		是	否	不知道
3-1	避免針頭回套能夠免得被尖銳物品扎傷			
3-2	被HIV病患針扎後 7 2 小時內接受預防性投藥，可有效地降低傳染的機率			
3-3	如果意外暴露員工的B肝抗原或抗體為陽性時，不必特別處理			
3-4	如果員工意外暴露到有梅毒病患的血液及體液，需要用抗生素治療			
3-5	根據規定，已完成B肝疫苗接種的員工，但仍無抗原或抗體，都必需注射HBIG			
3-6	不論病患診斷如何，只要有血液或體液噴濺的可能，都要戴護目鏡及隔離衣			
3-7	如果被未用過的尖銳物品扎傷時，不必通報			
3-8	如果被HIV病患使用過的針具扎傷，只要定期追蹤一年就可以確認沒被傳染			
3-9	丙型肝炎病毒(HCV)的傳染力高於 B型肝炎病毒(HBV) 及艾滋病病毒(HIV)			
3-10	當員工意外暴露於血液或體液後，在追蹤期間必須採取安全性行為			
3-11	目前尚未有對於C型肝炎疫苗預防感染			
3-12	針扎意外容易發生的原因，就是使用安全針頭是相當困難的			
3-13	當意外暴露於血液或體液後，24 小時內盡早接受預防性投藥可有效降低傳染			

4自我效能

	當意外暴露於血液或體液時，	完全沒把握	沒把握	沒意見	有把握	十分把握
4-1	我會盡快的告訴上司					
4-2	我會依照醫院規定流程進行通報					
4-3	我會依照醫院規定流程，確認暴露來源的血清狀況					
4-4	我會依照醫院規定流程，檢查自己血清抗體檢測結果					
4-5	我會接受醫師的建議，按照預防性投藥或疫苗注射下作治療					
4-6	儘管服藥後有多不舒服，我還是會接受完成整個治療					
4-7	儘管工作忙碌，我還是會追蹤所有必須完成的檢驗項目					

5資源

		極不滿意	不滿意	沒意見	滿意	極滿意
5-1	關於感染管制委員會所公布的意外暴露處理流程清楚					
5-2	關於醫院對員工遇到意外暴露處理時提供醫療補助項目					
5-3	關於醫院對員工遇到意外暴露處理後給予額外休假天數					
5-4	關於醫院提供給安全針頭及無針設備等相關防護設備					
5-5	關於醫院提供預防針扎及相關職業暴露傷害防護的在職教育					
5-6	關於醫院對員工遇到意外暴露處理的心理諮商與輔導的幫助					

以下有哪幾項是你目前工作單位或醫院提供之職業意外暴露的預防及處理措施：

- ☐不用針式醫療設備 ☐安全針頭
☐職前教育訓練 ☐醫療補助
☐公傷休假 ☐心理諮商輔導

6遵守職業危害暴露處理的意願

		極 不 滿 意	不 滿 意	沒 意 見	滿 意	極 滿 意
6-1	當工作意外暴露於血液或體液時，我會盡快的通報					
6-2	當工作意外暴露於血液或體液時，我會盡快的去看醫生 並接受危險評估					
6-3	當工作意外暴露於血液或體液時，我願意接受相關心理 諮商及輔導					
6-4	當醫生建議我須接受預防性疫苗注射時，我會立即接受 疫苗注射					
6-5	當醫生建議我須接受預防性投藥時，我願意配合接受治 療					
6-6	我願意配合醫生的建議，定期回診					
6-7	我願意配合醫生的建議，追蹤並確認血液檢查結果					

什麼是最讓你難以遵守職業危害暴露後的處理過程？

你在職業危害暴露後的處理過程中，有哪些是讓你能夠讓遵守的？

ANEXO I – Título do instrumento em inglês, enviado pela primeira autora do instrumento original

國立成功大學醫學院

NATIONAL CHANG KUNG UNIVERSITY

護理系 柯乃瑩

Nai-Ying Ko, RN., Ph.D.

*Department of Nursing,
College of Medicine.*

E-mail: nyko@mail.ncku.edu.tw

Tel: 886-6-2353535 ext. 5838

Fax: 886-6-2277550

02/24/2012

No.1, Ta-Hsueh Road, Tainan 701, Taiwan.

台灣 台南市大學路一號

Dear Prof. Dr. Maria Helena Marziale,

I would like to inform that the instrument, referred to in its original language as “健康照顧專業人員職業性危害針扎後之追蹤”, will receive the following title in English: “Comply with post-exposure management among Health care workers”

Yours sincerely,

Nai-Ying Ko RN., PhD.
Department of Nursing, College of Medicine
National Cheng Kung University
TEL: 886-6-2353535 ext. 5838
E-mail: nyko@mail.ncku.edu.tw

ANEXO J – Mensagem eletrônica da primeira autora do instrumento original, com resultado da comparação da Versão Original com a Versão Chinês Final (VCF)

Data: Tue, 17 Apr 2012 10:12:47 +0800 [16-04-12 23:12 23:12:47 BRT]
De: Nai-Ying Ko <naiyingko@gmail.com>
Para: Minlun Tsai <minluntsai@gmail.com>, dijansen@usp.br
Assunto: Re: 請您參閱、評估並給予建議
<p>Adriane</p> <p>The Chinese version is compatible with the original questionnaire. Good Luck for your study.</p> <p>Nai-Ying On Tue, Apr 17, 2012 at 2:37 AM, Minlun Tsai <minluntsai@gmail.com> wrote:</p> <p>科教授您好，</p> <p>郵件裡附上提供您審核經過修正的 'comply with post-exposure management among health care workers' 所須要的文件。附加檔案裡有以下檔案：</p> <p> I 解釋信函(第一個附件)</p> <p> I 原始工具(第二個附件)</p> <p> I 最後中文版(第三個附件)</p> <p>期待您的回復以繼續進行我們的研究。謝謝！</p> <p>Adriane Jansen</p>

ANEXO K – Formulário de Impressão Geral (Análise semântica)

No. Ident. |__|__|__|

Data |__|__|__|

IMPRESSÃO GERAL

	Por favor, marque uma opção:
1. O que você achou do nosso questionário em geral?	☐ muito bom ☐ bom ☐ regular / mais ou menos
2. As questões são compreensíveis? Se não, quais questões:	☐ fáceis de entender ☐ às vezes difíceis de entender ☐ não compreensíveis
3. E sobre as opções de resposta? Você teve alguma dificuldade em usá-las? Por favor, explique:	☐ nenhuma / sem dificuldade ☐ algumas dificuldades ☐ muitas dificuldades
4. As questões são importantes para a sua situação?	☐ muito importantes ☐ às vezes importantes ☐ nenhuma / sem importância
5. Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário?	
6. Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário?	
7. Teve alguma questão que você não quis responder? Se sim, por que?	

Obrigado por sua colaboração!

ANEXO L – Formulário Específico (Análise semântica)

FORMULÁRIO ESPECÍFICO: FOLHA DE ANÁLISE SEMÂNTICA Subsérie A

Item		Isso é importante para a sua situação?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?		Como vocêalaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
No	As resposta se repetem: Discordo plenamente / Discordo / Sem opinião / Concordo / Concordo plenamente	sim	às vezes	não	não	sim	sim	não	Reformulação	Descrição
1.1	Avalio a gravidade da situação para determinar se devo notificar os acidentes com materiais perfurocortantes, pois eles são comuns no trabalho.									
1.2	Acredito que não terei a infelicidade de ser contaminado em um acidente de trabalho com material perfurocortante, apesar de ser comum esse tipo de evento.									
1.3	Se por acaso eu acidentalmente contrair o vírus da aids (HIV) durante o meu trabalho, acredito que meus colegas de trabalho irão se sensibilizar com a minha situação.									

1.4	Acho que não teria problemas se eu me ferir com material perfurocortante durante o trabalho caso eu já tenha anticorpos contra a hepatite B.									
1.5	A pessoa com doenças infecciosas não deve esconder deliberadamente a sua condição patológica.									
1.6	Acho de extrema importância receber imediatamente medicamento preventivo após exposição a sangue e fluidos corporais.									
1.7	Acho que é responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde entender as condutas que devem ser adotadas após exposição ao risco ocupacional.									
1.8	Se por acaso eu acidentalmente me contaminar com alguma doença, mesmo sendo no trabalho, serei rejeitado pelos meus colegas de trabalho.									
1.9	Se por acaso for ferido por material perfurocortante durante o trabalho, mesmo não tendo certeza da fonte, preciso notificar rapidamente.									

1.10	Se a minha família souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, pedirá que eu me demita desse emprego.									
1.11	Se o colega de trabalho souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, este irá me julgar por ter sido descuidado.									
1.12	Todos os profissionais da área da saúde devem receber a vacinação preventiva antes de assumir o trabalho									

Obrigado por sua ajuda!

FORMULÁRIO ESPECÍFICO: FOLHA DE ANÁLISE SEMÂNTICA

Subsérie B

Item		Isso é importante para a sua situação?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?		Como vocêalaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
No	As resposta se repetem: Discordo plenamente / Discordo / Sem opinião / Concordo / Concordo plenamente	sim	às vezes	não	não	Sim	sim	não	Reformulação	Descrição
2.1	Meus pais acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.									
2.2	Meus pais acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.									
2.3	Meus pais acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.									
2.4	Eu costumo seguir as opiniões dos meus pais.									
2.5	Meus irmãos acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.									

2.6	Meus irmãos acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.									
2.7	Meus irmãos acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.									
2.8	Eu costumo seguir as opiniões dos meus irmãos.									
2.9	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.									
2.10	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.									
2.11	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.									
2.12	Eu costumo seguir as opiniões do meu cônjuge/namorado(a).									
2.13	Meu supervisor acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.									

2.14	Meu supervisor acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.									
2.15	Meu supervisor acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.									
2.16	Eu costumo seguir as opiniões do meu supervisor.									

Obrigado por sua ajuda!

FORMULÁRIO ESPECÍFICO: FOLHA DE FOLHA DE ANÁLISE SEMÂNTICA

Subsérie C

Item		Isso é importante para a sua situação?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?		Como vocêalaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
No	As resposta se repetem: Sim / Não / Não sei	sim	às vezes	não	não	Sim	sim	não	Reformulação	Descrição
3.1	Evitar o reencape manual da agulha pode evitar ferimento por material perfurocortante.									
3.2	A possibilidade de infecção poderá ser reduzida efetivamente se o medicamento preventivo for iniciado dentro de 72 horas após o acidente com agulha utilizada em pessoas com o vírus da aids (HIV).									
3.3	Caso ocorra exposição acidental do trabalhador já positivo para antígeno ou anticorpo da hepatite B, não é necessário adotar outra conduta.									

3.4	Os trabalhadores expostos acidentalmente a sangue e fluidos corporais devem receber tratamento com antibióticos, caso o paciente seja positivo para a sífilis.									
3.5	De acordo com as recomendações, o trabalhador que recebeu a vacina contra hepatite B, mas que continua sem antígeno ou anticorpos, deve receber a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG).									
3.6	Independentemente do diagnóstico do paciente, desde que haja possibilidade de respingo de sangue ou fluido corporal, deve-se usar óculos de proteção e avental.									
3.7	Se o ferimento for causado por material perfurocortante ainda não utilizado, não há necessidade de notificação do acidente.									

3.8	Se acidentalmente houver ferimento por agulha utilizada em uma pessoa com o vírus da aids (HIV), basta fazer acompanhamento regular durante um ano para ter certeza de que não foi infectado.									
3.9	A transmissibilidade do vírus da hepatite C (HCV) é superior ao vírus da hepatite B (HBV) e ao vírus da aids (HIV).									
3.10	Quando o trabalhador for exposto acidentalmente ao sangue ou fluido corporal, deve praticar condutas seguras durante o período de acompanhamento.									
3.11	A hepatite C ainda não tem uma vacina eficaz para prevenir a sua infecção.									
3.12	Acidentes com agulhas ocorrem facilmente devido à dificuldade de uso seguro das mesmas.									
3.13	Quando acidentalmente ocorrer exposição a sangue ou fluido corporal, receber medicamento preventivo dentro de 24 horas pode diminuir efetivamente a infecção.									

Obrigado por sua ajuda!

FORMULÁRIO ESPECÍFICO: FOLHA DE FOLHA DE ANÁLISE SEMÂNTICA

Subsérie D

Item		Isso é importante para a sua situação?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?		Como vocêalaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
No	As resposta se repetem: Completamente inseguro / Inseguro / Sem opinião / Seguro / Completamente seguro	<i>sim</i>	<i>às vezes</i>	<i>não</i>	<i>não</i>	<i>Sim</i>	<i>sim</i>	<i>não</i>	Reformulação	Descrição
	Quando acidentalmente houver exposição ocupacional a sangue e fluido corporal,									
4.1	relatarei ao supervisor imediatamente.									
4.2	seguirei a conduta de notificação estabelecida pelo hospital.									
4.3	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, identificando o resultado sorológico da fonte de exposição.									
4.4	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, examinando os resultados dos meus exames sorológicos.									
4.5	aceitarei as recomendações do médico, seguindo o tratamento preventivo com medicamentos e as doses da vacina.									
4.6	terminarei todo o tratamento apesar do desconforto após o uso dos medicamentos.									

4.7	realizarei todos os exames solicitados apesar da correria no trabalho.									
Item		Isso é importante para a sua situação?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?		Como vocêalaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
No	As resposta se repetem: Muito insatisfeito / Insatisfeito / Sem opinião / Satisfeito / Muito satisfeito	sim	às vezes	não	não	Sim	sim	não	Reformulação	Descrição
5.1	Quanto à clareza das condutas relacionadas à exposição accidental anunciadas pela Comissão de Controle de Infecção.									
5.2	Quanto ao tipo de auxílio-tratamento oferecido pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.									
5.3	Quanto ao número de dias de folgas adicionais oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.									
5.4	Quanto ao fornecimento pelo hospital de agulhas seguras e dispositivos que não utilizam agulhas.									
5.5	Quanto ao oferecimento pelo hospital de programas educativos relacionados à prevenção de acidentes com agulhas e proteção contra riscos de exposição ocupacional.									

5.6	Quanto ao apoio psicológico e o acompanhamento oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição acidental.									
Item		Isso é importante para a sua situação?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?		Como vocêalaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
No	As resposta se repetem: Sem nenhuma intenção / Sem intenção / Sem opinião / Com intenção / Com muita intenção	<i>sim</i>	<i>às vezes</i>	<i>não</i>	<i>não</i>	<i>Sim</i>	<i>sim</i>	<i>não</i>	Reformulação	Descrição
6.1	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, notificarei imediatamente.									
6.2	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, consultarei imediatamente um médico para a avaliação de risco.									
6.3	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, estarei disposto a aceitar o aconselhamento psicológico e orientações em relação ao acidente.									
6.4	Quando o médico me recomendar a vacinação preventiva aceitarei imediatamente.									

6.5	Quando o médico me recomendar o medicamento preventivo, estarei disposto a colaborar com o tratamento.									
6.6	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, retornando às consultas regularmente.									
6.7	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, acompanhando e conferindo os resultados dos exames de sangue.									

Obrigado por sua ajuda!

ANEXO M – Mensagem eletrônica da primeira autora do instrumento original, com resultado da avaliação e aprovação, após etapa de análise semântica

Data: Mon, 30 Jul 2012 19:21:07 +0800 [08:21:07 BRT]
De: Nai-Ying Ko <naiyingko@gmail.com>
Para: Minlun Tsai <minluntsai@gmail.com>
Cc: Adriane Corrêa Jansen <dijansen@usp.br>
Assunto: Re: 巴西聖保羅大學 - Adriane

Adriane

I just back from D.C to Taiwan. Sorry for my late reply.
The revised questionnaire looks fine with me.
Good luck for your research.
Nai-Ying

2012/7/13 Minlun Tsai <minluntsai@gmail.com>

柯教授您好：

我們再次需要您過目一下 “**Comply with post-exposure management among Health care workers**” 的最新修改版本²⁴

附加檔案裡有以下檔案：

解釋信函(第一個附件)

原始工具(第二個附件)

最後中文版(第三個附件)

期待您的回復以繼續進行我們的研究。

謝謝！

Adriane Jansen

ANEXO N– Mensagem eletrônica da primeira autora do instrumento original, com resultado da avaliação e aprovação, após etapa de pré-teste.

----- Forwarded message -----

From: **Nai-Ying Ko** <nayingko@gmail.com>
Date: 2012/10/17
Subject: Re: 重新審查
To: Minlun Tsai <minluntsai@gmail.com>

Adriane

It looks fine with me.
Good luck for your research.
Nai-Ying

2012/10/6 Minlun Tsai <minluntsai@gmail.com>

柯教授, 您好

請您重新審查重新調整過的工具“Comply with post-exposure management among Health care workers”, 因為又須要做一些變更。

隨信寄上：

解釋信(第一個附件)

原來的工具(第二個附件)

中文版3(第三個附件)

等待您的回復繼續我們的研究

22/10/2012 18:18

ANEXO O – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 – Bloco A – Sala 224 - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38406-144 - FONE/FAX (34) 3239-4131, e-mail: cep@propp.ufu.br, www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 041/12 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
292/11

Projeto Pesquisa: "Adaptação cultural e validação para o Brasil do instrumento - Acompanhamento das condutas de profissionais da área da saúde pós-exposição ocupacional por acidentes com agulha"

Pesquisador Responsável: Adriane Corrêa Jansen

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.
O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data de entrega do Relatório Parcial: **dezembro de 2012.**

Data de entrega do Relatório Final: **dezembro de 2013.**

SITUAÇÃO: PROTOCOLO APROVADO

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 16 de fevereiro de 2012.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A	Carta de solicitação de autorização para utilização e adaptação do instrumento, enviada à primeira autora do instrumento original	280
APÊNDICE B	Versão Português Consenso 1 (VPC1)	281
APÊNDICE C	Termo de concordância - Comitê de especialistas	291
APÊNDICE D	Versão Português Consenso 2 (VPC2)	292
APÊNDICE E	Versão Chinês Final (VCF)	303
APÊNDICE F	Versão Português Consenso 3 (VPC3)	313
APÊNDICE G	Versão reduzida da Versão Português Consenso 3 (VPC3)	324
APÊNDICE H	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Sujeito da etapa de análise semântica	333
APÊNDICE I	Versão Português Consenso 4 (VPC4)	335
APÊNDICE J	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Sujeito do estudo de campo	347
APÊNDICE K	Versão Português Final (VPF)	349

APÊNDICE A – Carta de solicitação para utilização e adaptação cultural, enviada à primeira autora do instrumento original

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

June 8, 2011

Dear Ms. Nai-Ying Ko,

My name is Adriane Corrêa Jansen, I am a nurse and a doctorate level postgraduate student at the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, São Paulo – Brazil, under the orientation of Professor Maria Helena Palucci Marziale.

I am writing to ask for your permission to translate and validate for the Brazilian reality the contents you have used in your research in Taiwan. The article is available at the **Journal of Hospital Infection** 77 (2011) p. 321-326 - **Intention to comply with post-exposure management among nurses exposed to blood and body fluids in Taiwan: application of the theory of planned behaviour.**

Moreover, I would like to mention that it may be necessary to adapt the instrument to Brazilian recommendations regarding post-exposure conduct. Besides that, the scales would be validated on a population of undergraduate nursing students.

I am sure this study will be very useful in Brazil, generating results which will advance knowledge in the field of nursing and guide the formulation of preventive strategies.

Therefore, I would like to know if there are Brazilian people asking for these questionnaires to be translated as well.

Thank you for your attention,
Looking forward to your reply,
Best regards

Adriane Corrêa Jansen. Tel.: 55 34 3218-2218 Email: dijansen@usp.br

Maria Helena Palucci Marziale, PhD, RN 55 16 3602-3430 Email: marziale@eerp.usp.br

APÊNDICE B – Versão Português Consenso 1 (VPC1)

Acompanhamento das condutas de profissionais da área da saúde pós-exposição ocupacional por acidentes com agulhas

Caros colaboradores:

Os acidentes com perfuração com agulhas levam à exposição a sangue e essa situação influencia nossas emoções e nossas vidas profissionais e familiares. Pedimos que você preencha esse questionário, que tem o propósito de entender as condutas tomadas e os sentimentos após sofrer uma exposição ocupacional, para posteriormente apresentarmos sugestões para preparar aqueles que sofrem esses acidentes.

A sua sinceridade, ajuda e apoio serão muito importantes nessa pesquisa.

Para que você fique tranquilo ao preencher este questionário, garantimos que os dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Expressamos nossos agradecimentos.

Dados Básicos

1. Data de nascimento: Mês____ Ano____
2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
3. Tempo de trabalho: ____ Ano(s) ____ Meses.
4. Setor de trabalho: ☐ Clínica ☐ Cirúrgica ☐ UTI – Unidade de Terapia Intensiva
☐ Obstetrícia/Pediatria ☐ Emergência ☐ Centro Cirúrgico
☐ Ambulatório ☐ Outros: _____
5. Profissão: ☐ Médico(a) ☐ Enfermeiro(a) ☐ Estudante de Medicina
☐ Estudante de Enfermagem ☐ Técnico de Laboratório
☐ Pessoal de limpeza e de apoio
6. Escolaridade: ☐ Ensino Médio ☐ Ensino Técnico ☐ Ensino Superior ☐ Mestrado ou acima
7. Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)
8. Você já participou de treinamento para precaução de perfuração por agulha? ☐ Sim ☐ Não
9. Você já foi exposto à risco ocupacional? ☐ Primeira vez que me feri
☐ Já me feri ____ vezes. Dentre elas,
notifiquei o acidente _____ vezes

10. Antes de você começar a trabalhar, você tinha conhecimento se era ou não portador do vírus HIV e do vírus da Hepatite B e Hepatite C: ☐ Sim ☐ Não

	Não sei ou nunca fiz exame	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame
Anti-HIV	()	()	()	()
HBsAg	()	()	()	()
Anti-HBs	()	()	()	()
Anti-HBC	()	()	()	()
Anti-HCV	()	()	()	()
VDRL	()	()	()	()

Sobre a última vez que notificou exposição de risco ocupacional

1. Aconteceu em: Mês: _____ Ano: _____

2. Descrição detalhada do local do acontecimento:

3. Qual a causa?

- ☐ Ferimento com material/objetos antes de usá-lo (devido a queda ou embalagem aberta e na montagem de equipamentos, etc.)
- ☐ Ferimento durante o uso de material/objetos (Queda do objeto ou toque entre paciente e objeto)
- ☐ Colisão com o paciente
- ☐ Colisão devido a falta de cautela de outros colaboradores
- ☐ Durante a abertura de dispositivo do equipamento
- ☐ Manuseio de objetos para reutilização (separar, desinfetar, esterilizar, etc.)
- ☐ Reencape de agulha
- ☐ Durante o processo de tratamento (procedimento operacional, repasse de ferramentas/material)
- ☐ Remoção da agulha após punção venosa
- ☐ Limpeza da agulha e equipamento após o uso (separar, limpar, descartar, etc)
- ☐ Ferimento por objetos pontiagudos deixados em locais inapropriados (cama do paciente ou no chão)
- ☐ Ferimento por objetos pontiagudos do recipiente coletor de resíduos perfurocortantes
- ☐ Ferimento por objetos pontiagudos que ficam com uma parte fora do recipiente coletor de produtos descartáveis
- ☐ Movimentos inapropriados durante a coleta de sangue
- ☐ Durante o transporte de amostras de exame
- ☐ Outros: _____

4. Tipo de objetos de exposição ao risco ocupacional:

- ☐ Agulha ☐ Agulha de sutura ☐ Lâminas
- ☐ Equipamentos cirúrgicos ☐ Vidro ☐ Outros tipos de equipamentos de tratamento

5. Fonte dos objetos pontiagudos:

☐ Desconhecida☐ Conhecida (preencha a tabela abaixo) - ☐ Contaminada (exposto ao paciente)
- ☐ Não contaminada (não exposto ao paciente)

Fonte dos objetos pontiagudos	Não sei ou não examinei	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame
Anti-HIV	()	()	()	()
HBsAg	()	()	()	()
Anti-HBs	()	()	()	()
Anti-HBC	()	()	()	()
Anti-HCV	()	()	()	()
VDRL	()	()	()	()

6. Nível de exposição

☐ Mucosa☐ Epiderme (sem/pouco sangramento ou raspão)☐ Epiderme (com sangramento) ☐ Profundo (corte ou perfuração)

7. Os equipamentos de proteção individual utilizados no momento do acidente eram:

☐ Óculos de proteção☐ Máscara: (☐ máscara cirúrgica ☐ máscara N95)☐ Luvas: (☐ luva simples ☐ luva dupla camada)☐ Aventais/Roupas de proteção

8. Medidas tomadas após exposição

a. Pelo regimento do hospital, em quanto tempo é preciso notificar:

☐ Imediatamente ☐ Em 8 horas ☐ Em 24 horas ☐ De 1 a 3 dias ☐ ____ dias depois

b. A unidade a ser notificada:

☐ Comitê de Controle de Infecção ☐ Comitê de Saúde do Trabalhador☐ Outros _____

c. Quanto tempo depois houve avaliação de exames médicos:

☐ Não houve avaliação ☐ Imediatamente ☐ Em 8 horas☐ Em 24 horas ☐ De 2 a 3 dias ☐ ____ dias depois

d. Quanto tempo depois, você teve acesso ao exame do paciente-fonte:

☐ Não teve acesso ☐ Imediatamente ☐ Em 8 horas☐ Em 24 horas ☐ De 2 a 3 dias ☐ ____ dias depoise. Já recebeu aconselhamento psicológico relacionado ao acidente por algum médico ou outro profissional: ☐ Não ☐ Sim – Especificar

f. Quanto tempo depois você iniciou o uso de medicamentos ou vacinação preventiva:

☐ Não. Os motivos pelos quais eu não iniciei o uso de medicamentos e vacinação preventivos foram: _____☐ Sim:☐ Recebi a injeção de HBIG:☐ Imediatamente ☐ Em 8 horas ☐ Em 24 horas

-
- ☐ De 2 a 3 dias ☐ ____ dias depois
- ☐ Recebi a injeção de penicilina:
- ☐ Imediatamente ☐ Em 8 horas ☐ Em 24 horas
- ☐ De 2 a 3 dias ☐ ____ dias depois
- ☐ Recebi o medicamento preventivo:
- ☐ Imediatamente ☐ Em 8 horas ☐ Em 24 horas
- ☐ De 2 a 3 dias ☐ ____ dias depois
- g. O medicamento preventivo receitado: _____
- ☐ Segui plenamente a prescrição médica
- ☐ Aceitei por um tempo: _____ dias, pois _____
- ☐ Não aceitei a prescrição médica, pois _____
- h. Confirmou a soroconversão de seu sangue:
- ☐ Não. O motivo pelo qual não se confirmou foi: _____
- ☐ Sim:
- ☐ Teste de anticorpo HIV:
- ☐ Coleta de sangue após 6 semanas
 - ☐ Coleta de sangue após 3 meses
 - ☐ Coleta de sangue após 6 meses
 - ☐ Coleta de sangue após 12 meses
- ☐ Depois que recebeu a injeção de HBIG:
- ☐ Coleta de sangue após 6 meses
 - ☐ Coleta de sangue após 12 meses para Anti-HBs
- ☐ Depois que recebeu a injeção de penicilina:
- ☐ Coleta de sangue para VDRL após 6 meses
- ☐ Teste de anticorpo HCV:
- ☐ Coleta de sangue após 6 meses
 - ☐ Coleta de sangue após 12 meses para Anti-HCV
9. Após o acidente, você relatou o fato a alguém?
- ☐ Não ☐ Colega de trabalho ☐ Pais
- ☐ Cônjuge ou namorado(a) ☐ Outros parentes ou amigos
10. Após o acidente você apresentou sintomas:
- ☐ Insônia ☐ Estresse ☐ Ansiedade
- ☐ Dor de cabeça ☐ Outros: _____

1 - Atitude dos profissionais da área da saúde ao serem expostos a riscos ocupacionais

		Discordo plenamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo plenamente
1-1	Avalio a gravidade da situação para determinar se deve ser notificada, pois é comum ferir-se com objetos pontiagudos no trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-2	Acredito que não terei a infelicidade de ser contaminado por um paciente, apesar de ser comum ferir-se com objetos pontiagudos.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-3	Se por acaso eu acidentalmente contrair o vírus do HIV durante o meu trabalho, acredito que meus colegas de trabalho irão se sensibilizar com a minha situação.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-4	Acho que não teria problemas se eu me ferir com objetos pontiagudos durante o trabalho caso eu já possua anticorpos contra a Hepatite B.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-5	O portador de doenças infecciosas não deve esconder deliberadamente a sua condição patológica.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-6	Acho de extrema importância receber imediatamente medicamento preventivo após ser exposto a sangue e fluidos corporais.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-7	Acho que é responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde entender as condutas que devem ser tomadas após exposição ao risco ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-8	Se por acaso eu acidentalmente me contaminar com alguma doença, mesmo sendo no trabalho, serei rejeitado pelos meus colegas de trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
1-9	Se por acaso for ferido por objeto pontiagudo durante o trabalho, mesmo não tendo certeza da fonte, ainda assim preciso notificar rapidamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-10	Se a minha família souber que eu me feri com um objeto pontiagudo durante o meu trabalho, pedirá que eu me demita desse emprego.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-11	Se o colega de trabalho souber que eu me feri com um objeto pontiagudo durante o meu trabalho, este irá me julgar por ser descuidado.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-12	Todos os profissionais da área da saúde devem receber a vacinação preventiva antes de assumir o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

2. Normas Subjetivas

		Discordo plenamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo plenamente
2-1	Meus pais (sogros) acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-2	Meus pais (sogros) acham que devo receber completamente o medicamento preventivo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-3	Meus pais (sogros) acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-4	Eu costumo seguir as opiniões dos meus pais (sogros).....	☐	☐	☐	☐	☐
2-5	Meus irmãos acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-6	Meus irmãos acham que devo receber completamente o medicamento preventivo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-7	Meus irmãos acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-8	Eu costumo seguir as opiniões dos meus irmãos.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-9	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-10	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo receber completamente o medicamento preventivo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-11	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-12	Eu costumo seguir as opiniões do meu cônjuge/namorado(a).....	☐	☐	☐	☐	☐
2-13	Meu supervisor acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-14	Meu supervisor acha que devo receber completamente o medicamento preventivo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-15	Meu supervisor acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-16	Eu costumo seguir as opiniões do meu supervisor.....	☐	☐	☐	☐	☐

Percepção de controle do comportamento**3. Conhecimento**

		Sim	Não	Não sei
3-1	Evitar o reencape da agulha pode evitar ferimento por objetos pontiagudos.....	☐	☐	☐
3-2	Poderá diminuir efetivamente a possibilidade de infecção se for iniciada a medicação preventiva dentro de 72 horas ao ser perfurado por agulha usada no portador de HIV.....	☐	☐	☐
3-3	Não é necessário tomar outras condutas caso ocorra exposição accidental do trabalhador já positivo para antígeno ou anticorpo da Hepatite B.....	☐	☐	☐
3-4	Os trabalhadores expostos acidentalmente devem receber a injeção de penicilina, se o paciente for VDRL positivo ou TPHA positivo e se o histórico de tratamento for desconhecido.....	☐	☐	☐
3-5	De acordo com a regulamentação, o trabalhador que recebeu a vacina contra Hepatite B, mas que continua sem antígeno ou anticorpos, deve receber a injeção de HBIG.....	☐	☐	☐
3-6	Independentemente do diagnóstico do paciente, desde que haja possibilidade de respingo de sangue ou fluído corporal, deve-se usar óculos de proteção e avental de isolamento.....	☐	☐	☐
3-7	Não há necessidade de notificação se o ferimento for causado por objeto pontiagudo não utilizado anteriormente.....	☐	☐	☐
3-8	Se acidentalmente houver ferimento por agulha utilizada em um portador de HIV, basta fazer acompanhamento regular durante um ano para ter a certeza que não foi infectado.....	☐	☐	☐
3-9	A transmissibilidade do HCV é superior à do HBV e do HIV.....	☐	☐	☐
3-10	Quando o trabalhador for exposto acidentalmente ao sangue ou fluído corporal, deve-se praticar condutas seguras durante o período de acompanhamento.....	☐	☐	☐
3-11	A Hepatite C ainda não tem uma vacina eficaz para prevenir a sua infecção.....	☐	☐	☐
3-12	Ocorre facilmente acidente com agulhas devido à dificuldade de uso seguro das mesmas.....	☐	☐	☐
3-13	Quando acidentalmente ocorrer exposição a sangue ou fluído corporal, receber medicação preventiva dentro de 24 horas pode diminuir efetivamente a infecção.....	☐	☐	☐

4. Auto-eficácia

		Completamente sem confiança	Sem confiança	Sem opinião	Com confiança	Completamente com confiança
Quando acidentalmente houver exposição ocupacional a sangue e fluído corporal,						
4-1	relatarei ao supervisor imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-2	seguirei a conduta de notificação estabelecido pelo hospital.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-3	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, identificando a sorologia do paciente-fonte de exposição.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-4	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, examinando os meus atuais anticorpos do sangue.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-5	aceitarei as recomendações do médico, aceitando medicação preventiva e injeção de vacina.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-6	terminarei todo o tratamento apesar do desconforto após a medicação.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-7	acompanharei todos os exames que devem ser realizados apesar da correria no trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

5. Recursos

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
5-1	A clareza quanto às condutas relacionadas à exposição accidental anunciada pelo Comitê de Controle de Infecção.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-2	O auxílio-tratamento oferecido pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-3	O número de dias de folgas adicionais oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-4	O fornecimento pelo hospital de agulhas seguras e equipamentos que não usam agulhas.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-5	O fornecimento pelo hospital de treinamentos ocupacionais relacionados à prevenção de ferimentos com agulhas e proteção contra riscos de exposição ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-6	O apoio psicológico e o acompanhamento oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐

Quais dos itens abaixo são condutas oferecidas pela sua atual unidade de trabalho ou hospital, para prevenção à exposição de acidentes ocupacionais:

☐ Equipamentos que não usam agulha	☐ Agulhas seguras
☐ Educação e treinamento pré-admissional	☐ Auxílio-tratamento
☐ Licença médica	☐ Orientação e acompanhamento psicológico

6. Intenção de cumprir as condutas após a exposição a risco ocupacional

		Sem nenhuma intenção	Sem intenção	Sem opinião	Com intenção	Com muita intenção
6.1	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluído corporal durante o trabalho, notificarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.2	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluído corporal durante o trabalho, consultarei imediatamente um médico e farei uma avaliação de risco.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.3	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluído corporal durante o trabalho, estarei disposto a aceitar aconselhamento psicológico e orientações em relação ao acidente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.4	Quando o médico me recomendar a vacinação preventiva aceitarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.5	Quando o médico me recomendar a medicação preventiva, estarei disposto a colaborar com o tratamento.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.6	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, retornando às consultas regularmente	☐	☐	☐	☐	☐
6.7	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, acompanhando e confirmando os resultados dos exames de sangue.....	☐	☐	☐	☐	☐

O que mais te incomodou ao cumprir com as condutas recomendadas após a exposição de riscos ocupacionais?

APÊNDICE C – Termo de concordância - Comitê de especialistas

TERMO DE CONCORDÂNCIA COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Eu, _____, que assino duas vias desse termo, concordo em participar, como sujeito voluntário, do Comitê de Especialistas do estudo denominado “Adaptação cultural e validação para o Brasil do instrumento *Acompanhamento das condutas de profissionais da área da saúde pós-exposição ocupacional por acidentes com agulhas*: um estudo com enfermeiros”. A finalidade de minha participação é avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens da Versão Português Consenso 1, do referido instrumento.

Estou ciente de que durante a minha participação nesse estudo não haverá custos, e que os possíveis riscos advindos da minha identificação serão controlados pelos pesquisadores, visto que o sigilo e privacidade serão mantidos. Declaro ainda estar livre para me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase do estudo, sem penalização ou prejuízo.

Recebi todas as informações sobre os objetivos, procedimentos do estudo, orientações sobre a minha participação e também a garantia de que esse estudo obedece as determinações integrantes da Resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

Ribeirão Preto, ____ de _____ 2011

Assinatura

Adriane Corrêa Jansen
Escola Técnica de Saúde
Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

APÊNDICE D – Versão Português Consenso 2 (VPC2)**CONDUTAS DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE PÓS-EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL POR
ACIDENTES COM AGULHAS**

Caros colaboradores:

Os acidentes com perfuração com agulhas levam à exposição a sangue e essa situação influencia nossas emoções e nossa vida profissional e familiar. Solicitamos que você preencha esse instrumento, que tem o propósito de entender as condutas adotadas e os sentimentos após sofrer uma exposição ocupacional. Essas informações irão contribuir para que a instituição possa se preparar para acolher os profissionais que sofrem acidentes.

Sua sinceridade, ajuda e apoio serão muito importantes nessa pesquisa.

Para que você fique tranquilo ao preencher esse instrumento, garantimos que os dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Expressamos nossos agradecimentos.

Dados Básicos

1. Data de nascimento:

Mês_____

Ano_____

2. Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Tempo de trabalho:

____Anos

____Meses

4. Setor de trabalho:

☐ Clínica

☐ Cirúrgica

☐ Emergência

☐ Unidade de Queimados

☐ Berçário

☐ Maternidade

☐ Centro Obstétrico

☐ Centro Cirúrgico

☐ Ambulatório

☐ Moléstias Infecciosas

☐ Central de Material Esterilizado

☐ Pediatria

☐ UTI – Unidade de Terapia Intensiva: _____

☐ Outros: _____

5. Profissão:

☐ Médico(a)

☐ Enfermeiro(a)

☐ Estudante de Medicina

☐ Estudante de Enfermagem

☐ Técnico de Enfermagem

☐ Técnico de Laboratório

☐ Auxiliar de Enfermagem

☐ Pessoal de limpeza e de apoio

6. Escolaridade:

- ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio
☐ Ensino Técnico ☐ Ensino Superior
☐ Mestrado ou acima

7. Estado Civil:

- ☐ Casado(a) ☐ União Estável
☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo(a)

8. Você já participou de programa educativo de prevenção de perfuração por agulha?

- ☐ Sim ☐ Não

9. Você já sofreu acidente de trabalho com agulhas?

- ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for afirmativa, responda:

- ☐ Uma vez
☐ _____ vezes. Dentre elas, notifiquei o acidente _____ vezes.

Se a resposta for negativa, passe para a Escala 1 (página 7)

10. Você fez exames admissionais?

- ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for afirmativa, preencha a tabela abaixo:

	Não sei ou nunca fiz exame	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame
Anti-HIV(exame de anticorpos anti-HIV)	()	()	()	
HBsAg (antígenos do vírus da hepatite B)	()	()	()	
Anti-HBs(exame de anticorpos contra o HBsAg)	()	()	()	
Anti-HBc(exame de anticorpos contra o HBsAg)	()	()	()	
Anti-HCV (exame de anticorpo contra o vírus da Hepatite C)	()	()	()	

Exposição ao risco ocupacional

1. A última exposição foi em: Mês: _____ Ano: _____

2. Descrição detalhada do setor de trabalho do evento:

3. Qual a causa?

- ☐ Ferimento com material antes de usá-lo (devido à queda ou embalagem aberta e na montagem de equipamentos, entre outros)
- ☐ Ferimento durante o uso de material (Queda do material ou toque entre paciente e material)
- ☐ Colisão com o paciente
- ☐ Colisão devido a falta de cautela de outros colaboradores
- ☐ Durante a abertura de dispositivo do equipamento
- ☐ Manuseio de material para reutilização (separar, desinfetar, esterilizar, e outros)
- ☐ Reescape manual de agulha
- ☐ Durante o processo de tratamento (procedimento operacional, repasse de instrumentos/material)
- ☐ Remoção manual da agulha após punção venosa
- ☐ Manuseio de agulha e equipamento após o uso (separar, limpar, descartar, e outros)
- ☐ Ferimento por material perfurocortante deixados em locais inadequados (cama do paciente ou no chão)
- ☐ Ferimento por material perfurocortante do recipiente coletor de resíduos perfurocortantes
- ☐ Ferimento por materiais perfurocortantes que ficam com uma parte de fora do recipiente coletor de resíduos perfurocortantes
- ☐ Movimentos inadequados durante a coleta de sangue
- ☐ Durante o transporte de amostras de exames
- ☐ Outras causas: _____

4. Tipo de material de exposição ao risco ocupacional:

- ☐ Agulha ☐ Agulha de sutura
- ☐ Lâmina ☐ Equipamento cirúrgico
- ☐ Vidro ☐ Outros materiais

5. Fonte do material perfurocortante:

- ☐ Desconhecida ☐ Conhecida

Se a fonte for conhecida, responda:

- ☐ Contaminada (exposto ao paciente) ☐ Não contaminada (não exposto ao paciente)

Se a fonte for contaminada, preencha a tabela abaixo:

	Não sei ou nunca fiz exame	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame
Anti-HIV(exame de anticorpos anti-HIV)	()	()	()	
HBsAg (antígenos do vírus da hepatite B)	()	()	()	
Anti-HBs(exame de anticorpos contra o HBsAg)	()	()	()	
Anti-HBc(exame de anticorpos contra o HBsAg)	()	()	()	
Anti-HCV (exame de anticorpo contra o vírus da Hepatite C)	()	()	()	

6. Tipo de exposição:
- ☐ Percutânea: lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes, como por exemplo, agulhas, bisturi, vidrarias.
 - ☐ Mucosa: quando há respingos envolvendo olho, nariz, boca ou genitália.
 - ☐ Cutânea: contato com pele não íntegra, como no caso de dermatites ou feridas abertas.
 - ☐ Mordedura humana: consideradas como exposição de risco quando envolvem a presença de sangue.
7. Os equipamentos de proteção individual utilizados durante o acidente foram:
- ☐ Óculos de proteção
 - ☐ Aventais/Roupas de proteção
 - ☐ Máscara cirúrgica
 - ☐ Máscara N95
 - ☐ Luvas simples
 - ☐ Luvas de dupla camada
 - ☐ Sapatos fechados
8. Condutas adotadas após exposição:
- a. Segundo as recomendações do hospital, é preciso notificar o acidente de trabalho:
- ☐ Imediatamente
 - ☐ Em até 8 horas
 - ☐ Em até 24 horas
 - ☐ De 1 a 3 dias
 - ☐ ____ dias depois
 - ☐ Não sei
- b. A unidade notificada:
- ☐ Comissão de Controle de Infecção
 - ☐ Serviço de Saúde do Trabalhador
 - ☐ Outra: _____
- c. Quanto tempo depois do acidente foi realizada a avaliação de exames médicos:
- ☐ Não houve avaliação
 - ☐ Imediatamente
 - ☐ Em até 8 horas
 - ☐ Em até 24 horas
 - ☐ De 2 a 3 dias
 - ☐ ____ dias depois
- d. Quanto tempo depois do acidente, você teve acesso ao exame do paciente-fonte:
- ☐ Não teve acesso
 - ☐ Imediatamente
 - ☐ Em até 8 horas
 - ☐ Em até 24 horas
 - ☐ De 2 a 3 dias
 - ☐ ____ dias depois
- e. Você recebeu aconselhamento psicológico (relacionado ao acidente) de algum médico ou outro profissional:
- ☐ Não
 - ☐ Sim
- Especificar: _____
- f. Você iniciou o uso de medicamentos ou vacinação preventiva depois do acidente:
- ☐ Não. Os motivos pelos quais eu não iniciei o uso de medicamentos foram: _____
 - ☐ Não. Os motivos pelos quais eu não iniciei a vacinação preventiva foram: _____
 - ☐ Sim. Responda as questões a seguir.
 - ☐ Recebi a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG):
 - ☐ Imediatamente
 - ☐ Em 8 até horas
 - ☐ Em até 24 horas
 - ☐ De 2 a 3 dias
 - ☐ ____ dias depois

☐ Recebi o medicamento preventivo:

☐ Imediatamente	☐ Em 8 até horas
☐ Em até 24 horas	☐ De 2 a 3 dias
☐ ____ dias depois	

g. Em relação à prescrição médica, responda:

O medicamento preventivo prescrito foi: _____

☐ Segui plenamente a prescrição médica.

☐ Aceitei a prescrição médica por um tempo: _____ dias, pois

☐ Não aceitei a prescrição médica, pois _____.

h. A soroconversão de seu sangue foi confirmada:

☐ Não. O motivo foi: _____.

☐ Sim. Responda as questões a seguir.

☐ Teste de anticorpo para o vírus da aids (HIV):

- ☐ Coleta de sangue após 6 semanas
- ☐ Coleta de sangue após 3 meses
- ☐ Coleta de sangue após 6 meses
- ☐ Coleta de sangue após 12 meses

☐ Depois que recebeu a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG):

- ☐ Coleta de sangue após 6 meses
- ☐ Coleta de sangue após 12 meses para Anti-HBs

☐ Teste de anticorpo para o vírus da hepatite C (HCV):

- ☐ Coleta de sangue após 6 meses
- ☐ Coleta de sangue após 12 meses para Anti-HCV

9. Após o acidente, você relatou o fato a alguém?

☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for afirmativa, responda:

☐ Colega de trabalho	☐ Pais
☐ Irmãos	☐ Cônjuge ou namorado(a)
☐ Supervisor	☐ Outros parentes ou amigos

10. Após o acidente de trabalho você apresentou sintomas:

☐ Insônia	☐ Estresse
☐ Ansiedade	☐ Dor de cabeça
☐ Outros: _____	

1 - Atitude dos profissionais da área da saúde expostos aos riscos ocupacionais

		Discordo plenamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo plenamente
1-1	Avalio a gravidade da situação para determinar se devo notificar os acidentes com materiais perfurocortantes, pois eles são comuns no trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-2	Acredito que não terei a infelicidade de ser contaminado em um acidente de trabalho com material perfurocortante, apesar de ser comum esse tipo de evento.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-3	Se por acaso eu acidentalmente contrair o vírus da aids (HIV) durante o meu trabalho, acredito que meus colegas de trabalho irão se sensibilizar com a minha situação.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-4	Acho que não teria problemas se eu me ferir com material perfurocortante durante o trabalho caso eu já tenha anticorpos contra a hepatite B.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-5	A pessoa com doenças infecciosas não deve esconder deliberadamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-6	Acho de extrema importância receber imediatamente medicamento preventivo após exposição a sangue e fluidos corporais.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-7	Acho que é responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde entender as condutas que devem ser adotadas após exposição ao risco ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-8	Se por acaso eu acidentalmente me contaminar com alguma doença, mesmo sendo no trabalho, serei rejeitado pelos meus colegas de trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-9	Se por acaso for ferido por material perfurocortante durante o trabalho, mesmo não tendo certeza da fonte, preciso notificar rapidamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-10	Se a minha família souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, pedirá que eu me demita desse emprego.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-11	Se o colega de trabalho souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, este irá me julgar por ter sido descuidado.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-12	Todos os profissionais da área da saúde devem receber a vacinação preventiva antes de assumir o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

2. Normas Subjetivas

		Discordo plenamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo plenamente
2-1	Meus pais acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-2	Meus pais acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-3	Meus pais acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-4	Eu costumo seguir as opiniões dos meus pais.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-5	Meus irmãos acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-6	Meus irmãos acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-7	Meus irmãos acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-8	Eu costumo seguir as opiniões dos meus irmãos.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-9	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-10	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-11	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-12	Eu costumo seguir as opiniões do meu cônjuge/namorado(a).....	☐	☐	☐	☐	☐
2-13	Meu supervisor acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-14	Meu supervisor acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-15	Meu supervisor acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-16	Eu costumo seguir as opiniões do meu supervisor.....	☐	☐	☐	☐	☐

Controle comportamental percebido**3. Conhecimento**

		Sim	Não	Não sei
3-1	Evitar o reencape manual da agulha pode evitar ferimento por material perfurocortante.....	☐	☐	☐
3-2	A possibilidade de infecção poderá ser reduzida efetivamente se o medicamento preventivo for iniciado dentro de 72 horas após o acidente com agulha utilizada em pessoas com o vírus da aids (HIV).....	☐	☐	☐
3-3	Caso ocorra exposição acidental do trabalhador já positivo para antígeno ou anticorpo da hepatite B, não é necessário adotar outra conduta.....	☐	☐	☐
3-4	Os trabalhadores expostos acidentalmente a sangue e fluidos corporais devem receber tratamento com antibióticos, caso o paciente seja positivo para a sífilis.....	☐	☐	☐
3-5	De acordo com as recomendações, o trabalhador que recebeu a vacina contra hepatite B, mas que continua sem antígeno ou anticorpos, deve receber a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG).....	☐	☐	☐
3-6	Independentemente do diagnóstico do paciente, desde que haja possibilidade de respingo de sangue ou fluido corporal, deve-se usar óculos de proteção e avental.....	☐	☐	☐
3-7	Se o ferimento for causado por material perfurocortante ainda não utilizado, não há necessidade de notificação do acidente.....	☐	☐	☐
3-8	Se acidentalmente houver ferimento por agulha utilizada em uma pessoa com o vírus da aids (HIV), basta fazer acompanhamento regular durante um ano para ter certeza de que não foi infectado.....	☐	☐	☐
3-9	A transmissibilidade do vírus da hepatite C (HCV) é superior ao vírus da hepatite B (HBV) e ao vírus da aids (HIV).....	☐	☐	☐
3-10	Quando o trabalhador for exposto acidentalmente ao sangue ou fluido corporal, deve praticar condutas seguras durante o período de acompanhamento.....	☐	☐	☐
3-11	A hepatite C ainda não tem uma vacina eficaz para prevenir a sua infecção.....	☐	☐	☐
3-12	Acidentes com agulhas ocorrem facilmente devido à dificuldade de uso seguro das mesmas.....	☐	☐	☐
3-13	Quando acidentalmente ocorrer exposição a sangue ou fluido corporal, receber medicamento preventivo dentro de 24 horas pode diminuir efetivamente a infecção.....	☐	☐	☐

4. Autoeficácia

		Completamente inseguro	Inseguro	Sem opinião	Seguro	Completamente seguro
	Quando acidentalmente houver exposição ocupacional a sangue e fluido corporal,					
4-1	relatarei ao supervisor imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-2	seguirei a conduta de notificação estabelecida pelo hospital.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-3	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, identificando o resultado sorológico da fonte de exposição.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-4	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, examinando os resultados dos meus exames sorológicos	☐	☐	☐	☐	☐
4-5	aceitarei as recomendações do médico, seguindo o tratamento preventivo com medicamentos e as doses da vacina.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-6	terminarei todo o tratamento apesar do desconforto após o uso dos medicamentos.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-7	realizarei todos os exames solicitados apesar da correria no trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

5. Recursos

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
5-1	Quanto à clareza das condutas relacionadas à exposição acidental anunciadas pela Comissão de Controle de Infecção.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-2	Quanto ao tipo de auxílio-tratamento oferecido pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição acidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-3	Quanto ao número de dias de folgas adicionais oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição acidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-4	Quanto ao fornecimento pelo hospital de agulhas seguras e dispositivos que não utilizam agulhas.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-5	Quanto ao oferecimento pelo hospital de programas educativos relacionados à prevenção de acidentes com agulhas e proteção contra riscos de exposição ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-6	Quanto ao apoio psicológico e o acompanhamento oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição acidental.....	☐	☐	☐	☐	☐

Quais dos itens abaixo são condutas adotadas pela sua atual unidade de trabalho ou hospital, para prevenção à exposição de acidentes de trabalho:

☐ Dispositivos que não usam agulha	☐ Agulhas seguras
☐ Programa educativo pré-admissional	☐ Auxílio-tratamento
☐ Afastamento do trabalho em decorrência do acidente	☐ Orientação e acompanhamento psicológico

6. Intenção de cumprir as condutas após a exposição ao risco ocupacional

		Sem nenhuma intenção	Sem intenção	Sem opinião	Com intenção	Com muita intenção
6.1	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, notificarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.2	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, consultarei imediatamente um médico para a avaliação de risco.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.3	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, estarei disposto a aceitar o aconselhamento psicológico e orientações em relação ao acidente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.4	Quando o médico me recomendar a vacinação preventiva aceitarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.5	Quando o médico me recomendar o medicamento preventivo, estarei disposto a colaborar com o tratamento.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.6	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, retornando às consultas regularmente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.7	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, acompanhando e conferindo os resultados dos exames de sangue.....	☐	☐	☐	☐	☐

O que mais incomodou você ao cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho?

Quais foram as facilidades que você teve ao cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho?

APÊNDICE E – Versão Chinês Final (VCF)

健康照顧專業人員職業性危害針扎後之追蹤

親愛的同事們：

意外的針扎及暴露在血液及體液會影響我們的情緒、工作生涯及家庭生活。為瞭解大家在遭遇職業性危害之事件後的處理及感受，以建議主管對未來類似的情況發生時做準備，特擬此問卷。

懇請各位撥冗填寫。你的協助與支持對本研究意義重大。

為了讓您放心，我們保證本研究的個別資料絕對保密。

在此感謝各位。

基本資料：

1. 出生日期：_____月_____年

2. 性別：☐男性 ☐女性

3. 工作年資：_____月_____年

4. 科別：

☐內科 ☐外科 ☐急診

☐燒傷科 ☐嬰兒房 ☐婦產科

☐婦產開刀房 ☐開刀房 ☐門診

☐傳染病 ☐消毒中心 ☐小兒科

☐ICU - 重症監護病房:_____

☐其他:_____

5. 職業：

☐醫師 ☐護理長

☐醫學生 ☐護理學生

☐護理人員 ☐實驗室技術員

☐護理助理 ☐清潔及支援人員

6. 學歷：

☐國中 ☐高中

☐技術學 ☐大學

☐碩士以上

7. 婚姻：

☐已婚 ☐同居

☐未婚 ☐離婚

☐寡

8. 你是否參加過針扎預防相關在職教育：

☐是 ☐否

9. 你在工作時是否曾經被針扎扎傷：

☐是 ☐否

如果回答「是」，請回答：

☐一次

☐ 曾經受傷_____次，其中通報_____次。

如果回答「否」，請跳到 (第四頁)

10. 你在工作前，是否做過健康檢查：

☐ 是 ☐ 否

如果回答「是」，請勾填以下表格：

	不明或從未檢驗	陽性 (+)	陰性 (-)	檢驗日期
Anti-HIV (抗愛滋病毒抗體)				
HBsAg (B型肝炎表面抗原)				
Anti-HBs (B型肝炎表面抗體)				
Anti-HBc (B型肝炎核心抗體)				
Anti-HCV (C型肝炎抗體)				

職業暴露風險

1. 上一次事件發生:

_____月_____年

2. 請你詳細寫述事件發生的地點:

3. 原因是?

- ☐ 扎傷物品未使用前(破損或滑脫、組合醫療器物等)
- ☐ 扎傷物品使用時(物品滑落或病患碰撞物品)
- ☐ 病患碰撞
- ☐ 其他工作人員不謹慎而碰撞
- ☐ 在解開器具配備時
- ☐ 處理重複使用的器具(分類、消毒、滅菌等)
- ☐ 手工針頭回套
- ☐ 醫療措施執行過程中(操作步驟、傳遞器具)
- ☐ 自靜脈輸液管路拔除針頭
- ☐ 清理用畢之針頭器械(分類、清理、丟棄等)
- ☐ 被丟棄在病床、地板或其他不適當處之尖銳物品扎傷
- ☐ 被穿刺廢棄物收集容器之尖銳物品扎傷
- ☐ 被突出於廢棄物收集容器過之尖銳物品扎傷
- ☐ 抽血時之不當動作
- ☐ 檢體運送過程中
- ☐ 其他_____

4. 職業暴露危害物品種類:

☐ 針頭 ☐ 縫針

- ☐刀片 ☐外科器械
☐玻璃 ☐其他醫療器械

5. 可確認尖銳物的來源：

- ☐不明 ☐確認

如果回答「確認」請回答以下問題：

- ☐已污染(已暴露到病患) ☐未污染(未暴露到病患)

如果回答「已污染」請勾填以下表格：

	不明或從未檢驗	陽性 (+)	陰性 (-)	檢驗日期
Anti-HIV (抗愛滋病毒抗體)				
HBsAg (B型肝炎表面抗原)				
Anti-HBs (B型肝炎表面抗體)				
Anti-HBc (B型肝炎核心抗體)				
Anti-HCV (C型肝炎抗體)				

6. 暴露類型：

- ☐經皮:由針頭、刀片及其他銳器棄置於尖銳物，造成的傷害。
☐粘膜:有關眼、鼻、口或生殖器受噴濺的可能。
☐皮膚:接觸到破損的皮膚，如皮炎或傷口。
☐人咬: 只要有血液存在的都被視為危害暴露。

7. 當發生事件時戴的個人防護措施：

- ☐護目鏡 ☐白袍/保護衣
☐口罩 ☐N95口罩
☐醫療手套 ☐乳膠手套
☐密封鞋

8. 暴露後處理流程：

a. 依照醫院規定發生事件後多久進行通報：

- ☐立刻 ☐8 小時內
☐24 小時內 ☐1-3 天
☐___天後 ☐不知道

b. 通報單位：

- ☐感染控制委員會 ☐職業安全委員會

c. 發生事件後多久接受醫師的評估及檢驗：

- ☐沒接受 ☐立刻
☐8 小時內 ☐24 小時內

☐ 2-3 天 ☐ ____ 天後

d. 發生事件後多久接到暴露來源的檢驗結果:

☐ 沒接到 ☐ 立刻

☐ 8 小時內 ☐ 24 小時內

☐ 2-3 天 ☐ ____ 天後

e. 你有接受醫師或相關人員的心理諮詢(針對此事件):

☐ 沒有 ☐ 有 _____

請你詳細寫述: _____

f. 發生後是否有接受預防性投藥或疫苗注射:

☐ 否。沒有給予預防性投藥的原因: _____

☐ 否。沒有給予預防性疫苗注射的原因: _____

☐ 是。請回答以下問題。

☐ 有接受針對B型肝炎的免疫球蛋白注射:

☐ 立刻 ☐ 8 小時內

☐ 24 小時內 ☐ 2-3 天

☐ ____ 天後

☐ 有接受到預防性投藥:

☐ 立刻 ☐ 8 小時內

☐ 24 小時內 ☐ 2-3 天

☐ ____ 天後

g. 針對醫生處方，請回答以下問題:

醫生處方的藥是 _____

☐ 完全按照醫生處方服用

☐ 有按照醫生處方服用 ____ 天，因為: _____

☐ 沒有按照醫生處方服用，因為 _____

h. 確認自己血清抗體是否反轉:

☐ 沒確認。原因是: _____

☐ 確認。請回答以下問題:

☐ 艾滋病病毒 (HIV) 抗體檢驗:

☐ 六週後抽血檢驗

☐ 三個月後抽血檢驗

☐ 六個月後抽血檢驗

☐ 十二個月後抽血檢驗

☐ 接受B型肝炎的免疫球蛋白注射後 (HBIG):

☐ 六個月後抽血檢驗

☐ 十二個月後抽血檢驗 Anti-Hbs

☐ 接受C型肝炎病毒 (HCV) 抗體檢驗:

☐ 六個月後抽血檢驗

☐ 十二個月後抽血檢驗 Anti-HCV

9. 發暴露你是否有告訴某人：

☐是 ☐否

如果回答「是」請回答以下問題：

☐同事 ☐父母

☐兄弟姊妹 ☐配偶或情侶

☐上司 ☐其他親友

10. 發生職業危害暴露後你感受到：

☐失眠 ☐煩燥

☐緊張 ☐頭痛

☐其他_____

1. 健康專業人員以職業危害暴露處理的態度

		極不同意	不同意	沒意見	同意	極同意
1-1	我會看事件狀況的嚴重性再來決定是否該做職業危害暴露通報，因為工作時被尖銳物品扎傷是很正常的事					
1-2	雖然被尖銳物品扎傷是時常會發生的事，我猜我該不會那麼的倒楣會被病人傳染					
1-3	如果我不小心有工作意外受到HIV感染，我相信同事們應該會同情我					
1-4	只要我有B型肝炎抗體，就算工作時被尖銳物品扎傷都沒關係					
1-5	已受傳染的病患不必要在乎自己的病情而刻意的隱瞞此事					
1-6	當意外暴露於血液體液後且立即接受預防性投藥，我覺得是十分重要的					
1-7	我覺得每位醫護人員的基本責任就是瞭解職業危害暴露後處理流程					
1-8	如果我工作意外感染疾病，同事們一定會排斥我					
1-9	如果工作時被尖銳物品扎傷，就算來源不明，也要立即通報					
1-10	如果工作時被尖銳物品扎傷，而讓我家人知道，一定會要我辭掉工作					
1-11	如果工作時被尖銳物品扎傷，而讓我同事們知道，一定會怪我不夠小心謹慎					
1-12	所有的醫護人員都應該在進入職場前做預防注射					

2. 主觀規範

		極不同意	不同意	沒意見	同意	極同意
2-1	當我工作意外受傷時，我父母認為應該要立即通報					
2-2	當我工作意外受傷時，我父母認為我應該完成預防性治療					
2-3	當我工作意外受傷時，我父母認為我應該追蹤檢驗結果					
2-4	我通常會遵循父母的意見					
2-5	當我工作意外受傷時，我的兄弟姊妹們認為應該要立即通報					
2-6	當我工作意外受傷時，我的兄弟姊妹們認為我應該完成預防性治療					
2-7	當我工作意外受傷時，我的兄弟姊妹們認為我應該追蹤檢驗結果					
2-8	我通常會遵循兄弟姊妹們的意見					
2-9	當我工作意外受傷時，我的配偶/情侶認為應該要立即通報					
2-10	當我工作意外受傷時，我的配偶/情侶認為我應該完成預防性治療					
2-11	當我工作意外受傷時，我的配偶/情侶認為我應該追蹤檢驗結果					
2-12	我通常會遵循配偶/情侶的意見					
2-13	當我工作意外受傷時，我的上司認為應該要立即通報					
2-14	當我工作意外受傷時，我的上司認為我應該完成預防性治療					
2-15	當我工作意外受傷時，我的上司認為我應該追蹤檢驗結果					
2-16	我通常會遵循上司的意見					

感受的行為控制力

3. 知識

		是	否	不知道
3-1	避免針頭回套能夠免得被尖銳物品扎傷			
3-2	被HIV病患針扎後 7 2 小時內接受預防性投藥，可有效地降低傳染的機率			
3-3	如果意外暴露員工的B肝抗原或抗體為陽性時，不必特別處理			
3-4	如果員工意外暴露到有梅毒病患的血液及體液，需要用抗生素治療			
3-5	根據規定，已完成B肝疫苗接種的員工，但仍無抗原或抗體，都必需注射HBIG			
3-6	不論病患診斷如何，只要有血液或體液噴濺的可能，都要戴護目鏡及隔離衣			
3-7	如果被未用過的尖銳物品扎傷時，不必通報			
3-8	如果被HIV病患使用過的針具扎傷，只要定期追蹤一年就可以確認沒被傳染			
3-9	丙型肝炎病毒(HCV)的傳染力高於 B型肝炎病毒(HBV) 及艾滋病病毒(HIV)			
3-10	當員工意外暴露於血液或體液後，在追蹤期間必須採取安全性行為			
3-11	目前尚未有對於C型肝炎疫苗預防感染			
3-12	針扎意外容易發生的原因，就是使用安全針頭是相當困難的			
3-13	當意外暴露於血液或體液後，24 小時內盡早接受預防性投藥可有效降低傳染			

4. 自我效能

	當意外暴露於血液或體液時，	完全沒把握	沒把握	沒意見	有把握	十分把握
4-1	我會盡快的告訴上司					
4-2	我會依照醫院規定流程進行通報					
4-3	我會依照醫院規定流程，確認暴露來源的血清狀況					
4-4	我會依照醫院規定流程，檢查自己血清抗體檢測結果					
4-5	我會接受醫師的建議，按照預防性投藥或疫苗注射下作治療					
4-6	儘管服藥後有多不舒服，我還是會接受完成整個治療					
4-7	儘管工作忙碌，我還是會追蹤所有必須完成的檢驗項目					

5. 資源

		極不滿意	不滿意	沒意見	滿意	極滿意
5-1	關於感染管制委員會所公布的意外暴露處理流程清楚					
5-2	關於醫院對員工遇到意外暴露處理時提供醫療補助項目					
5-3	關於醫院對員工遇到意外暴露處理後給予額外休假天數					
5-4	關於醫院提供給安全針頭及無針設備等相關防護設備					
5-5	關於醫院提供預防針扎及相關職業暴露傷害防護的在職教育					
5-6	關於醫院對員工遇到意外暴露處理的心理諮商與輔導的幫助					

以下有哪幾項是你目前工作單位或醫院提供之職業意外暴露的預防及處理措施：

- ☐ 不用針式醫療設備 ☐ 安全針頭
☐ 職前教育訓練 ☐ 醫療補助
☐ 公傷休假 ☐ 心理諮商輔導

6. 遵守職業危害暴露處理的意願

		極不滿意	不滿意	沒意見	滿意	極滿意
6-1	當工作意外暴露於血液或體液時，我會盡快的通報					
6-2	當工作意外暴露於血液或體液時，我會盡快的去看醫生並接受危險評估					
6-3	當工作意外暴露於血液或體液時，我願意接受相關心理諮商及輔導					
6-4	當醫生建議我須接受預防性疫苗注射時，我會立即接受疫苗注射					
6-5	當醫生建議我須接受預防性投藥時，我願意配合接受治療					
6-6	我願意配合醫生的建議，定期回診					
6-7	我願意配合醫生的建議，追蹤並確認血液檢查結果					

什麼是最讓你難以遵守職業危害暴露後的處理過程？

你在職業危害暴露後的處理過程中，有哪些是讓你能夠容易遵守的？

APÊNDICE F – Versão Português Consenso 3 (VPC 3)**CONDUTAS DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE PÓS-EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL POR ACIDENTES COM AGULHAS**

Caros colaboradores:

Os acidentes com perfuração com agulhas levam à exposição a sangue e essa situação influencia nossas emoções e nossa vida profissional e familiar. Solicitamos que você preencha esse instrumento, que tem o propósito de entender as condutas adotadas e os sentimentos após sofrer uma exposição ocupacional. Essas informações irão contribuir para que a instituição possa se preparar para acolher os profissionais que sofrem acidentes.

Sua sinceridade, ajuda e apoio serão muito importantes nessa pesquisa.

Para que você fique tranquilo ao preencher esse instrumento, garantimos que os dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Expressamos nossos agradecimentos.

Dados Básicos

1. Data de nascimento:

Mês _____

Ano _____

2. Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Tempo de trabalho:

_____ Anos

_____ Meses

4. Setor de trabalho:

☐ Clínica

☐ Cirúrgica

☐ Emergência

☐ Unidade de Queimados

☐ Berçário

☐ Maternidade

☐ Centro Obstétrico

☐ Centro Cirúrgico

☐ Ambulatório

☐ Moléstias Infecciosas

☐ Central de Material Esterilizado

☐ Pediatria

☐ UTI – Unidade de Terapia Intensiva: _____

☐ Outros: _____

5. Profissão:

☐ Médico(a)

☐ Enfermeiro(a)

☐ Estudante de Medicina

☐ Estudante de Enfermagem

☐ Técnico de Enfermagem

☐ Técnico de Laboratório

☐ Auxiliar de Enfermagem

☐ Pessoal de limpeza e de apoio

6. Escolaridade:

☐ Ensino Fundamental

☐ Ensino Médio

☐ Ensino Técnico

☐ Ensino Superior

☐ Mestrado ou acima

7. Estado Civil:
- ☐ Casado(a) ☐ União Estável
- ☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)
8. Você já participou de programa educativo de prevenção de perfuração por agulha?
- ☐ Sim ☐ Não
9. Você já sofreu acidente de trabalho com agulhas?
- ☐ Sim ☐ Não
- Se a resposta for afirmativa, responda:
- ☐ Uma vez
- ☐ _____ vezes. Dentre elas, notifiquei o acidente _____ vezes.
- Se a resposta for negativa, passe para a Escala 1 (página 7)
10. Você fez exames admissionais?
- ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for afirmativa, preencha a tabela abaixo:

	Não sei ou nunca fiz exame	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame
Anti-HIV(exame de anticorpos anti-HIV)	()	()	()	
HBsAg (antígenos do vírus da hepatite B)	()	()	()	
Anti-HBs(exame de anticorpos contra o HBsAg)	()	()	()	
Anti-HBc(exame de anticorpos contra o HBsAg)	()	()	()	
Anti-HCV (exame de anticorpo contra o vírus da Hepatite C)	()	()	()	

Exposição ao risco ocupacional

1. A última exposição foi em: Mês: _____ Ano: _____
2. Descrição detalhada do setor de trabalho do evento:
- _____

3. Qual a causa?

- ☐ Ferimento com material antes de usá-lo (devido à queda ou embalagem aberta e na montagem de equipamentos, entre outros)
- ☐ Ferimento durante o uso de material (Queda do material ou toque entre paciente e material)
- ☐ Colisão com o paciente
- ☐ Colisão devido a falta de cautela de outros colaboradores
- ☐ Durante a abertura de dispositivo do equipamento
- ☐ Manuseio de material para reutilização (separar, desinfetar, esterilizar, e outros)
- ☐ Reencape manual de agulha
- ☐ Durante o processo de tratamento (procedimento operacional, repasse de instrumentos/material)
- ☐ Remoção manual da agulha após punção venosa
- ☐ Manuseio de agulha e equipamento após o uso (separar, limpar, descartar, e outros)
- ☐ Ferimento por material perfurocortante deixados em locais inadequados (cama do paciente ou no chão)
- ☐ Ferimento por material perfurocortante do recipiente coletor de resíduos perfurocortantes
- ☐ Ferimento por materiais perfurocortantes que ficam com uma parte de fora do recipiente coletor de resíduos perfurocortantes
- ☐ Movimentos inadequados durante a coleta de sangue
- ☐ Durante o transporte de amostras de exames
- ☐ Outras causas: _____

4. Tipo de material de exposição ao risco ocupacional:

- ☐ Agulha ☐ Agulha de sutura
- ☐ Lâmina ☐ Equipamento cirúrgico
- ☐ Vidro ☐ Outros materiais

5. Fonte do material perfurocortante:

- ☐ Desconhecida ☐ Conhecida

Se a fonte for conhecida, responda:

- ☐ Contaminada (exposto ao paciente) ☐ Não contaminada (não exposto ao paciente)

Se a fonte for contaminada, preencha a tabela abaixo:

	Não sei ou nunca fiz exame	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame
Anti-HIV(exame de anticorpos anti-HIV)	()	()	()	
HBsAg (antígenos do vírus da hepatite B)	()	()	()	
Anti-HBs(exame de anticorpos contra o HBsAg)	()	()	()	
Anti-HBC(exame de anticorpos contra o HBsAg)	()	()	()	
Anti-HCV (exame de anticorpo contra o vírus da Hepatite C)	()	()	()	

6. Tipo de exposição:

- ☐ Percutânea: lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes, como por exemplo, agulhas, bisturi, vidrarias.
- ☐ Mucosa: quando há respingos envolvendo olho, nariz, boca ou genitália.
- ☐ Cutânea: contato com pele não íntegra, como no caso de dermatites ou feridas abertas.
- ☐ Mordedura humana: consideradas como exposição de risco quando envolvem a presença de sangue.

7. Os equipamentos de proteção individual utilizados durante o acidente foram:

☐ Óculos de proteção	☐ Aventais/Roupas de proteção
☐ Máscara cirúrgica	☐ Máscara N95
☐ Luvas simples	☐ Luvas de dupla camada
☐ Sapatos fechados	

8. Condutas adotadas após exposição:

a. Segundo as recomendações do hospital, é preciso notificar o acidente de trabalho:

☐ Imediatamente	☐ Em até 8 horas
☐ Em até 24 horas	☐ De 1 a 3 dias
☐ ____ dias depois	☐ Não sei

b. A unidade notificada:

- ☐ Comissão de Controle de Infecção ☐ Serviço de Saúde do Trabalhador
- ☐ Outra: _____

c. Quanto tempo depois do acidente foi realizada a avaliação de exames médicos:

☐ Não houve avaliação	☐ Imediatamente
☐ Em até 8 horas	☐ Em até 24 horas
☐ De 2 a 3 dias	☐ ____ dias depois

d. Quanto tempo depois do acidente, você teve acesso ao exame do paciente-fonte:

☐ Não teve acesso	☐ Imediatamente
☐ Em até 8 horas	☐ Em até 24 horas
☐ De 2 a 3 dias	☐ ____ dias depois

e. Você recebeu aconselhamento psicológico (relacionado ao acidente) de algum médico ou outro profissional:

- ☐ Não ☐ Sim

Especificar: _____

f. Você iniciou o uso de medicamentos ou vacinação preventiva depois do acidente:

- ☐ Não. Os motivos pelos quais eu não iniciei o uso de medicamentos foram:

- ☐ Não. Os motivos pelos quais eu não iniciei a vacinação preventiva foram:

- ☐ Sim. Responda as questões a seguir.

- ☐ Recebi a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG):

☐ Imediatamente	☐ Em 8 até horas
☐ Em até 24 horas	☐ De 2 a 3 dias

- ☐ ____ dias depois
- ☐ Recebi o medicamento preventivo:
- ☐ Imediatamente ☐ Em 8 até horas
- ☐ Em até 24 horas ☐ De 2 a 3 dias
- ☐ ____ dias depois
- g. Em relação à prescrição médica, responda:
- O medicamento preventivo prescrito foi: _____
- ☐ Segui plenamente a prescrição médica.
- ☐ Aceitei a prescrição médica por um tempo: _____ dias, pois _____.
- ☐ Não aceitei a prescrição médica, pois _____.
- h. A soroconversão de seu sangue foi confirmada:
- ☐ Não. O motivo foi: _____.
- ☐ Sim. Responda as questões a seguir.
- ☐ Teste de anticorpo para o vírus da aids (HIV):
- ☐ Coleta de sangue após 6 semanas
- ☐ Coleta de sangue após 3 meses
- ☐ Coleta de sangue após 6 meses
- ☐ Coleta de sangue após 12 meses
- ☐ Depois que recebeu a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG):
- ☐ Coleta de sangue após 6 meses
- ☐ Coleta de sangue após 12 meses para Anti-HBs
- ☐ Teste de anticorpo para o vírus da hepatite C (HCV):
- ☐ Coleta de sangue após 6 meses
- ☐ Coleta de sangue após 12 meses para Anti-HCV
9. Após o acidente, você relatou o fato a alguém?
- ☐ Sim ☐ Não
- Se a resposta for afirmativa, responda:
- ☐ Colega de trabalho ☐ Pais
- ☐ Irmãos ☐ Cônjuge ou namorado(a)
- ☐ Supervisor ☐ Outros parentes ou amigos
10. Após o acidente de trabalho você apresentou sintomas:
- ☐ Insônia ☐ Estresse
- ☐ Ansiedade ☐ Dor de cabeça
- ☐ Outros: _____

1 - Atitude dos profissionais da área da saúde expostos aos riscos ocupacionais

		Discordo plenamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo plenamente
1-1	Avalio a gravidade da situação para determinar se devo notificar os acidentes com materiais perfurocortantes, pois eles são comuns no trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-2	Acredito que não terei a infelicidade de ser contaminado em um acidente de trabalho com material perfurocortante, apesar de ser comum esse tipo de evento.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-3	Se por acaso eu acidentalmente contrair o vírus da aids (HIV) durante o meu trabalho, acredito que meus colegas de trabalho irão se sensibilizar com a minha situação.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-4	Acho que não teria problemas se eu me ferir com material perfurocortante durante o trabalho caso eu já tenha anticorpos contra a hepatite B.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-5	A pessoa com doenças infecciosas não deve esconder deliberadamente a sua condição patológica.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-6	Acho de extrema importância receber imediatamente medicamento preventivo após exposição a sangue e fluidos corporais.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-7	Acho que é responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde entender as condutas que devem ser adotadas após exposição ao risco ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-8	Se por acaso eu acidentalmente me contaminar com alguma doença, mesmo sendo no trabalho, serei rejeitado pelos meus colegas de trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-9	Se por acaso for ferido por material perfurocortante durante o trabalho, mesmo não tendo certeza da fonte, preciso notificar rapidamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-10	Se a minha família souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, pedirá que eu me demita desse emprego.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-11	Se o colega de trabalho souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, este irá me julgar por ter sido descuidado.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-12	Todos os profissionais da área da saúde devem receber a vacinação preventiva antes de assumir o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

2. Normas Subjetivas

		Discordo plenamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo plenamente
2-1	Meus pais acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-2	Meus pais acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-3	Meus pais acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-4	Eu costumo seguir as opiniões dos meus pais.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-5	Meus irmãos acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-6	Meus irmãos acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-7	Meus irmãos acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-8	Eu costumo seguir as opiniões dos meus irmãos.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-9	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-10	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-11	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-12	Eu costumo seguir as opiniões do meu cônjuge/namorado(a).....	☐	☐	☐	☐	☐
2-13	Meu supervisor acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-14	Meu supervisor acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-15	Meu supervisor acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-16	Eu costumo seguir as opiniões do meu supervisor.....	☐	☐	☐	☐	☐

Controle comportamental percebido**3. Conhecimento**

		Sim	Não	Não sei
3-1	Evitar o reencape manual da agulha pode evitar ferimento por material perfurocortante.....	☐	☐	☐
3-2	A possibilidade de infecção poderá ser reduzida efetivamente se o medicamento preventivo for iniciado dentro de 72 horas após o acidente com agulha utilizada em pessoas com o vírus da aids (HIV).....	☐	☐	☐
3-3	Caso ocorra exposição acidental do trabalhador já positivo para antígeno ou anticorpo da hepatite B, não é necessário adotar outra conduta.....	☐	☐	☐
3-4	Os trabalhadores expostos acidentalmente a sangue e fluidos corporais devem receber tratamento com antibióticos, caso o paciente seja positivo para a sífilis.....	☐	☐	☐
3-5	De acordo com as recomendações, o trabalhador que recebeu a vacina contra hepatite B, mas que continua sem antígeno ou anticorpos, deve receber a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG).....	☐	☐	☐
3-6	Independentemente do diagnóstico do paciente, desde que haja possibilidade de respingo de sangue ou fluido corporal, deve-se usar óculos de proteção e avental.....	☐	☐	☐
3-7	Se o ferimento for causado por material perfurocortante ainda não utilizado, não há necessidade de notificação do acidente.....	☐	☐	☐
3-8	Se acidentalmente houver ferimento por agulha utilizada em uma pessoa com o vírus da aids (HIV), basta fazer acompanhamento regular durante um ano para ter certeza de que não foi infectado.....	☐	☐	☐
3-9	A transmissibilidade do vírus da hepatite C (HCV) é superior ao vírus da hepatite B (HBV) e ao vírus da aids (HIV).....	☐	☐	☐
3-10	Quando o trabalhador for exposto acidentalmente ao sangue ou fluido corporal, deve praticar condutas seguras durante o período de acompanhamento.....	☐	☐	☐
3-11	A hepatite C ainda não tem uma vacina eficaz para prevenir a sua infecção.....	☐	☐	☐
3-12	Acidentes com agulhas ocorrem facilmente devido à dificuldade de uso seguro das mesmas.....	☐	☐	☐
3-13	Quando acidentalmente ocorrer exposição a sangue ou fluido corporal, receber medicamento preventivo dentro de 24 horas pode diminuir efetivamente a infecção.....	☐	☐	☐

4. Autoeficácia

		Completamente inseguro	Inseguro	Sem opinião	Seguro	Completamente seguro
Quando acidentalmente houver exposição ocupacional a sangue e fluido corporal,						
4-1	relatarei ao supervisor imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-2	seguirei a conduta de notificação estabelecida pelo hospital.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-3	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, identificando o resultado sorológico da fonte de exposição.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-4	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, examinando os resultados dos meus exames sorológicos	☐	☐	☐	☐	☐
4-5	aceitarei as recomendações do médico, seguindo o tratamento preventivo com medicamentos e as doses da vacina.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-6	terminarei todo o tratamento apesar do desconforto após o uso dos medicamentos.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-7	realizarei todos os exames solicitados apesar da correria no trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

5. Recursos

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
5-1	Quanto à clareza das condutas relacionadas à exposição acidental anunciadas pela Comissão de Controle de Infecção.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-2	Quanto ao tipo de auxílio-tratamento oferecido pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição acidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-3	Quanto ao número de dias de folgas adicionais oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição acidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-4	Quanto ao fornecimento pelo hospital de agulhas seguras e dispositivos que não utilizam agulhas.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-5	Quanto ao oferecimento pelo hospital de programas educativos relacionados à prevenção de acidentes com agulhas e proteção contra riscos de exposição ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-6	Quanto ao apoio psicológico e o acompanhamento oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição acidental.....	☐	☐	☐	☐	☐

Quais dos itens abaixo são condutas adotadas pela sua atual unidade de trabalho ou hospital, para prevenção à exposição de acidentes de trabalho:

☐ Dispositivos que não usam agulha	☐ Agulhas seguras
☐ Programa educativo pré-admissional	☐ Auxílio-tratamento
☐ Afastamento do trabalho em decorrência do acidente	☐ Orientação e acompanhamento psicológico

6. Intenção de cumprir as condutas após a exposição ao risco ocupacional

		Sem nenhuma intenção	Sem intenção	Sem opinião	Com intenção	Com muita intenção
6.1	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, notificarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.2	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, consultarei imediatamente um médico para a avaliação de risco.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.3	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, estarei disposto a aceitar o aconselhamento psicológico e orientações em relação ao acidente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.4	Quando o médico me recomendar a vacinação preventiva aceitarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.5	Quando o médico me recomendar o medicamento preventivo, estarei disposto a colaborar com o tratamento.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.6	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, retornando às consultas regularmente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.7	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, acompanhando e conferindo os resultados dos exames de sangue.....	☐	☐	☐	☐	☐

O que mais incomodou você ao cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho?

Quais foram as facilidades que você teve ao cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho?

APÊNDICE G – Versão reduzida da Versão Português Consenso 3 (VPC3)

No. Ident. |__|__|

Data |__|__|__|__|__|

CONDUTAS DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE PÓS-EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL POR ACIDENTES COM AGULHAS

Caros colaboradores:

Os acidentes com perfuração com agulhas levam à exposição a sangue e essa situação influencia nossas emoções e nossa vida profissional e familiar. Solicitamos que você preencha esse instrumento, que tem o propósito de entender as condutas adotadas e os sentimentos após sofrer uma exposição ocupacional. Essas informações irão contribuir para que a instituição possa se preparar para acolher os profissionais que sofrem acidentes.

Sua sinceridade, ajuda e apoio serão muito importantes nessa pesquisa.

Para que você fique tranquilo ao preencher esse instrumento, garantimos que os dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Expressamos nossos agradecimentos.

Dados Básicos

1. Data de nascimento:

Mês ____

Ano ____

2. Sexo:

☐ Masculino☐ Feminino

3. Tempo de trabalho:

____ Anos

____ Meses

4. Setor de trabalho:

☐ Clínica☐ Cirúrgica☐ Emergência☐ Unidade de Queimados☐ Berçário☐ Maternidade☐ Centro Obstétrico☐ Centro Cirúrgico☐ Ambulatório☐ Moléstias Infecciosas☐ Central de Material Esterilizado☐ Pediatria☐ UTI – Unidade de Terapia Intensiva: _____☐ Outros: _____

5. Profissão:

☐ Médico(a)☐ Enfermeiro(a)☐ Estudante de Medicina☐ Estudante de Enfermagem☐ Técnico de Enfermagem☐ Técnico de Laboratório☐ Auxiliar de Enfermagem☐ Pessoal de limpeza e de apoio

6. Escolaridade:

- ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio
☐ Ensino Técnico ☐ Ensino Superior
☐ Mestrado ou acima

7. Estado Civil:

- ☐ Casado(a) ☐ União Estável
☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo(a)

8. Você já participou de programa educativo de prevenção de perfuração por agulha?

- ☐ Sim ☐ Não

9. Você já sofreu acidente de trabalho com agulhas?

- ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for afirmativa, responda:

- ☐ Uma vez
☐ _____ vezes. Dentre elas, notifiquei o acidente _____ vezes.

10. Você fez exames admissionais?

- ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for afirmativa, preencha a tabela abaixo:

	Não sei ou nunca fiz exame	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame
Anti-HIV(exame de anticorpos anti-HIV)	()	()	()	
HBsAg (antígenos do vírus da hepatite B)	()	()	()	
Anti-HBs(exame de anticorpos contra o HBsAg)	()	()	()	
Anti-HBC(exame de anticorpos contra o HBsAg)	()	()	()	
Anti-HCV (exame de anticorpo contra o vírus da Hepatite C)	()	()	()	

1 - Atitude dos profissionais da área da saúde expostos aos riscos ocupacionais

		Discordo plenamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo plenamente
1-1	Avalio a gravidade da situação para determinar se devo notificar os acidentes com materiais perfurocortantes, pois eles são comuns no trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-2	Acredito que não terei a infelicidade de ser contaminado em um acidente de trabalho com material perfurocortante, apesar de ser comum esse tipo de evento.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-3	Se por acaso eu acidentalmente contrair o vírus da aids (HIV) durante o meu trabalho, acredito que meus colegas de trabalho irão se sensibilizar com a minha situação.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-4	Acho que não teria problemas se eu me ferir com material perfurocortante durante o trabalho caso eu já tenha anticorpos contra a hepatite B.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-5	A pessoa com doenças infecciosas não deve esconder deliberadamente a sua condição patológica.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-6	Acho de extrema importância receber imediatamente medicamento preventivo após exposição a sangue e fluidos corporais.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-7	Acho que é responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde entender as condutas que devem ser adotadas após exposição ao risco ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-8	Se por acaso eu acidentalmente me contaminar com alguma doença, mesmo sendo no trabalho, serei rejeitado pelos meus colegas de trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-9	Se por acaso for ferido por material perfurocortante durante o trabalho, mesmo não tendo certeza da fonte, preciso notificar rapidamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-10	Se a minha família souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, pedirá que eu me demita desse emprego.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-11	Se o colega de trabalho souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, este irá me julgar por ter	☐	☐	☐	☐	☐

						
1-12	Todos os profissionais da área da saúde devem receber a vacinação preventiva antes de assumir o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

2. Normas Subjetivas

		Discordo plenamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo plenamente
2-1	Meus pais acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-2	Meus pais acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-3	Meus pais acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-4	Eu costumo seguir as opiniões dos meus pais.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-5	Meus irmãos acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-6	Meus irmãos acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-7	Meus irmãos acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-8	Eu costumo seguir as opiniões dos meus irmãos.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-9	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-10	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-11	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-12	Eu costumo seguir as opiniões do meu cônjuge/namorado(a).....	☐	☐	☐	☐	☐
2-13	Meu supervisor acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-14	Meu supervisor acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-15	Meu supervisor acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-16	Eu costumo seguir as opiniões do meu supervisor.....	☐	☐	☐	☐	☐

Controle comportamental percebido**3. Conhecimento**

		Sim	Não	Não sei
3-1	Evitar o reencape manual da agulha pode evitar ferimento por material perfurocortante.....	☐	☐	☐
3-2	A possibilidade de infecção poderá ser reduzida efetivamente se o medicamento preventivo for iniciado dentro de 72 horas após o acidente com agulha utilizada em pessoas com o vírus da aids (HIV).....	☐	☐	☐
3-3	Caso ocorra exposição acidental do trabalhador já positivo para antígeno ou anticorpo da hepatite B, não é necessário adotar outra conduta.....	☐	☐	☐
3-4	Os trabalhadores expostos acidentalmente a sangue e fluidos corporais devem receber tratamento com antibióticos, caso o paciente seja positivo para a sífilis.....	☐	☐	☐
3-5	De acordo com as recomendações, o trabalhador que recebeu a vacina contra hepatite B, mas que continua sem antígeno ou anticorpos, deve receber a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG).....	☐	☐	☐
3-6	Independentemente do diagnóstico do paciente, desde que haja possibilidade de respingo de sangue ou fluido corporal, deve-se usar óculos de proteção e avental.....	☐	☐	☐
3-7	Se o ferimento for causado por material perfurocortante ainda não utilizado, não há necessidade de notificação do acidente.....	☐	☐	☐
3-8	Se acidentalmente houver ferimento por agulha utilizada em uma pessoa com o vírus da aids (HIV), basta fazer acompanhamento regular durante um ano para ter certeza de que não foi infectado.....	☐	☐	☐
3-9	A transmissibilidade do vírus da hepatite C (HCV) é superior ao vírus da hepatite B (HBV) e ao vírus da aids (HIV).....	☐	☐	☐
3-10	Quando o trabalhador for exposto acidentalmente ao sangue ou fluido corporal, deve praticar condutas seguras durante o período de acompanhamento.....	☐	☐	☐
3-11	A hepatite C ainda não tem uma vacina eficaz para prevenir a sua infecção.....	☐	☐	☐
3-12	Acidentes com agulhas ocorrem facilmente devido à dificuldade de uso seguro das mesmas.....	☐	☐	☐
3-13	Quando acidentalmente ocorrer exposição a sangue ou fluido corporal, receber medicamento preventivo dentro de 24 horas pode diminuir efetivamente a infecção.....	☐	☐	☐

4. Autoeficácia

		Completamente inseguro	Inseguro	Sem opinião	Seguro	Completamente seguro
	Quando acidentalmente houver exposição ocupacional a sangue e fluido corporal,					
4-1	relatarei ao supervisor imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-2	seguirei a conduta de notificação estabelecida pelo hospital.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-3	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, identificando o resultado sorológico da fonte de exposição.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-4	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, examinando os resultados dos meus exames sorológicos	☐	☐	☐	☐	☐
4-5	aceitarei as recomendações do médico, seguindo o tratamento preventivo com medicamentos e as doses da vacina.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-6	terminarei todo o tratamento apesar do desconforto após o uso dos medicamentos.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-7	realizarei todos os exames solicitados apesar da correria no trabalho	☐	☐	☐	☐	☐

5. Recursos

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
5-1	Quanto à clareza das condutas relacionadas à exposição accidental anunciadas pela Comissão de Controle de Infecção.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-2	Quanto ao tipo de auxílio-tratamento oferecido pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-3	Quanto ao número de dias de folgas adicionais oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-4	Quanto ao fornecimento pelo hospital de agulhas seguras e dispositivos que não utilizam agulhas.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-5	Quanto ao oferecimento pelo hospital de programas educativos relacionados à prevenção de acidentes com agulhas e proteção contra riscos de exposição ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-6	Quanto ao apoio psicológico e o acompanhamento oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐

Quais dos itens abaixo são condutas adotadas pela sua atual unidade de trabalho ou hospital, para prevenção à exposição de acidentes de trabalho:

☐ Dispositivos que não usam agulha	☐ Agulhas seguras
☐ Programa educativo pré-admissional	☐ Auxílio-tratamento
☐ Afastamento do trabalho em decorrência do acidente	☐ Orientação e acompanhamento psicológico

6. Intenção de cumprir as condutas após a exposição ao risco ocupacional

		Sem nenhuma intenção	Sem intenção	Sem opinião	Com intenção	Com muita intenção
6.1	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, notificarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.2	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, consultarei imediatamente um médico para a avaliação de risco.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.3	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, estarei disposto a aceitar o aconselhamento psicológico e orientações em relação ao acidente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.4	Quando o médico me recomendar a vacinação preventiva aceitarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.5	Quando o médico me recomendar o medicamento preventivo, estarei disposto a colaborar com o tratamento.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.6	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, retornando às consultas regularmente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.7	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, acompanhando e conferindo os resultados dos exames de sangue.....	☐	☐	☐	☐	☐

O que mais incomodou você ao cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho?

Quais foram as facilidades que você teve ao cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho?

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Sujeito da etapa de análise semântica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SUJEITO DA PESQUISA

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada *Adaptação cultural e validação para o Brasil do instrumento - Acompanhamento das condutas de profissionais da área da saúde pós-exposição ocupacional por acidentes com agulhas*, sob a responsabilidade das pesquisadoras Adriane Corrêa Jansen e Maria Helena Palucci Marziale. Nesta pesquisa nós estamos buscando disponibilizar, para o Brasil, a versão traduzida, adaptada e testada, de um questionário que foi elaborado em outro idioma. Esse questionário busca medir a intenção dos enfermeiros em cumprir com as condutas após a exposição a material biológico, ocorridas durante a execução de seu trabalho.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Adriane Corrêa Jansen, no seu local de trabalho, no momento que você tiver disponibilidade para responder ao questionário de coleta de dados.

Para participar, você receberá um questionário que será lido e preenchido por você. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os mínimos riscos que a sua participação nessa pesquisa poderia oferecer seriam aqueles relacionados à possibilidade de você ser identificado, mas nesse sentido, os pesquisadores responsáveis pelo estudo garantem que a sua identidade e privacidade serão mantidas em sigilo absoluto. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você estará contribuindo para a análise e discussão de possíveis dificuldades ou facilidades que influenciam na adesão dos enfermeiros às condutas recomendadas após a exposição com material biológico.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Você assinará duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e uma delas ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores identificados abaixo. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4131

Adriane Corrêa Jansen
Escola Técnica de Saúde
Universidade Federal de Uberlândia
Av. Amazonas s/nº - Bloco 4K
Campus Umuarama
Uberlândia – MG – Brasil
Telefone: (34) 3218-2218

Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Avenida dos Bandeirantes, 3900
Campus Universitário - Bairro Monte
Alegre
Ribeirão Preto – SP – Brasil
Telefone: (16) 3602 3398

Uberlândia, ____ de _____ de 2012

Pesquisador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE I – Versão Português Consenso 4 (VPC 4)

Instituição |__|__|

ADESÃO ÀS CONDUTAS PÓS-EXPOSIÇÃO ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE

Caros colaboradores:

Os acidentes com perfuração com agulhas levam à exposição a sangue e essa situação influencia nossas emoções e nossa vida profissional e familiar. Solicitamos que você preencha esse instrumento, que tem o propósito de entender as condutas adotadas e os sentimentos após sofrer uma exposição ocupacional. Essas informações irão contribuir para que a instituição possa se preparar para acolher os profissionais que sofrem acidentes.

Sua sinceridade, ajuda e apoio serão muito importantes nessa pesquisa.

Para que você fique tranquilo ao preencher esse instrumento, garantimos que os dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Expressamos nossos agradecimentos.

DADOS BÁSICOS**1. Data de nascimento:**

Dia _____ Mês _____ Ano _____

2. Sexo:☐ Masculino ☐ Feminino**3. Tempo de trabalho na área da saúde:**

Anos _____ Meses _____

4. Setor de trabalho:

☐ Clínica	☐ Cirúrgica	☐ Emergência
☐ Unidade de Queimados	☐ Berçário	☐ Maternidade
☐ Centro Obstétrico	☐ Centro Cirúrgico	☐ Ambulatório
☐ Moléstias Infecciosas	☐ Central de Material Esterilizado	☐ Pediatria
☐ UTI – Unidade de Terapia Intensiva: _____		
☐ Outros: _____		

5. Profissão:

☐ Médico(a)	☐ Enfermeiro(a)
☐ Estudante de Medicina	☐ Estudante de Enfermagem
☐ Técnico de Enfermagem	☐ Técnico de Laboratório
☐ Auxiliar de Enfermagem	☐ Pessoal de limpeza e de apoio

6. Escolaridade:

- ☐ Mestrado ou acima ☐ Ensino Técnico
☐ Especialização ☐ Ensino Médio
☐ Ensino Superior ☐ Ensino Fundamental

7. Estado Civil:

- ☐ Casado(a) ☐ União Estável
☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo(a)

8. Você fez exames admissionais (quando foi admitido neste hospital)?

- ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for afirmativa, preencha a tabela abaixo:

	Não sei ou nunca fiz exame	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame (ano)
Exame para detectar o vírus da aids	()	()	()	
Exame para detectar o vírus da hepatite B	()	()	()	
Exame para detectar o vírus da hepatite C	()	()	()	

9. Você já participou de programa educativo de prevenção à exposição a material biológico?

- ☐ Sim ☐ Não

10. Quantas vezes você já sofreu acidente de trabalho com material biológico?

- ☐ Uma vez
☐ _____ vezes. Dentre elas, notifiquei _____ acidentes.

EXPOSIÇÃO AO RISCO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO**1. A última exposição foi em:**

Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____

2. Descrição detalhada do local de trabalho onde ocorreu a exposição a material biológico:

3. Qual a causa?

- ☐ Ferimento com material antes de usá-lo (devido à queda ou embalagem aberta e na montagem do material, entre outros)
- ☐ Ferimento durante o uso de material (queda do material ou colisão entre paciente e material)
- ☐ Colisão com o paciente
- ☐ Colisão devido a falta de cautela de outros colaboradores
- ☐ Durante a abertura do dispositivo de segurança do material
- ☐ Manuseio de material para reutilização (separar, desinfetar, esterilizar, e outros)
- ☐ Reencape manual de agulha
- ☐ Durante o processo de tratamento (procedimento operacional, repasse de instrumentos/material)
- ☐ Remoção manual da agulha após punção venosa
- ☐ Manuseio de agulha e material após o uso (separar, limpar, descartar, e outros)
- ☐ Ferimento por material perfurocortante deixados em locais inadequados (cama do paciente ou no chão)
- ☐ Ferimento por material perfurocortante do recipiente coletor de resíduos perfurocortantes
- ☐ Ferimento por materiais perfurocortantes que ficam com uma parte de fora do recipiente coletor de resíduos perfurocortantes
- ☐ Movimentos inadequados durante a coleta de sangue
- ☐ Durante o transporte de amostras de exames
- ☐ Outras causas: _____

4. Tipo de material de exposição ao risco ocupacional:

- ☐ Agulha
- ☐ Lâmina
- ☐ Vidro
- ☐ Agulha de sutura
- ☐ Material cirúrgico
- ☐ Outros materiais

5. Fonte do material de exposição ao risco ocupacional:

- ☐ Desconhecida
- ☐ Conhecida

Se a fonte for conhecida, responda:

- ☐ Contaminada (exposto ao paciente)
- ☐ Não contaminada (não exposto ao paciente)

Se a fonte for contaminada, preencha a tabela abaixo:

	Não sei ou não foi examinado	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame (ano)
Exame para detectar o vírus da aids	()	()	()	
Exame para detectar o vírus da hepatite B	()	()	()	
Exame para detectar o vírus da hepatite C	()	()	()	

6. Tipo de exposição:

- ☐ Percutânea: lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes, como por exemplo, agulhas, bisturi, vidrarias.
- ☐ Mucosa: quando há respingos envolvendo olho, nariz, boca ou genitália.
- ☐ Cutânea: contato com pele não íntegra, como no caso de dermatites ou feridas abertas.
- ☐ Mordedura humana: consideradas como exposição de risco quando envolvem a presença de sangue.

7. Os equipamentos de proteção individual utilizados durante o acidente foram:

☐ Óculos de proteção	☐ Aventais/Roupas de proteção
☐ Máscara cirúrgica	☐ Luvas simples
☐ Máscara N95	☐ Luvas de dupla camada
☐ Sapatos fechados	☐ Não estava utilizando nenhum EPI no momento desse acidente
☐ Outro: Especificar: _____	

8. Condutas adotadas após exposição:

a. Segundo as recomendações do hospital, é preciso notificar o acidente de trabalho:

☐ Imediatamente	☐ De 1 a 3 dias
☐ Em até 8 horas	☐ ____ dias depois
☐ Em até 24 horas	☐ Não sei

b. A unidade notificada:

- ☐ Serviço de Saúde do Trabalhador
- ☐ Outra. Especificar: _____

c. Quanto tempo depois do acidente foi realizado a avaliação de exames médicos:

☐ Não houve avaliação	☐ Em até 24 horas
☐ Imediatamente	☐ De 2 a 3 dias
☐ Em até 8 horas	☐ ____ dias depois

d. Quanto tempo depois do acidente, você teve acesso ao exame do paciente-fonte:

☐ Não teve acesso	☐ Em até 24 horas
☐ Imediatamente	☐ De 2 a 3 dias
☐ Em até 8 horas	☐ ____ dias depois

e. Você recebeu aconselhamento psicológico (relacionado ao acidente) de algum médico ou outro profissional:

- ☐ Sim ☐ Não

Especificar: _____

- f. Você iniciou o uso de medicamentos ou vacinação preventiva depois do acidente:
- ☐ Não. Os motivos pelos quais eu não iniciei o uso de medicamentos foram: _____
- ☐ Não. Os motivos pelos quais eu não iniciei a vacinação preventiva foram: _____
- ☐ Sim. Responda as questões a seguir.
- ☐ Recebi a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG):
- ☐ Imediatamente ☐ De 2 a 3 dias
- ☐ Em 8 até horas ☐ ____ dias depois
- ☐ Em até 24 horas
- ☐ Recebi o medicamento preventivo:
- ☐ Imediatamente ☐ De 2 a 3 dias
- ☐ Em 8 até horas ☐ ____ dias depois
- ☐ Em até 24 horas
- g. Em relação à prescrição médica, responda:
- O medicamento preventivo prescrito foi: _____
- ☐ Segui plenamente a prescrição médica.
- ☐ Aceitei a prescrição médica por um tempo: _____ dias, pois _____
- ☐ Não aceitei a prescrição médica, pois _____

9. Após o acidente, você relatou o fato a alguém?

- ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for afirmativa, responda:

- ☐ Colega de trabalho ☐ Pais
- ☐ Irmãos ☐ Cônjuge ou namorado(a)
- ☐ Supervisor ☐ Outros parentes ou amigos

10. Após o acidente de trabalho você apresentou sintomas:

- ☐ Insônia ☐ Estresse
- ☐ Ansiedade ☐ Dor de cabeça
- ☐ Não apresentei nenhum sintoma
- ☐ Outros: _____

INFORMAÇÃO

Nas próximas páginas você responderá a seis escalas que possuem opções de respostas relacionadas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição acidental a material biológico.

1 - Atitude dos profissionais da área da saúde expostos acidentalmente a material biológico

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição acidental a material biológico.		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
1-1	Para determinar se devo ou não notificar os acidentes de trabalho com matérias perfurocortantes, avalio a gravidade da situação, pois esse tipo de acidente é comum no trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-2	Acredito que não terei a infelicidade de ser contaminado em um acidente de trabalho com material perfurocortante, apesar de ser comum esse tipo de evento.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-3	Se por acaso eu acidentalmente contrair o vírus da aids (HIV) durante o meu trabalho, acredito que meus colegas de trabalho irão se sensibilizar com a minha situação.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-4	Acho que não teria problemas se eu me ferir com material perfurocortante durante o trabalho caso eu já tenha anticorpos contra a hepatite B.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-5	A pessoa com doenças infecciosas não deve esconder deliberadamente a sua condição patológica.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-6	Acho de extrema importância receber imediatamente medicamento preventivo após exposição a sangue e fluidos corporais.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-7	Acho que é responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde entender as condutas que devem ser adotadas após exposição ao risco ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-8	Se por acaso eu acidentalmente me contaminar com alguma doença, mesmo sendo no trabalho, serei rejeitado pelos meus colegas de trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-9	Se por acaso for ferido por material perfurocortante durante o trabalho, mesmo não tendo certeza da fonte, preciso notificar rapidamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-10	Se a minha família souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, pedirá que eu me demita desse emprego.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-11	Se o colega de trabalho souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, este irá me julgar por ter sido descuidado.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-12	Todos os profissionais da área da saúde devem receber a vacinação preventiva antes de assumir o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

2. Normas Subjetivas

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição accidental a material biológico.		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
	Utilize a opção “não se aplicam” quando o enunciado do item não tiver relação com a sua situação, por exemplo, não ter os pais vivos, ser filho único, não ter um cônjuge ou namorado.					
2-1	Meus pais acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-2	Meus pais acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-3	Meus pais acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-4	Eu costumo seguir as opiniões dos meus pais.....	☐	☐	☐	☐	☐
() Os itens de 2.1 a 2.4 não se aplicam.						
2-5	Meus irmãos acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-6	Meus irmãos acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-7	Meus irmãos acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-8	Eu costumo seguir as opiniões dos meus irmãos.....	☐	☐	☐	☐	☐
() Os itens de 2.5 a 2.8 não se aplicam.						
2-9	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-10	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-11	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-12	Eu costumo seguir as opiniões do meu cônjuge/namorado(a).....	☐	☐	☐	☐	☐
() Os itens de 2.9 a 2.12 não se aplicam.						
2-13	Meu supervisor acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-14	Meu supervisor acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-15	Meu supervisor acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

2-16	Eu costumo seguir as opiniões do meu supervisor.....	☐	☐	☐	☐	☐
	() Os itens de 2.13 a 2.16 não se aplicam.					

Controle comportamental percebido**3. Conhecimento**

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição acidental a material biológico		Sim	Não	Não sei
3-1	Evitar o reencape manual da agulha pode evitar ferimento por material perfurocortante.....	☐	☐	☐
3-2	A possibilidade de infecção poderá ser reduzida efetivamente se o medicamento preventivo for iniciado dentro de 72 horas após o acidente com agulha utilizada em pessoas com o vírus da aids (HIV).....	☐	☐	☐
3-3	Trabalhadores que são positivos para a hepatite B não precisam adotar outra conduta após a ocorrência de exposição acidental a material biológico.....	☐	☐	☐
3-4	Os trabalhadores expostos acidentalmente a sangue e fluidos corporais devem receber tratamento com antibióticos, caso o paciente-fonte seja positivo para a sífilis.....	☐	☐	☐
3-5	De acordo com as recomendações, o trabalhador que recebeu a vacina contra hepatite B, mas que continua sem antígeno ou anticorpos, deve receber a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG).....	☐	☐	☐
3-6	Independentemente do diagnóstico do paciente, desde que haja possibilidade de respingo de sangue ou fluido corporal, deve-se usar óculos de proteção e avental.....	☐	☐	☐
3-7	Se o ferimento for causado por material perfurocortante ainda não utilizado, não há necessidade de notificação do acidente.....	☐	☐	☐
3-8	Se acidentalmente houver ferimento por agulha utilizada em uma pessoa com o vírus da aids (HIV), basta fazer acompanhamento regular durante um ano para ter certeza de que não foi infectado.....	☐	☐	☐
3-9	A capacidade de transmissão do vírus da hepatite C (HCV) é superior ao vírus da hepatite B (HBV) e ao vírus da aids (HIV).....	☐	☐	☐
3-10	Quando o trabalhador for exposto acidentalmente ao sangue ou fluido corporal, deve praticar condutas seguras durante o período de acompanhamento.....	☐	☐	☐
3-11	A hepatite C ainda não tem uma vacina eficaz para prevenir a sua infecção.....	☐	☐	☐
3-12	Acidentes com agulhas ocorrem facilmente devido à dificuldade de uso seguro das mesmas.....	☐	☐	☐
3-13	Quando acidentalmente ocorrer exposição a sangue ou fluido corporal, receber medicamento preventivo dentro de 24 horas pode diminuir efetivamente a infecção.....	☐	☐	☐

4. Autoeficácia

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição accidental a material biológico		Estou muito inseguro	Estou inseguro	Sem opinião	Estou seguro	Estou muito seguro
Quando acidentalmente houver exposição ocupacional a sangue e fluido corporal,						
4-1	relatarei ao supervisor imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-2	seguirei a conduta de notificação estabelecida pelo hospital.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-3	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, identificando o resultado sorológico do paciente-fonte de exposição.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-4	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, examinando os resultados dos meus exames sorológicos	☐	☐	☐	☐	☐
4-5	aceitarei as recomendações do médico, seguindo o tratamento preventivo com medicamentos e as doses da vacina.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-6	terminarei todo o tratamento apesar do desconforto após o uso dos medicamentos.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-7	realizarei todos os exames solicitados apesar da correria no trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

5. Recursos

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição accidental a material biológico		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
5-1	Quanto à clareza das condutas relacionadas à exposição accidental anunciadas pelo SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho)	☐	☐	☐	☐	☐
5-2	Quanto ao tipo de auxílio-tratamento oferecido pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-3	Quanto ao número de dias de folgas adicionais oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-4	Quanto ao fornecimento pelo hospital de agulhas com dispositivos de segurança e dispositivos que não utilizam agulhas.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-5	Quanto ao oferecimento pelo hospital de programas educativos relacionados à prevenção de acidentes com material biológico e proteção contra riscos de exposição ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-6	Quanto ao apoio psicológico e o acompanhamento oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐

Quais dos itens abaixo são condutas adotadas pela sua atual unidade de trabalho ou hospital, para prevenção à exposição de acidentes de trabalho com exposição a material biológico:

- ☐ Dispositivos que não usam agulha
 ☐ Agulhas com dispositivos de segurança
☐ Programa educativo pré-admissional
 ☐ Auxílio-tratamento
☐ Afastamento do trabalho em decorrência do acidente
 ☐ Orientação e acompanhamento psicológico
☐ Outras. Especificar:

☐ Nenhuma conduta é adotada

6. Intenção de cumprir as condutas após a exposição ao risco ocupacional

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição accidental a material biológico		Não tenho nenhuma intenção	Não tenho intenção	Sem opinião	Tenho intenção	Tenho muita intenção
6.1	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, notificarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.2	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, consultarei imediatamente um médico para a avaliação de risco...	☐	☐	☐	☐	☐
6.3	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, estarei disposto a aceitar o aconselhamento psicológico e orientações em relação ao acidente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.4	Quando o médico me recomendar a vacinação preventiva aceitarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.5	Quando o médico me recomendar o medicamento preventivo, estarei disposto a colaborar com o tratamento.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.6	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, retornando às consultas regularmente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.7	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, acompanhando e conferindo os resultados dos exames de sangue.....	☐	☐	☐	☐	☐

Quais foram as dificuldades que você teve ao cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho?

Quais foram as facilidades que você teve ao cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho?

APÊNDICE J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Sujeito do estudo de campo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SUJEITO DA PESQUISA

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada *Adaptação cultural e validação para o Brasil do instrumento - Adesão às Condutas Pós-Exposição entre Trabalhadores de Saúde*, sob a responsabilidade das pesquisadoras Adriane Corrêa Jansen e Maria Helena Palucci Marziale. Nesta pesquisa nós estamos buscando disponibilizar, para o Brasil, a versão traduzida, adaptada e testada, de um questionário que foi elaborado em outro idioma. Esse questionário busca medir a intenção dos profissionais de saúde em cumprir com as condutas após a exposição a material biológico, ocorridas durante a execução de seu trabalho.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Adriane Corrêa Jansen, no seu local de trabalho, no momento que você tiver disponibilidade para responder ao questionário de coleta de dados.

Para participar, você receberá um questionário que será lido e preenchido por você. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os mínimos riscos que a sua participação nessa pesquisa poderia oferecer seriam aqueles relacionados à possibilidade de você ser identificado, mas nesse sentido, os pesquisadores responsáveis pelo estudo garantem que a sua identidade e privacidade serão mantidas em sigilo absoluto. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Para o desenvolvimento das etapas posteriores deste projeto, você poderá ser convidado a participar novamente. Isso será comunicado a você posteriormente, caso necessário. Com sua participação, você estará contribuindo para a análise e discussão de possíveis dificuldades ou facilidades que influenciam na adesão dos profissionais de saúde às condutas recomendadas após a exposição com material biológico.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Você assinará duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e uma delas ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores identificados abaixo. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4131

Adriane Corrêa Jansen
Escola Técnica de Saúde
Universidade Federal de Uberlândia
Av. Amazonas s/nº - Bloco 4K
Campus Umuarama
Uberlândia – MG – Brasil
Telefone: (34) 3218-2218

Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Avenida dos Bandeirantes, 3900
Campus Universitário - Bairro Monte Alegre
Ribeirão Preto – SP – Brasil
Telefone: (16) 3602 3398

Uberlândia, ____ de _____ de 2013

Pesquisador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE K – Versão Português Final (VPF)

Instituição |__|__|

ADESÃO ÀS CONDUTAS PÓS-EXPOSIÇÃO ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE

Caros colaboradores:

Os acidentes com perfuração com agulhas levam à exposição a sangue e essa situação influencia nossas emoções e nossa vida profissional e familiar. Solicitamos que você preencha esse instrumento, que tem o propósito de entender as condutas adotadas e os sentimentos após sofrer uma exposição ocupacional. Essas informações irão contribuir para que a instituição possa se preparar para acolher os profissionais que sofrem acidentes.

Sua sinceridade, ajuda e apoio serão muito importantes nessa pesquisa.

Para que você fique tranquilo ao preencher esse instrumento, garantimos que os dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Expressamos nossos agradecimentos.

DADOS BÁSICOS**1. Data de nascimento:**

Dia_____ Mês_____ Ano_____

2. Sexo:☐ Masculino☐ Feminino**3. Tempo de trabalho na área da saúde:**

Anos_____ Meses_____

4. Setor de trabalho:☐ Clínica☐ Cirúrgica☐ Emergência☐ Unidade de Queimados☐ Berçário☐ Maternidade☐ Centro Obstétrico☐ Centro Cirúrgico☐ Ambulatório☐ Moléstias Infecciosas☐ Central de Material Esterilizado☐ Pediatria☐ UTI – Unidade de Terapia Intensiva: _____☐ Outros: _____**5. Profissão:**☐ Médico(a)☐ Enfermeiro(a)☐ Estudante de Medicina☐ Estudante de Enfermagem☐ Técnico de Enfermagem☐ Técnico de Laboratório☐ Auxiliar de Enfermagem☐ Pessoal de limpeza e de apoio

6. Escolaridade:

☐ Mestrado ou acima	☐ Ensino Técnico
☐ Especialização	☐ Ensino Médio
☐ Ensino Superior	☐ Ensino Fundamental

7. Estado Civil:

☐ Casado(a)	☐ União Estável
☐ Solteiro(a)	☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo(a)	

8. Você fez exames admissionais (quando foi admitido neste hospital)?

- ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for afirmativa, preencha a tabela abaixo:

	Não sei ou nunca fiz exame	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame (ano)
Exame para detectar o vírus da aids	()	()	()	
Exame para detectar o vírus da hepatite B	()	()	()	
Exame para detectar o vírus da hepatite C	()	()	()	

9. Você já participou de programa educativo de prevenção à exposição a material biológico?

- ☐ Sim ☐ Não

10. Quantas vezes você já sofreu acidente de trabalho com material biológico?

- ☐ Uma vez
☐ ____ vezes. Dentre elas, notifiquei ____ acidentes.

EXPOSIÇÃO AO RISCO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO**1. A última exposição foi em:**

Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____

2. Descrição detalhada do local de trabalho onde ocorreu a exposição a material biológico:

3. Qual a causa?

- ☐ Ferimento com material antes de usá-lo (devido à queda ou embalagem aberta e na montagem do material, entre outros)
- ☐ Ferimento durante o uso de material (queda do material ou colisão entre paciente e material)
- ☐ Colisão com o paciente
- ☐ Colisão devido a falta de cautela de outros colaboradores
- ☐ Durante a abertura do dispositivo de segurança do material
- ☐ Manuseio de material para reutilização (separar, desinfetar, esterilizar, e outros)
- ☐ Reencape manual de agulha
- ☐ Durante o processo de tratamento (procedimento operacional, repasse de instrumentos/material)
- ☐ Remoção manual da agulha após punção venosa
- ☐ Manuseio de agulha e material após o uso (separar, limpar, descartar, e outros)
- ☐ Ferimento por material perfurocortante deixados em locais inadequados (cama do paciente ou no chão)
- ☐ Ferimento por material perfurocortante do recipiente coletor de resíduos perfurocortantes
- ☐ Ferimento por materiais perfurocortantes que ficam com uma parte de fora do recipiente coletor de resíduos perfurocortantes
- ☐ Movimentos inadequados durante a coleta de sangue
- ☐ Durante o transporte de amostras de exames
- ☐ Outras causas: _____

4. Tipo de material de exposição ao risco ocupacional:

- ☐ Agulha ☐ Agulha de sutura
- ☐ Lâmina ☐ Material cirúrgico
- ☐ Vidro ☐ Outros materiais

5. Fonte do material de exposição ao risco ocupacional:

- ☐ Desconhecida ☐ Conhecida

Se a fonte for conhecida, responda:

- ☐ Contaminada (exposto ao paciente) ☐ Não contaminada (não exposto ao paciente)

Se a fonte for contaminada, preencha a tabela abaixo:

	Não sei ou não foi examinado	Positivo (+)	Negativo (-)	Data do Exame (ano)
Exame para detectar o vírus da aids	()	()	()	
Exame para detectar o vírus da hepatite B	()	()	()	
Exame para detectar o vírus da hepatite C	()	()	()	

6. Tipo de exposição:

- ☐ Percutânea: lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes, como por exemplo, agulhas, bisturi, vidrarias.
- ☐ Mucosa: quando há respingos envolvendo olho, nariz, boca ou genitália.
- ☐ Cutânea: contato com pele não íntegra, como no caso de dermatites ou feridas abertas.
- ☐ Mordedura humana: consideradas como exposição de risco quando envolvem a presença de sangue.

7. Os equipamentos de proteção individual utilizados durante o acidente foram:

☐ Óculos de proteção	☐ Aventais/Roupas de proteção
☐ Máscara cirúrgica	☐ Luvas simples
☐ Máscara N95	☐ Luvas de dupla camada
☐ Sapatos fechados	☐ Não estava utilizando nenhum EPI no momento desse acidente
☐ Outro: Especificar: _____	

8. Condutas adotadas após exposição:

a. Segundo as recomendações do hospital, é preciso notificar o acidente de trabalho:

☐ Imediatamente	☐ De 1 a 3 dias
☐ Em até 8 horas	☐ ____ dias depois
☐ Em até 24 horas	☐ Não sei

b. A unidade notificada:

- ☐ Serviço de Saúde do Trabalhador
- ☐ Outra. Especificar: _____

c. Quanto tempo depois do acidente foi realizado a avaliação de exames médicos:

☐ Não houve avaliação	☐ Em até 24 horas
☐ Imediatamente	☐ De 2 a 3 dias
☐ Em até 8 horas	☐ ____ dias depois

d. Quanto tempo depois do acidente, você teve acesso ao exame do paciente-fonte:

☐ Não teve acesso	☐ Em até 24 horas
☐ Imediatamente	☐ De 2 a 3 dias
☐ Em até 8 horas	☐ ____ dias depois

e. Você recebeu aconselhamento psicológico (relacionado ao acidente) de algum médico ou outro profissional:

- ☐ Sim ☐ Não
- Especificar: _____

f. Você iniciou o uso de medicamentos ou vacinação preventiva depois do acidente:

☐ Não. Os motivos pelos quais eu não iniciei o uso de medicamentos foram:

☐ Não. Os motivos pelos quais eu não iniciei a vacinação preventiva foram:

☐ Sim. Responda as questões a seguir.

☐ Recebi a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG):

☐ Imediatamente

☐ De 2 a 3 dias

☐ Em 8 até horas

☐ ____ dias depois

☐ Em até 24 horas

☐ Recebi o medicamento preventivo:

☐ Imediatamente

☐ De 2 a 3 dias

☐ Em 8 até horas

☐ ____ dias depois

☐ Em até 24 horas

g. Em relação à prescrição médica, responda:

O medicamento preventivo prescrito foi: _____

☐ Segui plenamente a prescrição médica.

☐ Aceitei a prescrição médica por um tempo: _____ dias, pois

☐ Não aceitei a prescrição médica, pois

9. Após o acidente, você relatou o fato a alguém?

☐ Sim

☐ Não

Se a resposta for afirmativa, responda:

☐ Colega de trabalho

☐ Pais

☐ Irmãos

☐ Cônjuge ou namorado(a)

☐ Supervisor

☐ Outros parentes ou amigos

10. Após o acidente de trabalho você apresentou sintomas:

☐ Insônia

☐ Estresse

☐ Ansiedade

☐ Dor de cabeça

☐ Não apresentei nenhum sintoma

☐ Outros: _____

INFORMAÇÃO

Nas próximas páginas você responderá a seis escalas que possuem opções de respostas relacionadas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição acidental a material biológico.

1 - Atitude dos profissionais da área da saúde expostos acidentalmente a material biológico

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição acidental a material biológico.		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
1-1	Para determinar se devo ou não notificar os acidentes de trabalho com matérias perfurocortantes, avalio a gravidade da situação, pois esse tipo de acidente é comum no trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-2	Acredito que não terei a infelicidade de ser contaminado em um acidente de trabalho com material perfurocortante, apesar de ser comum esse tipo de evento.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-3	Se por acaso eu acidentalmente contrair o vírus da aids (HIV) durante o meu trabalho, acredito que meus colegas de trabalho irão se sensibilizar com a minha situação.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-4	Acho que não teria problemas se eu me ferir com material perfurocortante durante o trabalho caso eu já tenha anticorpos contra a hepatite B.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-5	A pessoa com doenças infecciosas não deve esconder deliberadamente a sua condição patológica.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-6	Acho de extrema importância receber imediatamente medicamento preventivo após exposição a sangue e fluidos corporais.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-7	Acho que é responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde entender as condutas que devem ser adotadas após exposição ao risco ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-8	Se por acaso eu acidentalmente me contaminar com alguma doença, mesmo sendo no trabalho, serei rejeitado pelos meus colegas de trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-9	Se por acaso for ferido por material perfurocortante durante o trabalho, mesmo não tendo certeza da fonte, preciso notificar rapidamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-10	Se a minha família souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, pedirá que eu me demita desse emprego.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-11	Se o colega de trabalho souber que eu me feri com um material perfurocortante durante o meu trabalho, este irá me julgar por ter sido descuidado.....	☐	☐	☐	☐	☐
1-12	Todos os profissionais da área da saúde devem receber a vacinação preventiva antes de assumir o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

2. Normas Subjetivas

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição accidental a material biológico.		Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
2-1	Meus pais acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-2	Meus pais acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-3	Meus pais acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-4	Eu costumo seguir as opiniões dos meus pais.....	☐	☐	☐	☐	☐
() Os itens de 2.1 a 2.4 não se aplicam.						
2-5	Meus irmãos acham que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-6	Meus irmãos acham que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-7	Meus irmãos acham que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-8	Eu costumo seguir as opiniões dos meus irmãos.....	☐	☐	☐	☐	☐
() Os itens de 2.5 a 2.8 não se aplicam.						
2-9	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-10	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-11	Meu cônjuge/namorado(a) acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-12	Eu costumo seguir as opiniões do meu cônjuge/namorado(a).....	☐	☐	☐	☐	☐
() Os itens de 2.9 a 2.12 não se aplicam.						
2-13	Meu supervisor acha que devo notificar imediatamente quando eu me ferir acidentalmente durante o meu trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-14	Meu supervisor acha que devo receber o tratamento preventivo completo quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐
2-15	Meu supervisor acha que devo acompanhar os resultados dos exames quando eu me ferir acidentalmente durante o trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐

2-16	Eu costumo seguir as opiniões do meu supervisor.....	☐	☐	☐	☐	☐
() Os itens de 2.13 a 2.16 não se aplicam.						

Controle comportamental percebido**3. Conhecimento**

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição acidental a material biológico		Sim	Não	Não sei
3-1	Evitar o reencape manual da agulha pode evitar ferimento por material perfurocortante.....	☐	☐	☐
3-2	A possibilidade de infecção poderá ser reduzida efetivamente se o medicamento preventivo for iniciado dentro de 72 horas após o acidente com agulha utilizada em pessoas com o vírus da aids (HIV).....	☐	☐	☐
3-3	Trabalhadores que são positivos para a hepatite B não precisam adotar outra conduta após a ocorrência de exposição acidental a material biológico.....	☐	☐	☐
3-4	Os trabalhadores expostos acidentalmente a sangue e fluidos corporais devem receber tratamento com antibióticos, caso o paciente-fonte seja positivo para a sífilis.....	☐	☐	☐
3-5	De acordo com as recomendações, o trabalhador que recebeu a vacina contra hepatite B, mas que continua sem antígeno ou anticorpos, deve receber a dose de imunoglobulina humana contra a Hepatite B (HBIG).....	☐	☐	☐
3-6	Independentemente do diagnóstico do paciente, desde que haja possibilidade de respingo de sangue ou fluido corporal, deve-se usar óculos de proteção e avental.....	☐	☐	☐
3-7	Se o ferimento for causado por material perfurocortante ainda não utilizado, não há necessidade de notificação do acidente.....	☐	☐	☐
3-8	Se acidentalmente houver ferimento por agulha utilizada em uma pessoa com o vírus da aids (HIV), basta fazer acompanhamento regular durante um ano para ter certeza de que não foi infectado.....	☐	☐	☐
3-9	A capacidade de transmissão do vírus da hepatite C (HCV) é superior ao vírus da hepatite B (HBV) e ao vírus da aids (HIV).....	☐	☐	☐
3-10	Quando o trabalhador for exposto acidentalmente ao sangue ou fluido corporal, deve praticar condutas seguras durante o período de acompanhamento.....	☐	☐	☐
3-11	A hepatite C ainda não tem uma vacina eficaz para prevenir a sua infecção.....	☐	☐	☐
3-12	Acidentes com agulhas ocorrem facilmente devido à dificuldade de uso seguro das mesmas.....	☐	☐	☐
3-13	Quando acidentalmente ocorrer exposição a sangue ou fluido corporal, receber medicamento preventivo dentro de 24 horas pode diminuir efetivamente a infecção.....	☐	☐	☐

4. Autoeficácia

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição accidental a material biológico		Estou muito inseguro	Estou inseguro	Sem opinião	Estou seguro	Estou muito seguro
Quando acidentalmente houver exposição ocupacional a sangue e fluido corporal,						
4-1	relatarei ao supervisor imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-2	seguirei a conduta de notificação estabelecida pelo hospital.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-3	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, identificando o resultado sorológico do paciente-fonte de exposição.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-4	seguirei as condutas estabelecidas pelo hospital, examinando os resultados dos meus exames sorológicos	☐	☐	☐	☐	☐
4-5	aceitarei as recomendações do médico, seguindo o tratamento preventivo com medicamentos e as doses da vacina.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-6	terminarei todo o tratamento apesar do desconforto após o uso dos medicamentos.....	☐	☐	☐	☐	☐
4-7	realizarei todos os exames solicitados apesar da correria no trabalho	☐	☐	☐	☐	☐

5. Recursos

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição accidental a material biológico		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
5-1	Quanto à clareza das condutas relacionadas à exposição accidental anunciadas pelo SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho)	☐	☐	☐	☐	☐
5-2	Quanto ao tipo de auxílio-tratamento oferecido pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-3	Quanto ao número de dias de folgas adicionais oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-4	Quanto ao fornecimento pelo hospital de agulhas com dispositivos de segurança e dispositivos que não utilizam agulhas.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-5	Quanto ao oferecimento pelo hospital de programas educativos relacionados à prevenção de acidentes com material biológico e proteção contra riscos de exposição ocupacional.....	☐	☐	☐	☐	☐
5-6	Quanto ao apoio psicológico e o acompanhamento oferecidos pelo hospital aos trabalhadores que sofrem exposição accidental.....	☐	☐	☐	☐	☐

Quais dos itens abaixo são condutas adotadas pela sua atual unidade de trabalho ou hospital, para prevenção à exposição de acidentes de trabalho com exposição a material biológico:

- ☐ Dispositivos que não usam agulha
 ☐ Agulhas com dispositivos de segurança
☐ Programa educativo pré-admissional
 ☐ Auxílio-tratamento
☐ Afastamento do trabalho em decorrência do acidente
 ☐ Orientação e acompanhamento psicológico
☐ Outras. Especificar: _____
☐ Nenhuma conduta é adotada

6. Intenção de cumprir as condutas após a exposição ao risco ocupacional

As questões a seguir são relativas à sua opinião e/ou compreensão sobre a exposição acidental a material biológico		Não tenho nenhuma intenção	Não tenho intenção	Sem opinião	Tenho intenção	Tenho muita intenção
6.1	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, notificarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.2	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, consultarei imediatamente um médico para a avaliação de risco..	☐	☐	☐	☐	☐
6.3	Quando exposto acidentalmente a sangue ou fluido corporal durante o trabalho, estarei disposto a aceitar o aconselhamento psicológico e orientações em relação ao acidente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.4	Quando o médico me recomendar a vacinação preventiva aceitarei imediatamente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.5	Quando o médico me recomendar o medicamento preventivo, estarei disposto a colaborar com o tratamento.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.6	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, retornando às consultas regularmente.....	☐	☐	☐	☐	☐
6.7	Estou disposto a colaborar com as recomendações do médico, acompanhando e conferindo os resultados dos exames de sangue.....	☐	☐	☐	☐	☐

Quais foram as dificuldades que você teve ao cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho?

Quais foram as facilidades que você teve ao cumprir as condutas recomendadas após o acidente de trabalho?