

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Acidentes de trabalho com risco biológico: repercussões psicossociais
na vida familiar do profissional da saúde**

Alessandra Ramos Castanha

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das
exigências para a obtenção do título de Doutor em
Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Acidentes de trabalho com risco biológico: repercussões psicossociais
na vida familiar do profissional da saúde**

Alessandra Ramos Castanha
Alcyone Artioli Machado

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das
exigências para a obtenção do título de Doutor em
Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008

Castanha, Alessandra

Acidentes de trabalho com risco biológico: repercussões psicossociais na vida familiar do profissional da saúde. Ribeirão Preto, 2008.

126 p. : il.; 30 cm

Tese, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.

Orientadora: Machado, Alcyone

1. Acidente trabalho. 2. Risco biológico. 3. HIV; 4. Hepatite C. 5. Vida Familiar. 6. Representações Sociais.

ORIENTADORA

Professora Doutora Alcyone Artioli Machado
Professora do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto – Universidade de São Paulo

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Eládio e Claudionete, por terem sempre me incentivado a ir em busca dos meus sonhos e realizações.

Às minhas irmãs, Elisângela e Christiane, companheiras e amigas, sempre torcendo e vibrando com cada uma das minhas realizações.

Aos meus tios Carlos, Claudeci e Eneida, torcedores fervorosos que sempre me acompanham de perto em todas as minhas trajetórias.

Aos meus sobrinhos, Vinícius e Marina, por trazerem grande alegria às nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Alcyone Artioli Machado, pelo incentivo, simpatia e presteza no auxílio às atividades e nas discussões sobre o andamento e normatização desta Tese, sobretudo pela confiança e exigência, sempre me estimulando a ir além, mostrando a importância e o compromisso do pesquisador em contribuir com o conhecimento.

Ao Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo pelas sugestões e orientações imprescindíveis e, principalmente, por ter me acolhido de forma tão carinhosa.

À Prof^ª. Dr^ª. Lícia Barcelos de Souza, minha amiga, irmã e, por vezes, mãe; uma das primeiras amigas que fiz nessa bela e acolhedora cidade e que, com muito carinho e dedicação, ajudou-me em toda a minha trajetória... Muito obrigada!

À minha eterna orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Ana Alayde Werba Saldanha, pelo brilho intelectual e humano que me possibilitou crescimento pessoal e a abertura de novos horizontes no campo profissional.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Rosa R. Rissi pelo grande auxílio em diferentes momentos desta trajetória.

Ao Francisco Carlos Pessoti pela prontidão, disponibilidade e carinho com que sempre me atendeu.

À Marta Farias, assistente social da UETDI, pelo acolhimento e ensinamentos a respeito do atendimento aos soropositivos para o HIV.

A todo o Grupo de Pesquisa Saúde-Doença: Prevenção, Promoção, Intervenção e Avaliação, pela oportunidade de crescimento, de trocas acadêmicas e, principalmente, pela amizade compartilhada por seus integrantes.

Às pessoas do convívio íntimo do trabalhador da área da saúde, que se dispuseram a participar e compartilhar suas experiências e sentimentos envolvidos no processo do acidente ocupacional.

À minha prima Michele pelo carinho e dedicação na revisão ortográfica.

À minha irmã Elisângela pela realização dos infundáveis *abstracts*, quase sempre solicitados de última hora.

Ao Marcello pelo abastecimento diário de amor, carinho e apoio, sendo tantas vezes meu porto seguro em momentos difíceis.

À minha família e amigos, pela paciência em tolerar a minha ausência e pelo grande incentivo.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Perfil das pessoas do convívio íntimo e dos respectivos trabalhadores da área da saúde_____	44
TABELA 2. Classes temáticas, categorias e subcategorias emergentes_____	49

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Plano de análise das entrevistas _____	40
FIGURA 2. Categorias e subcategorias da classe temática 1 _____	50
FIGURA 3. Categorias e subcategorias da classe temática 2 _____	64
FIGURA 4. Categorias e subcategorias da classe temática 3 _____	89
FIGURA 5. Categorias e subcategorias da classe temática 4 _____	98

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Procedimentos Inadequados</i> _	51
QUADRO 2- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Não Utilização de EPI</i> _____	53
QUADRO 3- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Sobrecarga de Trabalho</i> _____	55
QUADRO 4- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Locus de Controle Interno</i> ____	58
QUADRO 5- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Locus de Controle Externo</i> ____	60
QUADRO 6- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Locus de Controle Teleológico</i> _____	62
QUADRO 7- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Efeitos Colaterais da Profilaxia</i> _____	65
QUADRO 8- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Acompanhamento Clínico-laboratorial</i> _____	70
QUADRO 9- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Alterações do Cotidiano</i> ____	73
QUADRO 10- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Risco de Contaminação</i> _____	76
QUADRO 11- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Expectativas dos Exames</i> ____	79
QUADRO 12- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Reações Frente à Notícia</i> ____	81
QUADRO 13- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Revolta</i> _____	83
QUADRO 14- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Suporte Social</i> _____	84
QUADRO 15- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Reavaliação da Profissão</i> ____	86
QUADRO 16- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Doença</i> _____	90
QUADRO 17- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Tratamento</i> _____	91
QUADRO 18- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Preconceito</i> _____	92
QUADRO 19- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Sofrimento</i> _____	94
QUADRO 20- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Morte</i> _____	95

QUADRO 21- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Transmissão</i> _____	99
QUADRO 22- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Tratamento</i> _____	99
QUADRO 23- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Morte</i> _____	101
QUADRO 24- Unidades de análise sobre a Subcategoria <i>Desinformação</i> _____	102

LISTA DE SIGLAS

Anti- HIV - Anticorpo contra o Vírus da Imunodeficiência Humana

Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AOPS - Ambulatório de Acidente Ocupacional ao Profissional da Saúde

ARV - Anti-retroviral

CDC - *Center for Diseases Control and Prevention*

DRS - Divisão Regional de Saúde

EPI - Equipamento de Proteção Individual

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HCFMRP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

HBV - Vírus da Hepatite B

HCV - Vírus da Hepatite C

HbeAg - Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B

MBPC - Material Biológico Potencialmente Contaminado

PEP - Profilaxia pós-exposição

PP - Precauções Padrão

PU - Precauções Universais

PB - Precauções Básicas

RS - Representações Sociais

SUS – Serviço Único de Saúde

TRS - Teoria das Representações Sociais

UETDI - Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas

USP - Universidade de São Paulo

UE - Unidade de Emergência

RESUMO

CASTANHA, A.R. **Acidente de trabalho com risco biológico: repercussões psicossociais na vida familiar do profissional da saúde**. 2008. 126p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Introdução: A exposição ocupacional à Material Biológico Potencialmente Contaminado (MBPC) tem repercussão na vida social e familiar, configurando uma aproximação entre contextos. O espaço social e pessoal, particular, é invadido de forma desorganizadora pelo impacto do acidente. **Objetivos:** Investigar as representações sociais (RS) acerca do acidente a MBPC elaboradas pelas pessoas do convívio íntimo (familiares, relacionamentos amorosos e amigos próximos) dos trabalhadores da área da saúde que sofreram esse tipo de acidente, assim como, identificar as concepções sobre o que desencadeia o acidente, as reações frente à notícia, as expectativas frente aos exames e as repercussões do acidente no contexto familiar, visando subsidiar programas de suporte psicológico a esses trabalhadores e seus familiares. **Método:** Esta pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Acidentes Ocupacionais ao Profissional da Saúde situado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HCFMRP-USP). A amostra foi constituída por 13 pessoas do convívio íntimo do trabalhador da área da saúde. Para cada trabalhador acidentado participou apenas uma das pessoas do seu convívio íntimo, indicada pelo mesmo. Para a obtenção dos dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e foi adotado o critério de saturação para definir o tamanho da amostra. Utilizando como base o aporte teórico das RS, os conteúdos emergentes foram analisados segundo o método de caracterização e análise de conteúdo desenvolvido por Bardin. Este estudo foi realizado considerando os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados:** Os conteúdos abordados nas entrevistas ficaram circunscritos a quatro classes temáticas. A primeira delas foi denominada *Causas do acidente* e possui duas categorias: *Dimensão Operacional* e *Dimensão Subjetiva*. Na dimensão operacional estão presentes alguns fatores, tais como: a realização de procedimentos inadequados, a não-utilização de equipamento de proteção individual e a sobrecarga de trabalho. Já na dimensão subjetiva emergiram três diferentes *Locus* de controle que irão justificar as causas do acidente, a saber: o interno; o externo e o teleológico. A segunda classe temática foi denominada de *Conseqüências biopsicossociais do acidente* e possui duas categorias: *Fisiológica*, que diz respeito aos efeitos colaterais e ao acompanhamento clínico e ambulatorial para o controle de exames de saúde; e *Psicossocial*, que retrata algumas das conseqüências do acidente na vida social e familiar do trabalhador da área da saúde. A terceira classe temática refere-se à *aids* e possui uma categoria denominada de *Representações da aids*. Esta categoria demonstra a maneira pela qual a *aids* é concebida pelas pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde. A quarta, e última, classe temática refere-se à *Hepatite* e possui uma categoria denominada de *Representações da Hepatite*. Esta categoria demonstra a maneira pela qual a hepatite é concebida. **Considerações Finais:** As conseqüências do acidente foram representadas como expressões biopsicossociais que afetam não só os trabalhadores envolvidos no acidente, mas também as pessoas do seu convívio íntimo. As representações da *aids* ultrapassaram o aspecto biológico e atingiram o preconceito, a segregação e o estigma, aspectos tão próprios da *aids*. As representações acerca da hepatite C por sua vez, permitiram captar um conjunto pouco articulado e coerente de informações. O acidente de trabalho com MBPC deve ser visto dentro de uma concepção mais abrangente, reconhecendo-o não somente como uma lesão física, mas também como fenômeno econômico, psicossocial e legal que permite examiná-lo como problema de Saúde Pública.

Palavras-chave: Acidente de trabalho; Risco biológico; HIV; Hepatite C; Vida familiar; Representações Sociais.

ABSTRACT

CASTANHA, A.R. Work accident with biological risk: psycho-social repercussion in the familial life of the health professional.

Introduction: The occupational exposure to Potentially Contaminated Biological Material (PCBM) has repercussion on the social and familial lives, configuring proximity between contexts. The social and personal spaces are invaded in a disorganized way by the impact of the accident. **Objective:** To investigate the social representations (SR) about the accident with PCBM elaborated by closely related persons (relatives, love relationship and very close friends) to the health professionals that suffered this kind of accident. Also, to identify conceptions about what originate such accidents, the reactions to the news, the expectations about the exams, and the repercussion of the accident in the family's context; intending to subsidize programs of psychological support to these professionals and their family. **Methods:** This research was developed at the Occupational Accidents on Health Care Workers Ambulatory at the Hospital of Clinics at Ribeirão Preto's Medicine School – USP (HCRPMS-USP). The sample was constituted by 13 individuals closely related to the health professionals. Only one closely related person participated in the research for each professional that suffered an accident. This person was indicated by the professional himself. Semi-structured interviews were used for the obtaining of the data; and in order to define the size of the sample it was adopted the criterion of saturation. Based on the theoretical matter of the SR, the emergent contents were analyzed according to the method of characterization and content analysis developed by Bardin. This study was performed through the consideration of ethical aspects concerning to researches involving human beings. **Results:** The contents approached in the interviews were encircled in four thematic classes. The First of them was named *Causes of the accident* and it is divided into two categories: *Operational Dimension* and *Subjective Dimension*. Some factors are present on the operational dimension, such as: the execution of inadequate procedures, the non-utilization of personal protective equipment, and the excess of work. Regarding the subjective dimension it was emerged three different control *Locus* that will justify the causes of the accident; they are: the internal, the external and the theological. The second thematic class was named *Biopsychosocial Consequences of the Accident* and it has two categories: *Physiological*, that corresponds to the collateral effects and to the clinical and ambulatory accompaniment for the control of health exams; and *Psychosocial* that represents some of the consequences of the accident on the health worker's social and familial life. The third thematic class refers to AIDS and it includes one category called *Representations of aids*. This category demonstrates the way in which aids is conceived by the closely related people to the health workers. The fourth and last thematic class refers to *Hepatitis* and it has a category denominated *Representations of Hepatitis*. This category also represents the way in which hepatitis is conceived. **Final Considerations:** The consequences of the accident were represented as biopsychosocial expressions that affect not only the workers involved in the accident but also their closely related persons. The representations of aids surpassed the biological aspect and reached the prejudice, the segregation and the stigma which are distinctive aspects of aids. The representations about hepatitis C however, only allowed for the gathering of a slight articulated and coherent group of information. The work accident with PCBM should be seen within a more broadened conception. It should be recognized not only as a physical lesion, but also as an economical, psychosocial and legal phenomenon allowing it to be examined as a Public Health problem.

Keywords: Work-related accident, Biological risk, HIV, Hepatitis C, Familial life, Social Representations.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Lista de Quadros

Lista de Siglas

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	33
2.1. Objetivo Geral	34
2.2. Objetivos Específicos	34
3. POPULAÇÃO E METODOLOGIA	35
3.1. Trabalho de Campo	36
3.1.1. Participantes	36
3.1.2. Local da Pesquisa	37
3.1.3. Instrumento	37
3.1.4. Aspectos Éticos	38
3.2. Coleta de Dados	39
3.3. Análise dos Dados	39
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1. Perfil dos participantes do estudo e dos respectivos trabalhadores da área da saúde	43
4.2. Análise de conteúdo das entrevistas	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110

ANEXO

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O trabalho é uma categoria histórica determinada pelo caráter conceitual da ação e é específica em nossas vidas, pois pode funcionar como fonte de construção, realização, satisfação, riqueza, bens materiais e serviços úteis à sociedade humana. Entretanto, as atividades desenvolvidas também podem significar escravidão, exploração, sofrimento mental, doença e morte (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

No que diz respeito aos aspectos negativos envolvidos no trabalho, pode-se destacar os perigos aos quais os trabalhadores estão expostos em suas atividades diárias. Os acidentes ocupacionais fazem parte do cotidiano dos trabalhadores, contudo, tal problemática só ganhou visibilidade a partir do século XIX, com o avanço do processo de industrialização e das lutas operárias dele decorrentes. Braga (2000) refere-se ao acidente como fenômeno que rompe com a lógica do trabalho e que, ligado à dinâmica da sociedade, sempre fará parte do cenário social.

Os acidentes não são acontecimentos aleatórios individuais, mas, sim, uma condição da coletividade, com influências sociais marcantes. O foco de análise dos acidentes ocupacionais, em geral, deve incluir o devido estudo dos processos de trabalho nos quais os trabalhadores estão inseridos, bem como, o seu contexto de vida, uma vez que interferem diretamente no desencadeamento desses agravos (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O acidente ocupacional é legalmente definido em termos da Consolidação das Leis Trabalhistas como “aquele que ocorreu pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal de perturbação funcional que causa a morte ou a perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho” e ainda como “acidente sofrido pelo segurado no local e no horário de trabalho em consequência de: a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiros ou companheiro de trabalho e em b) ato de imprudência,

negligência ou imperícia de terceiros ou companheiro de trabalho”. Acrescenta-se ainda a “doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de suas atividades” (CAMPANHOLE, 1991).

No ambiente hospitalar, local onde esta pesquisa foi desenvolvida, existem algumas especificidades no que dizem respeito à gestão de saúde e segurança do trabalho. Rissi (2005) afirma que o hospital é um contexto particularmente complexo, no qual práticas cotidianas visam o cuidado com aqueles que estão doentes e a ocorrência de acidentes ocupacionais podem acarretar complicações específicas, devido à probabilidade da presença de algum agente biológico, implicando em uma possível contaminação.

O hospital, representando uma categoria institucional, embora constitua um espaço de normatizações e prescrições, jamais poderá ser visto como limitado a esse aspecto, sendo preciso levar em consideração a sua dinâmica que está em constante movimento. Os acontecimentos difíceis de serem antecipados são relacionados aqui à variabilidade (categoria), logo, o número e o tipo de tarefas realizadas em uma enfermaria no horário diurno poderá ser diferente no noturno, horário em que, provavelmente, a maioria dos pacientes encontram-se dormindo. O tipo de evento que acontece no cotidiano hospitalar nunca pode ser prescritível (BRAGA, 2000). A variabilidade nesse ambiente é um fator que deve ser analisado quando se pretende abordar questões referentes ao cotidiano em um hospital e, no presente estudo, os acidentes com MBPC.

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

Ainda nesse sentido, Sêcco et al. (2004) afirmam que as unidades hospitalares constituem ambientes complexos que apresentam número elevado de riscos ocupacionais para seus trabalhadores, tanto na área de atendimento aos pacientes, como nas áreas de apoio dos serviços de atenção à saúde, que predispõem a ocorrência de acidentes ocupacionais de variadas naturezas.

Além dos riscos físicos, químicos e biológicos, os trabalhadores da área da saúde - durante a assistência ao paciente - encontram-se expostos a riscos, causados por fatores ergonômicos e psicossociais, que também podem ocasionar doenças ocupacionais e o próprio acidente ocupacional (MEIRELLES, 1997).

O ministério da saúde define risco como uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar lesões a pessoa, danos a equipamentos e perda de material em processo ou redução da capacidade de produção (BRASIL, 1995). A legislação brasileira classifica o grau de risco numa taxa de variação de um a quatro graus. O hospital é uma instituição integrada ao setor terciário da economia, com grau de risco três, devido às operações insalubres que são realizadas (MARZIALE, 1995).

Dentre os agentes potenciais de danos à saúde do trabalhador estão: físicos, químicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos e psicossociais.

Os riscos químicos derivam da exposição ocupacional dos trabalhadores da área da saúde a substâncias químicas. A exposição aos riscos desses agentes pode ser mais ou menos efetiva, a depender da área de atuação do profissional, e ainda de fatores, como: tipo do agente, tempo de exposição, contato com o material e concentração do produto. Neste grupo de agentes, incluem-se medicamentos, gases anestésicos e esterilizantes, drogas citostáticas, dentre outros, que podem ocasionar sensibilização alérgica, aumento da atividade mutagênica e até esterelidade (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Com relação aos riscos físicos, presentes no ambiente hospitalar, pode-se destacar a temperatura ambiental (elevadas nas áreas de esterilização e baixas no Centro Cirúrgico), as radiações (ionizantes e não-ionizantes), os ruídos (externos e internos), a iluminação inadequada, exposição a incêndios e choques elétricos (JANSEN, 1997).

Os riscos psicossociais, por sua vez, provêm da sobrecarga do contato com o sofrimento dos pacientes, dos rodízios de turnos, do ritmo de trabalho e das tarefas fragmentadas e repetitivas. Esses fatores podem levar a sinais e sintomas tais como: estresse, depressão, insônia, suicídio, tabagismo, consumo de álcool, drogas e fadiga mental (JANSEN, 1997; MARZIALE, 1995).

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

Por fim, existem os riscos biológicos, que são o objeto de interesse da presente pesquisa. Estes riscos referem-se ao contato do trabalhador com microorganismos ou materiais infecto-contagiantes causadores de doenças tais como: tuberculose, hepatite, rubéola, aids, entre outros (MARZIALE; RODRIGUES, 2002). O contato com microorganismos patológicos veiculados pelos materiais biológicos, aos quais o trabalhador fica exposto, é um fator preocupante, principalmente no que diz respeito ao acidente ocupacional, merecendo destaque especial o material perfuro-cortante.

Para melhor compreender como riscos ou cargas e exigências se manifestam concretamente nos processos de trabalho, é pertinente o instrumental desenvolvido pela corrente da Ergonomia Situada (DANIELLOU; LAVILLE; TEIGER, 1989). Esta considera a atividade humana de trabalho seu objeto de estudo principal, no qual uma das origens básicas da carga de trabalho está relacionada às discrepâncias entre o trabalho prescrito e o real.

Projetistas, planejadores e gerentes tendem a gerar condições e metas de trabalho muitas vezes incompatíveis com as capacidades humanas de saúde e satisfação dos trabalhadores. Como consequência dessa contradição/inadequação surge a carga de trabalho, onde as esferas física, cognitiva e psíquica do ser humano individual e coletivo, que efetiva um dado trabalho, geram um processo de adaptação destruturante da pessoa em relação à saúde, seja a curto, médio ou a longo prazo. Assim, a carga de trabalho pode desencadear processos patológicos mais sutis ou objetiváveis, articulados às características das condições de vida e da história de cada pessoa. A distinção entre tarefa prescrita e atividade real - previsível diante da variabilidade de condições de trabalho - ocorre sobretudo em face à situações que exigem a interferência constante dos trabalhadores para manter a continuidade da produção ou prevenir eventos acidentários.

A área de Saúde do Trabalhador não se limita à identificação de fatores de risco ou de protetores, mas evidencia e incorpora a relação da saúde com a inserção social e a dinâmica do processo de trabalho.

No processo de produção capitalista o trabalhador atua como mercadoria/força de trabalho e não produz para si, mas para o capital, que detém os meios de produção. A lógica da produção passa pelo processo de valorização do capital, através da produção de mais-valia (FIGUEIREDO, 1995). Essa questão é de vital importância, pois o conceito de desgaste está associado a um processo de trabalho que fragmenta a relação entre o trabalhador, os meios de produção e o produto resultante do trabalho. O trabalho é subordinado à lógica de acumulação, sendo os trabalhadores submetidos a toda uma sorte de riscos derivados dos materiais, ambientes, máquinas, instrumentos e uma organização do trabalho que impõe a coerção e o ritmo da produção através de métodos de trabalho, relações hierárquicas e sistemas punitivos (DANIELLOU; LAVILLE; TEIGER, 1989).

No final da década de 60, do século passado, houve um questionamento global da organização do trabalho no modo de produção capitalista, onde se relacionou o processo de trabalho com a saúde. A relação capital-trabalho cria situações específicas de risco à saúde do trabalhador. Ele fica exposto à ação patogênica de substâncias físicas, químicas e biológicas, uso e desgaste do corpo no processo de produção e de relações sociais e pessoais potencialmente lesivas à saúde. Combinam-se outras situações de risco fora do micro ambiente de trabalho articuladas com suas condições de vida em decorrência direta e/ou indireta dos processos de produção existentes, como: diferenças salariais; acesso a serviços de saúde; preventivos e curativos; acesso a informações sobre problema de "saúde" e educação em geral (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Além da separação entre concepção e execução, outras formas de divisão do trabalho foram sendo implantadas, originando atividades laborais cada vez mais segmentadas. Esta fragmentação do trabalho serviu simultaneamente para intensificar o ritmo das atividades e para favorecer o aumento do controle exercido sobre o desempenho dos trabalhadores, provocando fadiga, superexploração, ansiedade, acidentes e uma série de doenças. Ou seja, fragmentando o próprio trabalhador (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Um outro aspecto importante é a monetarização dos riscos no trabalho, que seria o processo pelo qual o trabalhador aceita condições de insalubridade e risco de morte (periculosidade) pagos em dinheiro, ao invés de exigir a transformação das condições de trabalho. Pela ação do aparelho ideológico institucional, fica em segundo plano a questão da saúde e da integridade física e mental do trabalhador. A monetarização dos riscos, desse modo, irá se articular aos mecanismos psicológicos e psicossociais de negação do próprio risco (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Os acidentes que acometem trabalhadores que atuam em unidades hospitalares derivam de complexas inter-relações e não deve ser analisados de forma isolada, como evento

particular, mas através da análise do contexto dos processos de trabalho e produção, das formas como o trabalho é organizado e realizado, das condições de vida dos trabalhadores expostos, enfim, das cargas de trabalho presentes no dia-a-dia dos trabalhadores (SÊCCO et al., 2004).

Alguns autores afirmam que os acidentes ocupacionais no contexto hospitalar não devem ser considerados meramente como imprevistos ou causalidades, e, sim, como eventos complexos que necessitam de intervenções complexas (BRAGA, 2000; OSÓRIO; MACHADO; MINAYO-GOMES, 2005). Nesse sentido, a abordagem do acidente é entendida como resultado da dicotomia entre fatores técnicos e humanos, admitindo a existência de fatores causais sem ligação direta com o trabalhador acidentado, substituindo a noção de responsabilidade individual pela noção de fenômeno complexo, ou seja, como resultado do efeito conjugado de uma série de fatores (RISSI, 2005).

As Ciências Sociais têm muito a contribuir para a análise dos acidentes ocupacionais, através do diálogo com as demais disciplinas envolvidas com o evento, tais como a engenharia, a epidemiologia, a toxicologia, dentre outras. As Ciências Sociais, principalmente a psicologia, a sociologia e a antropologia buscam adicionar seus conhecimentos às análises dos acidentes ocupacionais (BRAGA, 2000).

Para as análises das causas dos acidentes, pode-se considerar que uma das maiores contribuições das Ciências Sociais tem sido a demonstração que a aceitabilidade dos riscos e os critérios de segurança para a operação de sistemas tecnológicos complexos são um contínuo processo de negociação e invenção de novas regras num universo em que a tecnologia e relações sociais de trabalho interagem, de tal modo que se torna impossível, tanto considerá-las isoladas como abstraí-las da forma como são gerenciados produção e riscos (FREITAS, 1996).

Outro fator importante é a incorporação da participação daqueles que vivenciam no cotidiano os riscos e, por isso, os trabalhadores são capazes não só de relatarem o ocorrido, mas, sobretudo oferecerem o conhecimento da prática que possuem, proporcionando a confecção de estratégias de controle e prevenção mais eficazes no gerenciamento de riscos (BRAGA, 2000).

Para as análises de conseqüências, as Ciências Sociais têm demonstrado que os acidentes interagem com processos psicológicos, culturais e sociais, afetando individualmente as vidas das pessoas e, também, suas relações familiares.

Para que as investigações dos acidentes ocupacionais possam contribuir para a superação do atual quadro de gravidade nessa área, torna-se necessário o diálogo entre as diversas disciplinas que compõem o campo da saúde do trabalhador e, principalmente, a incorporação dos saberes dos trabalhadores que vivenciam as situações de trabalho (BRAGA, 2000).

Dentro dessa perspectiva, Brandão Junior (2000) afirma que existe um campo de forças envolvendo as condições adversas de trabalho que servem para aumentar a vulnerabilidade do trabalhador ao acidente com agentes infecciosos no ambiente hospitalar, à exemplo do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Entre as condições adversas pode-se destacar o excesso de trabalho, o rápido atendimento aos pacientes, a falta de recursos humanos necessários, os riscos concretos de contaminação, a fadiga, os múltiplos empregos, a falta de esclarecimento sobre biossegurança e o estresse.

Com o advento da aids, no início dos anos 80 do século passado, a comunidade científica passou a dar importância à possibilidade de infecção através da exposição ocupacional (RISSI; MACHADO; FIGUEIREDO, 2005).

No início da década de 90 do século XX, houve um aumento de publicações relacionadas a acidentes ocupacionais com material biológico potencialmente contaminado

(MBPC) como reflexo das descobertas sobre a transmissão ocupacional do HIV (MARZIALE; RODRIGUES, 2002). Tais publicações dirigem-se, principalmente, aos aspectos epidemiológicos, clínicos e profiláticos relacionados aos eventos (BELL, 1997; GIR; COSTA; SILVA, 1998; HOPP, 1989; IPPOLITO; PURO; DE CARLI, 1993; MACHADO et al., 1992; PURO; IPPOLITO, 2000).

A exposição ocupacional é caracterizada pelo contato direto com fluidos potencialmente contaminados e pode acontecer de três formas: por inoculação percutânea, também chamada de parenteral; pelo contato direto com membranas mucosas e pelo contato direto com pele não-integra, isto é, corte, arranhadura ou afetada por dermatites ou solução de continuidade (RISCO BIOLOGICO, 2007).

No que diz respeito aos materiais biológicos potencialmente capazes de transmitir o HIV, pode-se destacar o sangue ou qualquer outro fluido orgânico contendo sangue, secreção vaginal e sêmen, tecidos e materiais concentrados de vírus. Quanto ao suor, lágrimas, fezes, urina e saliva, estes são líquidos biológicos sem risco de transmissão ocupacional para o HIV (RISCO BIOLOGICO, 2007).

O primeiro caso de transmissão ocupacional da infecção pelo HIV no Brasil foi notificado em 1997, com o registro de uma auxiliar de enfermagem contaminada pelo vírus, com confirmação de aids, devido a um acidente ocupacional com material perfuro-cortante ocorrido em São Paulo (SANTOS; MONTEIRO; RUIZ, 2002).

Desde o início da epidemia da aids, em 1981, até 1999, há registro, em todo mundo, de 100 casos comprovados e uma estimativa de outros 213 prováveis de contaminação pelo HIV entre trabalhadores da área da saúde, totalizando 313 casos (RISCO BIOLOGICO, 2007).

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos apontam que ocorrem de 600.000 a 800.000 acidentes com MBPC ao ano, sendo que 380.000 desses

acidentes são causados por agulhas, configurando importante problema de saúde pública (CDC, 2007).

Dentre os patógenos que possuem uma maior importância do ponto de vista epidemiológico e que são suscetíveis de transmissão através de exposição acidental a MBPC estão o HIV, o Vírus da Hepatite B (HBV) e o Vírus da Hepatite C (HCV) (CARDO, 1997). A forma de transmissão ocupacional faz-se pelo contato com sangue, sendo o acidente perfuro cortante o de maior risco. O que diferencia e aumenta o risco representado pelo HCV é a inexistência de imunização, como a que pode ser realizada para o HBV, além da ausência de profilaxia pós-exposição (PEP), como no caso do HIV e do HBV (BRASIL, 2004).

A aids é a manifestação clínica da infecção pelo HIV que leva, em média, oito anos para se manifestar. Estima-se que existam, atualmente, 33,2 milhões de pessoas com HIV em todo mundo e que ocorreram 2,5 milhões de novas infecções em 2007 (UNAIDS, 2008). No Brasil, desde a identificação do primeiro caso de aids em 1980 até junho de 2007, já foram identificados cerca de 474.273 mil casos da doença (BRASIL, 2007).

Da mesma forma que a aids, as hepatites virais são importante problema de saúde pública, apresentando distribuição universal e magnitude variável de região para região. Trata-se de infecções sistêmicas que provocam necrose e inflamação das células hepáticas, produzindo um grupo peculiar de alterações clínicas, bioquímicas e celulares (ARAÚJO; SALES; DIÓGENES, 2006).

As hepatites encontram-se disseminadas pelo mundo inteiro e ocupam um dos primeiros lugares entre as infecções virais, representando uma das causas mais importantes de disfunção hepática. Estima-se que existam cerca de 325 milhões de portadores crônicos de hepatite B e 170 milhões de hepatite C no mundo. No Brasil, pelo menos 15% da população já teve contato com o HBV. Estima-se que os casos crônicos de hepatite B e C representam 1% e 1,5% da população, respectivamente (BRASIL, 2005).

Os vírus das hepatites B e C são ambos transmitidos por via parenteral, porém, a hepatite B é também considerada uma doença de transmissão sexual e transmissão vertical (de mãe para filho). No caso da hepatite C, transmissão sexual e vertical são menos frequentes (CAMARGOS; MELO, 2001).

A hepatite C é uma doença viral que acomete o fígado causada pelo HCV. Esta é a mais temida e perigosa de todas as hepatites virais, devido à inexistência de vacina, às limitações do tratamento e à sua alta tendência à cronicidade, que acarreta eventualmente cirrose hepática, podendo levar tardiamente à neoplasia. A hepatite B, por sua vez, é uma doença infecciosa frequentemente crônica causada pelo HBV. É transmitida sexualmente ou por agulhas infectadas e pode progredir para cirrose hepática ou hepatocarcinoma (ARAÚJO; SALES; DIÓGENES, 2006).

Evitar a exposição é a melhor forma para prevenir a transmissão ocupacional à tais patógenos, aliada à imunização contra hepatite B e ao atendimento adequado pós-exposição, componentes integrais para um programa completo de prevenção dessas infecções além de serem elementos importantes para a segurança do trabalho (CDC, 2001).

Os acidentes ocasionados por picadas de agulhas respondem por cerca de 80 a 90% das transmissões de doenças infecciosas entre os trabalhadores de saúde. Entretanto, o risco de transmissão de infecção de uma agulha contaminada é de um em três, para a hepatite B, de um em trinta, para a hepatite C e de um em trezentos para o HIV (GODFR, 2001).

No que diz respeito ao risco de transmissão do HIV, este é, em média, de 0,3% em acidentes percutâneos e de 0,09%, após exposições em mucosas, em havendo sangue. O risco após exposições, envolvendo pele não-integra, não é precisamente quantificado: estima-se que seja inferior ao risco das exposições em mucosas (GERBERDING, 2003).

O risco de contaminação pelo HBV está relacionado, principalmente, ao grau de exposição ao sangue no ambiente de trabalho e, também, à presença ou não do antígeno e do

vírus B (HBeAg) no paciente-fonte. A presença desse antígeno em exposições percutâneas, envolvendo sangue sabidamente infectado pelo HBV e com a presença de HBeAg, reflete em uma alta taxa de replicação viral e, portanto, uma maior quantidade de vírus circulante, sendo o risco de adquirir hepatite clínica, à vírus B, da ordem de 22% a 31%. Quando o paciente-fonte apresenta somente a presença de antígeno de superfície do HBV (HBsAg), o risco de hepatite clínica varia de 1% a 6% e o de soroconversão de 23% a 37% (GERBERDING, 2003).

Quanto ao risco para a hepatite C, após um acidente percutâneo com paciente-fonte infectado pelo HCV, é de aproximadamente 1,8%, variando de 0 a 7% (CDC, 2001), representando a única medida eficaz para eliminação desse risco a prevenção da ocorrência do acidente (RAPPARINI; CARDO, 2004). A transmissão do HCV, a partir de exposições em mucosas, é extremamente rara. Nenhum caso de contaminação envolvendo pele não íntegra foi publicado na literatura até o momento (GERBERDING, 2003).

Na ocorrência de acidente com MBPC, o trabalhador, assim como o paciente-fonte, serão submetidos a testes para pesquisas de anticorpos contra HIV, HCV e HCB. Na ausência de informações sobre as sorologias do paciente-fonte serão solicitados exames apenas do trabalhador acidentado. No Brasil, não existe uma legislação que obrigue o paciente-fonte a realizar as sorologias. Em caso de impossibilidade da realização dos exames do paciente-fonte, os procedimentos serão tomados como se o paciente índice fosse potencialmente portador do HIV, HCV e/ou HBV (BRASIL, 2004).

Os critérios de gravidade na avaliação do risco do acidente relacionam-se diretamente com a quantidade de vírus presente no paciente-fonte e o volume de material biológico. São considerados acidentes graves aqueles que:

-envolvem o paciente-fonte com aids em estágios avançados da doença ou com infecção aguda pelo HIV (viremias elevadas);

- lesões profundas provocadas por material perfuro-cortante;
- presença de sangue visível no dispositivo invasivo;
- agulhas previamente utilizadas em veia ou artéria do paciente-fonte (ex: flebotomias ou gasometrias), dentre outros decorrentes de exposição de áreas cutâneo-mucosas (BRASIL, 2004).

No que diz respeito às medidas profiláticas, os acidentes ocupacionais com MBPC devem ser tratados como emergência médica, uma vez que, para atingir maior eficácia, as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e pelo HBV necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente (BRASIL, 2004).

Se confirmada a presença de anticorpos para o HIV no paciente-fonte e, havendo dependência de diferentes fatores envolvidos com o acidente (tipo, profundidade, estado da doença do paciente fonte), deverá ser estabelecida profilaxia pós-acidente e o trabalhador fará uso de medicação anti-retroviral por quatro semanas, com seguimento por seis a doze meses, na dependência de co-infecção pelo HCV no paciente-fonte, com monitoramento através de exames clínicos e laboratoriais (BRASIL, 2004).

Ainda nesse sentido, Machado e Rossim (2004), afirmam que a indicação do uso de anti-retroviral (ARV) deve ser baseada em uma avaliação criteriosa acerca do risco de transmissão do HIV, considerando as circunstâncias e o tipo de acidente, o esperado benefício e eventuais efeitos colaterais da medicação instituída e que a cepa infectante seja suscetível ao regime terapêutico utilizado.

A quimioprofilaxia deverá ser iniciada idealmente dentro de 1 ou 2 horas após o acidente. O início da medicação após largos intervalos de tempo (1 ou 2 semanas) pode ser considerado somente para exposição com elevado risco de transmissão do HIV. A duração da quimioprofilaxia é de quatro semanas (BRASIL, 2004).

Quando a condição sorológica do paciente-fonte não é conhecida, o uso de quimioprofilaxia deve ser decidida em função da possibilidade de infecção pelo HIV deste paciente. Quando indicada, a quimioprofilaxia deve ser iniciada e reavaliada a sua manutenção de acordo com o resultado da sorologia do paciente-fonte (BRASIL, 2004).

Para a prevenção de hepatite B, existem disponíveis a vacina e a gamaglobulina hiperimune. A vacina é extremamente eficaz, apresentando 90 a 95% de resposta vacinal em adultos imunocompetentes. Não apresenta toxicidade, embora tenha como possíveis redutores da eficácia o aumento da idade, a obesidade, o sexo masculino e o hábito de fumar. Os efeitos colaterais são raros; na grande maioria das vezes ocorre dor discreta no local da aplicação, febre e, excepcionalmente, fenômenos alérgicos (MACHADO; ROSSIM, 2004).

Quanto à hepatite C, não existe intervenção específica para prevenir a transmissão do vírus da hepatite C após o acidente ocupacional. Caso o paciente-fonte seja positivo para o HCV, o trabalhador acidentado deverá realizar seguimento clínico e sorológico por seis meses. Caso o trabalhador apresente alterações desses parâmetros, deve-se investigar a presença do vírus e caso seja positiva, o acidentado deverá realizar seguimento com especialista para avaliação e eventual início de terapia específica, que inclui terapia específica contra o HCV (MACHADO; ROSSIM, 2004).

No caso do HIV os ARV's produzem alguns efeitos colaterais, tais como náuseas, vômitos, diarreias, reações alérgicas entre outros, o que acarreta desde o uso irregular até a suspensão da profilaxia sem ordem médica. De acordo com o manual de condutas do Ministério da Saúde do Brasil na presença de intolerância medicamentosa, o trabalhador deve ser reavaliado para adequação do esquema terapêutico. Nenhuma retirada ou interrupção dos medicamentos deve ser feita pelo próprio trabalhador acidentado (BRASIL, 2004).

Neste período deverá ainda ser observada a prevenção de possível transmissão secundária e caberá ao acidentado adotar comportamentos profiláticos através do uso de

preservativos nas relações sexuais. No caso de mulheres que estejam amamentando, esta atividade deverá ser suspensa, dado o risco de transmissão do HIV à criança através do leite materno, além disso, as trabalhadoras deverão receber orientações quanto a anticoncepção (BRASIL, 2004).

As mesmas recomendações são dirigidas àqueles trabalhadores cujo acidente envolveu material biológico contaminado pelo HCV, no entanto não existe nenhuma medida medicamentosa que possa ser efetuada para prevenir a soroconversão. Estes trabalhadores são acompanhados, após o acidente, através da realização de exames laboratoriais, como anteriormente descrito.

No caso de acidente envolvendo fonte desconhecida deverão ser analisadas as circunstâncias do acidente para a decisão sobre a conduta apropriada: iniciar ou não profilaxia. De acordo com os resultados encontrados em seu estudo, Rossim (2004) acredita ser necessário repensar condutas determinantes da profilaxia pós-exposição (PEP) com material biológico não identificado, uma vez que existe a possibilidade de que o HIV continue ativo em agulhas, mesmo após longo período de permanência sob condições que, em teoria, seriam adversas. Do mesmo modo, Locarnini (2003) refere que o HBV pode sobreviver em superfícies por períodos de até uma semana.

No que diz respeito às subnotificações, alguns autores afirmam que estas acontecem devido a fatores como o desconhecimento dos trabalhadores para com a obrigatoriedade da notificação, a subestimação da importância do acidente devido à pequena extensão das lesões ocasionadas, o descrédito da contaminação e o medo da perda do emprego (MACHADO, 2006; MARZIALE; ROBAZZI, 2004; MIOLA, 2005).

O Ministério da Saúde publicou Portaria (MS/GM nº 777, de 28/04/2004) que dispõe sobre a regulamentação da notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador, acidentes e doenças relacionados ao trabalho em uma rede de serviços sentinela do Sistema

Único de Saúde, que inclui centros de referência em Saúde do Trabalhador e serviços de saúde credenciados como sentinela (hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, e também serviços de atenção básica e de média complexidade). Os acidentes ocupacionais com exposição a material biológico são classificados como agravos de notificação compulsória. O instrumento de notificação compulsória é a ficha de notificação, que está padronizada pelo Ministério da Saúde, segundo o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2004).

As conseqüências psicossociais da comunicação do acidente também contribuem para subnotificação, como a necessidade de realização do teste anti-HIV, o confronto com a vida sexual passada, presente e futura; o uso de medicações; o medo de reações dos familiares, parceiro e colegas de trabalho e todo sofrimento psíquico envolvido nessas circunstâncias (RISSI, 2005).

Diante dos riscos provenientes de sangue e fluidos corpóreos veiculadores de infecções, os trabalhadores da área da saúde devem adotar medidas preventivas, dentre as quais estão as criadas pelo CDC desde 1987, que incluem a adoção de uma política conhecida como Precauções Universais (PU). Estas precauções foram criadas para normatizarem as práticas de manuseio com sangue e/ou outros fluidos corpóreos e possibilitarem maior segurança profissional (BALSAMO, 2002).

As PU, atualmente denominadas Precauções Básicas (PB), baseiam-se no princípio de que todo paciente deve ser considerado como potencialmente infectado, independente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa. Tratam-se de medidas que devem ser utilizadas na manipulação de sangue, secreções e excreções, assim como no contato com mucosas e pele com áreas de integridade comprometida. Incluem recomendações sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) como luvas, máscaras, óculos de proteção, aventais e os cuidados específicos na manipulação e descarte de materiais perfurocortantes.

Alguns estudos mostram que a adoção de tais medidas reduz o risco de acidentes com material biológico e, conseqüentemente, a transmissão ocupacional pelos vírus da aids e hepatites (BREVIDELLI; ASSAYAG; TURCATO, 1995; PRADO et al., 1999; SARQUIS, 1999).

Diante do exposto, observa-se que os estudos relacionados ao episódio de acidente ocupacional com MBPC estão em franco crescimento, embora questões relacionadas à implicação psicológica do evento de exposição acidental a MBPC tenham sido pouco discutidas na literatura (BRAGA, 2000; BRANDÃO JUNIOR, 2000; FIGUEIREDO; TURATO, 1995; MACHADO; RISSI, 2004; OSÓRIO; MACHADO; MINAYO-GOMES, 2005; SOUZA, 2000).

As conseqüências da exposição ocupacional à MBPC não se reduzem à possibilidade de infecções, mas incluem dimensões psicossociais, como o impacto do acidente, a espera de resultados dos testes sorológicos realizados, significados atribuídos à profilaxia medicamentosa, negociações que devem ser realizadas no âmbito pessoal, entre outros (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

No que diz respeito ao impacto profissional, alguns trabalhadores, após o acidente, passam a ficar com medo de contaminação no trabalho, aumentam a precaução e preocupação com a equipe e sentem medo de discriminação no próprio ambiente de trabalho (BRANDÃO JÚNIOR, 2000). Por outro lado, Machado e Rissi (2004) afirmam que os trabalhadores que conseguem elaborar, de forma consistente, as situações de acidente e repensam suas vidas sob o olhar dos acontecimentos, normalmente apresentam respostas cognitivas importantes, transformando suas práticas do ponto de vista da segurança pessoal.

Outro aspecto importante dos fatores subjetivos envolvidos nas exposições a MBPC é a aderência dos trabalhadores aos medicamentos. De acordo com Brandão Júnior (2000), a possibilidade de aceitar e reconhecer a PEP como necessária dependerá de fatores como o

significado e a representação que o trabalhador da área da saúde tem desse tipo de acidente em sua vida. Segundo Miola (2005), aspectos religiosos, medo da reação familiar, faixa etária, posologia e efeitos colaterais da medicação são fatores significantes na análise da aderência do trabalhador à profilaxia anti-retroviral.

Feijó et al. (2000), conduziram estudo no sentido de avaliar a relação entre a ocorrência de exposições ocupacionais à MBPC e o quadro de estresse agudo, indicando que, entre os profissionais que trabalham com infectados pelo HIV, o diagnóstico de estresse, após o acidente, é mais freqüente. Dentre as reações frente ao acidente estão a ansiedade e o medo, tentativas de evitar o contato com o paciente e outras alterações psicossociais, com reflexos na vida familiar e profissional. O estresse psicológico está relacionado a eventos traumáticos e a situações imprevisíveis de ameaça, como em dificuldades profissionais, que perturbem a saúde e o bem-estar ou coloquem em risco relações interpessoais (BOLLER, 2004).

A exposição ocupacional à MBPC tem repercussão na vida social e familiar, configurando uma aproximação entre contextos. O espaço social e pessoal é invadido de forma desorganizadora pelo impacto do acidente. A ameaça presente de se tornar portador de doenças acompanhadas de estigma carregam consigo, não apenas o temor à morte, mas também à discriminação e possíveis interferências nos relacionamentos sociais e afetivos, conseqüências que são, a princípio, mais devastadoras que a própria percepção de vulnerabilidade à doença (RISSI, 2005).

As vivências do trabalhador em seu ambiente de trabalho repercutem em seu contexto social e doméstico, exercendo influência na qualidade de suas relações e interferindo em sua vida como um todo. Além disso, revelar o acidente é assumir para si e para os outros os riscos ao qual o trabalhador está exposto em seu dia a dia, dessa forma ele recai indiretamente sobre toda a família (LUNARDI; MAZZILLI, 1996).

Uma das maiores preocupações do trabalhador, no que diz respeito ao âmbito familiar, é uma possível reação negativa dos familiares e do parceiro. Em algumas situações, os familiares chegam mesmo a criticar os trabalhadores pelo acidente, reforçando o sentimento de culpa dos mesmos. Por outro lado, os familiares, muitas vezes, ficam tão preocupados que aumentam o estresse do trabalhador. Por esses motivos, eles evitam contar aos familiares sobre o acidente e, como consequência, sentem-se sozinhos e sem apoio. No caso dos parceiros, pode ocorrer ainda o temor de incompreensão e acusação de infidelidade (BRANDÃO JÚNIOR, 2000; RISSI, 2005).

No contexto das relações sociais, a revelação sobre o acidente é dificultada, novamente, pelo temor de ser vítima de julgamento ou do mesmo preconceito que reconhecem existir com os doentes. As possíveis consequências do preconceito aparecem na forma de medo da rejeição (solidão) e perda da estabilidade.

A experiência subjetiva dos trabalhadores frente ao acidente ocupacional na área hospitalar está intrinsecamente associada às representações que eles fazem de doenças como a aids. Brandão Júnior (2000) afirma que as concepções que os trabalhadores possuem sobre a aids são muito semelhantes às da sociedade em geral, que ainda discrimina e contribui para a morte social dos portadores ao vincular o HIV a comportamentos não aceitáveis socialmente. Nesse sentido, quando sofrem o acidente, os trabalhadores vivenciam discriminações existentes em si próprios, aumentando o sofrimento psíquico e a dificuldade de elaborarem e superarem essa fase.

É nesse sentido que se insere a importância de estudos acerca do acidente com MBPC e suas repercussões psicossociais, tendo como suporte teórico as Representações Sociais.

As Representações Sociais vêm sendo bastante utilizadas em estudos na área de saúde. Uma das primeiras autoras a estudar temas como **saúde** e **doença** no campo das Representações Sociais, foi Herzlich (1986). Seu objetivo foi analisar o papel das

Representações Sociais da saúde e da doença no campo médico, privilegiando a dimensão social. Segundo a autora, essas representações estão enraizadas na realidade social e histórica, relacionando o indivíduo à ordem social e salientando, assim, a importância da penetração de uma teoria científica no pensamento comum e sobre seu poder de criação da realidade social.

Alguns aspectos mencionando a importância das Representações Sociais de saúde-doença no campo das Ciências Sociais são apontados por Minayo; Hartz e Buss (2000). Segundo os autores, nas Ciências Sociais as representações são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade e explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Para compreender essas representações é necessário examiná-las a partir dos substratos econômico, político e cultural da sociedade em que se vive. No que diz respeito à construção histórica da **saúde** e da **doença**, os intelectuais e técnicos do setor, como a população, são atores e autores.

Para uma melhor compreensão da noção de Representações Sociais (RS), é importante destacar algumas definições elaboradas por Moscovici e por outros estudiosos da teoria, tais como Jodelet e Abric, nas quais muitos pesquisadores da área de saúde ancoram seus estudos.

As RS são definidas como uma modalidade de conhecimento particular que têm como função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos (MOSCOVICI, 1978). É um conjunto organizado de informações, atitudes e crenças que um indivíduo ou um grupo elabora a propósito de um objeto, de uma situação, de um conceito e de outros indivíduos ou grupos, apresentando-se, portanto, como uma visão subjetiva e social da realidade (ABRIC, 2000). Jodelet (2001, p.22), por sua vez, conceitua as Representações Sociais da seguinte maneira:

[...] é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é

diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais.

Dessa maneira, as Representações Sociais são como um ato de pensamento pelo qual um sujeito se relaciona a um objeto. Elas correspondem a um processo de apropriação da realidade externa - pelo pensamento - e à elaboração psicológica (cognitiva e afetiva) e social (contexto ideológico, histórico, pertença de classe do indivíduo) dessa realidade. As Representações Sociais são como sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando nossas condutas. Elas estão ligadas a sistemas de pensamento mais amplos (ideológicos ou culturais) e a um estado de conhecimentos científicos, assim como à condição social e à esfera da experiência privada e afetiva dos indivíduos (JODELET, 2001).

As ações e os discursos produzidos pelos indivíduos são dinâmicos e alteram-se ao longo de suas vidas, de acordo com suas experiências. As RS permitem classificar as diferentes maneiras pelas quais os atores sociais (neste estudo, as pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde que sofreram um acidente a MBPC, ou seja, seus familiares, parceiros sexuais e amigos próximos) captam os sentidos do acidente ocupacional, assim como, estabelecer nexos entre as diferentes experiências e oferecer um caminho de construção lógica pela qual as representações são produzidas e socializadas (RISSI, 2005).

Ao aprofundar os estudos do senso comum, torna-se possível extrair o pensamento de um grupo, culminando na sua própria expressão simbólica e criando recursos suficientes para um estudo do expressar cotidiano. Moscovici (2003) localizou o senso comum como um terceiro gênero de conhecimento, diferindo da ideologia e da ciência. Desta forma, ao se estudar o senso comum, o conhecimento popular, percebe-se algo que liga sociedade - ou indivíduos - à sua cultura, sua linguagem, seu mundo familiar.

O conhecimento do senso comum não é sistemático, se apóia na memória coletiva e no consenso. O pensamento que dele provém é razoável, racional e sensível. Neste sentido, o importante a ser enfatizado é que tanto o pensamento científico quanto o pensamento advindo do senso comum baseiam-se na razão (MARKOVA, 2003).

O senso comum é uma dimensão da cultura, a qual não é normalmente considerada como um compartimento organizado. Entretanto, há boas razões para tratá-lo como um corpo organizado de pensamento, pois é o resgate direto da experiência e não o resultado de reflexões aleatórias sobre esta. Cada sociedade produz seu próprio pensamento advindo do senso comum, baseado em suas crenças, valores, atitudes, opiniões, ideologias e etc (GEERTZ, 1978).

A Teoria das Representações Sociais marca uma nova etapa na fase da psicologia social, enquanto concepção transformadora dos modelos funcionalista e positivista vigentes na época. Por ser a Representação Social uma estrutura psicológica relativamente autônoma e, simultaneamente, pertencente à uma sociedade, instaura-se a não-ruptura entre o individual e o social (COUTINHO; CATÃO, 2003).

Algumas questões complexas relacionadas à Teoria das Representações Sociais são apontadas por Guareschi e Jovchelovitch (1994). A primeira se refere a como se constrói a relação indivíduo/sociedade e a segunda, à importância da construção humana que se estabelece entre o real e o simbólico, por meio da palavra. É na articulação destas questões que se situa a teoria de Moscovici.

A Representação Social é caracterizada como um saber prático que liga um sujeito a um objeto, possuindo determinados elementos e relações, e é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito). Esta tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações), fazendo da representação uma construção e expressão do sujeito (JODELET, 2001a).

Verifica-se, de tal modo, que o meio envolvente caracterizado pelas estruturas sociais e as interações é dotado de significados e abriga teorias e doutrinas circundantes das quais os indivíduos utilizam para elaborar suas respostas, ao mesmo tempo em que contribuem para a construção e reconstrução de uma realidade comum. Comprovado tal fenômeno, surge a questão apontada para a gênese destas representações.

Moscovici (1978) cita dois processos formadores das Representações Sociais, a saber: a objetivação e a ancoragem. Tais processos são sócio-cognitivos, visto que são processos cognitivos regulados socialmente, referindo-se às regulações normativas que verificam as operações cognitivas (VALA; MONTEIRO, 2000).

A objetivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e o percurso através dos quais tais elementos adquirem materialidade e tornam-se expressões de uma realidade natural (VALA; MONTEIRO, 2000). A objetivação consiste em corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, ou seja, transformar em objeto aquilo que é representado (NÓBREGA, 2003).

A ancoragem está dialeticamente articulada à objetivação, ela permite a incorporação do que é desconhecido ou novo em uma rede de categorias usuais (NÓBREGA, 2003). Para Moscovici (2003), a ancoragem é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. Assim, para que o estranho seja familiarizado e dominado, os sistemas de pensamento já estabelecidos tendem a predominar através dos mecanismos de classificação, de comparação e de categorização do novo objeto em julgamento (NÓBREGA, 2003).

Este processo é necessário para que se estabeleça uma representação, pois segundo Moscovici (2003), quando as coisas não são classificadas se tornam estranhas e, ao mesmo tempo, ameaçadoras. Desta forma, a ancoragem integra as informações, transformando-as

num conjunto de conhecimentos socialmente estabelecidos, culminando na instrumentalização do saber, conferindo um valor funcional à estrutura imageante da representação e contribuindo para exprimir e constituir as relações sociais (VALA; MONTEIRO, 2000).

A objetivação, assim como a ancoragem, são processos que se baseiam na memória. A objetivação tende a dirigir a memória para fora, derivando conceitos e imagens da memória para combiná-los e reproduzi-los no mundo externo, ou seja, criar algo novo com o auxílio do que já foi visto. Em detrimento à objetivação, a ancoragem dirige a memória para dentro, buscando coisas, eventos e pessoas que ela identifica como um protótipo, ou se reconhece nomeando o mesmo (COUTINHO, 2001).

Enquanto fenômeno psicossocial e “saber prático”, as Representações Sociais possuem funções específicas, como contribuir com os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais (MOSCOVICI, 1978). Posteriormente, Abric (2000) acrescentou uma terceira e quarta função das Representações Sociais: as funções identitária e justificadora, postulando que estas permitem salvaguardar a imagem positiva do grupo, além de manter e reforçar os comportamentos de diferenciação social nas relações entre os mesmos. O conceito de identidade social, que oferece vias de explicação da dinâmica das representações sociais e dos comportamentos, é um conceito articulador de processos psicológicos e sociais. Neste sentido, falar de uma Representação Social implica que se identifique o sujeito social desta representação, ou seja, o grupo social em que ancora ou as identidades sociais que lhe subjazem. E como um grupo se define por relação a um outro grupo, então uma representação grupal estrutura-se por referência a representações de *outgroups* relevantes (VALA; MONTEIRO, 2000). A partir destas questões, pode-se perceber que as Representações Sociais do acidente com MBPC estão atreladas ao universo consensual vivido pelos grupos que a representam (OLTRAMARI, 2003).

Tendo em vista que o maior temor do acidente com MBPC está atrelado à transmissão da aids, e que a amostra foi composta por trabalhadores da área da saúde que, em sua maioria, sofreu o acidente com paciente-fonte positivo para o HIV, fez-se necessário abordar a temática das Representações Sociais no campo da saúde e o fenômeno da aids nesse contexto.

Indubitavelmente, a contaminação pelo HIV é uma das conseqüências mais temidas dos acidentes ocupacionais com MBPC.

A aids é um fenômeno cujas conseqüências incidem na comunidade como um problema político e multidisciplinar. Em relação ao efeito psicológico da doença sobre a população em geral e sobre os trabalhadores de saúde especificamente, muitos autores identificaram uma “epidemia do medo”, que leva à discriminação dos indivíduos identificados como “grupos de risco”, à homofobia e à exclusão dos pacientes no trabalho, nas escolas que formam trabalhadores da área da saúde e nos locais onde o paciente é atendido (FIGUEIREDO, 2000).

A aids trouxe consigo a necessidade de reformulação da estrutura da autoridade médica, impondo a necessidade de atenção ao paciente como um todo e não apenas examinar o órgão doente. Trouxe também a demanda de lidar com questões afetivas e sociais, antes relegadas a segundo plano. Esse fato faz emergir o despreparo e a desorientação que envolve os trabalhadores da área da saúde no trato psicossocial da doença, enquanto o tratamento clínico é favorecido por constantes descobertas. Nos hospitais e instituições que atendem o paciente com aids, o estigma que acompanha todos os aspectos relacionados à doença tem constituído o maior bloqueio ao tratamento, se revelando entre os trabalhadores da área da saúde (SALDANHA, 2003).

Um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP - demonstrou que a qualificação parece tornar os trabalhadores mais críticos e menos sensíveis quanto ao trato psicossocial da aids, o que leva os trabalhadores menos

qualificados à uma maior valorização das necessidades individuais dos pacientes e à uma maior rejeição do caráter paliativo do tratamento (FIGUEIREDO, 2000).

No que diz respeito à vulnerabilidade, Brandão Júnior (2000) afirma que um dos fatores que contribuem para a vulnerabilidade dos trabalhadores da área da saúde ao HIV é a falta de um sistema de vigilância nacional de doenças ocupacionais relacionadas a agentes de risco biológico.

A vulnerabilidade ao HIV/aids está relacionada ao esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação ao problema e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES et al., 1999).

O conceito ainda predominante, principalmente nos casos de acidentes com material biológico, é o de comportamento de risco, que universaliza a preocupação com o HIV e estimula um ativo envolvimento individual com a prevenção. Mas o conceito de comportamento de risco também mostrou limites importantes, como elemento norteador de estratégias de conhecimento e intervenção em aids. A tendência à culpabilização individual é a sua outra face. Quando o comportamento do indivíduo é trazido para o centro da cena, a consequência inevitável é que se atribua à displicência sobre a eventual falha na prevenção (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

O acidente ocupacional com MBPC aproxima esse trabalhador ao mundo de seus pacientes, possibilitando uma resignificação não só da doença, mas do próprio cuidado para com esses pacientes e para evitar outros possíveis acidentes.

Nesse sentido, torna-se necessário integrar as dimensões psicológicas e sociais ao processo saúde-doença. As representações habituais de experiência da aids contêm os

elementos simbólicos e morais que vão, fortemente, intervir em todas as etapas do reconhecimento da doença, de demanda de cuidados e de restauração do estado de saúde. Essa busca de sentido, inseparável da identidade de sujeito e de ator social, infiltra todas as atitudes e os comportamentos face à doença (RIBEIRO et al., 2005).

A importância de estudos no campo das Representações Sociais relacionados à prática de saúde está na possibilidade de apreensão de processos e mecanismos pelos quais o sentido do objeto em estudo é construído pelos sujeitos concretos, em suas relações cotidianas. No caso da aids, encontram-se imbricados a sexualidade, a necessidade de afirmação do indivíduo, o afeto, as demandas e o desejo, em conjunção com normas, valores, informações e outros fatores de diferentes ordens (TURA, 1998).

O aparecimento da aids nos anos 80, do século passado, é caracterizado pelo surgimento de concepções advindas do senso comum paralelamente a concepções científicas, pois ela é uma doença cujas histórias, médica e social, se desenvolveram juntas. A ausência de informações do meio científico abriu espaço para o surgimento de uma qualificação social da doença, culminando em duas formas paralelas de pensamento: uma proveniente do meio científico do tipo biológico e outra advinda do homem comum, assumindo uma conotação moral e social. Essa concepção tem gerado ao longo da existência da aids, um estigma social, provocando preconceito, rejeição e exclusão (JODELET, 2001). Como consequência, tem-se observado por parte dos portadores do vírus grande revolta, submissão e vulnerabilidade, mostrando que a doença tem potencial mórbido não apenas a nível biológico, mas também a nível social e moral.

A aids foi a primeira doença cujas histórias médica e social se desenvolveram juntas e, dessa maneira, as pessoas elaboraram teorias apoiadas nos dados de que dispunham através da mídia. Os portadores do HIV eram vistos como drogados, hemofílicos, homossexuais ou receptores de sangue. As informações a respeito da transmissão da doença e de suas vítimas

favoreceram o surgimento de duas concepções: uma de tipo moral e social e outra, de tipo biológico, com a influência evidente de cada uma delas sobre os comportamentos, nas relações íntimas ou com as pessoas afetadas pela doença (JODELET, 2001).

O pensamento predominante era que a aids seria uma doença que se abatia sobre a moral sexual, como efeito de uma sociedade permissiva, condenada pelas condutas degeneradas, pela irresponsabilidade sexual. Um dos termos mais utilizados no início da pandemia era “peste gay”, clara expressão das representações iniciais da aids, que demonstravam a faceta simbólica do pensamento social, desvinculada de seu aspecto real. Ao lado dessa visão observou-se um retorno aos valores familiares tradicionais, representando uma garantia de proteção contra a doença e uma defesa de ordem moral conservadora (JODELET, 2001).

No início da epidemia, a aids foi objetivada como uma doença de responsabilidade dos exogrupos, na qual foi associada a nações estrangeiras e a grupos marginais, incluindo homens que fazem sexo com homens, viciados, africanos, haitianos e prostitutas, caracterizando uma estratégia projetiva (JOFFE, 2002). Ainda segundo a autora, tal defensividade é a força motora subjacente à formação das Representações Sociais da aids, que desvia a atenção da ameaça colocada pela aids ao Eu (e ao grupo interno), e centra seu olhar sobre o “outro”, ameaçado e ameaçador. Essas Representações Sociais defensivas de grupos hegemônicos são as que atravessam o mundo dos trabalhadores da área da saúde e o mundo dos meios de comunicação de massa (JOFFE, 2002).

Esse pensamento no ambiente da prática em saúde é susceptível à formação de Representações Sociais associadas ao estigma, pois, em relação às doenças que trazem em si o preconceito e a discriminação social, a aids traz com ela um estigma maior por falar de sexo, drogas, sangue, prostituição, homossexualidade e traição (ALVES; RAMOS, 2002).

Todos os fenômenos que emergem do contexto social são investidos simbolicamente, pois recebem nomes e significados que os avaliam, explicam e lhe dão sentido (COUTINHO, 2001). Logo, o fenômeno da aids, que faz parte da vida cotidiana, recebeu significados desde o seu aparecimento, os quais assumiram características específicas do contexto em que estavam inseridos. Ao colocar-se a questão do senso comum, coloca-se também a da pluralidade e da diversidade que marcam a construção social e, por isso mesmo, simbólica do homem enquanto sujeito (MADEIRA, 1998). Através desta pluralidade de lógicas, percebe-se que o senso comum tem abertos caminhos para diversas concepções a respeito da aids, sua força na sociedade mundial é claramente observável até mesmo no meio dos trabalhadores da área da saúde que lidam com a doença, influenciando de forma decisiva as relações cotidianas e, conseqüentemente, a qualidade nos atendimentos aos pacientes (RIBEIRO et al., 2006).

Ainda dentro da prática em saúde, observa-se como as representações elaboradas pelos trabalhadores da área da saúde podem afetar a qualidade no atendimento. Da mesma forma que seus pacientes, o trabalhador da área da saúde vê o mundo através do filtro de suas representações: só que seu imaginário está sempre protegido pelo escudo da racionalidade científica. Desta maneira, consolidam-se representações e modos de agir que passam através das gerações de trabalhadores, muitas das quais francamente hostis aos pacientes (CAMARGO Jr., 1992).

Nesse contexto, aponta-se a utilização da teoria das Representações Sociais, no campo da saúde, como uma forma moderna de pensar a saúde dentro de um espaço que focalize as mudanças sociais decorrentes das relações inter e intragrúps. Assim sendo, é importante se pensar na atenção em saúde, mais integralmente, que tome como ponto de partida as Representações Sociais e pertencas dos grupos humanos, para uma análise de seus problemas ou potenciais problemas, centrada na dimensão interpessoal do comportamento social e na relevância da dimensão psicossociológica (SILVA, 2003).

O aumento do número de acidentes ocupacionais com MBPC nas instituições de saúde alerta para a necessidade de uma política efetiva, não só de prevenção, treinamento e capacitação, mas, também de suporte e ajuda psicológica ao trabalhador da área da saúde e às pessoas do seu convívio íntimo (familiares, parceiros sexuais e amigos próximos).

Considerando os aspectos subjetivos da ocorrência de exposições ocupacionais, alguns estudos têm apontado o transtorno emocional frente ao episódio de acidente (FEIJÓ et al., 2000; FIGUEIREDO; TURATO, 1995; RISSI, 2005; SOUZA, 1999; SOUZA, 2001), contudo, tais conseqüências ainda precisam ser avaliadas de forma mais efetiva, inclusive no que se refere a situações precursoras, à vivência subjetiva do acidente e à possível implicação desse fato na vida social e familiar do trabalhador (RISSI, 2005).

A relação entre saúde e trabalho não diz respeito apenas às pessoas diretamente engajadas no processo de trabalho. É possível perceber uma linha muito tênue que separa o espaço de trabalho e o espaço privado e, diante da vivência de uma exposição ocupacional a MBPC, toda a família acaba sendo requisitada pelo trabalhador em seu esforço de enfrentar as dificuldades cotidianas. O cônjuge, os filhos, os pais e, eventualmente, outros entes da família do trabalhador são atingidos indiretamente pelos resultados da situação de trabalho e os riscos nela presentes (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Estas observações apontam para a importância de um aprofundamento de estudos nessa área, levando-se em consideração os aspectos psicossociais envolvidos na exposição acidental a MBPC, avaliando as repercussões nas pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde, tendo em vista as repercussões sofridas por estes e a escassez de pesquisas que levem esse fato em consideração, uma vez que as pesquisas realizadas, até o presente momento, privilegiaram, apenas, as repercussões que ocorrem com os trabalhadores acidentados com MBPC.

Nesse sentido, as Representações Sociais, como referencial teórico, possibilitarão a compreensão do modo como as pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde se orientam em seu mundo material e social, visando balizar sua prática e permitir a integridade necessária para responder às demandas internas e externas do indivíduo.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Investigar as representações sociais acerca do acidente a MBPC elaboradas pelas pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde que sofreram esse tipo de acidente.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar as hipóteses que as pessoas do convívio íntimo do trabalhador da área da saúde fazem sobre as causas do acidente, bem como os motivos, as reações frente à notícia, as expectativas frente aos exames e as repercussões do acidente no contexto familiar;
- Fornecer subsídios a programas de suporte e apoio psicológico às pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde.

3. POPULAÇÃO E METODOLOGIA

3. POPULAÇÃO E METODOLOGIA

3.1. Trabalho de Campo

3.1.1. Participantes

A amostra foi constituída por 13 pessoas do convívio íntimo (familiares, parceiros sexuais e amigos próximos) dos trabalhadores da área da saúde acidentados, indicadas pelos mesmos, preenchendo os seguintes critérios de inclusão:

- Aceitar expressamente o convite para participação;
- Permitir o registro dos dados durante os trabalhos;
- Residir em Ribeirão Preto;
- Ser uma pessoa do convívio íntimo de um trabalhador que tenha se acidentado com um paciente-fonte positivo para HIV, HBV, HCV, HIV e HCV ou HIV e HBV.

Os seguintes critérios de exclusão foram observados:

- Ter menos que 18 anos completos;
- Apresentar distúrbios físicos ou psíquicos que inviabilizem a realização das entrevistas.

A amostra foi escolhida de forma não-probabilística, intencional e acidental. Portanto, compreende uma amostra de conveniência. Para cada trabalhador acidentado participou apenas uma das pessoas do seu convívio íntimo.

O estudo foi realizado no período de junho de 2006 a setembro de 2006.

3.1.2. Local da Pesquisa

A presente pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Acidente Ocupacional ao Profissional da Saúde (AOPS), situado na Unidade Especial de Tratamento em Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HCFMRP-USP). Este ambulatório foi criado em 1997, com a finalidade de normatizar as condutas com relação à exposição a material biológico potencialmente contaminado pelo HBV, HCV e/ou HIV e o fornecimento das drogas anti-retrovirais indicadas para a profilaxia (MACHADO, 1999).

O atendimento é prestado à trabalhadores da área da saúde do HCFMRP-USP (campus e cidade) e aos trabalhadores oriundos da região de abrangência da Divisão Regional de Saúde XVIII (DRS XVIII), seguindo as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2004). Atualmente, o ambulatório atende, em média, 10 novas ocorrências de acidente a cada semana. De janeiro de 1997 até 16 de abril de 2008 foram atendidos 6.943 trabalhadores da área da saúde, não havendo, até o momento, nenhum caso de soroconversão para o HIV ou HBV. Mais recentemente ocorreram dois casos de possível soroconversão para o vírus C, os quais foram encaminhados ao ambulatório de hepatites para investigação (MACHADO, 2006).

3.1.3. Instrumento

Para a obtenção dos dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, divididas em duas partes. A primeira com questões que permitiram traçar um perfil da amostra; e a

segunda, com questões norteadoras centradas no referencial teórico das Representações Sociais.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro que funcionou como facilitador de abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação, conforme preconizado por Minayo (2000). O roteiro englobou as hipóteses que as pessoas do convívio íntimo do profissional da saúde fazem sobre as causas do acidente, tanto no que se refere às questões práticas quanto à dimensão emocional, as conseqüências que o acidente pode acarretar, os sentimentos observados diante do episódio vivido, assim como a maneira pela qual a aids e a hepatite C são concebidas.

Os conteúdos abordados nas entrevistas ficaram circunscritos a quatro temas: Causas do acidente, Conseqüências atribuídas ao acidente ocupacional com MBPC, Representações da aids e Representações da hepatite C.

Foi estabelecido o critério de saturação proposto por Sá (1998) para estabelecer o número de sujeitos entrevistados. De acordo com esse critério foram entrevistadas 13 pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde.

3.1.4. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa referente ao estudo teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP – USP), em sua 221^a Reunião Ordinária realizada em 20 de março de 2006, processo HCRP nº 15406/2005 (ANEXO 1).

Durante a realização da pesquisa, foi solicitado o Consentimento Informado dos participantes, cujo modelo foi elaborado de acordo com a Resolução nº 196/96, “Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (ANEXO 2).

3.2. Coleta de Dados

O contato inicial foi feito em um dos retornos após a notificação do acidente. Nesse momento, a presente pesquisa era apresentada, e o convite para a participação de uma das pessoas do seu convívio íntimo, era realizado. Os que preencheram aos critérios de inclusão foram agendados para entrevista.

As entrevistas foram realizadas no ambulatório de Acidente Ocupacional ao Profissional da Saúde (AOPS), em sala reservada, ou na própria residência da pessoa indicada pelo trabalhador, respeitando todos os critérios de adequação e sigilo necessários. Foi utilizado gravador, com a devida autorização do entrevistado.

3.3. Análise dos Dados

Para a análise das entrevistas, inicialmente, realizou-se a transcrição literal das mesmas, garantindo-se a fidedignidade das verbalizações dos sujeitos, para, então, iniciar a análise dos dados. A análise das entrevistas ocorreu de acordo com o método de caracterização e análise de conteúdo proposto por Bardin (2002). Esta autora define a análise de conteúdo como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às

condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (Bardin, 2002, p.42)”.

O objetivo da análise de conteúdo é compreender, criticamente, o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas. Em relação à análise temática, enfatiza-se a análise de ocorrências, objetivando revelar a atenção dada às falas pelos sujeitos entrevistados e conferindo-lhes diferentes conteúdos inventariados. Observa-se que esse tipo de análise permite inferências sobre a organização do sistema de pensamento dos sujeitos, produtores do discurso (COUTINHO, 2001).

Baseando-se neste contexto teórico-metodológico, foi utilizada a análise de conteúdo considerando os objetivos propostos neste estudo - ancorados na teoria das Representações Sociais - e seguindo as seguintes etapas operacionais apresentadas por Coutinho (2001): constituição do corpus, leitura flutuante, codificação, categorização e inferências. A figura 1 representa as etapas descritas.

Figura 1. Plano de análise das entrevistas.



- A) *Constituição do Corpus* – O corpus é definido como sendo o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos. Neste estudo, corresponde à reunião dos dados coletados através das entrevistas semi-estruturadas.
- B) *Leitura Flutuante* – É importante que se faça uma primeira leitura de todo material de forma livre e geral, sem preocupações com maiores controles, para uma maior familiarização do pesquisador com os dados obtidos, deixando-se invadir por impressões e orientações.
- C) *Codificação* – Após a leitura flutuante do corpus os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.
- D) *Categorização* – Após a decomposição do corpus faz-se necessário agrupar o material classificando-o em categorias e subcategorias simbólicas emergentes. Nesta fase da análise foi feita a validação através de três avaliadores que trabalham com o mesmo referencial teórico adotado neste estudo.
- E) *Inferências* – São designadas para realizar a indução a partir das categorias, permitindo, dessa maneira, inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Perfil dos participantes do estudo e dos respectivos trabalhadores da área da saúde.

Participaram do estudo 13 pessoas do convívio íntimo do trabalhador da área da saúde acidentado com MBPC. A tabela 1 apresenta o perfil das pessoas do convívio íntimo e dos respectivos trabalhadores da área da saúde, de acordo com algumas variáveis. Para as pessoas do convívio íntimo foram levadas em consideração as seguintes variáveis: idade, sexo, profissão e tipo de relacionamento com o trabalhador. No que diz respeito ao trabalhador da área da saúde, foram utilizadas variáveis tais como: categoria profissional, área de serviço, estado civil, idade, tipo de exposição, paciente fonte e conduta anti-HIV.

Tabela 1. Perfil das pessoas do convívio íntimo e dos respectivos trabalhador da área da saúde.

PESSOAS DO CONVÍVIO ÍNTIMO					TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE							
	IDADE	SEXO	PROFISSÃO	RELAÇÃO C/ TRABALHADOR	CATEGORIA TRABALHADOR	SERVIÇO	ESTADO CIVIL	IDADE	TIPO DE EXPOSIÇÃO	PACIENTE FONTE	CONDUTA HIV	RETORNO
1	27	Feminino	Fisioterapeuta	Amiga (moram juntas)	Fisioterapeuta	UETDI	Solteira	22	Líquido cânula de traqueotomia nos olhos	HIV e HCV	Sim	6 semanas
2	41	Masculino	Mecânico	Marido	Auxiliar enfermagem	UETDI	Casada	34	Saliva nos olhos	HIV e HCV	Não	6 meses
3	50	Feminino	Do lar	Mãe	Auxiliar enfermagem	UETDI	Solteira	30	Perfuração agulha oca	HIV	Sim	6 meses
4	55	Feminino	Costureira	Mãe	Auxiliar enfermagem	UETDI	Casada	35	Sangue nos olhos	HIV	Sim	3 meses
5	56	Feminino	Do lar	Mãe	Enfermeira	UETDI	Casada	35	Perfuração agulha oca	HIV	Sim	3 meses
6	25	Feminino	Zootecnia	Filha	Técnica enfermagem	Gastroenterologia (Enfermaria)	Viúva	51	Perfuração agulha oca	HCV	Não	6 semanas
7	26	Masculino	Técnico enfermagem	Namorado	Auxiliar enfermagem	UETDI	Solteira	25	Perfuração agulha oca	HIV	Sim	3 meses
8	19	Feminino	Vendedora	Filha	Auxiliar enfermagem	UETDI	Casada	54	Perfuração agulha oca	HIV	Sim	6 meses
9	59	Feminino	Do lar	Mãe	Auxiliar enfermagem	UETDI	Solteira	31	Perfuração agulha oca	HIV	Sim	3 meses
10	30	Feminino	Vendedora	Esposa	Auxiliar enfermagem	UETDI	Casado	38	Perfuração agulha oca	HIV	Sim	6 meses
11	48	Masculino	Auxiliar de Serviço	Marido	Enfermeira	Centro cirúrgico	Csada	53	Perfuração agulha oca	HCV	Não	3 meses
12	61	Feminino	Do lar	Mãe	Auxiliar enfermagem	Neurologia (Enfermaria)	Solteira	40	Perfuração agulha oca	HIV e HCV	Sim	3 meses
13	35	Masculino	Operador de painel	Marido	Auxiliar enfermagem	Unidade de Emergência (Cirurgia)	Casada	29	Perfuração agulha oca	HCV	Não	3 meses

Nove das pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde entrevistadas eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A idade média foi de 40,9 anos, havendo quatro com idade inferior a 30 anos; dois com idade entre 30 e 40 anos; três com idade entre 41 e 50 anos; três com idade entre 51 e 60 anos; e um com idade de 61 anos.

Com relação à profissão, dois eram também da área de saúde (uma fisioterapeuta e um técnico em enfermagem); quatro do lar; um mecânico; uma costureira; uma zootécnica; duas vendedoras; uma auxiliar de serviço; e um operador de painel.

Quanto ao tipo de relação com o trabalhador, cinco eram mães; três maridos; duas filhas; uma amiga (moravam juntas); uma esposa; e um namorado.

Percebe-se aqui que cerca de 38% das pessoas do convívio íntimo possuem uma relação na qual envolve uma vida sexual compartilhada com os trabalhadores da área da saúde, ocasionando, após o acidente, a necessidade de negociações e adaptações como, por exemplo, o uso de preservativos.

No que diz respeito aos respectivos trabalhadores da área da saúde, sobre os quais os dados foram coletados através dos prontuários dos mesmos, observou-se, na distribuição por categoria profissional, que nove exerciam a função de auxiliares de enfermagem; uma técnica em enfermagem; duas enfermeiras; e uma fisioterapeuta.

Percebe-se que 69,2% são auxiliares de enfermagem, corroborando a afirmativa de Marziale (2003) sobre o fato dos auxiliares de enfermagem representarem o maior contingente entre as categorias estudadas, devido às atividades de trabalho que executam e à maior exposição à riscos de acidentes perfuro-cortantes. A autora aponta a necessidade de refletir sobre a relação entre a formação profissional e a exposição ao risco devido ao tipo de atividade executada e à ocorrência dos acidentes ocupacionais, ou seja, quanto menor a formação e maior a exposição, conseqüentemente será maior a probabilidade de ocorrer o acidente.

Esses dados corroboram, ainda, com estudo realizado por Machado (2006), no qual investigou os casos de acidentes atendidos no AOPS entre maio de 2004 a maio de 2005. A autora observou um predomínio de técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, equivalendo a 31,2% da amostra.

Os atos técnicos socialmente mais qualificados ficam com a enfermagem de nível superior - as enfermeiras que chefiam e supervisionam. Ao corpo técnico da equipe de enfermagem cabem as tarefas mais repetitivas e menos valorizadas social e financeiramente (BRAGA, 2000).

De acordo com o COFEN – Conselho Federal de Enfermagem, órgão normativo do exercício do pessoal de enfermagem no Brasil, a prática da enfermagem é desenvolvida por diferentes funções:

1 – Enfermeiro: profissional de nível superior, com curso de duração média de quatro anos. É o chefe da equipe de enfermagem responsável por todos os outros membros desta equipe, possuindo como funções: planejamento, programação, execução e avaliação das ações de enfermagem, inclusive pesquisa e docência de nível superior através de cursos complementares de pós-graduação.

2 – Técnico de Enfermagem: formação profissionalizante de segundo grau, tendo como função básica *"assistir ao enfermeiro no planejamento, programação e prestação de cuidados integrais de enfermagem"*.

3 – Auxiliar de Enfermagem: preparado em cursos regulares ou supletivos em nível de primeiro ou segundo grau, possuindo como competência: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas de enfermidade, bem como prestar cuidados de higiene, conforto e tratamento simples. Além disso, auxilia o enfermeiro e o técnico de enfermagem na prestação de assistência de enfermagem.

Quanto ao local do serviço, nove dos trabalhadores acidentados estavam locados na UETDI; um na Gastroenterologia; um no Centro Cirúrgico; um na Neurologia; e um na Unidade de Emergência (Cirurgia). Percebe-se que 69,2% trabalham na UETDI, o que aumenta o risco e o medo por se tratar de pacientes soropositivos para o HIV.

Com relação ao estado civil, os trabalhadores casados foram a maioria (sete), seguidos pelos solteiros, com ocorrência de cinco e, por último, apenas um viúvo.

Quanto a faixa etária, a idade média foi de 36,7 anos, havendo dois com idade inferior a 30 anos; oito com idade entre 30 e 40 anos; e três com idade entre 51 e 60 anos.

Estudos realizados na população de trabalhadores de enfermagem acidentados evidenciam que a maior parte pertence a faixa etária de 20 a 40 anos (ANSELMINI, 1993; BULHÕES, 1998; CANINI, 2005; MACHADO et al., 1992; MIOLA, 2005; SOUZA, 1999).

Os trabalhadores mais novos podem ter menos habilidades, porém, com o passar dos anos, podem apresentar alterações no estado de alerta que, somado à fadiga física e/ou mental, podem favorecer a ocorrência de acidentes (BÁLSAMO, 2002).

No que diz respeito ao tipo de exposição, dez dos trabalhadores perfuraram o dedo em agulhas ocas; um teve líquido da cânula da traqueotomia derramada nos olhos; um referiu ejeção de saliva do paciente nos olhos; e um teve presença de sangue respingado nos olhos. Assim como este, outros estudos mostram que a maioria dos acidentes é com materiais perfuro-cortantes, principalmente com perfuração de agulha em dedos (BRANDÃO JÚNIOR, 2000; BRAGA, 2000; BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2002; MACHADO, 2006; WONG et al., 1991).

No estudo de Machado (2006) evidenciou-se que as mucosas estiveram envolvidas em 15% das ocorrências dos acidentes. Sêcco (2002) encontrou envolvimento dos olhos em 15,4% dos acidentes, decorrentes de respingos de sangue. Ribeiro (2005), em alunos de um

curso de odontologia do interior do Estado do Paraná, encontrou envolvimento das mucosas em 11,2%, sendo os olhos atingidos em 22,4% do total dos acidentes.

Com relação à sorologia do paciente fonte, sete eram soropositivos para o HIV; três para o HCV; e três para o HIV e o HCV concomitantemente.

Quanto à conduta para o HIV, nove tiveram indicação para o uso de anti-retrovirais; e quatro não. Três dos que não tiveram indicação foram acidentados tendo o paciente fonte sorologia positiva para o HCV e o outro apesar do paciente-fonte ser soropositivo para o HIV, não houve indicação de profilaxia, pois o acidente se deu através de contato de saliva em olhos.

Os trabalhadores da área da saúde, no momento da abordagem para apresentação e convite para participar da pesquisa, encontravam-se em diferentes etapas no que se refere ao retorno. Dois trabalhadores estavam no seu segundo retorno (seis semanas após o acidente), sete estavam no terceiro retorno (três meses) e quatro no quarto retorno (seis meses).

Os dados aqui apresentados, de um modo em geral, assemelham-se aos encontrados em estudos realizados na população atendida no AOPS, os quais mostraram que os acidentes ocupacionais com risco biológico ocorrem predominantemente em indivíduos do sexo feminino, com média de idade em torno dos 30 anos e da categoria de auxiliares de enfermagem (CANINI, 2000; CANINI et al., 2002; CANINI; GIR; MACHADO, 2005; MACHADO, 2006; MACHADO et al., 1998; MACHADO et al., 2000).

4.2. Análise de Conteúdo das Entrevistas.

As Representações Sociais acerca do Acidente Ocupacional com MBPC elaboradas por pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde, com base nos materiais coletados pelas entrevistas e ponderados pela análise temática de conteúdo de acordo com o

consenso de três juízes especialistas, resultaram em quatro classes temáticas, seis categorias empíricas e vinte e quatro subcategorias, conforme tabela 2.

Tabela 2 – Classes Temáticas, Categorias e Subcategorias

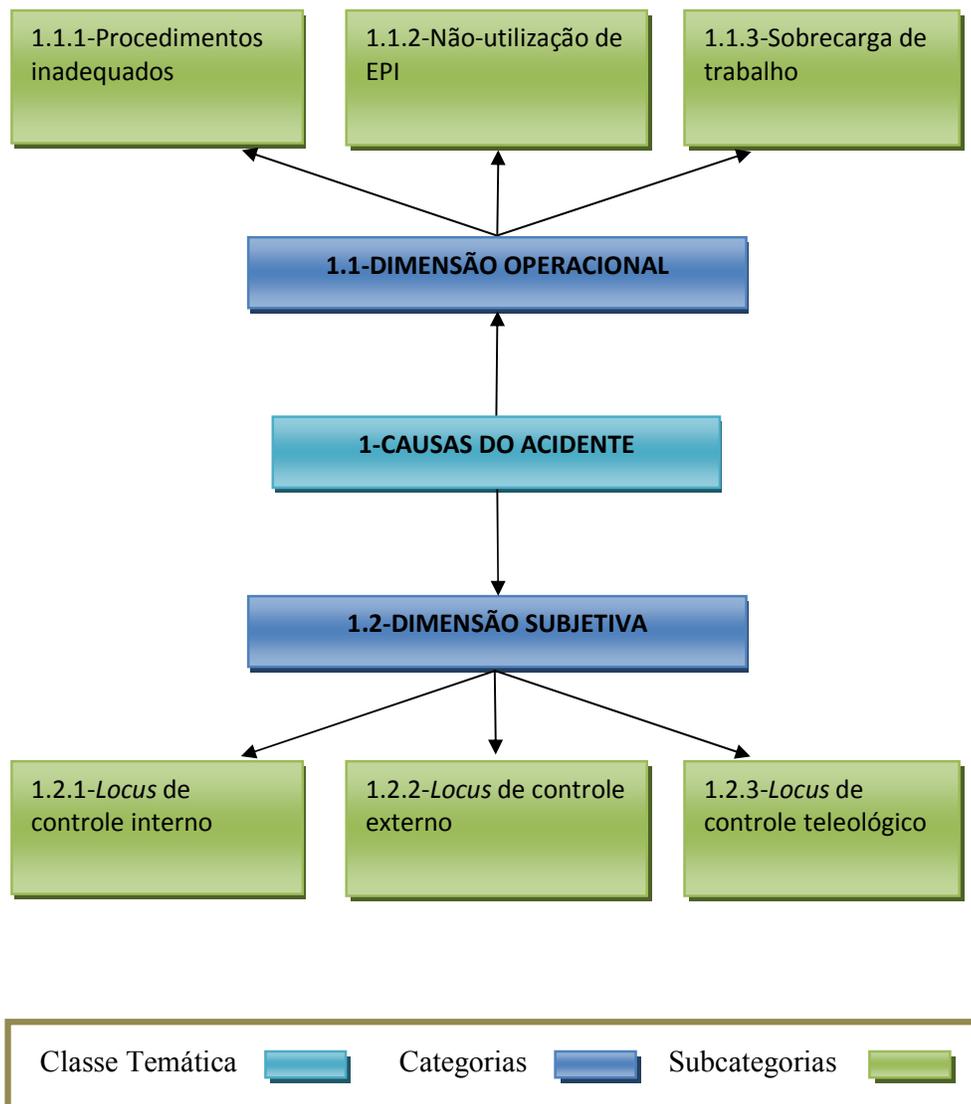
CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1-Causas do acidente	1.1- Dimensão Operacional	1.1.1- Procedimentos inadequados 1.1.2- Não-utilização de EPI 1.1.3- Sobrecarga de trabalho
	1.2- Dimensão Subjetiva	1.2.1- <i>Locus</i> de controle interno 1.2.2- <i>Locus</i> de controle externo 1.2.3- <i>Locus</i> de controle teleológico
2-Conseqüências Biopsicossociais do acidente	2.1- Fisiológica	2.1.1- Efeitos colaterais da profilaxia 2.1.2- Acompanhamento clínico-laboratorial
	2.2- Psicossocial	2.2.1- Alterações do cotidiano 2.2.2- Risco de contaminação 2.2.3- Expectativas dos exames 2.2.4- Reações frente à notícia 2.2.5- Revolta 2.2.6- Suporte social 2.2.7- Reavaliação da profissão
3-Aids	3.1- Representações da Aids	3.1.1- Doença 3.1.2- Tratamento 3.1.3- Preconceito 3.1.4- Sofrimento 3.1.5- Morte
4-Hepatite	4.1- Representações da Hepatite	4.1.1- Transmissão 4.1.2- Tratamento 4.1.3- Morte 4.1.4- Desinformação

1 – Causas do Acidente

A primeira classe temática refere-se às *causas do acidente* e subdividiu-se em duas categorias. A primeira foi denominada de *Dimensão operacional* e possui três subcategorias: *Procedimentos inadequados*, *Não-utilização de equipamentos de proteção individual (EPI)* e *Sobrecarga de trabalho*. A segunda categoria foi denominada de *Dimensão subjetiva* e possui

três subcategorias: *Locus de controle interno*, *Locus de controle externo* e *Locus de controle teleológico*, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2. Categorias e Subcategorias da Classe Temática 1.



1.1 – Dimensão operacional

Esta categoria aborda questões operacionais que podem estar envolvidas no fenômeno do acidente ocupacional com MBPC, tais como padrões de biossegurança (normas de biossegurança – descarte de material perfurocortante, utilização de EPI e observação dos procedimentos e rotinas estabelecidos) e organização do trabalho (sobrecargas técnicas – disponibilização de insumos ou falta de recursos materiais e as sobrecargas afetivas relacionadas às características da organização e do trabalho em saúde). Em seguida, verificam-se as unidades de análise referente às subcategorias da *Dimensão operacional*.

Quadro 1. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Procedimentos inadequados*.

<p style="text-align: center;">Subcategoria</p> <p>1.1.1- PROCEDIMENTOS INADEQUADOS</p>	<p><i>Participante 7 - falando a verdade tem também as coisas que não podem ser feitas como reencapar a agulha, então é tudo aquilo que a gente sabe que não pode ser feito e geralmente as pessoas acabam fazendo e com medo de se contaminar acabam se desprotegendo e acabam se contaminando.</i></p> <p><i>Participante 9 – também pode acontecer de um descuido de jogar uma agulha num local que não é para deixar.</i></p>
---	---

Nas unidades de análise acima, observa-se que algumas das causas do acidente com MBPC, atribuído pelas pessoas do convívio íntimo do trabalhador da área da saúde, diz respeito a alguns procedimentos realizados de forma inadequada, tais como o ato de reencapar a agulha e o descuido no descarte da mesma.

Segundo Brevidelli e Cianciarullo (2002), a análise detalhada das fontes de risco de acidentes com agulha, no ambiente hospitalar, indica que a manutenção de práticas de risco, como o ato de reencapar agulhas ou o descarte em local inadequado, é responsável por boa parte desses acidentes. Estima-se que cerca de 20% a 37% dos acidentes ocupacionais

poderiam ser evitados se as vítimas tivessem observado as precauções básicas (WONG et al., 1991).

A conduta de reencapar a agulha é mais freqüente do que o esperado, apesar dos trabalhadores da área da saúde terem o conhecimento acerca das PB.

Apesar de ser um procedimento inadequado, deve-se apontar que o ato de reencapar a agulha também está relacionado com a cultura hospitalar, principalmente pelo fato dos trabalhadores da área da saúde em sua formação, até o ano de 1986, terem aprendido a realizá-lo em sua atividade de trabalho. Neste sentido, fica claro que essa atitude não pode ser reduzida a um mero dado responsável pelos acidentes, sem análise de outros aspectos intervenientes (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Ainda nesse sentido, Braga (2000) afirma que a impressão inicial que se pode ter do acidente típico em hospital é de que se configuraria como aquele acidente que ocorre ao manusear-se o instrumento perfurocortante. Entretanto, sua pesquisa com trabalhadores da equipe de enfermagem demonstra que os dois acidentes mais freqüentes no ambiente hospitalar ocorrem, em primeiro lugar, quando o trabalhador descarta o material, tentando reencapar a agulha após o uso, ou até mesmo quando guarda o material, como por exemplo o escalpe, em local não apropriado. E em segundo lugar, ao realizar o procedimento de punção venosa.

A freqüência de exposições a sangue pode ser reduzida em mais de 50% quando esforços são direcionados para a motivação e para o cumprimento das normas de PB. Entretanto, estas mudanças de comportamento podem não alcançar uma redução consistente na freqüência de exposições percutâneas (BRASIL, 2004).

Quadro 2. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Não-utilização de EPI*.

<p style="text-align: center;">Subcategoria</p> <p style="text-align: center;">1.1.2- NÃO UTILIZAÇÃO DE EPI</p>	<p><i>Participante 1 - Quando tem alguém precisando, a gente sai correndo e não está nem aí para o material de segurança.</i></p> <p><i>Participante 1 - Ela me falou que foi ajudar no momento da aspiração do tubo que tava na traquéia e na hora que tirou o circuito da traque, sabe aquela agulha que fica dentro? Pulou no olho dela, porque ela foi só com a luva, não colocou máscara, nem óculos, nem nada, e aí pulou no olho dela.</i></p> <p><i>Participante 1 - Acho que o acidente é devido à falta de cuidado, de proteção.</i></p> <p><i>Participante 7 - O ideal é que todo mundo usasse os materiais de precaução, ter cuidado com o manejo de agulhas, ou seja, é preciso ter cuidado não só com materiais perfurocortantes, mas também com todo o tipo de secreção.</i></p> <p><i>Participante 10 - Eu acho que o que causa um acidente é a falta de preparo de não usar aquilo que ele pode. Eu acho que o profissional não pode relaxar no dia a dia e não usar os equipamentos de proteção.</i></p> <p><i>Participante 13 – É a não utilização dos equipamentos.</i></p>
---	---

Um outro aspecto considerado como facilitador do acidente foi justamente a não-utilização de EPI, como pode ser observado nas unidades de análise acima. Apesar da obrigatoriedade do uso do EPI observa-se, ainda hoje, que alguns trabalhadores não aderiram ao uso dos mesmos.

Abreu e Mauro (2000), ao estudarem acidentes ocupacionais com equipes de enfermagem, afirmam que um dos principais fatores de risco para o acidente é a subutilização de EPI. No entanto, consideram que a instituição também é responsável por esse fato, uma vez que, embora forneça este material, muitas vezes o faz de forma incompleta segundo as normas do CDC, deixando os trabalhadores vulneráveis a acidentes típicos e/ou doenças do trabalho.

Ainda nesse sentido, Sêcco et al. (2004) identificaram como causa do acidente, primeiramente, fatos ligados à não-observação de normas de biossegurança, entre elas, o descarte inadequado de materiais, a não utilização de EPI ou procedimentos realizados de forma incorreta.

As Normas de PU são medidas de prevenção que devem ser utilizadas na assistência a todos os pacientes na manipulação de sangue, secreções e excreções e contato com mucosas e pele não íntegra. Essas medidas incluem a utilização de EPI e os cuidados específicos recomendados para manipulação e descarte de materiais perfurocortantes contaminados por material orgânico. Os EPI's recomendados de acordo com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da área da saúde são luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção, capotes (aventais) e botas (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Brandão Júnior (2000) afirma ainda que os acidentes ocorrem por vários motivos. Dentre eles apareceram com maior frequência o recapeamento de agulha, a não utilização de EPI's, a falta de atenção do trabalhador, o ritmo de trabalho intenso e as condições de trabalho. A inadequação dos EPI's também foi apontada como um dos problemas que causam acidente.

A maioria dos trabalhadores da área da saúde concorda que se preocupam com os acidentes, mas, paradoxalmente, poucos utilizam os EPI's. Em estudo realizado sobre a utilização de EPI na manipulação de material biológico humano, Bálamo (2002) constatou que 66,67% dos trabalhadores usavam EPI no momento do acidente e que os demais justificaram a não-utilização porque acreditavam que o procedimento não os expunha a risco.

Estudo realizado por Sarquis (1999) identificou que 84% dos trabalhadores de enfermagem julgaram desnecessário o uso de EPI, por descreditarem na contaminação do material que estavam manipulando.

Nishide; Benatti e Alexandre (2004), pesquisando a adesão dos trabalhadores ao uso de EPI, constataram que apenas 40% faziam uso destes, evidenciando que estes avaliam de forma equivocada a utilização dos mesmos durante os procedimentos a serem realizados, por não valorizarem a real importância do seu uso para a prevenção dos acidentes ocupacionais.

A melhoria das condições de trabalho, incluindo o provimento e distribuição de insumos, é considerada importante ferramenta para administrar melhor os riscos ambientais.

Quadro 3. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Sobrecarga de trabalho*.

<p>Subcategoria</p> <p>1.1.3- SOBRECARGA DE TRABALHO</p>	<p><i>Participante 9 - Se a pessoa quiser fazer as coisas muito depressa ou está atrasada no serviço, alguma coisa pode vir e aí pode acontecer de se acidentar, ou também a pessoa está trabalhando sozinha sem ter alguma pessoa ali do lado para ajudar, porque a pessoa trabalhando em dois ou em três eu acho que o acidente não acontece, porque não é fácil você ficar trabalhando sozinha, fazendo tudo sozinha.</i></p> <p><i>Participante 11 - Acho que é a sobrecarga que muitas vezes leva a pessoa a fazer as coisas na pressa.</i></p>
--	--

A terceira, e última, subcategoria da *Dimensão operacional* do acidente diz respeito a sobrecarga de trabalho. A sobrecarga, muitas vezes, demanda do trabalhador uma maior agilidade no atendimento para poder dar conta de todas as atividades a serem executadas. Uma outra questão é que, algumas vezes, esses trabalhadores acabam executando algum procedimento sozinho, quando deveriam ter o auxílio de um outro trabalhador, colocando, sem dúvida, o trabalhador em uma situação de risco.

Dessa maneira percebe-se que a falta de material, de recursos humanos e excesso de trabalho são geradores de desgaste físico e mental no ambiente hospitalar.

Esses dados corroboram o estudo de Braga (2000) o qual observou que o estresse, a fadiga e o cansaço, decorrentes do acúmulo de atividades, foram, segundo alguns trabalhadores, os responsáveis pelos acidentes ocupacionais.

Ao discutir a relação entre execução do trabalho e falta de pessoal no trabalho das equipes de enfermagem, Lima Júnior e Ésther (2001) apontam que o custo do excesso de tarefas superpostas e solicitações múltiplas e inesperadas impõem um ritmo mais acelerado e intenso de trabalho, que conduz ao esgotamento físico e mental.

De acordo com as trabalhadoras da área da saúde entrevistadas, em estudo realizado por Brandão Júnior (2000), o tempo reduzido para a realização das tarefas, o ritmo intenso de trabalho e a necessidade de realizar várias atividades simultaneamente são características da rotina de trabalho.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Rissi (2005), no qual a autora identifica o acidente como consequência de um processo de desgaste resultante de sobrecargas técnicas e afetivas, que o trabalhador precisa administrar para realizar suas tarefas cotidianas. O acidente pode ser compreendido como uma expressão da condição humana nas relações de trabalho, evidenciando uma falha circunstancial da organização psíquica, que se presta a auxiliar o trabalhador em seu posicionamento ante as exigências externas e a manutenção de seu equilíbrio emocional.

O ideal configura-se então como a manutenção do equilíbrio, ainda que precário, entre as exigências (ou cargas) do trabalho realizado e as defesas produzidas para lidar com ele. Nesta lógica, o acidente parece situar-se no rompimento deste equilíbrio, desestruturando por ora as defesas utilizadas. Em geral, isso ocorre como resultado de um processo contínuo de desgaste em função das dificuldades técnicas e afetivas vivenciadas pelos trabalhadores.

A discrepância entre o trabalho prescrito e o real é uma das origens básicas da carga de trabalho. No caso dos trabalhadores de saúde acidentados, essas discrepâncias tendem a gerar condições e metas de trabalho muitas vezes incompatíveis com suas necessidades humanas de saúde e satisfação no trabalho. Como, por exemplo, pode-se citar o estresse por

sobrecarga de trabalho, ritmo de trabalho intenso e corre-corre nos plantões (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

A diferença entre o trabalho prescrito e o real ocorre sobretudo pela variabilidade dos elementos que constituem um processo de trabalho. O reconhecimento desta variabilidade e do saber do trabalhador de saúde que propicia a regulação do processo de trabalho em situações reais passa, então, a ser básico para o estudo do acidente com material biológico em hospital geral. A diferença entre o trabalho prescrito e real se encontra também na inadequação entre as características dos métodos de trabalho, equipamentos e processos impostos, e as características das pessoas que trabalham, sejam elas do ponto de vista físico, cognitivo ou afetivo (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Diversas variáveis relacionadas às cargas de trabalho contribuem para a ocorrência de acidentes, como: falta de treinamento, inexperiência, indisponibilidade de equipamentos de segurança, excesso de auto-confiança, qualificação profissional, desequilíbrio emocional na vigência de situações de emergência, negligência, entre outros (SÊCCO et al., 2004).

Diante das exigências cotidianas, a necessidade de ajustar a organização do trabalho prescrito leva, muitas vezes, o trabalhador a se colocar na ilegalidade e até mesmo assumir riscos, segundo Lunardi e Mazzili (1996). Para alcançar determinado objetivo, muitas vezes o caminho a ser percorrido obriga os trabalhadores a introduzirem modificações, reajustamentos e improvisações importantes no plano de trabalho previsto inicialmente, violando as regras.

A atividade do trabalhador de saúde é complexa e exige simultaneidade de focos de atenção e de atuação prática, ainda mais quando precisa se esforçar para manter a atenção voltada para a possibilidade de sofrer acidente. As situações de trabalho que envolvem as discrepâncias entre a organização prescrita e real das atividades de trabalho, o ritmo de trabalho acelerado, as pressões do tempo indissociáveis das tensões por pressão das chefias e a fadiga, muitas vezes vinculadas às exigências específicas determinadas pelo conteúdo das

tarefas, são elementos do processo de trabalho que se constituem em sofrimento do trabalhador (BRAGA, 2000).

Dentro dessa perspectiva, esse campo de forças envolve as condições adversas de trabalho, excesso de trabalho, a rápida velocidade de atendimento, a falta de recursos humanos necessários, riscos concretos de contaminação, fadiga, múltiplos empregos, falta de esclarecimento sobre biossegurança e o estresse, que servem para aumentar a vulnerabilidade do trabalhador ao acidente e a eventuais patógenos no ambiente hospitalar (SILVA, 2000).

1.2 – Dimensão Subjetiva

Nesta categoria são abordadas as avaliações subjetivas relacionadas a atribuição de causalidade do acidente com MBPC. Em seguida, verificam-se as unidades de análise das subcategorias aqui emergentes.

Quadro 4. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Locus de controle interno*.

<p>Subcategoria</p> <p>1.2.1- LOCUS DE CONTROLE INTERNO</p>	<p><i>Participante 1 - Quando eu penso no acidente, eu penso em falta de cuidado, pra mim é isso, é uma falta de cuidado mesmo, é falta de atenção.</i></p> <p><i>Participante 3- Acho que ela se distraiu um pouco, ou tava com muita pressa.</i></p> <p><i>Participante 5 - Ela se furou porque foi um deslize dela, foi um deslize na hora.</i></p> <p><i>Participante 6 - Eu acho que o acidente foi culpa dela, talvez ela estivesse até chateada com alguma coisa.</i></p> <p><i>Participante 6 - Acho que é isso mesmo, ela é uma pessoa consciente, não foi nada assim por acaso, não foi o paciente que pegou uma agulha e furou ela.</i></p> <p><i>Participante 7 - Eu acho que, de uma maneira geral, o que poderia causar um acidente é o descuido, é a falta de atenção.</i></p> <p><i>Participante 10 - Eu acho que o que causa um acidente é a falta de atenção.</i></p>
---	---

Através das unidades temáticas referentes à subcategoria *Locus de controle interno*, pode-se perceber uma clara tendência das pessoas do convívio íntimo em atribuir a causa do acidente ao próprio trabalhador da área da saúde. Observa-se, dessa maneira, um processo de culpabilização pelo acidente e, conseqüentemente, pelo próprio sofrimento que todos acabam sendo acometidos, tanto os trabalhadores, quanto as pessoas do seu convívio íntimo.

Essa culpabilização pode prejudicar o apoio e o suporte social tão necessários nesse momento, podendo causar um sentimento de culpa e um afastamento do trabalhador da área da saúde por não se sentir acolhido e, principalmente, se sentir julgado.

Não só as pessoas do convívio íntimo tendem a atribuir a causa do acidente ao trabalhador da área da saúde, mas os próprios trabalhadores acidentados, muitas vezes, acabam se considerando responsáveis pelo acidente, como foi observado em alguns estudos (BRAGA, 2000; BRANDÃO JÚNIOR, 2000; RISSI, 2005; SAILER, 2004; SOUZA, 2001; VALENZUELA-SUAZO, 1999).

Outro fator importante, discutido por Brandão Júnior (2000) e Veronese e Villar (2006), é a tendência de individualização do problema quando os acidentes são tomados como resultado de decisões pessoais, onde um dos efeitos imediatos é o surgimento do sentimento de culpa. Os autores acima citados compreendem que este sentimento esteja relacionado com a produção da subjetividade do “ato inseguro”. Neste caso, o trabalhador internaliza a culpa, acreditando que foi falta de atenção ou descuido.

No entanto, embora esteja claro que o acidente é fruto das relações sociais do trabalho e que estas precisam ser modificadas, ainda hoje a culpa recai sobre aquele que está mais diretamente envolvido com o processo produtivo: o trabalhador. Este, na maioria das vezes, é o menos habituado à linguagem das intermediações jurídico-institucionais. No Brasil, a legislação vigente se apóia na vertente que admite a existência de fatores causais sem ligação

direta com a vítima. O acidente é percebido como elemento exógeno ao processo produtivo e não como um de seus resultados (BRAGA, 2000).

Ao se passar a mensagem de "ato inseguro" reforça-se a responsabilidade individual do trabalhador pelo acidente, gerando o sentimento de culpa no trabalhador acidentado. Além disso, a redutibilidade inerente à categoria do ato inseguro não contempla a variabilidade do ser humano, já que estas não podem ser enquadradas como parâmetros nos modelos clássicos de prevenção, como nas análises de risco, e acabam sendo desprezadas ou simplificadas por categorias como esta (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Diante do exposto, pode-se concluir que o acidente ocupacional, longe de ser apenas responsabilidade do trabalhador, decorre de fatores objetivos presentes no processo e da organização do trabalho.

Quadro 5. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Locus de controle externo*.

<p style="text-align: center;">Subcategoria</p> <p style="text-align: center;">1.2.2- LOCUS DE CONTROLE EXTERNO</p>	<p><i>Participante 1 - o material de proteção não é suficiente, porque você coloca aquelas luvas que qualquer coisinha fura e aí você se contamina com o sangue da pessoa e vai ficar por isso mesmo que ninguém vai te ressarcir de nada disso, então você vê que você tem que se cuidar porque ninguém vai pagar por isso.</i></p> <p><i>Participante 1 - ... às vezes você está com tudo isso (EPI) e pode muito bem estourar uma luva, que sempre ocorre, é super normal, e aí você pode se contaminar e aí não foi falta de cuidado, a pessoa tava com a luva, sabe?</i></p> <p><i>Participante 4 - A L. é muito certinha em tudo o que ela faz, ela não admite errar. Não foi da parte dela que ela errou, o sangue espirrou nos olhos dela e não foi culpa dela de não estar de óculos porque o hospital não tinha óculos que dessem pra usar, você entendeu? Ninguém tem condições de tirar sangue com um óculos que você não enxerga, só que agora ela tem seus próprios óculos.</i></p> <p><i>Participante 6 - ela explicou e disse que não teve jeito mesmo porque o paciente se mexeu muito lá na hora, eu acho que doeu e aí a agulha perfurou o dedo dela.</i></p> <p><i>Participante 6 – Acho que o paciente pode ter se assustado, ou ter ficado com medo ou ter sentido muita dor e aí na hora ele se mexeu e acabou furando a minha mãe.</i></p>
---	--

	<p>Participante 2 - <i>Acho que às vezes também pode acontecer alguma desavença com um outro funcionário ou algum outro transtorno no trabalho e aí a cabeça não ajuda a trabalhar e pode acontecer um acidente.</i></p> <p>Participante 2 - <i>às vezes pode acontecer um acidente, ainda mais nessa área aí, por uma noite mal dormida, relacionamento em casa meio complicado, entre o casal, então tudo isso às vezes mexe com a cabeça, então a pessoa pode tirar um sangue e se furar.</i></p> <p>Participante 7 - <i>às vezes também pode ser porque a pessoa está preocupada não só no ambiente de trabalho, mas também fora.</i></p> <p>Participante 11 - <i>Pode ser devido a um problema familiar, particular.</i></p> <p>Participante 12 - <i>A pessoa também pode estar com um problema e se distrair e aí se acidentar.</i></p>
--	--

No *Locus de controle externo* emergiram três fatores principais que estariam explicando as causas do acidente. O primeiro deles é o próprio EPI, que foi avaliado como inoperante e insuficiente como, por exemplo, o fato das luvas não impedirem uma perfuração por agulha, podendo ainda estourar; ou os óculos, que por estarem em más condições de uso, dificultam a visibilidade e, conseqüentemente, o procedimento a ser realizado, podendo, dessa maneira, causar o acidente.

Os trabalhadores vivenciam algumas tensões, e uma delas diz respeito, muitas vezes, aos esforços para utilizar incômodos EPI's ou aos conflitos e riscos assumidos para recusar o seu uso. Como exemplo pode-se citar as máscaras que prejudicam a visão e, por conseguinte, ao invés de protegerem, aumentam os riscos de acidente. O medo é causado pela necessidade de administrar e conviver com as mais variadas situações de risco (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Nesse sentido, Figueiredo (1994) afirma que o tratamento do paciente com aids deixa seqüelas que podem se tornar irreversíveis na vida do trabalhador, presa de exigências conflitantes que envolvem, simultaneamente, responsabilidade e auto-preservação.

O segundo fator emergente no *Locus de controle externo* foi o de atribuir a culpa do acidente ao próprio paciente que, por motivo de medo ou de dor, acaba se mexendo e provocando o acidente, colocando a saúde do trabalhador em risco.

O terceiro e último fator foi atribuído à possíveis problemas pessoais pelos quais esses trabalhadores poderiam estar passando e, dessa maneira, facilitando uma situação de risco em virtude de uma falta de atenção, por estarem envolvidos com seus problemas pessoais.

Esses dados corroboram o estudo realizado por Braga (2000), no qual os trabalhadores da área da saúde, quando questionados sobre a descrição do acidente, disseram que não haviam prestado atenção suficiente para evitá-lo, ou até mesmo que estavam cansados devido ao horário de trabalho. Outro fator que os trabalhadores mencionaram refere-se à culpabilização do outro pelo evento. O esquecimento de material após o uso, nos leitos dos pacientes, também foi apontado como desencadeador de acidentes com materiais biológicos.

Quadro 6. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Locus de controle teleológico*.

<p>Subcategoria</p> <p>1.2.3- LOCUS DE CONTROLE TELEOLÓGICO</p>	<p><i>Participante 1 - Acho que o acidente é devido também a própria fatalidade.</i></p> <p><i>Participante 1- Outra situação é você ir aspirar um paciente e pode estar de máscara, de óculos e pode ir por cima dos óculos, são umas coisas assim, que por mais que você esteja preparado pode acontecer, agora, é claro que ajuda a evitar, mas quando é para acontecer, vai acontecer.</i></p> <p><i>Participante 3- ou então é porque tinha que acontecer, né?</i></p> <p><i>Participante 8 - Pra falar a verdade eu não sei quais seriam as causas do acidente porque a minha mãe sempre foi muito cuidadosa, muito. As únicas pessoas que ela não usa luvas é com a gente (família), mas no trabalho ela usa até duas.</i></p> <p><i>Participante 8 - sei lá, eu acho que o acidente acontece porque tem que acontecer, porque eu acho que ninguém vai ser displicente com um paciente que tem HIV ou com nenhum outro paciente.</i></p>
---	---

Conforme observado nas unidades de análise acima, alguns dos participantes dessa pesquisa atribuíram o acidente à própria fatalidade, ou seja, a algo que teria que acontecer de qualquer maneira, ainda que tivesse sido tomada todas as precauções previstas ou que se tivesse tido todo o cuidado necessário na execução de algum procedimento com o paciente.

Os três *Locus de controle* aqui citados (interno, externo e teleológico) também foram observados numa pesquisa realizada com os trabalhadores da área da saúde por Rissi (2005). Nessa pesquisa, a autora constatou que os trabalhadores da área da saúde também atribuíam a causa do acidente a esses três fatores; no entanto, 80% dos trabalhadores atribuíram a causa do acidente a si próprios, utilizando-se do *Locus de controle interno*.

De acordo com Vera-Noriega, Albuquerque e Laborin-Alvarez (2003), a pessoa que acredita ser responsável por seu destino possui um *locus de controle interno*, enquanto que a pessoa que crê que o bom ou o ruim que lhe aconteça está determinado pelos outros ou pelo acaso possuem *locus de controle externo* ou *teleológico*, respectivamente.

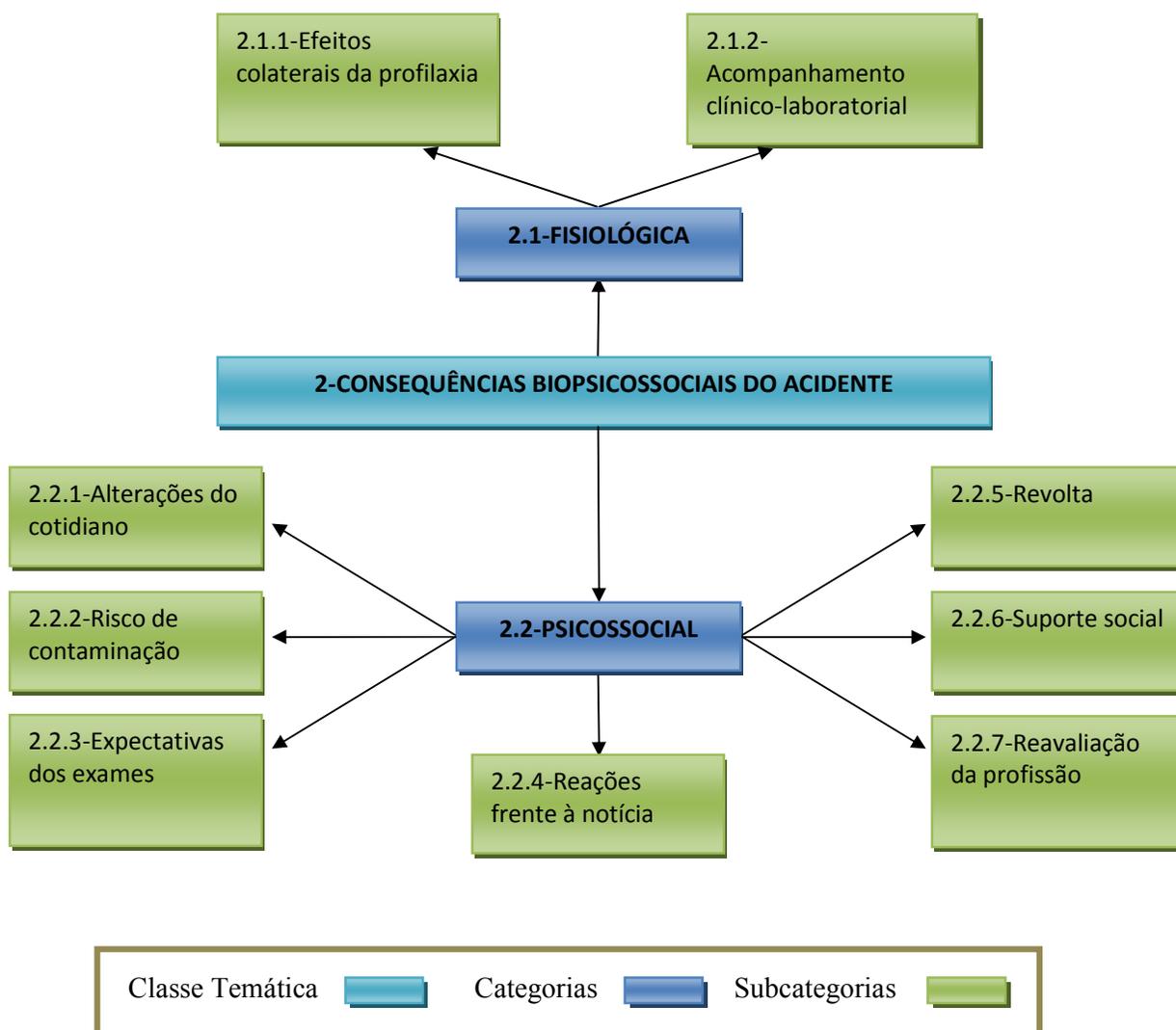
A prevalência do *Locus de controle interno* por parte dos trabalhadores da área da saúde pode ser dada em virtude de uma necessidade de sentir-se responsável por seu destino, que pode acarretar em um sentimento de culpabilização interna, sendo esta uma questão ideológica resultante da culpabilização do indivíduo como fonte de erro. Por outro lado, atribuir a causa do acidente ao próprio paciente poderia comprometer a relação profissional entre o trabalhador e o paciente.

No que diz respeito às pessoas do convívio íntimo, a explicação sobre o que desencadeia o acidente através do *Locus de controle externo* pode possibilitar a diminuição do sentimento de raiva e de culpabilização dirigidos ao trabalhador.

2 – Conseqüências Biopsicossociais do Acidente

A segunda classe temática refere-se às *Conseqüências Biopsicossociais do Acidente* e apresentou duas categorias. A primeira foi denominada de *Fisiológica* e possui duas subcategorias: *Efeitos colaterais da profilaxia* e *Acompanhamento clínico-laboratorial*. A segunda categoria foi denominada de *Psicossocial* e possui sete subcategorias: *Alterações do cotidiano*, *Risco de contaminação*, *Expectativas dos exames*, *Reações frente à notícia*, *Revolta*, *Suporte social* e *Reavaliação da profissão*, conforme demonstrado na figura 3.

Figura 3. Categorias e Subcategorias da Classe Temática 2.



2.1 – Fisiológicas

Nesta categoria evidencia-se as conseqüências fisiológicas envolvidas no acidente, nas quais incluem-se questões referentes à profilaxia pós-exposição (PEP), como os efeitos colaterais e o acompanhamento clínico e ambulatorial para o controle de exames de saúde. Em seguida, verificam-se as unidades de análise aqui emergidas.

Quadro 7. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Efeitos colaterais da profilaxia*.

<p style="text-align: center;">Subcategoria</p> <p style="text-align: center;">2.1.1- EFEITOS COLATERAIS DA PROFILAXIA</p>	<p><i>Participante 1 - Ela está tendo náuseas, vômito, mal-estar, está sentindo muita azia, muita queimação, não sei se é por causa do remédio, né? Por que é forte.</i></p> <p><i>Participante 1 - Eu acho que ela não vai ficar muito boa não do estômago por algum tempo, qualquer coisa que ela come ela já começa a nausear, já começa a queimação porque os medicamentos são muito fortes e eu acho que pode trazer algum problema.</i></p> <p><i>Participante 3- ela teve dor de estômago, vômitos, mas é necessário para se evitar de pegar alguma coisa.</i></p> <p><i>Participante 10 - Ele chegou em casa e ficou muito preocupado porque tinha furado o dedo e aí começou a tomar os medicamentos e é uma fase difícil porque passa mal, a pessoa fica passando mal.</i></p> <p><i>Participante 12 - a gente foi ao shopping passear e ela teve uma leve vertigem porque esses remédios dão muita vertigem, muita diarreia.</i></p> <p><i>Participante 8 - Ela começou, mas não agüentou tomar o coquetel, ela começou a vomitar, ela passava mal.</i></p> <p><i>Participante 8 - Ela disse que não estava mais agüentando e que iria ficar mais doente se continuasse tomando do que se parasse de tomar. O meu irmão não queria que ela parasse e dizia “não mãe, continua, não pare de tomar”, mas minha mãe disse “não, eu vou parar porque não estou agüentando”. Meu irmão, como é homem, é meio bruto e dizia pra ela “não mãe, continua, continua”.</i></p>
--	---

Nas unidades de análise acima pode-se observar que, apesar da necessidade da profilaxia após a exposição, esta causa uma infinidade de efeitos colaterais, que acarretam no aumento da angústia e da preocupação das pessoas do convívio íntimo do trabalhador da área

da saúde. Entretanto as pessoas do convívio íntimo avaliam a PEP como sendo de fundamental importância para prevenir alguma contaminação. Contudo, essas reações podem ser tão agressivas que acabam fazendo com que o trabalhador acidentado não consiga aderir ao tratamento que, no caso do HIV, tem uma duração de quatro semanas.

Esse dado corrobora o estudo realizado por Castanha (2005), com soropositivos para o HIV, no qual observou-se que os medicamentos, ao mesmo tempo que eram visto como importantes, provocavam alguns sintomas, tais como sonolência, tontura, indisposição e lipodistrofia.

Além desses sintomas, a PEP implica em toda uma mudança de rotina diária, trazendo, inclusive, algumas limitações. Apesar desses aspectos negativos, o tratamento é visto pelas pessoas do convívio íntimo como bastante necessário, pois a saúde dos trabalhadores depende dela.

O estudo realizado por Sailer (2004) comprova esses dados, quando constata que o uso do anti-retroviral (ARV) foi considerado como benéfico pelos trabalhadores que concluíram o tratamento, pois relaciona-se subjetivamente à redução da suscetibilidade e seriedade que a aids impõe.

Dessa maneira, fica evidente que um outro aspecto importante envolvido nas exposições a MBPC é a aderência dos trabalhadores acidentados aos medicamentos profiláticos. De acordo com Brandão Júnior (2000), a possibilidade de aceitar e reconhecer a PEP como necessária dependerá de fatores como o significado e a representação que o trabalhador tem desse tipo de acidente em sua vida.

A Organização Mundial de Saúde (1972) definiu efeitos colaterais como reação adversa produzida por um medicamento, ou seja, qualquer efeito prejudicial ou indesejável que se apresente após a administração das doses normalmente utilizadas no homem para a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento de uma enfermidade. Considera-se que os termos

"reação adversa", "efeito indesejável" e "doença iatrogênica" são equivalentes e respondem à definição anterior.

A adesão a qualquer tipo de cuidado de saúde é reconhecida na literatura como um objeto científico complexo e multifacetado (JORDAN et al., 2000). Desta forma, a não adesão é, em algum grau, universal, tanto em países ricos como em países pobres, ocorrendo mesmo em doenças que envolvam risco de morte, sendo evidente que tal fato pode variar de acordo com a doença, o doente, ou mesmo, o tipo de tratamento (HAYNES; MCKIBBON; KANANI, 1996).

Têm sido levantados na literatura alguns aspectos que têm contribuído de forma direta ou indireta ao fenômeno da não adesão aos anti-retrovirais (ARVs), a saber: fatores relacionados à pessoa (perfil sócio-econômico, gênero, idade, uso de drogas), fatores relacionados à doença, fatores relacionados ao tipo de tratamento e fatores relacionados ao serviço de saúde (JORDAN et al., 2000).

Em relação aos fatores que se associam com o tipo de tratamento, o regime terapêutico com os ARVs tem apontado mais de três doses por dia, tamanho do comprimido, restrição dietética e efeitos colaterais como razão para não adesão; além disso, a dificuldade para encaixar o medicamento na rotina diária explica, em parte, o fato de muitos trabalhos apontarem o esquecimento como o motivo para omissão de doses de ARVs (JORDAN et al., 2000).

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

No estudo realizado por Sailer (2004), constatou-se que, em 35 dos casos de acidentes ocorridos entre os trabalhadores, 12 (34,30%) realizaram tratamento com ARVs durante todo o período indicado, ou seja, 28 dias; em 15 (42,05%) casos, o tratamento ocorreu de forma incompleta e oito (22,85%) acidentados não forneceram informações.

Em relação ao tempo de uso dos ARVs, Machado (2006) observou que 60 casos de acidentes usaram apenas um dia, 30 casos usaram de dois a três dias, 24 casos de acidentes usaram de quatro a 22 dias, 32 casos de acidentes usaram por 28 dias e 42 casos de acidentes usaram por 30 dias. Para 30 casos não havia, no prontuário, o tempo de uso da quimioprofilaxia, embora houvesse registro da indicação devido o tipo de acidente.

Brandão Júnior (2000) constatou em seu estudo que 15 trabalhadores da área da saúde concordaram que a profilaxia medicamentosa pode reduzir o risco de contaminação, enquanto cinco apresentaram dúvidas, e uma outra parcela não acreditava neste fato. Algumas trabalhadoras ainda não acreditam neste tipo de tratamento ou consideram exagerado ter que tomar medicações para se prevenirem da infecção após o acidente. Somente seis trabalhadores consideram que, nas doses atuais, os medicamentos são bem tolerados pelas trabalhadoras da área da saúde. Por outro lado, seis discordam e nove têm dúvidas sobre este tema, o que demonstra a existência de uma expectativa, crença ou mesmo a experiência de que estes medicamentos causam efeitos colaterais.

Um dos aspectos bastante importante que deve ser levado em consideração no âmbito do acidente com MBPC é a questão da adesão ao tratamento. Os ARVs ocasionam efeitos colaterais em muitos de seus usuários, sejam portadores do HIV, ou trabalhadores da saúde que estejam recebendo estes fármacos como medida profilática (SAILER, 2004).

Os usuários da medicação ARV enfrentam vários fatores que podem impedir, dificultar ou mesmo provocar a utilização inadequada desses medicamentos (ACÚRCIO; GUIMARÃES, 1999) e, dentre eles, é importante salientar, estão os efeitos colaterais. Os

efeitos mais freqüentes evidenciados pelos ARVs são náuseas, vômitos, dor abdominal, má digestão, tontura, pancreatite, formigamentos, fraqueza, ansiedade, insônia, icterícia, vermelhidão da pele e anemia (BRASIL, 1999).

Alguns outros fatores podem ser destacados no que diz respeito à adesão, como por exemplo, a falta de motivação, não entendimento do tratamento, percepção equivocada sobre a eficácia da terapia, falta de apoio familiar e suporte social (LOPES, 2003).

Alguns autores vêm apontando para a importância do apoio dos familiares, amigos e, até colegas de trabalho na adesão aos ARV's, mostrando como esse apoio ajuda não só na adesão, como também a enfrentar o período da profilaxia como um todo (BÁLSAMO, 2002; BRANDÃO JÚNIOR, 2000; MIOLA, 2005).

Aspectos religiosos, medo da reação familiar, faixa etária, posologia e efeitos colaterais da medicação são fatores significantes na análise da aderência do trabalhador à profilaxia ARV (MIOLA, 2005).

A complexidade da adesão dos medicamentos acarreta em múltiplas reações de comportamento, como efeitos psicossociais, planejamento completo das doses e horários e aspectos culturais acerca do abuso dos medicamentos. A satisfação com a vida e ter suporte emocional e social adequados, atualmente, favorecem a adesão dos portadores de HIV/aids ao tratamento (MOLASSIOTIS et al., 2002).

Bálsamo (2002) afirma que do total de 21 ocorrências de acidentes em que foi indicado os ARV's, cerca de 43% dos trabalhadores não concluíram o tratamento devido aos efeitos colaterais.

Ainda nesse sentido, Machado e Rossim (2004) afirmam que cerca de 50% dos trabalhadores que fazem uso de ARV como PEP relatam efeitos adversos, e cerca de um terço interrompem o uso como resultado disto.

Alguns trabalhadores ficam com medo de contar sobre a medicação aos familiares porque eles poderiam não entender ou ficar bastante preocupados. Quando conseguem o apoio de familiares e/ou colegas de trabalho conseguem enfrentar melhor o período da profilaxia (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Os trabalhadores que terminaram a profilaxia relataram que o apoio familiar e a força de vontade foram determinantes para a adesão ao tratamento (BÁLSAMO, 2002).

Quadro 8. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Acompanhamento clínico-laboratorial*.

Subcategoria	
<p>2.1.2- ACOMPANHAMENTO CLÍNICO-LABORATORIAL</p>	<p><i>Participante 1</i> –Agora ela vai ter que fazer mais exames, acho que é por mais um ano que ela vai fazer.</p> <p><i>Participante 6</i> - se ela adquirisse uma doença que não tem cura, que tem que fazer controle, que tem que ter um tratamento, ela mesma não ia gostar, e como ela trabalha com esses pacientes ela mesma já ia identificar a doença nela, ela ia saber se já estava no início, no meio ou no fim, então isso seria bastante triste pra ela, né?</p> <p><i>Participante 6</i> - Acho que as conseqüências do acidente podem ser vir a precisar se afastar do trabalho, ter que fazer o tratamento aqui no HC e ficar triste porque mudou a condição de que antes ela só trabalhava aqui e agora ela também é paciente daqui.</p> <p><i>Participante 6</i> - Ela fala assim “ah! Hoje eu tenho que ir lá tirar sangue como se fosse uma preocupação, será que vai dar positivo? e aí eu fico preocupada.</p> <p><i>Participante 6</i> - E aí eu falei pra ela “ah! Agora eu não quero saber, agora você vai ter que fazer os exames e tudo o mais, não quero nem saber de ouvir desculpas, você vai ter que fazer porque agora você está no grupo de risco”.</p> <p><i>Participante 8</i> - então o que eu sei é isso que ela vai ter que tomar os remédios, fazer os exames, fazer controle de 6 em 6 meses.</p>

A cada retorno do trabalhador para fazer o acompanhamento, o mesmo, assim como as pessoas do convívio íntimo, revivem todo o sofrimento e ficam na expectativa com relação a uma possível soroconversão, vivenciando, dessa maneira, uma angústia prolongada, que pode chegar até um ano.

Um outro aspecto que emergiu nessa subcategoria é a cobrança por parte das pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores com relação ao acompanhamento clínico-laboratorial.

Machado (2006), ao avaliar a adesão de trabalhadores da área da saúde, observou que 75,7% dos acidentados retornaram às consultas, índices estes que são superiores ao observado na literatura (CARVALHO et al., 2002; FIGUEIREDO et al., 2005; RANJEL; FEIJÓ, 2005; RAPPARINI et al., 2000; WANG et al., 2000). Entretanto, 63,1% não registraram a alta, ou seja, em boa parte desta população não houve conclusão do caso. Abreu (2005) encontrou 41,6% de abandono do seguimento, enquanto Rapparini et al. (2000), encontraram perda de seguimento em 55% dos acidentes ocupacionais com risco biológico.

O conhecimento da positividade da fonte corrobora para a não adesão às condutas pós-exposição, havendo maior porcentagem de abandono quando a fonte é positiva para o HBV, segundo alguns dados da literatura (MACHADO, 2006; MICELI et al., 2005).

O seguimento dos exames protocolares do trabalhador acidentado precisa ser estimulado até a alta médica, evitando que este abandone o tratamento, pois o acompanhamento não se restringe ao uso das medicações. Nesse sentido, o apoio e o estímulo das pessoas do convívio íntimo do trabalhador da área da saúde são de fundamental importância (SAILER, 2004).

As pessoas do convívio íntimo também vislumbraram a possibilidade de seus familiares tornarem-se portador de uma patologia, passando, dessa maneira, para a condição de paciente no seu próprio ambiente de trabalho. Nesse sentido, Rissi (2005) afirma que o acidente ocasiona uma aproximação de contextos (trabalhador x pacientes) quando esse se vê na possibilidade de estar contaminado, e, até mesmo, pela própria ingestão dos medicamentos e seus efeitos colaterais.

A aproximação do universo de sentidos do paciente indica uma identificação do trabalhador com o paciente cuidado devido antecipação de perdas decorrentes de uma possível contaminação (RISSI, 2005).

A autora supracitada afirma ainda que, em relação ao acompanhamento clínico e laboratorial, esta etapa parece ser bastante ansiogênica para o trabalhador, em especial àqueles que se expuseram ao HCV e demonstram apreensão frente a impossibilidade de assumir uma postura ativa para minimizar os riscos de uma soroconversão, uma vez que não há, até o momento, profilaxia a ser instituída.

Não existe nenhuma medida específica eficaz para redução do risco de transmissão após exposição ao vírus HCV. Os trabalhadores da área da saúde que apresentarem exame sorológico positivo durante o acompanhamento, deverão ser encaminhados aos serviços especializados para realização de testes confirmatórios, acompanhamento clínico e tratamento quando indicado (MACHADO; ROSSIM, 2004).

Com relação à aids, o acompanhamento sorológico anti-HIV deverá ser realizado no momento do acidente, sendo repetido após seis e doze semanas e pelo menos seis meses. O teste deverá ser feito após aconselhamento pré e pós-teste, devendo ser garantido ao trabalhador a confidencialidade dos resultados dos exames.

No que diz respeito à hepatite B, uma das principais medidas de prevenção é a vacinação, indicada para todos os trabalhadores da área da saúde. Os efeitos colaterais são raros e usualmente pouco importantes. O intervalo entre as doses preconizado pelo Ministério da Saúde, é de zero, um e seis meses.

Machado (2006) observou que 92,7% dos profissionais da área da saúde haviam sido vacinados para hepatite B, no entanto, 3,8% não haviam e 3,4% não lembravam ou não sabiam se haviam sido vacinados.

Dessa maneira, evidencia-se que as pessoas do convívio íntimo representam o acidente como capaz de afetar o trabalhador da área da saúde tanto psicológica como emocionalmente, devido à espera do resultado de testes sorológicos, que acarreta transtornos em suas vidas pessoal e profissional pela possibilidade de se tornarem soropositivos; e, dessa maneira, acaba ocasionando um sentimento avassalador tanto para o trabalhador quanto para as pessoas do convívio íntimo do mesmo.

2.2 – Psicossociais

Essa categoria diz respeito às questões psicossociais envolvidas no acidente, incluindo-se aqui as conseqüências na vida social e familiar do trabalhador da área da saúde. Em seguida, verificam-se as unidades de análise das subcategorias relacionadas às conseqüências psicossociais.

Quadro 9. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Alterações do cotidiano.*

<p style="text-align: center;">Subcategoria</p> <p style="text-align: center;">2.2.1- ALTERAÇÕES DO COTIDIANO</p>	<p><i>Participante 1 - Se ela não tivesse feito a profilaxia eu acho que teria um pouco mais de precaução, porque é aquela coisa, a probabilidade é mínima, mas pode acontecer, mas nada de não vou tomar no mesmo copo, mas sim de evitar usar a mesma gilete, alicate de unhas, essas coisas que tenham contato de sangue mesmo.</i></p> <p><i>Participante 9 - A A. teve que parar de amamentar a sua filha porque ela estava tomando os remédios e aí ela parou de dar de mamá para a menina, ela tinha muito leite, mas teve que parar.</i></p> <p><i>Participante 12 - Ela sempre doou sangue e agora ela não vai mais poder doar, acho que é por um ano.</i></p> <p><i>Participante 2 - A gente não usou preservativo porque estava descartado a possibilidade dela se contaminar com aids então continuou tudo normal.</i></p> <p><i>Participante 7 - Como no caso dela foi o HIV ela falou que teríamos que usar o preservativo. Nós usamos. Não tínhamos o costume de usar, de vez em quando usávamos, outras vezes não usávamos e depois do acidente tivemos que usar.</i></p>
---	---

	<p>Participante 8 - <i>O meu pai deu o maior apoio, a minha mãe falou pra ele que teriam que usar preservativo e ele disse que não, que se ela tivesse pego algo ele iria pegar também, disse “se você tiver, eu vou pegar também, não tem nenhum problema”. Eu acho que no fundo no fundo era a forma dele de ajudar a minha mãe.</i></p> <p>Participante 10 - <i>Mudou sim devido as dúvidas e por uma questão de segurança. Com certeza que alterou a nossa vida íntima. Usamos preservativos sim, mas usamos muito pouco. Agora por ser uma fase no começo muito complicada, e por não estar bem, a disposição para o sexo diminuiu mesmo, mas depois voltou ao normal.</i></p> <p>Participante 13 - <i>O uso do preservativo foi difícil porque a gente não estava acostumado antes e de repente ter que usar não é fácil.</i></p>
--	--

Uma das conseqüências do acidente com MBPC diz respeito a toda uma gama de alterações vividas no cotidiano, não só do trabalhador acidentado, mas também das pessoas do seu convívio íntimo.

Após o acidente, o trabalhador recebe orientação de como deve se conduzir para não colocar outras pessoas em risco, prevenindo uma transmissão secundária, ou seja, do acidentado para as pessoas do seu convívio íntimo. Dentre as orientações está a do uso de preservativos ou abstinência sexual, não doar sangue e, no caso de mulheres que estejam amamentando, devem ser aconselhadas sobre os riscos de transmissão e sobre as drogas utilizadas (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Os elementos compostos nas orientações dadas para prevenir uma transmissão secundária emergiram nas unidades de análise da subcategoria *Alterações do cotidiano*, como por exemplo, evitar compartilhar objetos de uso pessoal, tais como giletes e alicates de unha; assim como o uso de preservativos e a suspensão do aleitamento materno.

Nesse sentido, observa-se que no interior dos relacionamentos íntimos, o acidente parece provocar desconforto e confronto com um estilo de vida que escapa àquilo que está relacionado ao trabalho, acarretando desconfiança. A necessidade da negociação da vida

sexual se coloca como outro obstáculo a ser transposto pelo acidentado, uma vez que, geralmente, o uso do preservativo não é uma prática usual em relacionamentos estáveis (RISSI, 2005).

Um dos aspectos mais importantes envolvidos no acidente com MBPC são as dificuldades de negociação sexual e a divisão de responsabilidades entre o casal, principalmente porque uma das orientações básicas no período da profilaxia é a utilização do preservativo com o parceiro. Segundo Brandão Júnior (2000) negociar o preservativo com o parceiro, recusar o sexo inseguro ou exigir o uso de proteção são posições muito difíceis de serem assumidas pela maioria das mulheres, especialmente as que estão em relações estáveis. Podem inclusive, implicar na possibilidade de agressão física, na desconfiança e recriminação, no abandono e, conseqüentemente, na perda do sustento econômico e emocional. A situação se agrava quando as mulheres têm filhos.

O processo de identificação com o paciente, que parece ocorrer após o acidente, é uma das mais significativas conseqüências da exposição ocupacional, uma vez que o trabalhador acidentado sente-se ameaçado em sua condição psicossocial, preocupado com seu futuro, sua família, seu trabalho, enfim, as perdas às quais ele hipoteticamente está submetido, antecipando o sofrimento e o medo do abandono, da solidão, da rejeição. Sua capacidade de afastamento do sofrimento fica comprometida, gerando sentimentos de insegurança, medo e impotência frente à situação, definida por grande parte dos trabalhadores como a sensação de ser um “contaminador em potencial” (RISSI, 2005).

Um dado alarmante diz respeito à falta de informação com relação à hepatite C, como pode ser observado na fala do participante 2, na qual relatou que não precisou utilizar o preservativo uma vez que não haveria risco de se contaminar com o HIV. No entanto, o paciente-fonte com o qual sua esposa se acidentou era positivo tanto para o HIV quanto para o

HCV, mostrando, com isso, desconhecer não só as implicações dessa doença, assim como as formas de transmissão e, dessa maneira, se expôs a uma possível transmissão secundária.

A necessidade de apoio pode implicar em outros riscos quando o parceiro se coloca como igual, como pode ser visto na fala do participante 8, se negando a usar preservativos, o que é entendido pelos parceiros como algo positivo, enquanto essa situação deveria ser negociada diante da divisão de responsabilidades. Essa recusa do uso do preservativo como forma de apoio também foi encontrada no estudo realizado por Rissi (2005).

Quadro 10. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Risco de contaminação*.

<p style="text-align: center;">Subcategoria</p> <p style="text-align: center;">2.2.2- RISCO DE CONTAMINAÇÃO</p>	<p><i>Participante 2 - O setor do trabalho dela (UETDI) é de muito risco, né? Ela falou pra mim que não precisava me assustar que não era nada assim grave, mas mesmo assim você fica com um pé atrás.</i></p> <p><i>Participante 2 - Ela trabalha só com aidético então dá medo, depois que ela chegou em casa eu perguntei e aí? Corre algum risco? Eu fiquei com medo dela se contaminar.</i></p> <p><i>Participante 2 - ela está lá (UETDI) pra isso, né? Pra ajudar as pessoas, mas ela corre risco de se contaminar, ela tem que estar bem ciente disso.</i></p> <p><i>Participante 3 - Fiquei com muito medo dela pegar algum tipo de infecção, de doença. A gente fica preocupada porque a gente é mãe, né?</i></p> <p><i>Participante 5 - Ela trabalha numa área de risco porque ela trabalha com pessoas que tem aids, é uma área de risco, né? Então a gente fica apavorada, eu pensei será que essa menina vai pegar aids também?</i></p> <p><i>Participante 7 - Foi muito preocupante no começo, ainda mais pela área que ela trabalha lá (UETDI), porque lá ela tem um contato maior, mas assim, o risco a gente sabe que todo mundo está correndo, né?</i></p> <p><i>Participante 8 - a gente ficava pensando: aí meu Deus e agora será que ela vai pegar aids?</i></p> <p><i>Participante 9 - Preocupação que traz para a família da gente, para a cabeça da gente, não é fácil saber que a filha foi acidentada aí trabalhando com pessoas que tem aids.</i></p> <p><i>Participante 10 - Na hora você também se sente em risco porque é o meu marido, né? Não é assim com um filho, é algo mais íntimo, né? se fosse um filho ou um irmão é diferente, mas com o esposo ou com a esposa é diferente.</i></p>
---	---

	<p>Participante 2 - Ela tentou evitar não ter muito contato com as crianças, ficou sem beijar muito, sem abraçar, mas não pela aids e sim pela tuberculose, pela hepatite, depois ela viu que não tinha nada haver mesmo e voltou ao normal.</p> <p>Participante 2 – A gente corre risco também, né?! Ela pode dar uma furada lá e não dizer a ninguém.</p> <p>Participante 11 - acho que eu também corro risco porque se ela vir a se contaminar, eu também posso me contaminar.</p> <p>Participante 2 - A gente se sente vulnerável, mas como eu sei que ela tem uma cabeça muito boa, então se ela se acidental novamente eu sei que a primeira coisa que ela vai fazer é me contar, então eu fico mais tranqüilo, porque aí a gente vai se proteger, né?</p> <p>Participante 13 - também corro risco, porque nós temos um relacionamento, então se ela for contaminada, se a gente não tiver cuidado, ela pode me contaminar também. Ela corre risco lá e eu corro risco aqui.</p>
--	---

O acidente com MBPC faz com que não só o acidentado, mas também as pessoas do seu convívio íntimo percebam de maneira mais concreta que o trabalhador da área da saúde, ao trabalhar com pessoas que estão contaminadas com diversas patologias, estão expostas a um risco de vir não só a se contaminar, como também de contaminar, de forma secundária, as pessoas do seu convívio íntimo, uma vez que uma convivência mais íntima pode levar a situações de compartilharem objetos pessoais, de relações sexuais e o próprio aleitamento materno.

As unidades de análise da subcategoria *Risco de contaminação* mostra esse aspecto relacionado a vulnerabilidade, seja do trabalhador da área da saúde, seja das pessoas do seu convívio íntimo.

Uma das implicações envolvidas na prática diária de trabalhadores da área da saúde é a possibilidade de infecções com patógenos através de um acidente com MBPC (RISSI; MACHADO; FIGUEIREDO, 2005).

Outro fator importante implicado na situação de acidente é a percepção da vulnerabilidade pessoal que parece colocar o trabalhador em intenso conflito, configurando um momento de angústia e temor frente ao futuro.

Os estigmas que acompanham aspectos relacionados à aids constituem, ainda hoje, um bloqueio ao atendimento e assistência ao portador do HIV (MALBENGUIER, 2000). Além disso, a complexidade deste trabalho tem um duplo efeito sobre o trabalhador: além de acarretar um enorme desgaste psicológico, dificulta a identificação dos principais fatores deste desequilíbrio, multideterminado pelo medo, falta de informação, crenças individuais e, principalmente, pela forma fragmentada com que a doença é encarada nos meios especializados. A isso adiciona-se o risco de contaminação implícito nas relações do trabalhador da área da saúde com o paciente, através de exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado, no transcurso do seu trabalho. Os próprios trabalhadores têm reconhecido, num primeiro momento, o estigma e o medo, seguidos de sentimentos de desconforto e perplexidade, que representam fortes barreiras à realização de vínculos significantes com o paciente soropositivo (FIGUEIREDO, 2001; SALDANHA, 2003).

A percepção de risco é um tema complexo que abarca não somente os comportamentos, mas também os sentidos e significados e sua interação com os fatores da vida cotidiana (modo de vida, situação socioeconômica, situação familiar, conjugal, dentre outros) e os determinantes sócio-históricos que embasam o pensamento sobre a aids e a saúde de uma maneira geral (SALDANHA; FIGUEIREDO; COUTINHO, 2004).

De acordo com Brandão Júnior (2000), a experiência subjetiva dos trabalhadores frente ao acidente ocupacional na área hospitalar está intrinsecamente associada às representações que estes fazem de doenças como a aids, ligadas principalmente a idéia de promiscuidade, doença sem cura e morte. Acabam por vivenciar um sentimento intenso de

vítimas psicossociais da aids, com conseqüente sensação de impotência e sofrimento após o acidente. A percepção da vulnerabilidade parece associada à possibilidade de infecção, como conseqüência do acidente, antes mesmo de ser uma idéia associada aos riscos inerentes aos processos de trabalho hospitalar.

Nesse sentido, observa-se o receio das pessoas do convívio íntimo, em especial pelo fato dos trabalhadores da área da saúde, em sua maioria (69,2 %), estarem trabalhando na UETDI, ou seja, com pacientes portadores do HIV/aids.

As pessoas do convívio íntimo acreditam que a aids seja mais perigosa que as hepatites, pois não têm cura e a medicação não resolve o problema, só adia o momento da morte. Esses pensamentos, muito provavelmente, ocorrem por causa da mídia que cria alarde em torno da aids. Após a contaminação imaginam que o paciente terá uma sobrevida sofrida e pouco tempo de vida.

A contaminação pelo HIV é uma das conseqüências mais sérias dos acidentes com MBPC, entretanto, não é a única que merece atenção (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2001).

Quadro 11. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Expectativas dos exames*.

<p style="text-align: center;">Subcategoria</p> <p>2.2.3- EXPECTATIVAS DOS EXAMES</p>	<p><i>Participante 2 - O exame sai quase que imediato, mas até sair a gente fica com medo, mas graças à Deus deu tudo bem.</i></p> <p><i>Participante 3 - A pior hora é essa daí, viu? A espera e a expectativa dos resultados é o pior momento.</i></p> <p><i>Participante 4 - A gente assusta, mas o menino dela ficou bastante assustado, ele tem 12 anos, enquanto ele não viu a L. com o resultado ele ficava inquieto e eu sempre dizia pra ele “imagina, não vai dar nada, Deus é grande, fica frio e tal.</i></p> <p><i>Participante 4 - ela está fazendo todos os exames e esperamos que dê tudo bem.</i></p> <p><i>Participante 4 - Se tivesse dado aí um positivo, a gente ia estar um trapo, né? Mas graças a Deus todos os exames até agora não deu nada, mas a gente fica com medo até ela fazer o último.</i></p>
---	--

	<p>Participante 5 - <i>A gente espera o melhor, ficamos com muito medo, mas graças a Deus deu tudo bem.</i></p> <p>Participante 6 - <i>Espero que todos os exames não dêem em nada, que nenhum saia positivo, eu só não sei como funciona, por quanto tempo ela tem que fazer os exames, se um deu negativo um outro pode dar positivo, e se tem que fazer os exames a vida toda.</i></p> <p>Participante 6 - <i>a hepatite é uma doença que tem muito controle, tem que fazer os exames, então eu fico muito preocupada se realmente vai dar alguma coisa nos resultados dela, mas até agora parece que não deu nada e ela também não tem nenhum sintoma então está tudo tranqüilo.</i></p> <p>Participante 7 - <i>A gente fica rezando para que não dê nada nos exames, a gente fica rezando para que dê tudo negativo, a gente tem que ter pensamento positivo.</i></p> <p>Participante 10 - <i>e ainda tem toda a expectativa dos exames, a expectativa de dar negativo ou não.</i></p> <p>Participante 12 - <i>Eu e meu marido esperamos que não dê em nada, não vai acontecer nada, se Deus quiser nada há de acontecer.</i></p>
--	--

A expectativa de um resultado que indique uma possível soroconversão é vivida como uma das conseqüências mais difíceis do acidente. Os exames são feitos de imediato, tanto no paciente-fonte (quando conhecido), quanto no acidentado. No entanto, os exames anti-HIV, anti-HCV e anti-HBV, caso o paciente-fonte seja positivo, devem ser repetidos em seis semanas, três meses, seis meses, podendo chegar até a um ano, caso haja co-infecção HIV-HCV (BRASIL, 2007).

Esse acompanhamento pós-exposição provoca angústia e preocupação por um relativo período de tempo, até que todos os exames sejam feitos.

Observa-se, nas unidades de análise acima, que uma das maneiras que as pessoas do convívio íntimo acharam para lidar com essa angústia foi se apegando à figura de Deus, da religião e da fé. Além da família e dos amigos, a religião também proporciona um importante apoio social.

A fé aparece como importante recurso para amenizar o sofrimento do indivíduo, uma vez que a impotência diante da resolução do problema o leva a buscar explicações sobre o significado daquela experiência, em sua dimensão existencial (RISSI, 2005).

Muitos estudos abordam as diferentes estratégias pelas quais as religiões reinterpretam a experiência de uma dificuldade. Segundo Gir (1997) as religiões são criadas como uma estrutura para um sistema de crenças, valores, códigos de condutas e rituais, e apresentam os componentes de fé (ou crença), esperança e amor. O indivíduo que tem crenças religiosas sente em si mais força, seja para suportar as dificuldades da existência, seja para vencê-las. Dessa maneira, as pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde encontram na crença religiosa um grande auxílio para suportar as angústias impostas pela condição do acidente.

Quadro 12. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Reações frente à notícia*.

<p>Subcategoria</p> <p>2.2.4- REAÇÕES FRENTE A NOTÍCIA</p>	<p><i>Participante 2 - Quando você ouve falar em acidente de trabalho na área hospitalar a impressão que você tem é que a pessoa se contaminou, né?”</i></p> <p><i>Participante 2 - Na hora eu entrei em pânico, já fiquei imaginando outras coisas, né? Será que ela pegou aids? Será que alguém atacou ela lá dentro?</i></p> <p><i>Participante 3- A gente fica muito nervosa, só não fiquei muito na frente dela, mas por trás eu só pensava, meu Deus o que será que vai acontecer? Será que vai acontecer alguma coisa pior? Então é só entregar pra Deus e ver o que vai acontecer.</i></p> <p><i>Participante 3- O meu marido também ficou apreensivo, pensa que vai acontecer o pior, né? Eu fiquei mais preocupada por conta da aids. A família fica realmente bastante assustada, assusta muito, viu? Assusta demais.</i></p> <p><i>Participante 4 - De início nós assustamos, eu e meu marido ficamos muito preocupados, até porque nós temos um sobrinho que tem esse problema (aids).</i></p> <p><i>Participante 5 - Na hora dá muito medo, mas depois passou o susto. O marido dela também ficou com muito medo.</i></p> <p><i>Participante 5 - Eu, o meu marido e os irmãos dela ficamos apavorados,</i></p>
--	--

	<p><i>mas graças à Deus está tudo bem.</i></p> <p>Participante 6 - Bom, ela não contou pra gente, ela contou pra uma tia e aí um dia elas estavam conversando e minha tia deixou escapar e aí eu perguntei “como é mãe? Você se furou? E aí ela disse “ah! É! Mas não foi nada e tal” e ela já estava fazendo os exames aqui (HC) já fazia um tempo e eu fiquei preocupada.</p> <p>Participante 7 - a pessoa fica descontrolada, porque nessa hora a pessoa fica apavorada, isso assusta, né? Dá um medo, a pessoa perde um pouco a noção das coisas e começa a pensar tudo, né?</p> <p>Participante 9 - Depois desse negócio do acidente eu fiquei completamente transtornada, eu fico muito preocupada porque eu não sei direito qual é o problema da A. e isso é algo que não sai da minha mente, é algo que não limpa de jeito nenhum.</p> <p>Participante 9 - esse negócio dela ter se acidentado mexeu muito comigo, muito com a minha cabeça.</p> <p>Participante 10 – O acidente abala completamente emocionalmente. Eu também fiquei muito abalada, preocupada, com medo, principalmente porque eu não entendo nada da área de saúde, então é muito difícil porque pra mim ele já tinha sido contaminado, pra mim ele já estava contaminado, pra mim ele já estava com HIV.</p>
--	---

No que diz respeito à subcategoria *Reações frente à notícia*, as unidades de análise mostram um consenso com relação aos sentimentos vividos pelas pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde, traduzidos em pânico; nervosismo; apreensão; preocupação e abalo emocional.

Outra dificuldade encontrada pelos trabalhadores frente à situação do acidente refere-se à necessidade de lidar com a própria angústia e ainda encontrar condições para ser o mensageiro das informações que podem amenizar a ansiedade de familiares e amigos (RISSI, 2005).

As pessoas do convívio íntimo do trabalhador da área da saúde precisam, nesse momento, de apoio e de esclarecimentos acerca não só do acidente, mas das implicações que este ocasiona, das possíveis mudanças e negociações no âmbito das relações pessoais, ajudando, dessa maneira, a diminuir um pouco a ansiedade. Isso é necessário visto que,

muitas vezes, elas acreditam que a contaminação se dê de forma automática ou que haja uma grande probabilidade de contaminação, ainda mais por trabalharem diretamente com pacientes soropositivos para o HIV/aids, como pode ser visto na fala do participante 2 – *“Quando você ouve falar em acidente de trabalho na área hospitalar a impressão que você tem é que a pessoa se contaminou, né?”*

Quanto mais informações e orientações as pessoas do convívio íntimo tiverem, menos será o nível de angústia, podendo, dessa maneira, servirem também de apoio para o trabalhador acidentado.

Quadro 13. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Revolta*.

<p>Subcategoria</p> <p>2.2.5- REVOLTA</p>	<p><i>Participante 8 - Não é fácil porque ela estava lá fazendo o trabalho dela e se acidentou, eu senti raiva, senti um pouco de raiva porque talvez se ela não precisasse estar lá trabalhando não teria corrido o risco de ser infectada, eu até fiquei com raiva do paciente, na hora dá vontade até de matar ele.</i></p> <p><i>Participante 6 - Eu fiquei muito braba com ela, fiquei super braba e falei “ah! Você não tomou cuidado!” Eu até agredi ela um pouco, e falei “porque você não tomou cuidado? onde já se viu?”</i></p> <p><i>Participante 6 - Quando eu soube do acidente eu falei pra ela “onde já se viu acontecer isso, você não tomou cuidado? Você trabalha lá há quanto tempo? Faz quantos anos que você trabalha lá? e agora que foi acontecer isso, agora que você está quase para se aposentar, não devia acontecer isso afinal você tem muita experiência”.</i></p> <p><i>Participante 9 - Eu fiquei revoltada, fiquei revoltada, no momento me deu uma revolta muito grande, o meu sentimento foi de que será que ela não prestou atenção no momento em que ela foi acidentada com a agulha? No momento eu pensei “será que não foi uma distração dela? Eu pensei também no porque que tinha acontecido isso, será que ela não tinha prestado muita atenção? Fiquei pensando também no risco que corre em ter se acidentado logo ali (UETDI), né?”</i></p>
---	---

A revolta é um dos sentimentos relatados pelas pessoas do convívio íntimo do trabalhador da área da saúde e abrange dois aspectos. O primeiro aspecto se refere a uma revolta voltada para o paciente-fonte envolvido no acidente, que é percebido como culpado,

mobilizando sentimento de raiva para com o mesmo. O outro aspecto se refere a uma revolta direcionada para o próprio trabalhador da área da saúde, que acaba sendo julgado como displicente e negligente, mobilizando sentimentos de raiva para com os mesmos.

A revolta dirigida para o trabalhador da área da saúde pode alterar a percepção do mesmo para o sentimento de falta de apoio e de acusações, dificultando ainda mais o processo de adaptação e podendo causar sentimentos de culpa.

No contexto das relações sociais, a revelação sobre o acidente é dificultada, novamente, pelo temor de ser vítima de julgamento ou do mesmo preconceito que reconhece existir com os doentes. As possíveis conseqüências do preconceito aparecem na forma de medo da rejeição (solidão) e perda da estabilidade (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Os dados encontrados na subcategoria *Revolta* corroboram o estudo de Brandão Júnior (2000), no qual observou que, no que diz respeito às repercussões na vida familiar, a maior preocupação era com uma possível reação negativa dos familiares e do parceiro. Em algumas situações, os familiares chegaram mesmo a criticá-la pelo acidente, reforçando o sentimento de culpa da acidentada. Em outros, os familiares ficavam tão preocupados que aumentavam o estresse da acidentada. Por esses motivos, muitas vezes as trabalhadoras evitavam contar aos familiares sobre o acidente e, como conseqüência, sentiam-se sozinhas e sem apoio (BRANDÃO JÚNIOR, 2000).

Diante do exposto, evidencia-se, mais uma vez, a importância do apoio/suporte das pessoas do convívio íntimo para os trabalhadores da área da saúde acidentados.

Quadro 14. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Suporte social*.

<p>Subcategoria</p> <p>2.2.6- SUPORTE SOCIAL</p>	<p><i>Participante 1 - Eu acho que no caso dela, em especial, é só ninguém ficar apavorada e procurar tranquilizar ela, é tentar acalmar ela mesmo porque ela ficou meia agoniada então você tem que ajudar a pessoa, dizer que a probabilidade é mínima.</i></p> <p><i>Participante 2 - A gente procura dar o maior apoio possível, procura</i></p>
--	--

	<p><i>conversar bem e dizer que o acidente acontece com todo mundo, principalmente nessa área, então a gente procura apoiar bastante, é o que a gente pode fazer no momento, também a gente pode dar conselhos.</i></p> <p>Participante 3 - <i>A família é tudo, aqui em casa é assim, um por todos e todos por um, sabe? Então é preocupante tanto pra ela, quanto pra mim, quanto para os irmãos. A família pode dar força, falar que não vai acontecer nada, que vai dar tudo certo.</i></p> <p>Participante 4 - <i>Apoio, dizer que não vai dar nada não.</i></p> <p>Participante 5 - <i>É uma hora que a gente tem que dar mais atenção, mais carinho, por que a pessoa fica apavorada, porque ela ficou, ela ficou muito apavorada na hora, então ela precisa do apoio da família.</i></p> <p>Participante 6 - <i>Como a minha mãe é uma pessoa que não tem o hábito de ir ao médico eu acho que o meu papel nesse momento é pegar muito no pé dela para ela poder ir fazer os exames, fazer o controle.</i></p> <p>Participante 7 - <i>É tentar apoiar a pessoa, é ter companheirismo, acho que esse é o melhor remédio, principalmente nessa hora porque a pessoa fica descontrolada.</i></p> <p>Participante 8 - <i>O acidente é realmente um momento difícil, é um momento de muita pressão, tanto para quem se acidentou quanto para a família e a gente tem que dar apoio, tem que apoiar, tem que ter o apoio dos filhos, do marido, de todos.</i></p> <p>Participante 10 - <i>O papel da família é dar apoio, é dar incentivo, é o apoio. Eu sempre incentivei ele, eu dizia pra ele tomar os medicamentos e ele passava mal e eu dizia que ia melhorar, que ele tinha que tomar, e é assim, né? É incentivando, é dando força, é estando perto.</i></p>
--	---

As pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde avaliam o suporte social como sendo algo de extrema importância, tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelo trabalhador em virtude de um acidente com MBPC. Nas unidades temáticas acima emergiram elementos que caracterizam o suporte social, tais como: apoiar; tranquilizar; dar conselhos; atenção; carinho; companheirismo; e o próprio incentivo para a ingestão dos medicamentos.

A solidariedade é um fator de suma importância no processo de compreensão e ajustamento após a experiência de acidente ocupacional com MBPC. Na família, isso pode

ocorrer na forma de apoio exercido pelo próprio trabalhador na tentativa de diminuir o estresse e a angústia despertada nos familiares (RISSI, 2005).

A maneira como as pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde se adaptam ao acidente é um reflexo do seu relacionamento íntimo, de suas histórias e do contexto sociocultural em que estão inseridos. Quando a estrutura familiar apresenta um relacionamento satisfatório, o nível de receptividade e de compreensão poderá se dar mais facilmente, trazendo ao trabalhador fragilizado com o acidente, um fortalecimento através das relações de ajuda e afeto.

Os trabalhadores da área da saúde também buscam o apoio e a solidariedade dos pares, principalmente dos companheiros, no sentido de amenizar o sofrimento diante da situação vivida (RISSI, 2005).

Nesse sentido, Brook (1999) afirma que o suporte social familiar está positivamente associado ao bem-estar psicológico e que o suporte dos amigos é útil para a mudança de hábitos de vida, podendo contribuir, inclusive, na adesão ao tratamento.

Quadro 15. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Reavaliação da profissão*.

<p style="text-align: center;">Subcategoria</p> <p style="text-align: center;">2.2.7- REAVALIAÇÃO DA PROFISSÃO</p>	<p><i>Participante 3 - Ah! A gente fica mais apreensiva, né? A gente fica porque a gente sabe que ela precisa ficar muito atenta pra não acontecer mais acidentes, mas isso Deus ajuda e não acontece nada não. Eu falo pra ela prestar atenção, ter cuidado, mas aí Deus toma conta, né? Porque eu sei que ela está fazendo uma coisa que ela gosta e está ajudando à outras pessoas.</i></p> <p><i>Participante 8 - O acidente não mudou a minha visão da profissão da minha mãe, eu gosto muito da profissão dos três, da minha mãe, da minha irmã e do meu irmão, quer dizer, é uma profissão de perigo, de risco.</i></p> <p><i>Participante 8 - Antes eu não tinha noção que a profissão dela tinha risco, quando eu nasci ela já trabalhava no hospital e eu nem sabia o que era um hospital nem que a minha mãe podia se acidentar, agora é que eu tenho mais consciência, depois do acidente você começa a pensar mais sobre a profissão, você se dá conta de que ela está ligada direto com pessoas que tem doenças e que ela também pode ficar doente.</i></p>
--	--

	<p>Participante 9 - Quando ela chega em casa eu já fico com aquele pressentimento, eu já pergunto se foi tudo bem, pergunto se ela trabalhou, se morreu alguém, o que ela fez, como foi o seu dia, e não tinha isso entendeu?</p> <p>Participante 12 – achava que não era tão perigoso, que não tinha esse risco de vida. Não passava pela minha cabeça que poderia ocorrer um acidente. Eu sempre fiquei tranqüilo, até um belo dia que ela me liga chorando dizendo que houve um acidente.</p> <p>Participante 3 - O meu marido até quis que ela mudasse de profissão ou de setor (UETDI) por causa do acidente, porque não é fácil saber que ela trabalha num lugar onde as pessoas tem HIV, tem hepatite, ele ficou muito assustado, até mais que eu.</p> <p>Participante 9 - Mesmo antes dela se acidentar eu já pedia pra ela sair de lá (UETDI) porque eu tinha medo de acontecer um negócio desses, quando aconteceu eu falei pra ela “e agora? Como é que você vai fazer? você agora vai sair daí? Ou você vai ficar lá? “. E ela disse que gosta de ficar lá, que ama o serviço que ela faz, que gostava de trabalhar lá.</p> <p>Participante 10 - Eu fiquei mais preocupada e eu gostaria que ele trabalhasse com outras pessoas que não tivessem aids, entendeu? Mas aí ele passou a tomar mais cuidado e foi pegando mais confiança e tomando mais cuidado com sua profissão usando os óculos, vendo direitinho o que vai fazer com o paciente, ele tem que usar o que o hospital fornece, o óculos, as luvas, às vezes tem que usar a bota, então tem que usar mesmo, não pode pensar só no paciente, não é fácil essa profissão, né?</p>
--	--

Após o acidente, algumas pessoas do convívio íntimo passaram por um processo de reavaliação da profissão do trabalhador da área da saúde, no qual perceberam que esta profissão oferece riscos não só para os próprios trabalhadores, mas para eles mesmos, como foi visto na subcategoria *Risco de contaminação*.

Inicialmente, o acidente leva a uma reavaliação profissional em termos de exposição ao risco e à conseqüente verificação da vulnerabilidade pessoal frente à doenças com as quais lida em seu dia-a-dia. Para Silva (2000), o aumento da consciência do risco é um dado psicológico que acarreta reflexões sobre autonomia e participação no contexto de trabalho.

Essa percepção do risco faz com que surja um sentimento de medo e de insegurança, levando, algumas vezes, ao desejo de que esses trabalhadores mudem de profissão ou de setor, e aqui emerge, mais uma vez, o temor desses trabalhadores estarem trabalhando com pacientes soropositivos para o HIV/aids.

O trabalhador, ao passar por situações que desencadeiam reações de medo e sofrimento, aproxima da sua realidade de atuação os riscos a que se expõe diariamente, assim como as frustrações a que se submete. É como se, diante dessa situação, ele tomasse a consciência exata do risco presente durante a execução das tarefas (FEIX; PONTALTI; FERNANDES, 1998).

No âmbito do trabalho, mecanismos de defesa como a negação e a repressão são as saídas mais freqüentes para o enfrentamento das situações de sofrimento; porém, nem a negação dos riscos, nem a repressão do medo constituem-se em defesas duradouras frente à experiência de acidente ocupacional, levando os trabalhadores a compreender e vivenciar a própria fragilidade perante as ameaças até então encobertas, que passam a ser claramente percebidas (VERONESE; VILLAR, 2006). De acordo com Dejours (1988), evitar o sentimento de medo no trabalho seria uma das premissas básicas do sistema de defesa coletivo dos trabalhadores.

Brandão Júnior (2000) constatou, em sua pesquisa, que um número considerável das trabalhadoras entrevistadas passaram a ficar com medo, durante suas atividades no trabalho, após o acidente. Entretanto, algumas trabalhadoras passaram a apresentar uma postura "pró-ativa" no trabalho, cobrando mais da chefia e da instituição os seus direitos, principalmente relativos a biossegurança.

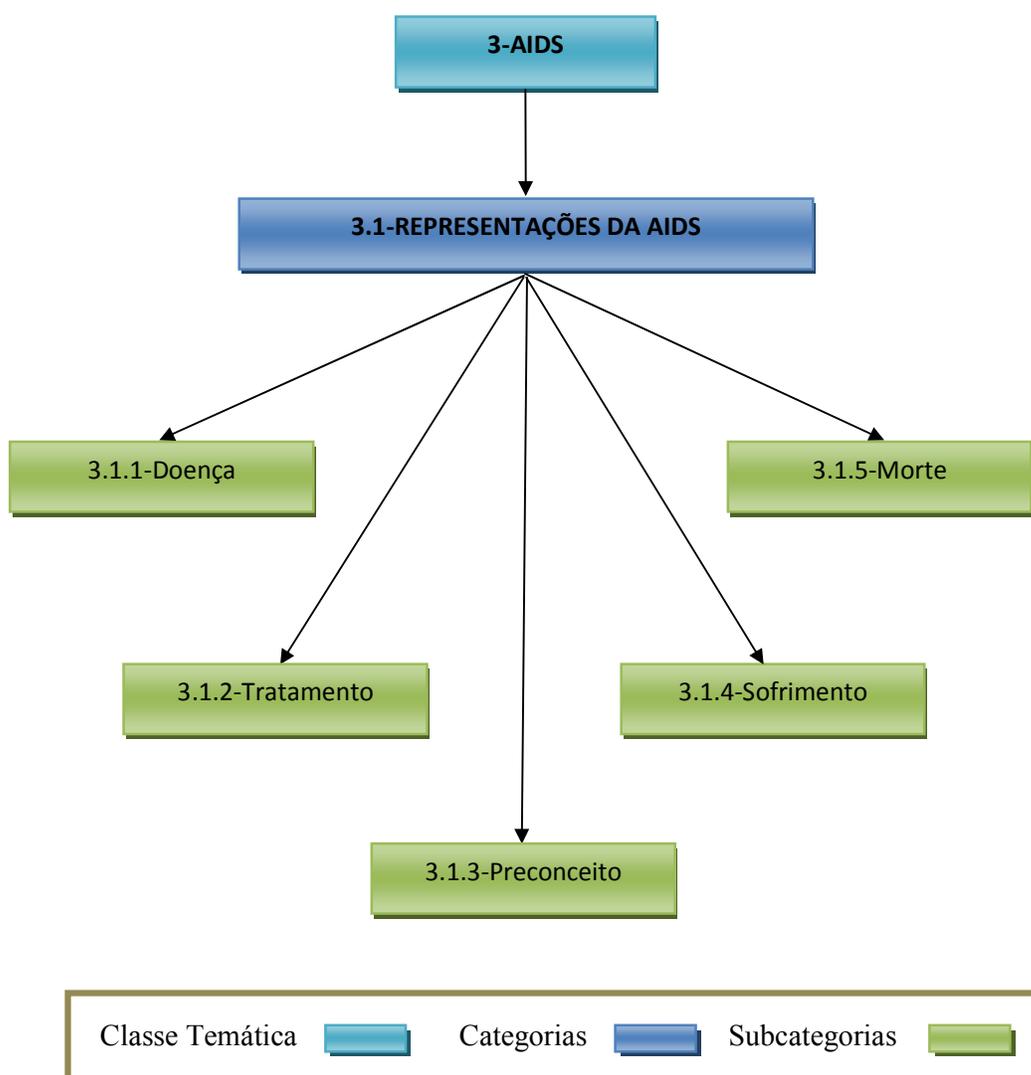
O acidente significa uma ruptura, dada pelo evento indesejado, cuja problematização conduz o trabalhador à análise de sua atividade diária. Como pode ser observado nas unidades de análise acima, o mesmo processo de reavaliação da atividade do trabalhador é feito pelas

pessoas do convívio íntimo, que passam a perceber os riscos envolvidos na profissão dos seus familiares (OSÓRIO; MACHADO; MINAYO-GOMES, 2005).

3 - Aids

A terceira classe temática se refere à *aids*, e apresentou uma categoria denominada de *Representações da aids* e possui seis subcategorias: *Doença*; *Tratamento*; *Prevenção*; *Preconceito*; *Sofrimento*; e *Morte*, conforme demonstrado na figura 4.

Figura 4. Categorias e Subcategorias da Classe Temática 3.



3.1 – Representações da aids

Esta categoria demonstra a maneira pela qual a aids é concebida pelas pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde. Abaixo estão as unidades de análise referente às subcategorias aqui emergentes.

Quadro 16. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Doença*.

<p>Subcategoria</p> <p>3.1.1- DOENÇA</p>	<p><i>Participante 2 - Aids é uma doença que veio pra derrubar gente, e é uma doença nova, nova assim pra estudo, ainda está muito novo.</i></p> <p><i>Participante 5 - Aids é uma baixa da resistência e aí qualquer problema de saúde agrava mais, né?</i></p> <p><i>Participante 6 - É uma doença oportunista. Você pode até estar Participante a outras coisas, né? Como por exemplo, a própria pneumonia que é uma coisa que quando se pega acaba prejudicando os pacientes que tem aids, né?</i></p> <p><i>Participante 6 - eu acho que o pior são as doenças oportunistas, pois uma simples gripe pode te derrubar por ter uma imunidade baixa.</i></p> <p><i>Participante 7 - Aids é uma doença, um bloqueio imunológico que vai baixando a imunidade da pessoa e daí vem as complicações porque não é o HIV que mata, são as outras complicações que baixa o sistema imunológico e faz aparecer outras coisas.</i></p> <p><i>Participante 10 - É uma doença que debilita. A pessoa não tem anticorpos pra combater as doenças, as infecções. A pessoa não morre porque ela tem aids e sim porque ela não tem anticorpos para combater outras doenças, tipo a tuberculose, então a pessoa acaba morrendo por causa de uma outra doença, porque o corpo fica debilitado.</i></p> <p><i>Participante 3 - A aids é uma doença muito ruim e aparece de várias maneiras, algumas pessoas emagrecem, outras aparecem feridas, eu acho que em cada pessoa é de um jeito, é assim que eu penso.</i></p>
--	---

Percebe-se nas unidades de análise acima que a aids é vista como uma doença com toda uma gama de sintomas próprios. As formas de conhecimento produzidas sobre a aids têm uma conotação de doença, traduzida por angústia, pânico, rejeição, cujas interpretações de

cunhagem são ainda de ordem primitivas (CASTANHA, 2005; CASTANHA et al., 2006b; HERLIZCH; PIERRET, 1992; MARTIN, 1995; SILVA, 2003).

As unidades de análise mostram, ainda, que a aids é percebida como uma doença relativamente recente que tem como características baixar a resistência do organismo, ocasionando doenças oportunistas, que debilitam e trazem alguns sintomas, tais como a perda de peso e o aparecimento de feridas. Esse esteriótipo físico vinculado aos doentes de aids, como a magreza ou a deficiência física, também foi encontrado em estudo realizado por Castanha et al. (2007).

Ainda nesse sentido, Malbergier (2000) afirma que o portador de aids apresenta, ao longo da evolução de sua doença, alterações em seu corpo, seja pela doença ou pela medicação, que promovem, em muitos casos, impacto em sua auto-estima.

Quadro 17. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Tratamento*.

<p>Subcategoria</p> <p>3.1.2- TRATAMENTO</p>	<p><i>Participante 6 - eu até acho que se uma pessoa que pega fizer um tratamento adequado ela não vai sofrer com ela, ela vai poder viver como uma pessoa normal, como qualquer outra pessoa, porque a toxoplasmose não tem cura também, a chagas é a mesma coisa e a aids é um vírus que você pode conviver bem desde que você tome os remédios, faça os controles, tenha uma boa saúde, uma boa condição.</i></p> <p><i>Participante 8 - A aids apesar de ser ruim você consegue viver com ela, graças à Deus com os avanços da tecnologia você consegue sobreviver à aids. A aids agora com essa tecnologia toda e com os medicamentos acho que ficou mais tranqüilo, né? Apesar de que é uma doença muito difícil.</i></p>
--	---

Existem, na história da aids, dois períodos bem delimitados: antes da década de 1990, quando prevalecia a imagem da aids ligada à desesperança e morte; e após, com o uso em larga escala dos medicamentos ARVs (SALDANHA, 2003).

Esse segundo período descrito pela autora supracitada é evidenciado nas unidades de análise aqui descritas, através das quais pode-se observar que, apesar de perceberem a aids

enquanto uma doença bastante difícil, ela não deve ser vista como uma sentença de morte e que, com a evolução dos ARV's, os soropositivos tiveram um aumento não só na expectativa, mas também na qualidade de vida (CASTANHA, 2005).

Ainda nesse sentido, alguns autores afirmam que, enquanto o tratamento clínico da aids tem avanços indiscutíveis, o apoio emocional ao paciente, ajudando-o a lidar com as questões de ordem afetiva, fundamentais para a adoção de práticas voltadas para o autocuidado, ainda sofre conseqüências do despreparo que envolve o trato psicossocial da doença (SALDANHA; FIGUEIREDO; COUTINHO, 2004).

Quadro 18. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Preconceito*.

Subcategoria	<p><i>Participante 1 - As pessoas têm preconceito, a sua vida deve mudar muito, né?</i></p>
3.1.3- PRECONCEITO	<p><i>Participante 6 - a pessoa acaba pegando, às vezes, por desleixo, no caso de uma relação sexual, agora no caso de uma transfusão não seria culpa da pessoa, ela não tem como saber, na hora ela está lá em coma, sei lá, e não tem como falar e pedir um exame antes pra ver se tem aids, né?</i></p> <p><i>Participante 9 - eu acho que a aids é um descuido das pessoas.</i></p>

Como pode ser visto nas unidades de análise acima, as pessoas com HIV/aids são, muitas vezes, discriminadas, apesar de todo o conhecimento que se tem atualmente acerca das formas de transmissão.

Esse dado corrobora o estudo realizado por Castanha et al. (2006 a) no qual as autoras assinalam que as Representações Sociais de soropositivos para o HIV acerca da aids, ultrapassaram o aspecto biológico e atingiram o aspecto psicossocial, emergindo elementos tais como: o preconceito, a segregação e o estigma.

A doença causa repulsa, afastamento, medo de contaminação. Isso ocorre principalmente com a aids, por deixar sinais tão visíveis e impotências tão declaradas (TURA,

1998). Nesse sentido, Sousa (2001) afirma que, além da aids ser uma doença com graves conseqüências físicas e psicológicas, ela constitui-se também como um fenômeno de natureza social acompanhada de processos de segregação social baseados em estigmas socialmente construídos e intimamente ligados às Representações Sociais da doença.

Em estudo realizado por Castanha et al. (2006 b), com soropositivos para o HIV, o preconceito emergiu como elemento significativo nas Representações Sociais da aids, sendo considerado como um dos principais desencadeantes da sintomatologia depressiva no contexto da aids, uma vez que implica em abandono, segregação, estigmatização e ruptura nas relações pessoais, num momento em que mais se precisa de apoio.

O preconceito existente em torno da doença faz com que os portadores se tornem carregados de culpa diante do que não podem reverter, culpa que a família, os amigos e a sociedade reforçam com cobranças, discriminações, isolamento e omissão (CASTANHA, 2005).

Assim como descrito pela autora acima citada, as unidades de análise mostram que a aids é vista como sendo proveniente de desleixo e de descuido, atribuindo um componente de culpa quando contaminado através de uma relação sexual, ou de pena, no caso da contaminação proveniente de uma transfusão de sangue.

Dessa maneira, contrair o HIV implica em uma transgressão que favorece, por sua vez, uma estereotipia de acusações e culpa, culpa essa de caráter individualizado, cujos comportamentos são representados como ameaças à sociedade por se portar uma doença tão temida. Esses comportamentos seriam a conseqüência de um comportamento sancionado negativamente por certos grupos da sociedade, como forma de punição moral pelo pecado (MARTIN, 1995).

Ainda nesse sentido, Figueiredo (2001) afirma que falar em aids significa referir-se a uma doença contagiosa e fatal, que ainda se associa às minorias, em que prevalece a crença de que as pessoas contaminadas são responsáveis pela própria enfermidade.

No que diz respeito ao acidente ocupacional, Machado e Rissi (2004) colocam que, para os trabalhadores da área da saúde, a possibilidade de aquisição de HIV através de exposição ocupacional parece se aproximar das chamadas “formas passivas de contágio”, como no caso da transmissão sanguínea ou de crianças que foram contaminadas através de transmissão vertical.

Apesar da comprovação científica sobre os meios de transmissão da doença, ainda existe muito medo, preconceito e discriminação em relação aos portadores do HIV/aids. Moriya (1992) aponta, em seus estudos, alguns dos aspectos associados à aids, tais como o medo irracional, os aspectos psicossociais desfavoráveis evidenciados por desinformações, discriminações e atitudes negativas.

Alguns autores afirmam que a aceitação e o apoio da família e dos amigos são de extrema importância para os soropositivos, contudo, algumas famílias e amigos rejeitam ou têm atitudes de rejeição, tais como a culpabilização pela doença em virtude de estilos de vida que consideram desviantes, tais como a homossexualidade e o consumo de drogas (SOUZA, 2001).

Quadro 19. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Sufrimento*.

<p>Subcategoria</p> <p>3.1.4- SOFRIMENTO</p>	<p><i>Participante 2 - É uma doença braba, triste.</i></p> <p><i>Participante 4 - Aids é uma doença que traz muita tristeza, traz muita tristeza, muito aborrecimento, até brigas. Então eu acho que aids é isso, é triste, mas não é o fim, acho que dá pra se ter uma vitória.</i></p> <p><i>Participante 8 - Uma tia minha tem e é muito difícil porque ela tem que tomar toda aquela medicação, é muito difícil.</i></p> <p><i>Participante 9 - Tem uma pessoa na minha família que tem aids e ela sofre muito, ela tem sofrido horrores, horrores, ela mora numa casinha</i></p>
--	---

	<p><i>mais pra lá, mas a família não pode fazer mais nada, vai fazer mais o que?</i></p> <p>Participante 9 – <i>Alguns morrem logo, mas o pior é quem fica nesse sofrimento e a família fica sofrendo também.</i></p> <p>Participante 12 - <i>a pessoa com aids deve sofrer muito, é muito sofrimento, tanto psicológico quanto físico.</i></p>
--	---

O sofrimento causado pela aids pode ser proveniente de diversos fatores, dentre os quais pode-se destacar: o diagnóstico, o processo do adoecer, a iminência de morte, a discriminação, as limitações e as perdas decorrentes da mesma (CASTANHA et al., 2006c).

Ainda nesse sentido, pode-se descrever uma série de alterações relacionadas às perdas físicas, psicológicas e sociais que o portador do HIV sofre, modificando os aspectos relacionados à qualidade de vida. A auto-estima diminui e o indivíduo fica sem crenças ou planos futuros, tomado pela tristeza e depressão. No que diz respeito à depressão, Castanha; Coutinho e Saldanha (2005) observaram uma prevalência de 64% da sintomatologia depressiva em soropositivos para o HIV.

A intervenção psicológica para o paciente é fundamental na tentativa de minimizar o sofrimento psíquico, dando-lhe suporte na adaptação às mudanças decorrentes da evolução da doença (MELEIRO, 1997).

Quadro 20. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Morte*.

<p>Subcategoria</p> <p>3.1.5- MORTE</p>	<p>Participante 1 - <i>Tudo bem que hoje tem vários tratamentos, mas é a certeza que você vai morrer, entendeu?</i></p> <p>Participante 1 - <i>Muda a sua cabeça, você pensa e aí? Agora eu sei que vou morrer, não posso pegar uma gripe que é tudo grave, eu tenho uma visão muito feia da aids.</i></p> <p>Participante 2 - <i>é uma doença que ainda não se descobriu nada sobre ela, tem medicação que prolonga a vida do paciente, mas a gente sabe que não tem cura.</i></p>
---	--

	<p>Participante 7 - <i>Na verdade assim, fora da parte técnica, a aids seria a verdadeira morte, porque quem a tem sabe que vai estar morto e não tem outra opção.</i></p> <p>Participante 9 - <i>Eu acho que a aids é uma doença incurável mesmo.</i></p> <p>Participante 9 - <i>A aids é difícil, porque tudo o que você faz é em vão, quando dá remédio para uma coisa se manifesta outra, não adianta de nada, é um investimento em vão, às vezes quando uma pessoa pega muito cedo, ele morre mais rápido, porque a doença se manifestou e ele morreu.</i></p> <p>Participante 13 - <i>É uma doença que te condena porque até agora não apareceu nenhum medicamento que cura, os que têm só prolonga mais a vida. É uma doença que não tem cura.</i></p>
--	---

As unidades de análise acima mostram como a aids está associada à morte. Apesar da evolução terapêutica e de seu reflexo direto na reinterpretação da aids, observa-se, ainda hoje, que a mesma continua sendo associada à morte e a todo o sofrimento que lhe é pertinente (CASTANHA, 2005; CASTANHA; ARAÚJO, 2006; MADEIRA, 1998; SILVA, 2003; TURA, 1998).

Esse dado corrobora o estudo de Brandão Júnior (2000) em relação à biossegurança, no qual encontrou dados nos quais as entrevistadas associaram a probabilidade de contaminação pelo HIV à morte. A falta de informação sobre biossegurança também contribui para essas percepções.

A morte causada por essa doença incurável está nitidamente apresentada como elemento do núcleo central das Representações Sociais da aids e é organizadora de várias cognições. A morte é vista como terrível, premeditada, lenta e mobiliza o medo que discrimina o *outro* que não se previne (TURA, 1998).

Considerando conteúdos relacionados à *doença em si*, um estudo realizado por Figueiredo e Fioroni (1997) mostrou uma prevalência do caráter social envolvendo o pensamento na morte, a vergonha dentro da família e o silêncio das pessoas, levadas pelo

medo de contrair o HIV. Além disso, respostas teleológicas relacionadas aos costumes foram observadas e associadas ao surgimento da doença devido à hábitos censurados pela sociedade.

Os soropositivos se vêem, abruptamente, confrontados com a hipótese de uma morte prematura, gerando medo associado à angústia, provocada pelo desconhecimento de quando e em que condições irão morrer (SOUZA, 2001).

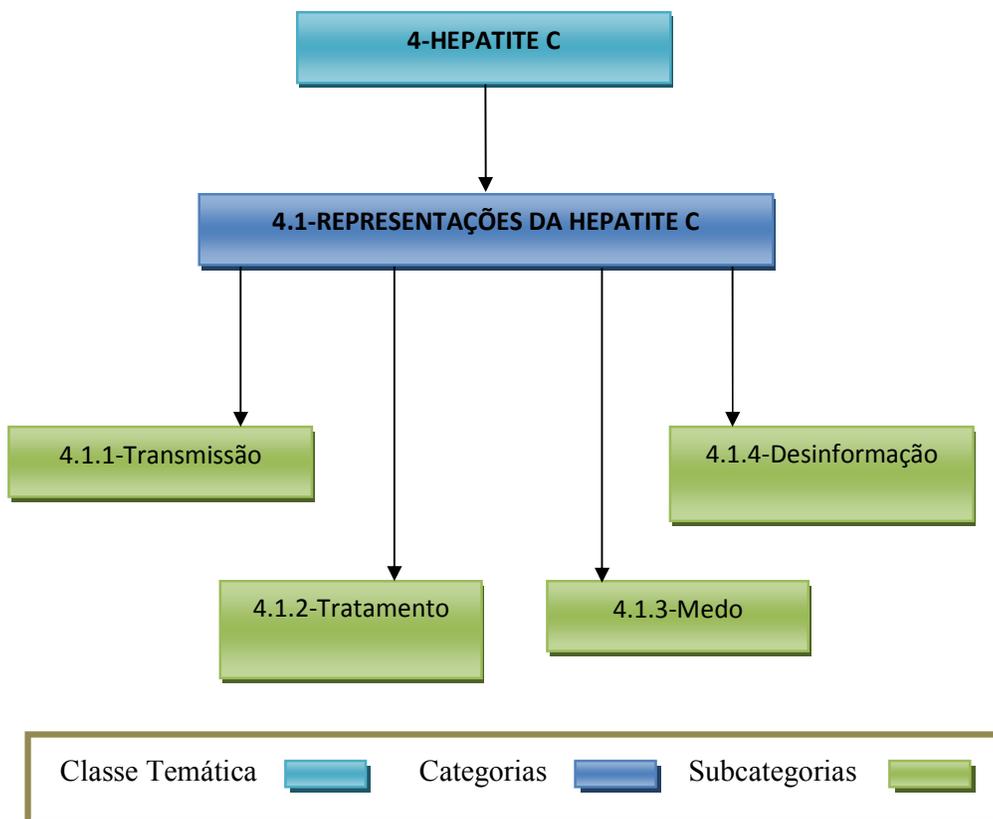
Apesar do avanço dos ARV's, a aids ainda é uma doença potencialmente letal. Conviver com a idéia de morte é sempre um fator gerador de estresse e de sintomas psíquicos (MALBERGIER, 2000).

A experiência subjetiva das pessoas do convívio íntimo do trabalhador acidentado é carregada de todas as representações que elas têm do HIV e do que elas imaginam que é uma pessoa com aids.

4 – Hepatite C

A quarta, e última, classe temática, se refere à HEPATITE C, e apresentou uma categoria denominada de *Representações da hepatite* e possui quatro subcategorias: *Transmissão; Tratamento; Morte; e Desinformação*, conforme demonstrado na figura 5.

Figura 5. Categorias e Subcategorias da Classe Temática 4.



4.1 – Representações da hepatite C

Esta categoria demonstra a maneira pela qual a hepatite C é concebida pelas pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde. Vale ressaltar que apesar de também ter sido considerado como critério de inclusão da amostra o fato de ser uma pessoa do convívio íntimo de um trabalhador que tenha se acidentado com um paciente-fonte positivo para HBV, não surgiu, durante o período da coleta dos dados, nenhum caso que se enquadrasse nesse critério. Em seguida, verificam-se as unidades de análise referente às subcategorias aqui emergentes.

Quadro 21. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Transmissão*.

Subcategoria	<i>Participante 1 - Eu já tinha ouvido falar que ela não é muito legal, eu sabia que geralmente se pega pela relação sexual.</i>
4.1.1- TRANSMISSÃO	<i>Participante 6 - Pelo o que eu ouvi parece que a hepatite C é transmitida por transfusão e pela relação sexual também, né?</i> <i>Participante 12 - só sei que é uma doença que é transmitida, que também não pode doar sangue se não você mata o outro coitado.</i>

A transmissão da hepatite C ocorre após o contato com sangue contaminado. Os grupos de maior risco incluem receptores de sangue, usuários de drogas endovenosas, pacientes em hemodiálise e trabalhadores da área de saúde (BRASIL, 2005).

A transmissão sexual, descrita nas unidades de análise acima, é muito debatida. A hepatite C é muito menos transmitida sexualmente do que a hepatite B; no entanto, contatos sexuais promíscuos ou com parceiros sabidamente portadores são fatores de risco para o contágio da hepatite C (BRASIL, 2005).

Assim como descrito pelo participante 6 dessa pesquisa, a principal via de transfusão era em receptores de transfusões, contudo, atualmente o risco de adquirir hepatite C por transfusão sanguínea está entre 0,01 e 0,001%. Atualmente, o maior risco é entre os usuários de drogas endovenosas (GAZE; CARVALHO; TURA, 2006).

Em trabalhadores de saúde que se acidentam com agulhas contaminadas há um risco menor que 4% (menos que a hepatite B, mais que o HIV) e isso é responsável por menos de 1% dos casos de infecções (BRASIL, 2005).

Quadro 22. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Tratamento*.

Subcategoria	<i>Participante 6 - Eu acho que a hepatite é a mesma coisa, é o mesmo esquema, ainda agora que as pesquisas estão avançando muito em relação ao tratamento, a pessoa pode conviver com ela e um dia pode até negativar, né?</i>
4.1.2- TRATAMENTO	

	<p>Participante 6 - eu acho que é a mesma coisa da aids, tem que ter um controle, tem que tomar os remédios de forma correta, eu acho que não é tão difícil assim tomar conta da saúde.</p> <p>Participante 7 - é pior do que a aids porque pelo menos você tem como saber como trata - lá e a hepatite C não tem o que fazer depois do contágio.</p> <p>Participante 12 - sei que é uma doença difícil também, sei que o tratamento também é duro.</p>
--	--

O participante 7 retrata bem as limitações do tratamento, chegando a classificar a hepatite C como sendo pior que a aids tendo em vista o avanço dos ARV's. Vale salientar que este participante, muito provavelmente, tenha essa percepção por ser também um trabalhador da área da saúde, no entanto, o que prevalece ainda é a pouca informação acerca do tratamento e da própria doença.

O tratamento atual da hepatite C consiste na utilização combinada de *interferon alfa* e *ribavirina*. Esse tratamento apresenta cerca de 50% de possibilidade de soroconversão, no entanto, esses medicamentos causam uma infinidade de efeitos colaterais, tais como: depressão, febre, dores musculares, dores de cabeça, cansaço, náuseas, perda de peso, perturbações do sono, disfunções da tireóide, dentre outros. Esses efeitos provocam um abandono do tratamento em 15% dos doentes que o iniciam (MAIA, 2006).

Além dos efeitos colaterais, Maia (2006) afirma que o tratamento faz surgir o sentimento de estar doente, pois a doença permanece imperceptível durante anos, sem nenhum sintoma visível. A partir do momento em que a pessoa inicia o tratamento começa não só a se sentir mal fisicamente e/ou psicologicamente, devido aos efeitos colaterais, mas, também, passa a trazer consigo o sentimento de estar doente, ou mesmo de ser doente.

Quadro 23. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Morte*.

Subcategoria	<i>Participante 1 - eu já ouvi falar em pessoas que morreram então você fica naquela assim, nossa! Hepatite mata!</i>
4.1.3- MORTE	<i>Participante 4 - Não sei nada da Hepatite C, só sei que é bem complicada e ouvi dizer que ultimamente mata mais que a aids, não sei se é verdade, ouvi isso, que a hepatite está matando mais rápido que a aids.</i>

Como já foi dito anteriormente, a hepatite C é uma doença grave que pode levar à morte, tendo um tratamento bastante restrito. A hepatite C foi, nessa subcategoria, comparada, mais uma vez, à aids, sendo avaliada, inclusive, como mais perigosa por poder matar de maneira mais rápida. Com a evolução dos ARV's os soropositivos para o HIV tiveram sua expectativa de vida aumentada, o que não ocorre no caso da hepatite C pela, falta de medicamentos mais eficazes.

A hepatite C é uma doença viral causada pelo Vírus da Hepatite C (HCV), que acomete o fígado. A hepatite C é a mais temida e perigosa de todas as hepatites virais, devido à inexistência de vacina e limitações do tratamento, e à sua alta tendência para a cronicidade que acarreta, eventualmente, cirrose hepática (BRASIL, 2005).

A fase de tratamento é vivida como um momento ambíguo pois desestabiliza o indivíduo, o seu cotidiano, a imagem que tem de si mesmo, as suas relações com os outros, mas, simultaneamente, traz a esperança da cura, de uma melhor qualidade de vida e de uma esperança de vida mais longa (MAIA, 2006).

Apesar da gravidade e de poder levar até mesmo à morte, como foi visto nas unidades de análise acima, a hepatite C tem tratamento e há a possibilidade de uma soroconversão.

Ainda com relação à cura, Maia (2006) afirma que esta pode gerar um sentimento de perda dos benefícios secundários dos pacientes habituados a serem recebedores de cuidados e

objetos de uma particular atenção por parte dos que os rodeiam, a terem um conforto social e afetivo particular e a terem apoios sociais suplementares.

No que diz respeito ao acidente ocupacional com MBPC, atualmente, com a existência de profilaxia para o HIV, através dos ARV e prevenção vacinal contra a hepatite B pela vacina, a comunidade científica volta-se para o HCV, contra o qual, até o momento, só resta a observância das precauções-padrão.

Quadro 24. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Desinformação*.

<p>Subcategoria</p> <p>4.1.4- DESINFORMAÇÃO</p>	<p><i>Participante 1 – As doenças que podem ser transmitidas são o HIV e a hepatite, mas não sei ao certo e olhe que isso é porque eu sou da área da saúde e não sei direito, eu devia levar uns tapas, né? A M. falou pra mim que no caso dela a hepatite B ia ser pior porque ela não tomou a vacina, acho que foi alguma coisa assim.</i></p> <p><i>Participante 1 - Com relação a hepatite eu não tinha nenhuma visão, a que todo mundo comenta é a hepatite B, né?</i></p> <p><i>Participante 2 - Como o acidente dela foi com saliva ela podia pegar a hepatite, né? Não sei nada do que seja a hepatite B e C, não tenho a menor idéia.</i></p> <p><i>Participante 3 - Pode dar hepatite e aids, mas não sei o que é hepatite.</i></p> <p><i>Participante 6 - Acho que não teve tanta repercussão porque as minhas tias e meu irmão não sabem nada a respeito da hepatite, agora se tivesse sido aids aí eles ficariam mais assustados, mas a hepatite acho que é praticamente como a aids em alguns aspectos então é o mesmo problema, mas pra eles eu acho que não teve tanta repercussão porque eles não entendem.</i></p> <p><i>Participante 8 - Não sei nada da hepatite.</i></p> <p><i>Participante 10 - Tem vários tipos de hepatite, tem a que pega por vírus, né? Na verdade eu não sei, porque eu nunca tive contato, eu nunca conheci ninguém que tivesse a hepatite então a gente acaba não sabendo, né?</i></p>
---	--

Percebe-se nas unidades de análise acima que há uma grande desinformação a respeito das hepatites. A desinformação pode levar à uma ausência de medo de uma possível transmissão através de um acidente com MBPC, e, dessa maneira, a aids acaba sendo, se não

o único, o principal foco de preocupação das pessoas do convívio íntimo, o que não acontece com os trabalhadores da área da saúde, por saberem da periculosidade e da possibilidade de contaminação das hepatites. Um outro fator que faz com que os trabalhadores acabem temendo uma possível contaminação é que, diferente da aids (que tem profilaxia), e da hepatite B (que tem vacina), a hepatite C não tem possibilidade de nenhuma dessas alternativas para evitar a soroconversão.

Marziale (2003) afirma que os enfermeiros possuem um risco 15 vezes maior de contrair hepatite em comparação com a população em geral, mostrando, dessa maneira, o risco a que estes trabalhadores estão expostos.

A vasta literatura sobre as hepatites evidencia os avanços do conhecimento científico sobre essas síndromes (GAZE; CARVALHO; TURA, 2006). No entanto, o mesmo não acontece com a população em geral, como pode ser visto nas unidades de análise acima descritas. Em outros estudos, tais como o realizado por Tura; Madeira e Gaze (2002) com professores do ensino fundamental, os autores observaram que as informações referentes às hepatites virais eram insuficientes para contribuir com a mudança de comportamentos dos alunos, muitos deles na adolescência, período em que se iniciam algumas práticas de risco. Coppola et al. (2004), ao estudar um grupo de residentes da atenção primária também observaram lacunas no conhecimento destes trabalhadores acerca da hepatite C.

Diante do exposto, acerca da hepatite C, observa-se que, assim como a aids, esta é uma doença difícil de tratar e que causa transtornos no que concerne aos efeitos colaterais, sejam estes biológicos ou psicológicos, e, que, merece atenção especial, principalmente no que tange o acidente ocupacional com MBPC.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou avaliar o evento de exposição ocupacional a MBPC e suas conseqüências, avaliadas do ponto de vista psicossocial, procurando compreender o reflexo desse evento na vida das pessoas do convívio íntimo (familiares, parceiros sexuais e amigos próximos) dos trabalhadores da área da saúde que sofreram acidente com MBPC.

O acidente ocupacional foi representado, pelas pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde, como conseqüências provenientes de uma dimensão operacional, assim como de uma dimensão subjetiva.

Na dimensão operacional estão presentes alguns fatores, tais como: a realização de procedimentos inadequados, a não-utilização de EPI's e a sobrecarga de trabalho. Já na dimensão subjetiva emergiram três diferentes *Locus* de controle que irão justificar as causas do acidente, a saber: o interno; o externo e o teleológico.

Os atores sociais em suas representações acerca das causas do acidente tendem, por vezes, a culpabilizar o trabalhador da área da saúde, seja por descuido, pela realização inadequada de um procedimento com o paciente, ou até mesmo pela não-utilização de EPI e, dessa maneira, o acidente ocupacional é representado como falha técnica determinada pela condição humana do trabalhador.

Um outro fator associado às causas do acidente foi a sobrecarga de trabalho que acaba levando ao desgaste do trabalhador e à vulnerabilidade. Além desses, outro fator está relacionado à questões que fogem ao controle do trabalhador, como por exemplo, a inoperância dos EPI's, a agitação do paciente na hora de um procedimento, problemas pessoais e preocupações no ambiente de trabalho e a própria fatalidade.

As conseqüências do acidente foram representadas como expressões biopsicossociais que afetam não só os trabalhadores envolvidos no acidente, mas também as pessoas do seu convívio íntimo.

Dentre as conseqüências fisiológicas, destacam-se os efeitos colaterais da profilaxia, sobre os quais as pessoas do convívio íntimo expressam uma preocupação com a saúde e com a condição clínica, tendo em vista os sintomas vivenciados pelos trabalhadores durante esse período; e o acompanhamento clínico-laboratorial, período em que as pessoas do convívio íntimo, assim como os trabalhadores, revivem todo o sofrimento e expectativa de uma possível soroconversão.

No que diz respeito às conseqüências psicossociais, emergiram nas Representações Sociais das pessoas do convívio íntimo, elementos tais como: alterações do cotidiano, risco de contaminação, expectativa dos exames, reações frente à notícia, revolta, suporte social e reavaliação da profissão.

Dentre as alterações do cotidiano vividas, tanto pelas pessoas do convívio íntimo, quanto pelos trabalhadores, estão o uso de preservativos; a suspensão do aleitamento materno e o não-compartilhamento de objetos de uso pessoal (giletes, alicates de unha, entre outros).

O acidente traz à tona a real possibilidade de risco que envolve a rotina dos trabalhadores da área da saúde. Essa percepção de risco é vivenciada pelas pessoas do convívio íntimo, não só em relação aos trabalhadores da área da saúde, como também a si próprios. O medo de uma contaminação é potencializado pelo fato de 69,2% dos trabalhadores envolvidos nessa pesquisa trabalharem com portadores de HIV/aids.

A expectativa dos exames é vivenciada como um dos piores momentos devido à possibilidade de uma soroconversão.

No que diz respeito às reações frente à notícia, emergiram elementos tais como: pânico, nervosismo, apreensão, preocupação e abalo emocional, mostrando o primeiro impacto vivenciado pelas pessoas do convívio íntimo.

Um outro sentimento vivenciado é o de revolta. Essa revolta pode estar dirigida ao paciente-fonte ou ao próprio trabalhador da área da saúde, sendo ambos, nesse momento, vistos como culpados pelo acidente.

O suporte social é visto como sendo fundamental para o enfrentamento da situação de estresse vivenciado após o acidente, além de dar apoio, tranquilizar e incentivar o uso dos ARV's.

Uma outra questão observada foi o processo de reavaliação da profissão feita pelas pessoas do convívio íntimo, na qual entra, mais uma vez, a percepção de vulnerabilidade e até mesmo o desejo de uma mudança de profissão ou eventualmente de setor, quando o local de atuação do trabalhador era em unidade de atendimento de pessoas com aids.

A experiência subjetiva dos atores sociais frente ao acidente demonstrou estar intrinsecamente associada às representações que eles fazem da aids. As pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde apresentam padrões morais e preconceitos semelhantes ao da sociedade em geral e esses aspectos emergem no momento do acidente e durante o período de tratamento. A não existência de cura e a associação da aids com a morte aumentam o sentimento de impotência e sofrimento após o acidente.

Através das representações da aids pode-se ter acesso às opiniões, crenças, atitudes, preconceitos e imagens. Essas representações ultrapassaram o aspecto biológico e atingiram o preconceito, a segregação, o estigma e a inserção social, aspectos tão próprios da aids. Percebe-se que nessas representações estão intrínsecos conhecimentos científicos e do senso comum, bem como valores sociais.

A aids foi representada como uma doença que pode trazer diversas conseqüências psicossociais, familiares e orgânicas, de modo que as RS verificadas entre os atores sociais desta pesquisa acerca da aids aparecem como um conhecimento que não se caracteriza por uma contraposição ao saber científico, mas em que há uma dialética entre o conhecimento consensual (senso comum) e o reificado (científico) (MOSCOVICI, 2003).

No que diz respeito às representações da hepatite C, percebe-se que mais do que conhecimentos científicos, emergiram conhecimentos do senso comum e, este último, muitas vezes, se contrapunha aos conhecimentos reificados, mostrando acentuado grau de desinformação acerca das hepatites.

A hepatite C foi representada como uma doença que pode ser transmitida através de relações sexuais e pela transfusão de sangue. Com relação ao tratamento, este é bem limitado e difícil, podendo a doença levar à morte. Houve um grande índice de desinformação no qual alguns atores sociais chegaram a afirmar que não sabiam nada acerca das hepatites.

Dessa maneira, as representações observadas nessa pesquisa acerca da hepatite C, permitem captar um conjunto pouco articulado e coerente de informações, com a presença de noções truncadas ou deslocadas, originando ou reforçando estereótipos e crenças que se ancoram nas práticas e relações cotidianas dos atores sociais.

A presente pesquisa mostra a importância de uma maior atenção aos aspectos emocionais envolvidos no acidente, apontando a necessidade de acolhimento e orientação para que as pessoas do convívio íntimo possam, junto com o trabalhador da área da saúde, enfrentar essa experiência de uma maneira mais amena.

O acidente ocupacional com MBPC deve ser visto dentro de uma concepção mais abrangente, reconhecendo-o não somente como uma lesão física, mas também como fenômeno econômico, psicossocial e legal que permite examiná-lo como problema de Saúde

Pública, buscando destacar a necessidade de uma abordagem interdisciplinar no que concerne às análises dos acidentes ocupacionais (BRAGA, 2000).

Os resultados aqui encontrados podem contribuir, tanto para o conhecimento do acidente com MBPC, quanto para fornecer subsídios a programas de suporte e apoio psicológico às pessoas do convívio íntimo dos trabalhadores da área da saúde que venham a sofrer acidente ocupacional, com o intuito de minimizar o impacto psicossocial deste.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

ABREU, A.M.M.; MAURO, M.Y.C. Acidentes de trabalho com a equipe de enfermagem no setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 139-146, abril, 2000.

ABREU, E.S. **Avaliação histórica e do seguimento dos profissionais da saúde com exposição acidental a materiais biológicos atendidos no instituto de infectologia Emílio Ribas no período de 1985 a 2001**. 2005, 78f. Dissertação (Mestrado) – Coordenadoria do Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – São Paulo, 2005.

ABRIC, J. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**, p. 27-38, 2. ed. Goiânia: AB, 2000.

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

ALVES, E. G. R.; RAMOS, D. L. P. **Profissionais de saúde: vivendo e convivendo com HIV/AIDS**. São Paulo: Santos, 2002.

ANSEMI, M.L. **A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto**. 1993, 284p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

ARAÚJO, M.A.L.; SALES, A.A.R.; DIOGENES, M.A. Hepatites B e C em usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Fortaleza-Ceará. **DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 18(3): 161-167, 2006.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI, F. Vulnerabilidade e Prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (orgs). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, p. 49-72, 1999.

BÁLSAMO, A.C. **Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores de saúde**. 2002, 137p. Dissertação (Mestrado). São Paulo – Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Persona, 2002.

¹ De acordo com:

Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BELL, D.M. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. **American Journal of Medicine**, v. 102 (suppl 5B), p. 9-15, 1997.

BOLLER, E. O estresse e a qualidade de vida no trabalho da enfermagem em instituição hospitalar. **Revista Médica HSVP**, 16 (35): 38-40, 2004.

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

BRANDÃO JUNIOR, P.S. **Biossegurança e aids: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital**. 2000. 124f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

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

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

_____. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e aids. **Manual de condutas: Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C**, 2004.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. **Manual de Aconselhamento em Hepatites Virais**. Brasília; 2005.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV. 2004. Disponível em [http://: www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em 20 de janeiro de 2007.

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

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

_____. Análise dos acidentes com agulhas m um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.10, n.6, p.780-786. nov./dez. 2002.

BROOK, D. W. Coping strategies of HIV positive and HIV negative female injection drug users: A longitudinal study. **AIDS Education and Prevention**, 11, 373-388, 1999.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Folha carioca, 1998. 221p.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. (Ir)racionalidade médica Os paradoxos da clínica. **Phisis – Revista de Saúde Coletiva**, 2 (1), 203-228, 1992.

CAMARGOS, A.F.; MELO, V.H. **Ginecologia Ambulatorial**. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica; 2001.

CARDO, D.M. Patógenos veiculados pelo sangue. In RODRIGUES, E.A.C. et al., **Infecções Hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997, p. 341-51, 1997.

CAMPANHOLE, A. **850 Consolidação das leis trabalhistas e legislação complementar**. São Paulo: Atlas, 1991.

CANINI, S.R.M.S. **Situações de risco para transmissão de patógenos veiculados pelo sangue entre a equipe de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista**. 2000, 122p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2000.

_____. **Fatores de risco para acidentes percutâneos na equipe de enfermagem de um hospital-escola de Ribeirão Preto, SP**, 2005, 139p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CANINI, S.R.M.S.; GIR, E.; HAYASHIDA, M.; MACHADO, A.A. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, n.10, v.2, p.172-178, 2002.

CANINI, S.R.M.S.; GIR, E.; MACHADO, A.A. Accidents with potentially hazardous biological material among workers in hospital supporting services. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 13 (4): 496-5000, 2005.

CARVALHO, V.G.; MACIEL, D.N.; HOEFEL, M.G.; YATE, Z.B.; VIANA, M.C.; TRINDADE, D.M. Perfil de aderência ao controle/seguimento após acidente com material biológico em um hospital universitário. **Revista HCPA**, v.22 (Supl), p.254, 2002.

CASTANHA, A.R. **Qualidade de Vida no Contexto da Soropositividade para o HIV: Um Estudo das Representações Sociais**. 2005. 141f. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2005.

CASTANHA, A.R.; ARAÚJO, L.F. Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca da AIDS. **Psicologia: Teoria e Prática**, 8(1): 17-30, 2006.

CASTANHA, A.R.; COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A. Depressão e soropositividade para o HIV: dois fenômenos em extensão. In: COUTINHO, M.P.L. (org); **Representação social e práticas de pesquisa**, cap. 7, p. 173-190. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2005.

CASTANHA, A.R.; COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A.; RIBEIRO, C.G. Repercussões psicossociais da depressão no contexto da aids. **Psicologia ciência e profissão**, 26(1), 70-81, 2006a.

_____. Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 1, pp. 47-56, jan./abr. 2006b.

CASTANHA, A.R.; COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A.; OLIVEIRA, J.S.C. Conseqüências biopsicossociais da aids na qualidade de vida de pessoas soropositivas para o HIV. **DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 18(2):100-107, 2006 c.

_____. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 24(1), 23-31, jan./mar., 2007.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. Update US. Public health service guidelines for management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. **MMWR**, Atlanta, v.50, p. 1-52, 2001.

_____. Dados sobre soroconversão após acidente ocupacional nos EUA até dezembro de 2003. Disponível em [http://: www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). Acesso em: 28 de Out. 2007.

CNDST/AIDS. **Manual de condutas em exposição ocupacional a material biológico**, Ministério da Saúde: Brasília, 1999.

COPPOLA, A.G.; KARAKOUSIS, P.C.; METZ, D.C.; GO, M.F.; MHOKASHI, M.; HOWDEN, C.W. Hepatitis C knowledge among primary care residents: is our teaching adequate for the times? **Am J Gastroenterol**, 99:1720-5, 2004.

COUTINHO, M.P.L. **Depressão infantil: Uma abordagem psicossocial**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

COUTINHO, M.P.L., CATÃO, M.F.F.M. In: COUTINHO, M.P.L. (org); **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar**, p. 184-191. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e Realidade do Trabalho Operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 17(68): 7-13, out./dez. 1989.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho – Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Editora Cortez, 1988.

FEIX, M.A.F.; PONTALTI, G.; FERNANDES, T.S. Reflexões acerca do estresse ocupacional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 11-4, 1998.

FEIJÓ, R.D.F.; NEVES-NETO, A.R.; ORRICO, G.S.; EL-FAR, F.; MEDEIROS, E.A.S. Acute stress disorder in health-care professionals accidentally exposed to biological material. In CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÕES E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 7; CONGRESSO PAN-AMERICANO DE CONTROLE DE INFECÇÕES E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 3, CONGRESSO DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS DE CONTROLE DE INFECÇÕES E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 1. Belo Horizonte, 2000. **Anais**. Belo Horizonte, Associação Brasileira de Controle de Infecção Hospitalar, 2000, p.109.

FIGUEIREDO, M.A.C. **Profissionais de saúde e SIDA. Um estudo diferencial com base no modelo afetivo-cognitivo de Fishbein e Ajzen (1975)**. Tese de livre docência, não-publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

_____. **Notas introdutórias. A determinação da categoria Trabalho**. Departamento de Psicologia e Educação, FFCLRPUSP, Ribeirão Preto, 1995.

_____. Aids, ciência e sociedade: A dicotomia entre conhecimento técnico e competência social no trabalho do profissional de saúde. In: BOARINI, M.L. (org.), **Desafios na atenção à saúde mental**. São Paulo: Editora Universidade de Londrina, p. 79-92, 2000.

_____. Algumas questões psicossociais do atendimento a pessoas que convivem com o HIV/Aids, sob o ponto de vista de um grupo de profissionais de saúde. **Jornal Brasileiro de Aids**, 2 (1): 17-24, 2001.

FIGUEIREDO, M.A.C; FIORONI, L.N. Uma análise de conteúdo de crenças relacionadas com a AIDS entre participantes em O.N.G.s. **Estudos de Psicologia**, 2(1):28-41, jan./jun. 1997.

FIGUEIREDO, R.M.; RESENDE, M.R.; GARCIA, M.T.; SINKOC, V.M.; CAMPOS, E.M.; PAPAORDANOU, P.M.O. Aderência à profilaxia com anti-retroviral pós-exposição por profissionais de saúde e vítimas de violência sexual. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v.14, n.5, p.339-403, 2005.

FIGUEIREDO, R.M. e TURATO, E.R. A enfermagem diante do paciente com Aids e a morte. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.44, n.12, p.641-7, 1995.

FREITAS, C. M. **Acidentes Químicos Ampliados: Incorporando a Dimensão Social nas Análises de Riscos**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

GAZE, R.; CARVALHO, D.M.; TURA, L.F.R. Informação de profissionais de saúde sobre transmissão transfusional de hepatitis virais. **Rev Saúde Pública**, 40(5):859-64, 2006.

GEERTZ, C. **O Saber local**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1978.

GERBERDING, J.L. Occupational exposure to HIV in health care settings. **New England Journal of Medicine**, v. 348, n.9,p. 123-134, 2003.

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

GIR, E.; COSTA, F.P.P; SILVA, A.M. A enfermagem frente a acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. **Revista da Escola de Enfermagem USP.**, São Paulo, v.32, p.262-72, 1998.

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

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

HAYNES, R.B.; MCKIBBON, K.A.; KANINI, R. Sitematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. **The Lancet**, 348, 383-386, 1996.

HERZLICH, C. Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. In: DOISE,W. (org.), **L,etude des representations sociales**, p.70-97.Neuchâtel-Paris: Delachaux & Niestlé, 1986.

HERLIZCH, C.; PIERRET, J. Uma doença no espaço público: A Aids em seis jornais franceses. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2, 7-35, 1992.

HOPP, J.M. Occupational Risk of HIV Infection. In: **Aids and the Allied Health Professions**, New York :F.A. Davis Company, Estados Unidos, 1989, p.194-8.

IPPOLITO, G.; PURO, V.; DE CARLI, G. The risk of occupational Human Immunodeficiency Virus infection in health care workers. **Archive International Medicine**, n.153, p.1451-8, 1993.

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

JODELET, D. **As representações sociais**. Paris/Rio de Janeiro: PUF/Vozes, 2001.

_____. Representações Sociais: Um domínio em Expansão. In: JODELET, D. (org.), **As Representações Sociais**, p. 17-41. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001a.

JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: Representações sociais transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, P. (org.), **Textos em Representações Sociais**, p. 297-322. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

JORDAN M.S.; LOPES, J.F.; OKAZAKI, E.; KOMATSU, C.L.; NEMES, M.I.B. Aderência ao tratamento anti-retroviral em Aids: revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, R.P. (org.), **Ta Difícil de Engolir? Experiências de Adesão ao Tratamento Anti-retroviral em São Paulo**, p.07-21. São Paulo: Nepaids, 2000.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LIMA JÚNIOR, J.H.V.; ÉSTHER, A.B. Transição, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.4, n.3, p. 20-30, 2001.

LOCARNINI, S. Hepatitis B viral resistance: mechanisms and diagnosis. **Journal of Hepatology**, 39: 124-132, 2003.

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

LUNARDI FILHO, W.D.; MAZZILLI, C. O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 63-71, jul./set, 1996.

MACHADO, A.A. Acidentes de exposição ao sangue. **Informativo Epidemiológico de Ribeirão Preto**, n.28, 1999.

_____. **Fatores relacionados à adesão em trabalhadores da área da saúde que sofreram acidente ocupacional com risco biológico**. 2006, 162f. Tese de Livre Docência. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MACHADO, A.A.; CASTRO, G.; ABDUCH, R.; FIGUEIREDO, J.F.C.; MARTINEZ, R. Surveillance of accidental HIV-1 contamination among health care workers in Ribeirão Preto,

São Paulo, Brazil. In: WORLD AIDS CONFERENCE, 12. Geneva, Suíça, June 28 - July 3, 1998. **Proceedings**. Bologna, Italy, Monduzzi Editore, 1998.

MACHADO, A.A.; COSTA, J.C.; GIR, E.; MORIYA, T.M.; FIGUEIREDO, J.F.C. Risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 54-56, 1992.

MACHADO, A.A.; RISSI, M.R.R. Aspectos psicológicos associados ao acidente ocupacional com material biológico potencialmente contaminado. In: MASTROENI, M.F. (org); **Biossegurança aplicada a laboratórios de saúde**, cap. 13, p. 219-227. São Paulo: Atheneu, 2004.

MACHADO, A.A.; ROSSIM, I.R. Exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado. In: CIMERMAN, S.; CIMERMAN, B. **Condutas em infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.p. 591-598.

MACHADO, A.A.; UJKAWA, L.T.; CASTRO, G.; ABDUCH, R.; MATOS, U.S. Occupational exposure to potentially contaminated material among health care workers at the university hospital. In CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÕES E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 7; CONGRESSO PAN-AMERICANO DE CONTROLE DE INFECÇÕES E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 3, CONGRESSO DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS DE CONTROLE DE INFECÇÕES E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, 1, Belo Horizonte, 2000. **Programa e resumos**. Belo Horizonte, Associação Brasileira de Controle de Infecção Hospitalar, p.109, 2000.

MACHADO, J.M.H.; GOMEZ, C.M. Acidentes de Trabalho: concepções e dados. In: MINAYO, M.C.S. (org.) **Os Muitos Brasil – Saúde e População na Década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec, p.117-142, 1995.

MADEIRA, M.C. A Confiança afrontada: representações sócias da Aids para jovens. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. (orgs.), **Aids e Representações Sociais à Busca de Sentidos**, Natal: Edufrn, p.47-72, 1998.

MAIA, M. A identidade do doente com hepatite C crônica. **ArquiMed**, v.20, n.3, p.71-74, 2006.

MALBERGIER, A. **AIDS e psiquiatria – Um guia para os profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MARKOVA, I. Idéias e seu desenvolvimento – Um diálogo entre Serge Moscovici e Ivana Marková. In: MOSCOVICI, S. (org.), **Representações Sociais**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, p. 305-387, 2003.

MARTIN, D. **Mulheres e AIDS: Uma abordagem antropológica**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

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

_____. Ocurrencia de accidentes de trabajo causados por material corto-punzante entre trabajadores de enfermería en hospitales de la región nordeste de São Paulo, Brasil. **Ciencia y Enfermería**, n.9,(1): 21-30, 2003.

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

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, Jul - 2002.

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

MELEIRO, A.M. Aspectos psicodinâmicos da AIDS. In: FRÁGUAS, J.R. (org.), **Psiquiatria e psicologia no hospital geral: Integrando especialidades**, São Paulo: Lemos, p. 65-77, 1997.

MICELI, M.; HERRERA, F.; TEMPORITI, E.; LI, D.; VILA, A.; BONVEHI, P. Adherence to na occupational blood borne pathogens exposure management program among healthcare workers and other groups at risk in Argentina. **BJID**, v.9, n.6, p.454-458, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 6a ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5, 7-18, 2000.

MIOLA, C.E. **Terapia anti-retroviral:** Fatores que interferem na adesão de auxiliares de enfermagem após exposição ocupacional a material biológico. 2005, 88f. Tese (Doutorado) – Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2005.

MIOLA, C.E.; SOUZA, M.; SETEM, O.; GARBELLOTO, P.D.; MELLO, S.H.S. AIDS. In: SOUZA, M. **Assistência de Enfermagem em infectologia.** São Paulo: Atheneu, 2000.p.75-84.

MOLASSIOTIS, A.; LOPEZ, V.N.; CHUNG, W.Y.R.; LAM, S.W.; PATRICK LI, C.K.P.; JOSEPH LAU, T.F. Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients. **International Journal of DST/AIDS**, v.13(5):p.301-310, 2002.

MORIYA, T.H. **Escala de atitudes frente à AIDS: Uma análise psicométrica**. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais: investigações em Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

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

NÓBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, S.P.M.; JESUÍNO, J.C. (orgs.), **Representações Sociais: teoria e prática**, João Pessoa: Ed. Universitária, p. 55-87, 2003.

OLTRAMARI, L.C. Um Esboço sobre as Representações Sociais da Aids nos estudos produzidos no Brasil. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, 45, 1-17, 2003.

OSÓRIO, C.; MACHADO, J.M.H.; MINAYO-GOMES, C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2., p.517-24, mar./abr., 2005.

PRADO, M.A.; TELES, S.A.; BARBOSA, M.A.; SOUSA, J.T.; VASCO, C.; CHAVEIRO, L.G.; SIMÃO, C.A. A equipe de saúde frente aos acidentes com material biológico. **Revista Nursing**, ano 2, v.29, p. 22-24, dez. 1999.

PURO, V. e IPPOLITO, G. Brief report: effect of antiretroviral agents on T-lymphocyte subset counts in healthy HIV-negative individuals. The Italian Registry on anti-retroviral postexposure prophylaxis. **Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome**, v.24, n.5, p.440-3, 2000.

RANJEL, L.M.K.; FEIJÓ, R.D.F. Avaliação dos fatores associados ao abandono do acompanhamento pós-exposição ocupacional em trabalhadores da área da saúde (TAS) de um hospital de doenças infecciosas. **BJID**, v.9 (Supl. 1), S239, resumo 1017, 2005.

RAPPARINI, C.; CARDO, D.M. Principais doenças infecciosas diagnosticadas em profissionais da saúde. In: MASTROENI, M.F. (Org); **Biossegurança aplicada a laboratórios de saúde**, cap. 12, p. 205-218. São Paulo: Atheneu, 2004.

RAPPARINI, C.S.; SARACENI, V.; DUROVNI, B.; FONSECA, A.F.; LAURIA, L.; MENDES, R. Profile of occupational exposures to bloodborn pathogens and experience of PEP for occupational exposure to HIV among HCWS in Rio de Janeiro City, Brazil. Follow-

up of 3 years program with 3834 exposures reported. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.21, n.2, p.111, 2000.

RIBEIRO, C.G.; CASTANHA, A.R.; COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A. A aids e suas contradições: representações sociais de seu atendimento e tratamento pelos profissionais e pacientes. **DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 17(2):127-132, 2005.

RIBEIRO, C.G.; COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A.; CASTANHA, A.R. Profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 23(1), 75-81, jan./ mar. 2006.

RIBEIRO, P.H.V. **Acidentes com material biológico potencialmente contaminado em alunos de um curso de odontologia do interior do Estado do Paraná**. 2005, 150p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

RISCO BIOLÓGICO. Riscobiologico.org. Soroconversão pelo HIV entre os profissionais de saúde. Disponível em: [http:// riscobiologico.org/patogeno/hivaid/soro.htm](http://riscobiologico.org/patogeno/hivaid/soro.htm). Acessado em: 28 fev. 2007.

RISSI, M.R.R. **Trabalhadores da Saúde e aids: A Interface entre Aspectos Psicológicos e Técnicos Envolvidos no Acidente Ocupacional com Material Biológico Potencialmente Contaminado**. 2005, 174f. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

RISSI, M.R.R., MACHADO, A.A., FIGUEIREDO, M.A.C. Health care workers and Aids: A differential study about beliefs and affects associated with the experience of accidental exposure to blood. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.21, n°.1, p.283-291, Feb., 2005.

ROSSIM, I.R. **Quantificação de RNA viral do HIV-1 em agulhas provenientes de punções em indivíduos com a síndrome da imunodeficiência adquirida**. 2004, 108f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SÁ, C.P. **A Construção do Objeto de Pesquisa em representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SAILER, G.C. **Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com os anti-retrovirais pós-exposição ocupacional a material biológico**. 2004, 138f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SALDANHA, A.A.W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável.** Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SALDANHA, A.A.W.; FIGUEIREDO, M.A.C.; COUTINHO, M.P.L. Atendimento Psicossocial à Aids: A busca pelas questões subjetivas. **DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 16(3), 84-91, 2004.

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

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

SÊCCO, I.A.O. **Acidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de hospital escola público de Londrina-PR.** 2002, 238p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

SÊCCO, I.A.O.; ROBAZZI, M.L.C.C.; GUTIERREZ, P.R.; MATSUO, T. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. **Espaço para Saúde**, Londrina, v. 4, n.1, 2004.

SILVA, A.O. Utilização da teoria das representações sociais no campo da saúde-UFPB-João Pessoa: Tendências e perspectivas. In: COUTINHO, M.P.L. (Org.), **Representações sociais: Abordagem interdisciplinar**, João Pessoa: Editora Universitário – UFPB, p. 120-129, 2003.

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

SILVA, Y.C. O preparo para o trabalho de risco. Psicologia: **Ciência e Profissão**, v.20, n.4, p.2-15, 2000.

SOUSA, M.M.O. **SIDA: E a vida continua.** Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2001.

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

SOUZA, M. **Acidentes ocupacionais e situações de risco para equipe de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do Município de São Paulo.** 1999, 163f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SOUZA, M. Fatores de risco de acidentes por exposição. **Controle de Infecções**, n.42, p.2-3, 2000.

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

TURA, L.F.R. AIDS e estudantes: A estrutura das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.), **AIDS e representações sociais: A busca de sentidos**, Natal: EDUFRRN, p. 121-154, 1998.

TURA, L.F.R.; MADEIRA, M.C.; GAZE, R. Representações sociais das hepatites virais e suas implicações nas práticas educativas de prevenção. **Cad Saúde Coletiva**, 2(2):120-36, 2002.

UNAIDS. **2007 AIDS epidemic update**. In <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>, acessado em 16/04/2008.

VALA, J.; MONTEIRO, M.B. **Psicologia Social** (4a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

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

VERA-NORIEGA, J.A.V.; ALBUQUERQUE, F.J.B.; LABORIN ALVAREZ, J.F. et al. Locus de controle em uma população do nordeste brasileiro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n.3, p. 211-220, set-dez. 2003.

VERONESE, M.V.; VILLAR, C.T. **Ato inseguro, condição insegura: será que é só isso?** In <http://www.allrisks.hpg.ig.com.br/atoinseg.html>, acessado em 05/11/2006.

WANG, S.A; PANLILO, A.L.; DOI, P.A.; WHITE, A.D.; STEK, M. JR.; SAAH, A. Experience of healthcare workers taking postexposure prophylaxis after occupational HIV exposures: findings of the HIV postexposure prophylaxis registry. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.2, n. 12, p. 780-785, 2000.

WONG, E.S.; STOTKA, M.D.; VERNON, M.; CHINCHILLI, PhD; WILLIAMS, M.T.; GERI STUART, M.T.; MAROWITZ, M.D. Are universal precautions effective in reducing the number of occupational exposures among health care workers? A prospective study of physicians on a medical service. **JAMA**, v.65, n.9, p.1123-8, 1991.

7. ANEXOS

ANEXO 1

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO <i>Comitê de Ética em Pesquisa</i>	
Fone: (16) 3602-2228 / Fax: (16) 3633-1144 cep@hcrp.fmrp.usp.br www.hcrp.fmrp.usp.br		Campus Universitário - Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto - SP

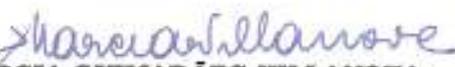
Ribeirão Preto, 22 de março de 2006

Ofício n° 727/2006
CEP/MGV

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“ACIDENTES DE TRABALHO COM RISCO BIOLÓGICO: REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS NA VIDA FAMILIAR DO PROFISSIONAL DA SAÚDE”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 221ª Reunião Ordinária realizada em 20/03/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP n° 15406/2005.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
ALESSANDRA RAMOS CASTANHA
PROFª DRª ALCYONE ARTIOLI MACHADO (Orientadora)
 Depto. de Clínica Médica
 Em mãos

ANEXO 2

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

Termo de Consentimento Livre-Esclarecido

Eu, Alessandra Ramos Castanha, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto – USP, venho através deste documento solicitar sua participação na pesquisa intitulada “Acidentes de Trabalho com Risco Biológico: Repercussões Psicossociais na Vida Familiar do Trabalhador da Área da Saúde”. Este projeto tem como objetivo saber se o acidente com agulha, sangue ou outro material eventualmente contaminado influencia sua vida.

Essa análise pretende identificar elementos importantes para a orientação do atendimento aos trabalhadores e às pessoas do seu convívio íntimo, melhorando a qualidade do cuidado dispensado nestes serviços. Para isto sua contribuição e participação são essenciais.

Para participar você deve estar ciente de que:

- A) Sua participação é voluntária e uma recusa não implicará em qualquer tipo de prejuízo no atendimento, na UETDI, do trabalhador da área da saúde ligado a você;
- B) As informações que você fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas sua identidade será sempre preservada;
- C) Caso aceite, você será solicitado a participar, em um espaço reservado, de uma entrevista individual que, mediante sua permissão, será gravada e posteriormente transcrita para análise;
- D) Você é livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento;
- E) Não existe nenhum risco previsível em participar deste estudo.

Você deve saber também que os responsáveis pelo trabalho podem ser contatados a qualquer momento através dos telefones abaixo para esclarecer alguma dúvida relacionada a este trabalho.

Consentimento

Considerando as questões acima:

Eu, _____, tendo tomado conhecimento dos objetivos deste trabalho e concordando com a participação neste projeto, eu abaixo assinado autorizo a utilização das informações por mim concedidas na realização deste programa:

Ribeirão Preto, ___ de _____ de 2006.

Participante

Alessandra Ramos Castanha
Psicóloga

Profª Drª Alcyone Artioli Machado
Orientadora

Responsável:

Alessandra Ramos Castanha – Psicóloga

Profª Drª Alcyone Artioli Machado – Orientadora

Endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre - Ribeirão Preto- SP – Cep 14040-901

Telefones: (16) 6023783 / 6023726

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)