



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO



EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO:
proposição de instrumento à avaliação formativa do pessoal de saúde

Paula Muniz do Amaral

Dissertação de Mestrado

Salvador (Bahia), 2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Amaral, Paula Muniz do

A485e Exposição ocupacional a material biológico: proposição de instrumento à avaliação formativa do pessoal de saúde. / Paula Muniz do Amaral. – Salvador, 2009.
viii, 200 f.

Professor-orientador: José Tavares-Neto

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. Curso de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho.

1. Exposição ocupacional. 2. Líquidos corporais. 3. Pessoal de Saúde. 4. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Título.

CDU 616-057



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO



EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO:
proposição de instrumento à avaliação formativa do pessoal de saúde

Paula Muniz do Amaral

Professor-orientador: José Tavares-Neto

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador (Bahia), 2009

Paula Muniz do Amaral

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO: PROPOSIÇÃO DE INSTRUMENTO À AVALIAÇÃO FORMATIVA DO PESSOAL DE SAÚDE

Data da Defesa: 28 de Abril de 2009.

Comissão Examinadora:

Prof. Fernando Martins Carvalho

Faculdade de Medicina da Bahia / Universidade Federal da Bahia

Assinatura: _____

Prof. José Tavares-Neto (Professor-Orientador)

Faculdade de Medicina da Bahia / Universidade Federal da Bahia

Assinatura: _____

Prof. Argemiro D'Oliveira Júnior

Faculdade de Medicina da Bahia / Universidade Federal da Bahia

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A Marcos Campos pela paciência, carinho, companheirismo,
amizade, colo, amor... Por tudo. Você proporcionou esta
oportunidade na minha vida.
Amo você.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Tavares-Neto pela orientação, colaboração, críticas, e principalmente a compreensão dispensada na finalização deste projeto;

À **Martha Martinez Silveira**, Bibliotecária do Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz, por me ensinar os primeiros passos na busca dos artigos nas bases de dados eletrônicas;

À **minha amiga Patrícia Marins Farias**, pelo companheirismo, preocupação, carinho, por estar ao meu lado nos momentos de cansaço, dúvida e insegurança, e pela disponibilidade em ajudar. Você fez muita diferença, por isso, meus sinceros agradecimentos;

À **Denize Francisca da Silva**, pela amizade sincera de todos esses anos, pela escuta, e as palavras de estímulo em todos os momentos;

À **Mônica Lopes-Ferreira**, pela amizade, pela escuta e as palavras de estímulo nos momentos de dificuldade e dúvida, fazendo acreditar em mim;

À **Solange Xavier**, pela amizade, atenção, dedicação, paciência, sempre com um sorriso amigo e firmeza nas orientações;

Ao Prof. Fernando Carvalho, pelo apoio e cooperação valorosa;

À **Delba Rosa e Fátima Martinelli**, Bibliotecárias da Faculdade de Medicina da Bahia, pelo total apoio e colaboração na busca dos artigos;

À **Maria Auxiliadora Barreto**, do Centro Cooperante BIREME/FMB, pelo total apoio e colaboração na busca dos artigos;

Às **minhas amigas e avaliadoras: Aline Paulista, Edna Marques, Eunice Velloso, Mônica Lopes-Ferreira, Rejane Patrício, Sarah Dellabianca, Lucia Helena Amorim**, pela colaboração, pelas críticas e valiosas sugestões realizadas e muito bem vindas;

Às **Profa Sue Jordan** - Senior Lecturer e a **Jayne Cutter** da School of Health Science, University of Wales, Swansea, UK, pela presteza e colaboração disponibilizando a ferramenta citada em seu artigo;

Aos Professores do Mestrado, pelo conhecimento transmitido;

Aos colegas do Mestrado pelo companheirismo que nos permitiu viver esses dois anos de forma prazerosa. Em especial, Patrícia Farias, Isadora Ribeiro, Natália Fonseca, Eagles Muniz, Ana Lima, Suerda Souza e Márcio Sampaio.

A todos os funcionários da Faculdade de Medicina da Bahia, em especial a **Marivalda Pereira** pela acolhida;

Ao Prof. Henrique Celso Santos pela boa vontade e compreensão com que sempre me atendeu;

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo apoio financeiro à minha pesquisa;

Agradeço, de modo muito especial,

À minha mãe, Leila Muniz, amor da minha vida, que sempre esteve ao meu lado e me ensinou a lutar pelos meus sonhos e vibrou com cada conquista;

Às minhas irmãs Cláudia e Heloísa, não existem palavras para dizer a importância de vocês na minha vida. Amo vocês;

A meu pai, Paulo Amaral, com suas cobranças me fez buscar meus sonhos;

Ao meu cunhado Carlos Lima, pela participação direta e indireta em vários momentos da minha vida;

Aos meus “filhos” de coração, Natália, Sara, Pedro e Iago, pela compreensão com minha falta de tempo, amo vocês;

A meus sogros Célia Campos e Antonio Carlos Campos, pelo tempo que lhes roubei da convivência com Marcos e comigo;

À Mônica Campos e Renato Xavier, pelo apoio e compreensão com minha falta de tempo.

De tudo, ficaram três coisas:
A certeza de que ele estava sempre começando,
A certeza de que era preciso continuar e
A certeza de que seria interrompido antes de terminar.
Fazer da interrupção um caminho novo.
Fazer da queda um passo de dança,
Do medo uma escada,
Do sonho uma ponte,
Da procura um encontro.

Fernando Sabino
(O Encontro Marcado. Rio de Janeiro: Record, p. 200, 2006).

SUMÁRIO

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS, GRÁFICOS E FLUXOGRAMAS	3
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	5
I. RESUMO	7
II. ABSTRACT	8
III. OBJETIVOS	9
IV. INTRODUÇÃO	10
V. REVISÃO DE LITERATURA	13
V.1 Características dos profissionais e dos trabalhadores do setor de saúde e o processo de trabalho em saúde.	13
V.2 Legislação Brasileira - medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde	15
V.3 Exposição Ocupacional a Material Biológico e seus Riscos	19
V.3.1 Risco de Transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	20
V.3.2 Risco de Transmissão do Vírus da Hepatite B (HBV)	21
V.3.3 Risco de Transmissão do Vírus da Hepatite C (HCV)	21
V.4 Panorama da exposição ocupacional a material biológico	22
V.4.1 No mundo	22
V.4.2 No Brasil	24
V.4.3 Na Bahia	25
V.5 Vigilância Epidemiológica – Definição e objetivos	26
V.5.1 Vigilância de Acidentes com Material Biológico	26
V.6 Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre acidente ocupacional a material biológico	27
V.7 Instrumentos genéricos e específicos para avaliação da saúde do trabalhador	30
V.7.1 Classificação dos Instrumentos	30
V.7.2 Alguns Instrumentos existentes e seus objetivos	31
VI. METODOLOGIA	34
VI.1 Tipo de estudo	34
VI.2 Estratégias de busca dos artigos	36
VI.3 Os níveis de estratégias de busca desenvolvidos	38
VI.4 Critérios de Seleção dos estudos	38

VI.5	Análise de dados secundários	40
VI.6	Análise de conteúdo	41
VI.6.1	Desenvolvimento da análise de conteúdo	42
VI.7	Elaboração dos itens do questionário	44
VI.8	Análise Teórica dos Itens realizada pelas avaliadoras (“juízes”)	45
VI.9	Perspectivas	45
VII.	RESULTADOS	46
VII.1	Busca e Seleção dos Artigos	46
VII.2	Busca do Texto Completo	47
VII.3	Caracterização geral dos artigos localizados	50
VII.4	Análise de Conteúdo	55
VII.5	Elaboração do Questionário	58
VII.5.1	Forma das perguntas do questionário	58
VII.5.2	Quanto ao conteúdo das perguntas	59
VII.5.3	Avaliação preliminar do questionário (Apêndice A e B)	59
VIII.	DISCUSSÃO	64
IX.	CONCLUSÕES	73
X.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário Instituição

Apêndice B – Questionário Pessoal de Saúde

Apêndice C – Instruções para as avaliadoras ou “juízas”

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice E - Artigo: Proposta metodológica à avaliação formativa do pessoal de saúde

ANEXOS

Anexo A - Ficha de Investigação do Agravo Acidente de Trabalho com exposição a material biológico – SINAN

Anexo B - Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)

Anexo C - Referências Bibliográficas – Artigos selecionados (n= 557)

Anexo D - Referências Bibliográficas – Artigos localizados (n= 91)

Anexo E - Classificação de agentes com base em seu risco biológico

Anexo F – Normas para publicação da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

Anexo G – Carta do Editor da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS, GRÁFICOS E FLUXOGRAMAS

GRÁFICOS

	Pag.
GRÁFICO 1. Número de artigos localizados sobre exposição ocupacional, segundo o ano de publicação.	50
GRÁFICO 2. Frequência absoluta de ocorrência das palavras nos 91 títulos dos artigos localizados.	56
GRÁFICO 3. Frequência relativa de ocorrência das palavras nos 91 títulos dos artigos localizados.	57

TABELAS

TABELA 1. Motivos de exclusão dos artigos por banco de dados.	47
TABELA 2. Frequência dos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo continente.	51
TABELA 3. Distribuição dos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo banco de dados e desenho de estudo.	51
TABELA 4. Distribuição dos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo banco de dados e categoria profissional.	53
TABELA 5. Distribuição dos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo banco de dados e gênero.	54
TABELA 6. Distribuição dos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo banco de dados e instrumento utilizado para coleta de dados.	54
TABELA 7. Distribuição dos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo banco de dados e tipo de exposição.	55
TABELA 8. Frequência de ocorrência das palavras nos 91 títulos dos artigos localizados.	56

QUADROS

QUADRO 1. Palavras-chave utilizadas na busca dos artigos.	37
QUADRO 2. Termos análogos utilizados na busca dos artigos.	37
QUADRO 3. Total de artigos selecionados após aplicar os critérios de inclusão.	46
QUADRO 4. Artigos selecionados e artigos localizados durante as etapas de busca.	48
QUADRO 5. Categorias e Subcategorias temáticas.	57
QUADRO 6. Número de questões em torno das categorias temáticas e as principais questões levantadas nos artigos localizados.	58

QUADRO 7. Questionário Avaliação Institucional - Síntese de cada avaliadora, destacando as principais colaborações. 61

QUADRO 8. Questionário Pessoal de Saúde - Síntese de cada avaliadora, destacando as principais colaborações. 62

FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA 1. Etapas da análise de conteúdo. 43

FLUXOGRAMA 2. Artigos selecionados e o refinamento da busca para compor a amostra final. 49

FIGURA

FIGURA 1. Esquema do processo de trabalho no hospital 15

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- APIC – Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology
- BIREME - Biblioteca Regional de Medicina
- BVS - Rede Biblioteca Virtual de Saúde
- CAGE - Acrônimo referente às suas quatro perguntas- *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*
- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAT - Formulário Comunicação de Acidentes de Trabalho
- CDC – Centers For Disease Control
- CD₄ – Linfócitos, Grupamento de diferenciação 4 ou *cluster of differentiation*, em inglês.
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CIPA – Comissões Internas de Prevenção de Acidentes
- CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
- CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CPD - Central de Processamento de Dados
- CREAIDS – BA - Centro de Referência Estadual de Aids da Bahia
- COMUT - Comutação Bibliográfica
- DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
- DST – Doença Sexualmente Transmissível
- EAS - Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
- EPI - Equipamento de Proteção Individual
- FMB – Faculdade de Medicina da Bahia
- GM – Gabinete do Ministro
- VHB – Vírus da Hepatite B
- VHC – Vírus da Hepatite C
- VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana ou HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
- HUPES - Hospital Universitário Professor Edgar Santos
- JCQ - Job Content Questionnaire
- LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEDLINE® – Marca registrada da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH - Medical Subject Headings

MT – Ministério do Trabalho

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NLM - National Library of Medicine

NR - Norma Regulamentadora

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCMSO – Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PPRA - Programas de Prevenção de Riscos Ambientais

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

RJU - Regime Jurídico Único

SESMT – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIT – Secretaria de Inspeção do Trabalho

SSST – Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SCOPUS® - Marca registrada da ELSEVIER

SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SRQ - Self-Reporting Questionnaire

SUS – Sistema Único de Saúde

UFBA - Universidade Federal da Bahia

VE – Vigilância Epidemiológica

VPA – Virtual Private Network

WHA - World Hepatitis Alliance

WHOQOL - World Health Organisation Quality of Life Assessment

www - World Wide Web

® - Marca registrada

I. RESUMO

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO: proposição de instrumento à avaliação formativa do pessoal de saúde. A vulnerabilidade do pessoal de saúde está ligada às atividades, comportamentos e vivências relativas à organização e ao processo de trabalho. Todavia, apesar dos avanços nos marcos legais ou normativos, a real situação brasileira sobre os indicadores de exposição aos agentes biológicos apresenta inúmeras lacunas acerca dos conhecimentos, atitudes e comportamentos desses trabalhadores. Objetivo: Desenvolver, a partir de pesquisa sistemática da literatura, instrumento de avaliação dos conhecimentos, atitudes e prática do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. Metodologia: Realizada pesquisa sistemática na literatura, das exposições ocupacionais a material biológico de referências citadas nas bases de dados eletrônicos Medline, Scopus e Lilacs e busca ativa desses artigos, fonte para construção dos itens do questionário proposto. Para obtenção, análise e interpretação dos dados foram utilizadas a análise de dados secundários e as técnicas da análise de conteúdo. Os questionários foram analisados por sete avaliadoras *ad hoc* de diferentes instituições do Brasil, a fim de verificar o grau de compreensão dos itens garantindo a chamada “validade aparente” do instrumento. Resultados: A partir da análise dos 91 artigos localizados foram elaboradas 112 questões, sendo 31 direcionadas ao gestor da instituição e 82 questões destinadas ao pessoal de saúde. Os questionários foram dispostos por bloco em torno das categorias e subcategorias temáticas. Conclusão: O instrumento proposto para a avaliação formativa do pessoal de saúde foi elaborado com base nas experiências reais dos sujeitos, no seu vocabulário e ambiente de vida. Faz-se necessário a realização do estudo-piloto para revisão e, redução do número de questões, além do estudo de validação do instrumento. Esse instrumento poderá ser útil à elaboração, implantação e monitoramento de práticas e políticas de saúde.

Palavras-chave: Exposição Ocupacional; Líquidos Corporais; Pessoal de Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

II. ABSTRACT

OCCUPATIONAL EXPOSURE TO BIOLOGICAL MATERIAL: proposition of an instrument for evaluation of health personnel's formation. Health personnel occupational exposure to biological material is related to knowledges, attitudes, and practices that, on their turn, are related to the work processes and organization. In spite of the recent advances in legal and normative aspects, several blanks still remains concerning to the knowledges, attitudes, and practices about occupational exposure to biological materials, in the Brazilian context. **Objective:** To develop an instrument to evaluate knowledges, attitudes, and practices of health personnel about occupational exposure to biological material in health services, based on a systematic review of the scientific literature. **Methodology:** A systematic review of the literature about health personnel occupational exposure to biological material was performed in data bases MEDLINE, SCOPUS and LILACS. Subsequently, articles identified were actively searched and analyzed, as sources for building the itens of the proposed questionnaire. **Results:** Based on the analysis of 91 articles identified, 112 questions were formulated, 31 addressed to the health institution management and 82, directly to the health personnel. The questionnaire was analyzed by seven ad hoc expert referees from different Brazilian institutions, aiming to verify the degree of understanding of the itens by the individuals, addressing the so-called "apparent validity" of the instrument. **Conclusion:** The instrument proposed to health personnel formative evaluation was elaborated on the basis of real experiences of these individuals, in their working environment, by using their own vocabulary. This methodological procedure warrants a better communication with the research subjects. A pilot study is still needed in order to proceed with a complete validation of the questionnaire and reduction in the number of questions used. This instrument could be useful in the formulation, setting and monitoring of health policies and health personnel occupational exposure to biological materials.

Keywords: Occupational Exposure; Body Fluids; Health Personnel; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

III. OBJETIVOS

Geral

- Desenvolver, a partir de pesquisa sistemática da literatura, instrumento de avaliação dos conhecimentos, atitudes e prática do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde.

Específicos

1. Realizar uma pesquisa sistemática da literatura, com análise secundária dos dados, das exposições ocupacionais a material biológico nos bancos de dados eletrônicos *Medline, Scopus e Lilacs*;
2. Construir os itens do questionário utilizando a literatura como fonte de dados; e
3. Verificar a compreensão dos itens do questionário para o pessoal de saúde.

IV. INTRODUÇÃO

Com a descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids)¹, e a possibilidade de transmissão dessa doença por via ocupacional, sofreu mudança significativa o cenário do acidente de trabalho nos serviços de saúde.

Historicamente, o pessoal da área da saúde nunca foi considerado uma categoria profissional de maior risco para acidentes de trabalho, embora o risco ocupacional com agentes infecciosos seja conhecido desde o início dos anos 40 do século XX. No entanto, somente a partir da epidemia da aids, no início da década de 80, foram desenvolvidas e implementadas medidas profiláticas e o acompanhamento clínico-laboratorial, do pessoal de saúde expostos aos patógenos de transmissão sanguínea (Brasil, 2004).

Dados do Boletim Epidemiológico Aids/DST, apresentado pelo Ministério da Saúde, mostram que, de 1980 a junho de 2008 foram registrados 506.499 casos de aids no país (Brasil, 2008), enquanto a Organização Mundial da Saúde estima que existam cerca de 325 milhões de portadores crônicos da hepatite B e 170 milhões da hepatite C no mundo, com cerca de dois a três milhões respectivamente em nosso País (Brasil, 2005a).

No Brasil, embora os riscos de acidentes dessa natureza estejam presentes nas atividades dos profissionais de saúde, devido ao grande número de pacientes portadores dos Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Vírus da Hepatite B (VHB), Vírus da Hepatite C (VHC), e das precárias condições de trabalho em muitos hospitais, é observado à inexistência de dados sistematizados sobre a ocorrência dos acidentes com material perfuro-cortante que

¹ "Já se escreveu a palavra que dá nome à doença causada pelo HIV das mais diversas formas: 'AIDS', 'Aids', 'aids', 'SIDA', 'Sida', 'sida'. A aids foi inicialmente chamada de síndrome, como habitual na Medicina, por se desconhecer sua etiologia e não haver meios específicos para diagnóstico, além de o quadro clínico ser mal definido na época, ou seja, no início da década de 80. Naquele tempo, havia justificativa de escrever "AIDS", como abreviação de *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, ou Aids, maneira que alguns jornais escrevem siglas com 4 ou mais letras que podem ser pronunciáveis. Contudo em 1983, identificou-se seu agente etiológico e, a partir de 85, começaram a surgir inúmeras técnicas para diagnóstico laboratorial. O conhecimento científico acumulado já era suficiente para, no âmbito do saber médico, tratar a aids como uma doença (vide Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição/CID-10). A palavra 'aids' passou a ser, do ponto de vista gramatical, equivalente à 'sífilis', 'coqueluche', 'conjuntivite', nomes de doenças são substantivos comuns, grafados com inicial minúscula. (...) Baseado nessas considerações e no fato de que a palavra 'aids' vem sofrendo o mesmo processo de evolução linguística da palavra 'laser' (sigla de *light amplification by stimulated emission of radiation*), entre tantos outros anglicismos incorporados pela língua portuguesa no Brasil, não parece haver razão para grafá-la com maiúscula, a não ser quando corresponder a nomes próprios de entidades (como Coordenação Nacional de DST e Aids) ou siglas que incorporem a palavra (como CN-DST/AIDS)" (Castilho, 1997).

permitam conhecer a real magnitude do problema. Outro fator que dificulta conhecer a realidade brasileira é a falta da cultura para a notificação do acidente do trabalho (REPAT, 2003).

No caso dos acidentes ocupacionais, somente uma pequena parte dos acidentes de trabalho são registrados nos serviços de saúde, seja por desinformação dos acidentados ou dos profissionais que tratam deles. A estimativa é de que a subnotificação dos acidentes de trabalho nos serviços de saúde chegue a 95% no país, ou seja, só 5% dos casos são registrados (Perez, 2008). Essa subnotificação nos acidentes com exposição a materiais biológicos, entre o pessoal de saúde, persiste como grave problema.

Além do risco de contrair infecções, o acidente de trabalho com exposição a material biológico² pode gerar no pessoal de saúde, graves repercussões psicossociais levando-o a mudanças nas relações de trabalho, familiares e sociais, devido à provável associação desse acidente com alguns agentes biológicos, especialmente a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).

No entanto, o pessoal de saúde deveria estar consciente, tanto de suas responsabilidades no atendimento aos pacientes, como dos cuidados de biossegurança que visam a protegê-los contra as doenças infectocontagiosas no seu ambiente de trabalho.

No período de 2003 a 2006, em consultoria prestada pela autora deste trabalho ao Programa Nacional de DST e Aids, foram capacitados em todo Brasil, 644 profissionais de saúde no Curso Básico de Vigilância Epidemiológica da infecção pelo HIV e aids. Esse curso teve a finalidade de auxiliar o profissional que atua na Vigilância Epidemiológica (VE) da infecção pelo HIV e da aids a repensar seu trabalho e oferecer instrumentos para sua atuação, uma vez que esta epidemia vem se modificando ao longo do tempo, exigindo transformações e adaptações em todas as áreas do conhecimento. Outro objetivo dessa capacitação foi integrar as ações de investigação epidemiológica como estratégias fundamentais para o alcance de informações precisas e de qualidade dentro das ações de Vigilância

² **Acidente de trabalho com exposição à material biológico – Definição de caso:** Acidente envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde, durante o desenvolvimento do seu trabalho, onde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados. Os ferimentos com agulhas e material perfurocortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes (Brasil, 2005).

Epidemiológica nos Estados, municípios e unidades de saúde. Durante esses treinamentos, foi possível verificar a falta de implantação da Vigilância de Acidentes com Material Biológico em vários Estados e municípios, além do frequente despreparo ou da falta de informações dos profissionais de saúde em relação aos conhecimentos, atitudes e prática sobre os acidentes com exposição a material biológico. Essa realidade brasileira cria uma série de problemas ao desempenho profissional e propicia ambiente à transmissão de agentes patógenos nas unidades de saúde.

Conhecendo essa realidade, vários questionamentos foram mais marcantes: como profissionais com formações diversas e de regiões sócio-econômicas diferentes do Brasil passam pelas mesmas dificuldades? Como um profissional exposto a vários riscos, diariamente, não sabe como proceder caso ocorra algum acidente? Na tentativa de encontrar respostas para tais perguntas, com o ingresso em curso de pós-graduação stricto sensu surgiu à oportunidade de estudar de forma sistematizada a exposição ocupacional a material biológico no Brasil e no mundo, além de contribuir com o desenvolvimento de instrumento à avaliação formativa do pessoal de saúde.

V. REVISÃO DE LITERATURA

V.1 Características dos profissionais e dos trabalhadores do setor de saúde e o processo de trabalho em saúde.

A definição dos profissionais e dos trabalhadores do setor de saúde expostos a exposição ocupacional, é bastante complexa.

Segundo Rapparini (2008a),

Alguns autores conceituam como **trabalhadores de saúde** todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções referentes ao setor. O vínculo de trabalho no setor de atividade de saúde, independentemente da formação profissional ou da capacitação do indivíduo, é o mais importante na definição de trabalhador de saúde. Analogamente, definem como **profissionais de saúde** todos aqueles que detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde, independentemente de trabalharem ou não nas atividades de saúde. O mais importante na definição do profissional de saúde é sua formação e sua capacitação adquiridas com vistas a atuar no setor (grifos nosso).

A terceira categoria é a do pessoal de saúde, definida como o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica - prática ou acadêmica trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde. É a interseção das duas categorias descritas anteriormente, sendo formada pelos trabalhadores de saúde com capacitação ou formação para exercer funções ou atividades de saúde (grifos nosso).

Hoje, a diversidade dos campos de atuação dos profissionais de saúde devido ao contínuo desenvolvimento científico-tecnológico e dos novos quadros demográfico-sanitários exigem outros delineamentos ao âmbito específico de cada profissão. Ainda assim, os profissionais de saúde deverão, estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, promovendo e executando ações integrais de saúde que beneficiem indivíduos e comunidades (Almeida, 1999).

A prestação de serviços de saúde é atividade centrada na quantidade e na qualidade dos recursos humanos que operam equipamentos e insumos de elevado custo (medicamentos, equipamentos e materiais diversos), em ambiente dinâmico e complexo de tomada-de-decisão (Bittar, s.d.).

Um hospital é uma das instituições de maior complexidade em razão da diversidade de profissões, profissionais, usuários, tecnologias, relações sociais e interpessoais, formas de organização, espaços e ambientes que comporta, além, e principalmente, de lidar com o sofrimento humano, muitas vezes em situações extremas. Mas, essa complexidade existe principalmente em razão da natureza dos processos que compõem sua finalidade: os processos de saúde, enfermidade, morte; como também em razão das variáveis que entram na complexidade das decisões e das ações que esses processos acarretam (Quintana et al., s.d.).

O processo de trabalho em saúde é sabidamente pouco estudado, sendo recentes as pesquisas sobre o tema. O processo de trabalho múltiplo e complexo, em unidades de saúde, pode ser desenvolvido em diversos níveis: ambulatorial, hospitalar ou clínica privada. Esse trabalho complexo é pouco articulado pela diferenciação e hierarquia entre os grupos profissionais envolvidos no trabalho em saúde e em função do próprio discurso médico-hospitalar dominante (Machado & Correa, 2002).

O foco do processo de trabalho em saúde é o paciente e a produção de saúde. Nesse processo, as profissões de Medicina e Enfermagem são predominantes e têm, hoje, no hospital um espaço legitimizador privilegiado. É também no hospital que se manifesta de forma mais clara a hierarquia das profissões de saúde desde a tomada de decisões do que fazer com o doente à execução dos cuidados mais simples (Machado & Correa, 2002).

Utilizando a representação de Machado & Correa (2002), para quem o trabalho hospitalar é descrito em um esquema concêntrico (Figura 1), onde o primeiro grupo é o centro da atividade hospitalar, e é chamado genericamente de cuidado com o paciente. O segundo grupo tem um contato indireto, relacionado com à saúde do paciente como exames laboratoriais, de imagens e funcionais, nutrição, assistência social e farmácia, intermediado pela técnica, influenciado fortemente pelas mudanças tecnológicas do hospital. O terceiro grupo com atividades de apoio, como limpeza e manutenção em geral, que também se divide em predial e de equipamentos agrega um trabalho de desqualificação com outro de alta qualificação e, ambos, representam a área externa da biossegurança no hospital, mantendo contato eventual com os pacientes.

Dessa forma, a vulnerabilidade do pessoal de saúde esta ligada às atividades, comportamentos e vivências relativas à organização e ao processo de trabalho, como também

às condições sociais mais amplas, acesso aos serviços e a existência de políticas públicas de Biossegurança.

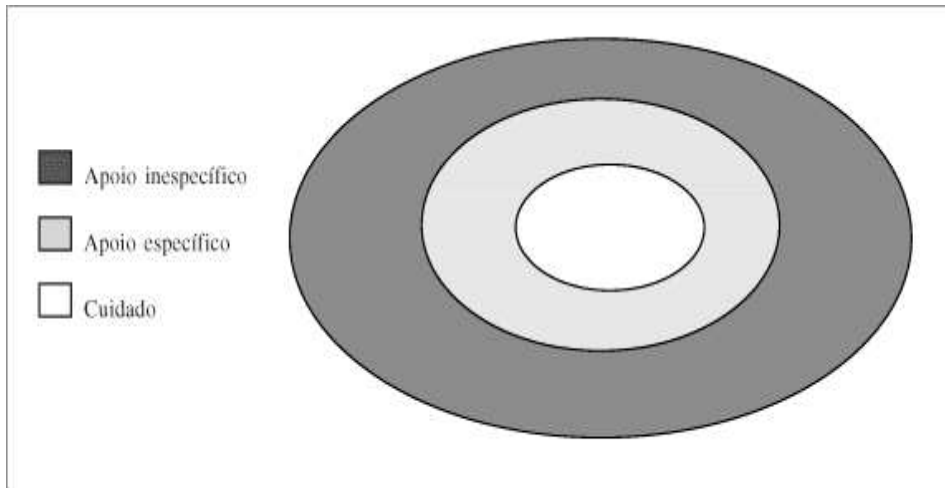


Figura 1 - Esquema do processo de trabalho no hospital

Fonte: Machado & Correa, 2002.

V.2 Legislação Brasileira - medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde

O acidente do trabalho (Lei nº 6.367, de 19.10.1976 - Lei de Acidentes do Trabalho) é definido "*como aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão e perturbação funcional da vítima, determinando a morte, perda ou redução de capacidade para o trabalho, de forma permanente ou temporária*".

Em 1978, o Ministério do Trabalho³ (MT) aprovou as Normas Regulamentadoras (NR) através da Portaria Gabinete do Ministro (GM) nº 3.214 de 08 de junho de 1978, que abordam aspectos relativos à segurança e à medicina do trabalho (Brasil, 2008). As Normas Regulamentadoras serão descritas a seguir:

- ✓ NR 04 - Regulamenta os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). Última alteração/atualização realizada através da Portaria da Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT) nº 76 de 21 de novembro de 2008. São responsáveis por aplicar os conhecimentos específicos de engenharia de

³ Em 1999, o Ministério do Trabalho passou a ser denominado de Ministério do Trabalho e Emprego.

segurança e medicina do trabalho, de forma a reduzir ou até eliminar os riscos à saúde do trabalhador;

- ✓ NR 05 - Regulamenta as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA). Última alteração/atualização realizada através da Portaria SIT nº 14 de 21 de junho de 2007. Têm como objetivos conhecer as condições de risco nos ambientes de trabalho, solicitar medidas para reduzir e até eliminar os riscos existentes e promover as normas de segurança e saúde dos trabalhadores. Conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas-CLT, Na seção III, Dos órgãos de Segurança e Medicina do Trabalho nas empresas Art. 163, será obrigatório a constituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA), de conformidade com instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho, nos estabelecimentos ou locais de obra nela especificadas;
- ✓ NR 06 - Regulamenta os Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Última alteração/atualização realizada através da Portaria SIT nº 194 de 22 de dezembro de 2006. Todos os dispositivos de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador no local de trabalho. De acordo com a CLT, Seção IV Dos Equipamentos de Proteção Individual, Art. 166, a empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, equipamento de proteção individual adequado ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento, sempre que as medidas de ordem geral não ofereçam completa proteção os riscos de acidentes e danos à saúde dos empregados;
- ✓ NR 07- Regulamenta os Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Última alteração/atualização realizada através da Portaria da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (SSST) nº 19 de 9 de abril de 1998. Têm como objetivos a promoção e a preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores; e
- ✓ NR 09 – Regulamenta os Programas de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Última alteração/atualização realizada através da Portaria SSST nº 25 de 29 de dezembro de 1994. Inclui o reconhecimento dos riscos ambientais os agentes agressivos físicos, químicos e biológicos que possam trazer danos à saúde do trabalhador em ambiente de trabalho, em função da natureza, concentração, intensidade e tempo de exposição ao agente. São considerados agentes biológicos os

microorganismos como bactérias, fungos, parasitas, bacilos e vírus presentes em determinadas áreas profissionais.

Em 2004, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004, dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS e entre os agravos de notificação compulsória consta o acidente com exposição a material biológico.

Em 2005, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) aprovou através da Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, denominada de NR-32 e essa tem a finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Em 2008, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) através da Portaria GM nº 939 de 18 de novembro de 2008 aprova e acrescenta a NR-32 a seguinte redação: Parágrafo único do Art. 1º - *Os empregadores devem promover a substituição dos materiais perfurocortantes por outros com dispositivo de segurança no prazo máximo de vinte e quatro meses a partir da data de publicação desta Portaria.* Também no Art. 1º dessa Portaria consta o cronograma para que essas mudanças sejam efetuadas:

- I. 06 meses para divulgação e treinamento; e
- II. 18 meses após o prazo concedido na alínea “a” para implementação e adaptação de mercado.

No Art. 2º da supracitada Portaria, são aprovados e acrescentados os subitens à NR-32 com a seguinte redação:

“32.2.4.16.1 As empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes devem disponibilizar, para os trabalhadores dos serviços de saúde, capacitação sobre a correta utilização do dispositivo de segurança.

32.2.4.16.2 O empregador deve assegurar, aos trabalhadores dos serviços de saúde, a capacitação prevista no subitem 32.2.4.16.1.”

A Norma Regulamentadora nº 32, de 11/11/2005, define como serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população; bem como, de todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde de qualquer nível de complexidade (Brasil, 2008).

Para fins de aplicação da NR-32 considera-se Risco Biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos e consideram-se Agentes Biológicos os microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons (Brasil, 2008).

De acordo com a NR-32, os riscos associados a exposição aos agentes biológicos são classificados em 4 categorias:

- ✓ Classe de risco 1: baixo risco individual para o trabalhador e para a coletividade, com baixa probabilidade de causar doença ao ser humano;
- ✓ Classe de risco 2: risco individual moderado para o trabalhador e com baixa probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças ao ser humano, para as quais existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento;
- ✓ Classe de risco 3: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças e infecções graves ao ser humano, para as quais nem sempre existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento; e
- ✓ Classe de risco 4: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade elevada de disseminação para a coletividade. Apresenta grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro. Podem causar doenças graves ao ser humano, para as quais não existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

Nas Diretrizes gerais para o trabalho em contenção⁴ com material biológico (Brasil, 2004), consideram-se agentes biológicos: bactérias; fungos; vírus; clamídias; riquetsias;

⁴ **Trabalho em contenção** – atividade com materiais biológicos patogênicos em condições que não permitam seu escape ou liberação para o ambiente, podendo ser realizado em pequena ou grande escala.

micoplasmas; príons; parasitos; linhagens celulares e outros organismos. Nessa publicação do Ministério da Saúde, encontram-se descritas as especificações de estrutura física e operacional, visando a proteção dos trabalhadores, usuários e meio ambiente. Esses níveis aplicam-se a laboratórios de Microbiologia, de diagnóstico, de pesquisa, de ensino e de produção.

Também segundo a legislação brasileira, a classificação dos agentes biológicos humanos e animais nessas classes de risco apresentadas seguem os seguintes critérios de patogenicidade: a) alteração genética ou recombinação gênica; b) estabilidade; c) virulência; d) modo de transmissão; e) endemicidade; f) conseqüências epidemiológicas; e g) disponibilidade de medidas profiláticas e de tratamento eficaz (Brasil, 2004).

Nas Diretrizes Gerais para o trabalho em contenção com material biológico há como anexo a “Classificação de Agentes com Base em seu Risco Biológico” (Brasil, 2004). Essa classificação encontra-se no Anexo E desta dissertação.

Estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) executar ações de saúde do trabalhador, conforme estabelecido no Art. 6º da Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1989 (Brasil, 2008).

Conforme o Art. 22 da Lei 8.213 de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, o empregador deve comunicar, sob pena de multa, a ocorrência de acidentes de trabalho através da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). A CAT foi prevista inicialmente na Lei nº 5.316/1967, com todas as alterações ocorridas posteriormente até a Lei nº 9.032/1995, regulamentada pelo Decreto nº 2.172/1997 (Brasil, 1999).

V.3 Exposição Ocupacional a Material Biológico e seus Riscos

A exposição representa o agente no ambiente do trabalhador, ou em contato com o trabalhador, ou a vivência de situações como certos tipos de posturas que o trabalhador assume na execução de uma tarefa (Santana & Cordeiro, 2005). Entre esses agentes os patógenos biológicos são os mais estudados e que envolvem os maiores temores dos profissionais de saúde.

Isso ocorre porque o profissional de saúde muitas vezes desconhece o risco e os diversos agentes infecciosos pela real exposição em sua prática diária: transmissíveis por via respiratória, transmissíveis pela exposição a sangue e fluidos orgânicos, de transmissão fecal-oral e transmitidas pelo contato com o paciente. O risco de exposição varia segundo o tipo de atividade exercida, o uso de medidas preventivas à exposição e a prevalência local de doenças. O risco de aquisição de doenças depende não somente do tipo de exposição, da patogenicidade do agente infeccioso e da existência de profilaxia pós-exposição, como da prevalência local de doenças e da susceptibilidade do profissional de saúde (Rapparini et al., 2008b).

A exposição a material biológico (sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente contaminados), pode resultar em infecção por patógenos. Cabe ressaltar que os agentes infecciosos mais importantes nas exposições ocupacionais são o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e os Vírus das Hepatites B e C. Os acidentes ocorrem habitualmente através de picadas com agulhas, ferimentos com material ou instrumentos cortantes (acidentes percutâneos), contato direto da mucosa ocular, nasal, oral e pele não íntegra com sangue ou materiais orgânicos contaminados (Santos, 2007).

O risco desses acidentes resultarem em infecção é variável, e está associado ao tipo de acidente, ao tamanho da lesão, à presença e ao volume de sangue ou do inóculo envolvido no acidente, a quantidade de vírus (viremia) no sangue do paciente fonte (carga viral) e à utilização de profilaxia específica, para o HIV com medicamentos anti-retrovirais e para a hepatite B com vacinação pré-exposição ou administração de imunoglobulina específica pós-exposição (Santos, 2007).

V.3.1 Risco de Transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

Vários fatores podem interferir no risco de transmissão do VIH. Estudos realizados estimam, em média, que o risco de transmissão do VIH é de 0,3% em acidentes percutâneos e de 0,09 % após exposições em mucosas. O risco após exposições envolvendo pele não-íntegra não é precisamente quantificado, estimando-se que ele seja inferior ao risco das exposições em mucosas (Rapparini et al., 2008c).

As estimativas baseiam-se em situações de exposição a sangue; o risco de infecção associado a outros materiais biológicos é provavelmente inferior. Desde o início da epidemia

da aids, em 1981, até 2002, 106 casos comprovados e 238 casos prováveis de profissionais de saúde foram infectados pelo VIH em acidente de trabalho de todo o mundo (Rapparini et al., 2008c).

V.3.2 Risco de Transmissão do Vírus da Hepatite B (VHB)

O risco de infecção pelo vírus da Hepatite B (VHB) está relacionado, a exposição ao sangue no ambiente de trabalho, principalmente se o paciente-fonte tem à presença do antígeno HBeAg. Em exposições percutâneas envolvendo sangue sabidamente infectado pelo VHB e com a presença de HBeAg (o que reflete elevada taxa de replicação viral e, portanto, maior quantidade de vírus circulante), o risco de hepatite clínica varia entre 22 a 31% e o da evidência sorológica de infecção de 37 a 62%. Quando o paciente-fonte apresenta somente a presença de HBsAg (e sendo HBeAg negativo), o risco de hepatite clínica varia de 1 a 6% e o de soroconversão 23 a 37% (Rapparini et al., 2008c).

O sangue é o material biológico que tem os maiores títulos de VHB e é o principal responsável pela transmissão do vírus nos serviços de saúde. Porém, o VHB também é encontrado em vários outros materiais biológicos, incluindo leite materno, líquido biliar, Liquor, fezes, secreções nasofaríngeas, saliva, suor e líquido articular; no entanto, a maior parte desses materiais biológicos não é bom veículo para a transmissão do HBV, porque as concentrações nesses fluidos de partículas infectantes do HBV são de 100 a 1.000 vezes menor do que a concentração de HBsAg no sangue (Brasil, 2004).

V.3.3 Risco de Transmissão do Vírus da Hepatite C (VHC)

O vírus da hepatite C (VHC) só é transmitido de forma eficiente através do sangue. A incidência média de soroconversão, após exposição percutânea com sangue sabidamente infectado pelo VHC é de 1,8% (variando de 0 a 7%). Um estudo demonstrou que os casos de infecções só ocorreram em acidentes envolvendo agulhas com lúmen (Rapparini et al., 2008c).

O risco de transmissão em exposições a outros materiais biológicos que não o sangue não é quantificado, mas considera-se que seja muito baixo. A transmissão do VHC a partir de exposições em mucosas é extremamente rara. Nenhum caso de contaminação envolvendo pele íntegra foi publicado na literatura (Brasil, 2004).

No Brasil, por meio de revisão sistemática da literatura, Figueiredo et al. (2003) revisaram a transmissão do VHC, especialmente entre profissionais dentistas, e mostraram a relevância da prevenção desse agente nos profissionais de saúde.

V.4 Panorama da exposição ocupacional a material biológico

V.4.1 No mundo

Pesquisa de revisão de literatura, para caracterizar exposição resultante na transmissão do HIV entre trabalhadores da área da saúde, analisou dados disponíveis sobre casos notificados em todo mundo até Setembro de 1997 (Estados Unidos, França, Reino Unido, México, Itália, Austrália, Espanha, África do Sul, Alemanha, Bélgica, Canadá, Holanda, Suíça, Dinamarca, Israel, Argentina, Zâmbia), identificando 94 casos documentados e 170 casos possíveis. A maioria das infecções documentadas ocorreu em enfermeiros, por meio de exposição percutânea, após contacto com o sangue de paciente com aids e entre os casos possíveis, exposição elevada principalmente pelas parteiras e cirurgiões (Ippolito, 1999).

Nos Estados Unidos, revisão de dados realizada no Sistema de Comunicação de HIV/Aids e na Vigilância Nacional de infecção do HIV adquirida ocupacionalmente, até Dezembro de 2001, verificou 57 trabalhadores de cuidados da saúde com infecção e a maioria desses (86%) foi exposta a sangue e tinha lesões percutâneas (88%) no momento da exposição ao HIV (Do et al., 2003).

O risco ocupacional deve relacionar-se com o tipo de prática, os hábitos no trabalho e soroprevalência da infecção pelo HIV na comunidade. De acordo com esses indicadores, os riscos ocupacionais de soroconversão variam de acordo com a prevalência local e o tempo de atuação: um cirurgião em Nova York (EUA) com 30 anos de carreira é de 1,6%, enquanto que para o mesmo especialista se em Amsterdã é de 0,1%, mas se estivesse em San Francisco (EUA), no mesmo período, o risco seria de 48% (Ortega et al., 2001).

No Reino Unido, a pesquisa realizada por Raghavendran et al. (2006), em dois hospitais gerais, revelou que apenas 65% dos trabalhadores de cuidado da saúde que sofreram ferimentos penetrantes produzidos por agulha tinham preenchido o formulário de incidente, com um padrão semelhante nos dois hospitais (ou seja, mais de um terço de todos os ferimentos penetrantes produzidos por agulha não foram declarados).

Segundo também Raghavendran et al. (2006), o fracasso em relatar resulta em subestimar o real risco e isso irá contribuir com a falta de compreensão dos fatores associados ao risco, o que dificulta a avaliação objetiva de medidas preventivas. Muitos entrevistados atribuíram o fracasso em relatar os incidentes à falta de tempo ou pelo formulário não ter nenhum propósito.

Na Polônia, em pesquisa realizada por Ganczak et al. (2006), as razões mais comuns para não declarar o incidente esta relacionada com a convicção que o paciente-fonte não esta infectado. As implicações desses achados é a grande proporção de enfermeiros expostos a pacientes com status desconhecido da infecção ao HIV, por conta do pré-julgamento que os pacientes são HIV negativo. No entanto, o julgamento é potencialmente errado, porque os pacientes podem ser assintomáticos ou mesmo ignorar que estão infectados.

De acordo com Ganczak et al. (2006), a subnotificação das exposições é fato comum nos programas de controle de infecção. Os autores constataram que apenas um em quatro exposições é documentada pelos enfermeiros.

Na Austrália, em estudo realizado por Smith et al. (2006), metade dos eventos de ferimentos penetrantes produzidos por agulha em enfermeiros aconteceu ao lado do leito do paciente (50%) e pouco mais de um terço (34%) na sala de utilidades⁵.

Segundo Cutter & Jordan (2003), em pesquisa realizada no Reino Unido, existem vários motivos apresentados pelos profissionais de saúde para não aplicação das precauções universais, dentre os quais: a percepção de que o vestuário protetor interfere na destreza; crença de que as precauções universais são ineficazes; falta de tempo; preocupações que os pacientes podem se opor; falta de disponibilidade do equipamento necessário; e até o esquecimento de medidas protetoras no momento de uso.

⁵ **Sala de utilidades ou expurgo** - ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizados na assistência ao paciente e guarda temporária de resíduos. Deve ser dotado de pia e/ou esguicho de lavagem e de pia de despejo com válvula de descarga e tubulação de esgoto de 75 mm no mínimo. Nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) de nível primário, pode-se dispensar a área de lavagem e descontaminação da central de material esterilizado – simplificada em favor da sala de utilidades. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Normas para projetos físicos de Estabelecimentos Assistências de Saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf

V.4.2 No Brasil

Em revisão sistemática da literatura conduzida por Rapparini (2006), para identificar relatos de casos de infecção pelo HIV adquirida ocupacionalmente entre trabalhadores de saúde no Brasil, foi gerado um total de 60.770 títulos pelo uso das bases de dados MEDLINE e LILACS (1981 a 2004), teses e dissertações acadêmicas (1987 a 2004), resumos de reuniões nacionais e internacionais durante os últimos 10 anos, boletins locais e nacionais e listas de referência para identificar outros artigos. Foram analisadas, duzentos e dezenove (219) referências e identificadas quatro (4) casos documentados de infecção ocupacional pelo HIV. Todos os quatro casos envolviam pessoal de Enfermagem e foram decorrentes de exposições percutâneas. Três dos quatro casos ocorreram após processo que envolve agulha colocada diretamente na veia ou artéria. A maioria dos casos, no total de três, tinha paciente-fonte com provável contagem de células CD₄ baixa e carga viral elevada. Dois casos apresentaram soroconversão para HIV apesar do início da profilaxia pós-exposição, e apenas o terceiro caso apresentou doença retroviral aguda.

Apesar de não ser peculiar ou exclusivo do Brasil, é provável que os resultados sobre a prevalência dos acidentes com exposição ocupacional e a não-aderência às medidas de controle de infecção estejam bastante subestimados, visto que os sujeitos tendem a reportar comportamentos aceitáveis, mesmo quando não os adotam (Garcia & Blank, 2006).

Também no Brasil, as precauções-padrão são medidas profiláticas, que devem ser empregadas por todos que lidam ou têm contato com pacientes, independente do diagnóstico ou estado presumido de infecção, aplicam-se não só ao sangue, bem como a todos fluidos corpóreos, secreção, excreções, pele não-intacta, mucosa, contendo ou não sangue visível (Gir et al. 1998). Contudo, esses conhecimentos ou estratégias são pouco observadas.

Em vista dessa situação, observada em muitos países como também no Brasil, Gir et al. (1998) recomenda ao profissional precaver-se de riscos advindos de fatores institucionais ou pessoais, tais como negligência, desinformação, tabu. Ao estabelecimento de normas devem ser acrescentados fatores fundamentais para efetivarem a proteção dos profissionais, a saber: bom senso, conscientização, condições adequadas de trabalho, disponibilidade de equipamento de proteção individual.

V.4.3 Na Bahia

Queiroz-Andrade & Tavares-Neto (2002), em pesquisa realizada com objetivo de levantar a frequência dos acidentes envolvendo contato com sangue ou hemoderivados entre Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), localizado na cidade de Salvador, verificaram elevada frequência de acidentes nos últimos 30 dias (17,1%); como também evidenciaram a espantosa deficiência no sistema de comunicação/ informação/ notificação desses tipos de acidentes.

Segundo Tavares-Neto (2007),

Na prática se observa os efeitos do nosso dualismo social, pois enquanto os profissionais de nível superior têm maior oferta e conhecimento, além de maior poder de reivindicação dos seus direitos, sobre uso de equipamentos de proteção individual, também contam com melhores e maiores oportunidades e procedimentos em caso de acidentes, enquanto o segmento técnico ou auxiliar, de nível médio ou elementar, mais conta com a solidariedade dos colegas do mesmo nível.

Em estudo realizado por Carrera & Orrico (2006), no Centro de Referência Estadual de Aids da Bahia (CREAIDS, Salvador – BA), sobre acidente ocupacional com exposição a material biológico, no período de 2000 a 2006, com os trabalhadores referenciados de toda rede pública e privada, revelou que: dos 102 atendimentos, grande parte dos acidentes atendidos foi do setor público; e as categorias mais vulneráveis foram os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. Entre esses, um pouco mais da metade (57%) utilizava pelo menos um Equipamento de Proteção Individual (EPI); 11% dos pacientes-fontes eram positivos para HIV; o sangue foi o material biológico mais envolvido nos acidentes; e a maioria dos acidentes foi com exposição percutânea.

Até o final do período analisado, no estudo de Carrera & Orrico (2006), não houve casos de soroconversão para HIV e /ou Hepatites; porém, os autores ressaltaram que a análise foi prejudicada pela elevada frequência de abandono dos trabalhadores acidentados ao tratamento indicado (44% a 53%), e isso dificultou o acompanhamento em ambulatórios especializados, além de provocar sub-registro nos dados de alta ou risco de soroconversão.

V.5 Vigilância Epidemiológica – Definição e objetivos

O Sistema Único de Saúde (SUS) em seu texto legal (Lei nº 8.080/1990) incorporou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), definindo a vigilância epidemiológica como “*um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos*” (Brasil, 2005a).

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde,

A vigilância epidemiológica deve fornecer orientação técnica permanente aos profissionais de saúde que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se importante instrumento ao planejamento, à organização e à operacionalização dos serviços de saúde, bem como à normatização das atividades técnicas correlatas (Brasil, 2005b).

Entretanto, o cumprimento das funções de vigilância epidemiológica tem estreita vinculação com a disponibilidade de dados e a qualidade da informação, essas dependentes, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento. É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados para se constituírem em um poderoso instrumento – a informação, capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (Brasil, 2005b).

V.5.1 Vigilância de Acidentes com Material Biológico

A Vigilância de Acidentes com Material Biológico tem como objetivo conhecer o perfil dos acidentes com material biológico e as condutas adotadas para o planejamento e à avaliação das medidas de prevenção da transmissão do HIV por essa via (Brasil, 2005c).

Considerando a Portaria do Ministério da Saúde/GM Nº 777, de 28 de abril de 2004, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador, o Sistema Único de Saúde estabelece o acidente de trabalho com exposição a material biológico como um dos agravos de notificação compulsória e essa

deverá ser feita exclusivamente na ficha de notificação (Anexo A) do SINAN NET⁶ – Agravado “Acidente de Trabalho com exposição a material biológico” - Código CID 10 (Z20.9).

Paralelamente ao preenchimento da ficha de notificação de acidentes com materiais biológicos, em caso de acidentes de trabalho com esses materiais, deverá ser preenchido ainda o formulário específico (Anexo B) de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) para devido encaminhamento.

O Regime Jurídico Único (RJU) dos funcionários da União, Lei nº 8.112/90, regula o acidente de trabalho nos Arts. 211 a 214, no entanto, os funcionários dos Estados e dos Municípios devem observar Regimes Jurídicos Únicos que lhes são específicos (Brasil, 2005c).

Todavia, apesar dos avanços nos marcos legais ou normativos, a real situação brasileira sobre os indicadores de exposição dos profissionais de saúde aos agentes biológicos apresenta inúmeras lacunas. Mesmo assim, diante do que foi até aqui exposto, ainda há a pergunta a ser respondida: como avaliar com maior acurácia os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre acidente ocupacional com material biológico em serviços de saúde?

V.6 Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre acidente ocupacional a material biológico

Em todo processo educacional, avaliar é quase sempre questão polêmica e isso também reforça a necessidade de reflexão sobre três perguntas preliminares: O quê avaliar? Como avaliar? Para quê avaliar? Essas perguntas são completadas por duas outras: Qual a função da avaliação no processo de produção do conhecimento? A divulgação da avaliação tem perspectivas de alterar práticas e atitudes?

A avaliação não tem como objetivo classificar ou selecionar. Fundamenta-se nos processos de aprendizagem, em seus aspectos cognitivos, afetivos e relacionais; fundamenta-

⁶ O **SINAN NET** é uma nova plataforma do Sistema Nacional de Notificações de Agravos (SINAN) do Ministério da Saúde utilizada inicialmente para a notificação de acidentes e agravos da saúde do trabalhador e outros que estariam sendo introduzidos.

se em aprendizagens significativas e funcionais que se aplicam em diversos contextos e se atualizam o quanto for preciso para que se continue a aprender (Arruda, 2004).

Segundo Blaya (2004),

Existem pelo menos quatro tipos de avaliação, que combinada de uma forma harmônica e adequada para o grupo de alunos, são capazes de compor o processo de avaliação. A **Avaliação Somativa**, como próprio nome indica, tem como o objetivo representar um sumário, uma apresentação concentrada de resultados obtidos numa situação educativa. Pretende-se traduzir, de uma forma quantificada, a distância em que ficou de uma meta que se arbitrou ser importante atingir. Essa avaliação tem lugar em momentos específicos ao longo de um curso, como por exemplo, no final de um ano letivo. A **Avaliação Formativa** é a forma de avaliação em que a preocupação central reside em coletar dados para reorientação do processo de ensino-aprendizagem. Trata-se de uma "bússola orientadora" do processo de ensino-aprendizagem. A avaliação formativa não deve assim exprimir-se através de uma nota, mas sim por meio de comentários. A **Avaliação Diagnóstica** tem dois objetivos básicos: identificar as competências do aluno e adequar o aluno num grupo ou nível de aprendizagem. No entanto, os dados fornecidos pela avaliação diagnóstica não devem ser tomados como um "rótulo" que se cola sempre ao aluno, mas sim como um conjunto de indicações a partir do qual o aluno possa conseguir um processo de aprendizagem. Finalmente, a **Avaliação Emancipadora** utiliza-se do senso de autocrítica e autodesenvolvimento do aluno, através de instrumentos como a auto-avaliação, a co-avaliação. Nesse modelo, o professor torna-se um tutor e emite suas opiniões através de relatórios do processo evolutivo do aluno (grifos nosso).

As situações de avaliação não devem ser isoladas, mas sim, devem fazer parte de um processo. Não precisam ser criadas para avaliar e medir o que ainda não conseguiu aprender, mas sim para analisar intervenções adequadas que contribuam para o avanço de cada uma delas (Tonello, s.d.).

Avaliação formativa é o processo de avaliação realizado no decorrer de um programa instrucional visando aperfeiçoá-lo (Ferreira, 2004). Com os constantes avanços técnico-científicos na área de saúde, a avaliação formativa deve ser constante no acompanhamento do percurso de aprendizagem.

Se considerarmos a perspectiva dialética da Educação, o conhecimento tem sentido quando possibilita compreender, usufruir ou transformar a realidade (Batista, 2000). Por conta das demandas da atualidade, desta Era da Informação, é uma questão de sobrevivência ter consciência do que sabemos, do que precisamos saber e de nossas capacidades pessoais e profissionais. Ou seja, precisamos conhecer o conhecimento (Bobeda, 2003).

Segundo Nonaka & Takeuchi (1997), o conhecimento pode ser de duas formas:

- ✓ Tácito, do latim *tacitus*, quando o conhecimento não pode ser exteriorizado por palavras; e
- ✓ Explícito, do latim *explicitus*, quando o conhecimento está declarado, mostrado, explicado.

O conhecimento tácito é aquele que o indivíduo adquiriu ao longo da vida, que está na “cabeça das pessoas”, e entre esses muitos fazem parte da Cultura e da Moral de cada sociedade. Por isso também, esse conhecimento geralmente é difícil de ser formalizado ou explicado a outra pessoa, pois é subjetivo e inerente as habilidades de uma pessoa, como "know-how". Isso se deve ao fato de ser algo subjetivo; não-mensurável; quase “impossível” de se ensinar; de difícil transmissão por meio de livros, manuais ou outros meios e até mesmo numa sala de aula (Mendes, 2005).

Ao contrário, o conhecimento explícito é aquele formal, claro, regado, fácil de ser comunicado. Pode ser formalizado em textos, desenhos, diagramas, etc. assim como guardado em bases de dados ou publicações (Mendes, 2005).

Segundo Chao (2003), a avaliação do conhecimento médico⁷ deve ser analisada cuidadosamente. Em princípio, envolve pelo menos três aspectos:

- 1) Avaliação objetiva do conhecimento em relação a um determinado assunto;
- 2) Avaliação em relação ao raciocínio (aplicação do conhecimento para solução de problemas); e
- 3) Avaliação das condutas (aplicação dos conhecimentos para escolha das ações a fim de prover o atendimento).

⁷ **Avaliação do conhecimento médico** – “Modelo de ambulatório virtual (cyber ambulatório) e tutor eletrônico (cyber tutor) para aplicação na interconsulta médica, e educação à distância mediada por tecnologia”. <http://www.saudetotal.com/teseChao2/00IndiceAnalitico.htm> e <http://www.saudetotal.com.br/chaowen.asp>

Nos serviços de saúde, as atividades são realizadas por equipes multiprofissionais, sempre levando em consideração as competências de cada categoria profissional. No processo de avaliação do conhecimento desses profissionais, que compõem essa equipe, devem ser considerados os aspectos acima citados.

Nesse contexto, ao analisar o conjunto de fatores que incidem sobre o ato de tomada de decisão, observa-se, muito frequentemente, inconsistência entre conhecimentos (o que se sabe), atitudes (o que se acha) e práticas (o que se faz) em relação ao objeto da Saúde Pública. Tal fenômeno ocorre mesmo entre os indivíduos mais racionais e informados a respeito de assuntos relacionados à Medicina Preventiva (Candeias & Marcondes, 1979).

V.7 Instrumentos genéricos e específicos para avaliação da saúde do trabalhador

A avaliação dos aspectos relacionados à organização do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador tem sido objeto de estudos mediante uso de formulários e questionários.

O uso desses instrumentos de pesquisa permite a obtenção de informações objetivas acerca de conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos do público-alvo. Podem ser utilizados como instrumentos isolados de pesquisa em estudos transversais, ou inseridos em ensaios clínicos e estudos epidemiológicos, possibilitando a coleta de informações sobre exposições, desfechos, fatores modificadores e confundidores dos agravos à saúde (Boynton & Greenhalgh, 2004).

Vários temas na área de saúde têm sido pesquisados utilizando questionários, como por exemplo: qualidade de vida; consumo de fumo, álcool e drogas; hábitos de higiene e alimentares; satisfação quanto aos serviços de saúde, etc.; a vantagem desse tipo de instrumento é o uso populacional e que possa abordar diversos tópicos em uma única aplicação (Anguita et al., 2003).

V.7.1 Classificação dos Instrumentos

Os instrumentos destinados à mensuração da qualidade de vida podem ser divididos em duas categorias: gerais e específicos. Ambos possuem a mesma função, porém suas

características particulares justificam a eleição dos questionários específicos como os mais indicados para o uso clínico (Brunetto & Zampieri, 1997).

Segundo Brunetto & Zampieri (1997),

Os instrumentos gerais utilizam-se de perguntas amplas a respeito de como a doença afeta a atividade diária do paciente, obtendo respostas geralmente representadas por uma escala compacta que varia do “pouco” ou “nada” ao “muito”. Estes possuem caráter abrangente, podendo ser utilizados para doenças crônicas em geral. São curtos e de simples aplicação, porém não possuem sensibilidade, ou seja, falham em detectar melhoras pequenas, porém clinicamente importantes (grifo nosso).

Os instrumentos específicos, por sua vez, são relacionados a determinados distúrbios na vida diária e bem-estar de pacientes acometidos por uma patologia crônica em especial. Envolvem perguntas mais direcionadas à sintomatologia do entrevistado e requerem maior complexidade na aplicação quando comparados aos instrumentos gerais. Grande parte destes instrumentos são comprovadamente sensíveis, reprodutíveis e válidos (grifo nosso).

V.7.2 Alguns Instrumentos existentes e seus objetivos

Muitos instrumentos padronizados já foram compilados e revisados ou validados, os quais estão disponíveis em livros, artigos ou em formatos eletrônicos (Cummings et al., 2007).

- ✓ **CAGE** - questionário padronizado voltado à detecção dos transtornos decorrentes do uso de álcool. O questionário CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas- *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) foi elaborado na década de 70; e contém apenas quatro perguntas com resposta dicotômica (sim/não), sendo amplamente utilizado devido à facilidade de aplicação e à boa aceitabilidade por profissionais e pacientes. Foi validado no Brasil em 1983 por Masur & Monteiro que encontraram sensibilidade de 88% e especificidade de 83% (Paz Filho et al., 2001; Corradi-Webster et al., 2005). Das quatro perguntas resulta a sigla CAGE, as quais são: 1) Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (**C – Cut-down**); 2) As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (**A – Annoyed**); 3) O(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (**G – Guilt**); 4) O senhor (a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (**E – Eyeopener**). As questões devem ser

respondidas, *sim* ou *não*, e sendo “*de vez em quando*” considerada como *sim* (Paz Filho et al., 2001; Corradi-Webster et al., 2005).

- ✓ **Job Content Questionnaire – JCQ**, ou Questionário sobre Conteúdo do Trabalho foi elaborado por Karasek em 1985, é um instrumento desenhado para medir aspectos psicossociais do trabalho. De um modo geral é concebido como aplicável a todos os tipos de trabalho. Pode ser caracterizado como modelo direcionado à estrutura social e psicológica da situação de trabalho. O JCQ não inclui nenhuma escala de medida para estressores não relacionados ao trabalho (Araújo et al., 2003). Sua primeira versão continha 27 questões: nove questões referentes ao controle sobre o trabalho; nove questões abordando carga psicológica do trabalho; cinco questões sobre carga física do trabalho; e quatro questões sobre insegurança no emprego (Karasek, 1985). Atualmente, o formato recomendado do JCQ inclui 49 questões, que englobam as 27 questões, acima citadas, e incorporam 11 questões sobre suporte social, oito questões que abordam o controle sobre o trabalho ao nível da macro estrutura organizacional, mais duas questões sobre insegurança no emprego e uma questão sobre o grau de qualificação requerido para o posto de trabalho (Santos, 2006).
- ✓ **Self-Reporting Questionnaire - SRQ** - Com o objetivo de avaliar os transtornos mentais comuns (TMC) em países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu a construção do “Self-Reporting Questionnaire” (SRQ), orientada pela preocupação com os impactos que os problemas de saúde mental poderiam apresentar em países periféricos (Mari & Willians, 1986). Este questionário de identificação de distúrbios psiquiátricos na atenção primária à saúde, foi desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado no Brasil por Mari & Willians (1986). A versão original continha 24 questões subdivididas em duas seções: a primeira com 20 questões elaboradas para detecção de distúrbios “neuróticos”; e a segunda com quatro questões para detecção de distúrbios “psicóticos”. O SRQ tornou-se instrumento amplamente utilizado para suspeição diagnóstica dos transtornos mentais comuns; na versão brasileira, foram retiradas as quatro questões referentes aos distúrbios psicóticos mantendo-se a versão com vinte itens (Mari & Willians, 1986).
- ✓ **WHOQOL-100 - World Health Organisation Quality of Life Assessment** - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde -

O WHOQOL-100 contém 100 perguntas abrangendo 25 facetas ou dimensões da qualidade de vida que têm um elevado grau de consenso internacional. Uma forma abreviada de 26 itens - o WHOQOL Bref - já foi desenvolvida. A versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil (Fleck et al., 1999).

Usar instrumentos de outros estudos tem a vantagem de economizar tempo no desenvolvimento e de permitir a comparação dos resultados da pesquisa com os do outro estudo. Por outro lado, instrumentos já existentes podem não ser apropriados para a questão ou população de pesquisa (Cummings et al., 2007).

VI. METODOLOGIA

Esta pesquisa propõe-se a desenvolver um instrumento de avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico, a partir de pesquisa sistemática da literatura. Neste estudo, a fonte para construção dos itens baseou-se na literatura especializada. Pasquali (1998) preconiza a existência de três fontes básicas para a construção de itens, são elas: a literatura, as entrevistas e as categorias comportamentais.

Para conhecimento e embasamento teórico dos trabalhos realizados no Brasil e no mundo foi realizada pesquisa sistemática na literatura, das exposições ocupacionais a material biológico levantados de referências citadas nas bases de dados eletrônicos e busca ativa desses artigos.

Para realizar a pesquisa bibliográfica, foram utilizados quatro requisitos fundamentais:

- Pesquisa em Bases de Dados de Periódicos Científicos com credibilidade científica;
- Uso de vocabulário técnico-científico reconhecido pelas bases de dados eletrônicas;
- Estratégia de busca estruturada, com o uso de operadores booleanos (AND, OR, NOT); e
- Estratégia de busca estruturada com uso de termos análogos.

VI.1 Tipo de estudo

Com o objetivo de encontrar informações específicas, relevantes e de boa qualidade, foram utilizadas as Bases de Dados de Periódicos Científicos MEDLINE[®], LILACS e SCOPUS[®]. A busca dos artigos científicos foi realizada em todo período de cada base de dados.

As "Bases de dados" são coletâneas de documentos, com acesso eletrônico. O conceito de "documento" é amplo e inclui artigos, livros, teses, capítulos de livros, anais de congressos, publicações governamentais, folhetos, etc. As bases de dados possuem critérios de seleção e inclusão de documentos; dessa forma, não é qualquer texto que pode fazer parte de uma base de dados científica. Além disso, as bases de dados classificam-se em "referenciais" (quando apresentam apenas a referência dos documentos, ou seja, autor, título, editora, ano de publicação e resumo) e de "texto completo" (quando disponibilizam o documento na íntegra) (Silva & Merlo, 2007).

As bases de dados têm as seguintes características gerais:

- ✓ MEDLINE⁸ (período desse banco: de 1966 a atual) - MEDLINE (MEDlars onLINE) é uma base de dados bibliográfica criada e mantida pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*National Library of Medicine's - NLM*), cobrindo os campos da enfermagem, odontologia, medicina, medicina veterinária e saúde pública e contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Marca registrada da "Medical Literature Analysis and Retrieval System Online". Contém referências de artigos publicados desde 1966 até o momento. Por 125 anos, a NLM publicou o *Índex Medicus*[®], um guia mensal de tema / autor para artigos em 4.000 revistas. Esta informação, e muito mais, hoje está disponível na base de dados MEDLINE[®], o principal componente do PubMed[®], livremente acessível através da World Wide Web, www (NLM, 2008).
- ✓ LILACS¹⁰ (período desse banco: de 1982 a atual) - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - base de dados cooperativa da Rede Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, que compreende a literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. Abrange mais de

⁸ MEDLINE[®] - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>

⁹ PubMed[®] - A base PubMed foi lançada em janeiro de 1996 como uma base de dados experimental acessada pelo sistema de recuperação Entrez com acesso à base MEDLINE[®]. Permite hoje acesso a várias bases de dados incluindo, dentre outras, a OLDMEDLINE (com registros anteriores a 1966), Serials Database (sobre as revistas indexadas), NLM Catalog e a MEDLINE (de 1966 em diante). Disponível em: < http://cvirtual-cs.bvsalud.org/tiki-read_article.php?articleId=69&highlight=entrez .

¹⁰ LILACS - <http://www.bireme.br/php/level.php?lang=pt&component=107&item=107>

400.000 mil registros e contém artigos de cerca de 1.300 revistas mais conceituadas da área da saúde, das quais aproximadamente 730 continuam sendo atualmente indexadas e também possui outros documentos tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais (BVS, 2008).

- ✓ **SCOPUS**^{11®} (período desse banco: de 2004 a atual) - é uma nova ferramenta de navegação que abrange a maior coleção de resumos, referências e indicadores da literatura científica, técnica e médica (STM). Atualmente, inclui cerca de 15.000 títulos de revistas científicas, além de séries monográficas, anais de congressos e eventos científicos, patentes e outras fontes de informação científica disponíveis na Internet, selecionadas segundo padrões de qualidade. Há cerca de 3.400 títulos na área de Ciências Biológicas, de 5.300 títulos de Ciências da Saúde, de 5.500 títulos de Ciências Exatas e de 2.800 de Ciências Humanas. Dentre as revistas científicas indexadas, há mais de 1.000 títulos de acesso aberto, dentre os quais os títulos registrados no SciELO¹² (*Scientific Electronic Library Online*). O SCOPUS® é uma marca registrada da Elsevier B.V. (BVS, 2008).

VI.2 Estratégias de busca dos artigos

As estratégias de busca dos artigos foram elaboradas utilizando as palavras-chave (Quadro 1), termos análogos (Quadro 2) e descritores associados, partindo do problema da pesquisa: **Como se avaliam os conhecimentos, atitudes e prática do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde?**

Para realizar a busca, foi utilizado principalmente o campo de busca que contém termos que representam o tema específico do artigo, os chamados descritores de assunto, também conhecidos como palavras-chave, unitermos ou termos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

¹¹ SCOPUS® - <http://info.scopus.com/faq/>

¹² SciELO - <http://www.scielo.org/php/index.php>

O DeCS¹³ é um vocabulário estruturado e trilingue, criado pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME, Organização Pan-Americana de Saúde), para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos e outros tipos de publicações ou materiais; assim como, para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados LILACS, MEDLINE e outras (BVS, 2007). Os DeCS foram desenvolvidos a partir do MeSH - *Medical Subject Headings* da *U.S. National Library of Medicine* com o objetivo de permitir o uso de terminologia comum para pesquisa em três idiomas (português, inglês e espanhol), proporcionando um meio consistente e único para a recuperação da informação independentemente do idioma (BVS, 2007).

QUADRO 1. Palavras-chave utilizadas na busca dos artigos.

KEY WORDS	PALAVRAS-CHAVE
1) Attitude of health personnel	1) Atitude do pessoal de saúde
2) Body fluids	2) Líquidos corporais
3) Blood-borne pathogens	3) Patógenos transmitidos pelo sangue
4) Health knowledge, attitudes, practice	4) Conhecimentos, atitudes e prática em saúde
5) Needlestick injuries	5) Ferimentos penetrantes produzidos por agulha
6) Occupational exposure	6) Exposição ocupacional
7) Health Services	7) Serviços de Saúde
8) Personnel, hospital	8) Recursos humanos em hospital

QUADRO 2. Termos análogos utilizados na busca dos artigos.

SIMILAR TERMS	TERMOS ANÁLOGOS
1) Attitude	1) Atitude
2) Biological Material	2) Material Biológico
3) Health personnel	3) Pessoal de saúde
4) Knowledge	4) Conhecimento
5) Percutaneous injury	5) Ferimento percutâneo
6) Practice	6) Prática
7) Mucocutaneous	7) Mucocutâneo
8) Occupational Accidents	8) Acidente ocupacional

¹³ DeCS - <http://decs.bvs.br/>

A busca dos artigos foi realizada por meio das palavras-chave corresponde na língua inglesa, combinadas e digitadas simultaneamente no campo de busca.

Para o refinamento da pesquisa, além dos descritores utilizados para efetuar a busca dos artigos, também foram utilizados termos análogos (Quadro 2), combinados com as palavras-chaves.

VI.3 Os níveis de estratégias de busca desenvolvidos

Foi desenvolvida estratégia para busca dos artigos nos bancos de dados eletrônicos, bem como estabelecidos os níveis de pesquisa dos artigos para que em cada nível da busca houvesse o refinamento da pesquisa para atender ao estudo proposto.

Os níveis de estratégias de busca desenvolvidos foram:

- Primeiro momento - inclusão de termos para pesquisa relacionados com a exposição (*e.g.*, exposição ocupacional *versus* líquido corporais);
- Segundo momento - inclusão de termos relacionados com a atitude do pessoal de saúde (*e.g.*, conhecimentos, atitudes e práticas em saúde *versus* exposição ocupacional); e
- Terceiro momento - a inclusão do tipo de exposição (*e.g.*, exposição ocupacional *versus* ferimentos penetrantes produzidos por agulha).

A busca constitui desde o resumo à versão completa dos artigos disponíveis na base de dados, passíveis de análise, que apresentaram conteúdo representativo da temática abordada, publicados, entre 1966 a 4 de março de 2008, em periódicos nacionais e internacionais.

VI.4 Critérios de Seleção dos estudos

Critérios de Inclusão

1. Estudos sobre exposição ocupacional a material biológico em pessoal de saúde, descrito nos idiomas português, espanhol ou inglês;

2. Estudos sobre exposições ocupacionais (percutâneos, mucocutâneos, cutâneos e mordeduras humanas) com líquidos corporais, que podem trazer riscos de transmissão de agentes etiopatogênicos;
3. Nos estudos incluídos, será considerado todo o pessoal de saúde - definido como o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica - prática ou acadêmica trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde.

Critérios de Exclusão

1. Artigos não escritos nas línguas portuguesa, espanhola ou inglesa;
2. Artigos que apresentavam pessoal de saúde sem envolvimento com materiais biológicos; e
3. Artigos sobre doenças e agravos não relacionados com exposição ocupacional a material biológico.

Devido a possibilidade de duplicidade de artigos, o número exato de artigos que iriam compor a fonte para construção dos itens do questionário só seria definido após a busca do texto completo.

A busca dos textos completos dos artigos foi realizada através do Portal CAPES¹⁴. O Portal de periódicos da CAPES oferece acesso aos textos completos de artigos de mais de 12.661 revistas internacionais, nacionais e estrangeiras, e 126 bases de dados com resumos de documentos em todas as áreas do conhecimento. Inclui também uma seleção de importantes fontes de informação acadêmica com acesso gratuito na Internet. O uso do Portal é livre e gratuito para os usuários autorizados (professores permanentes, temporários e visitantes, estudantes de graduação, pós-graduação e extensão e funcionários permanentes e temporários) das instituições participantes (191 instituições de ensino superior e de pesquisa em todo o País têm acesso imediato à produção científica mundial atualizada através deste serviço oferecido pela CAPES). O acesso é realizado a partir de qualquer terminal ligado à internet localizado nas instituições ou por elas autorizado (Brasil, 2008).

¹⁴ Portal CAPES - <http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>

A maior parte das bases de dados pode ser acessada de qualquer computador, com o qual será possível obter o resumo do artigo científico. Contudo para se obter o artigo em versão completa, em grande parte dos casos é necessário que o terminal do computador esteja em alguma instituição conveniada com o Portal CAPES.

Através da Central de Processamento de Dados (CPD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), foi autorizado o acesso remoto ao provedor da UFBA através da conexão VPN¹⁵ - "Virtual Private Network" ou Rede Privada Virtual - no computador da autora para que a busca da versão completa dos artigos fosse realizada com maior celeridade.

No período de leitura dos artigos foi realizada a análise de dados secundários e a análise de conteúdo.

VI.5 Análise de dados secundários

Análise de dados secundários é o uso de dados existentes para investigar questões de pesquisa diferentes daquelas para as quais os dados foram originalmente coletados (Figueiredo & Tavares-Neto, 2001; Hearst et al., 2003). Através de um formulário padronizado foram coletadas as seguintes informações sobre o estudo:

- 1) Título do trabalho publicado;
- 2) Autor(es);
- 3) Ano de publicação;
- 4) País;
- 5) Desenho do estudo;
- 6) Categoria(s) profissional(is);
- 7) Gêneros dos profissionais de saúde incluídos no estudo;
- 8) Instrumento de coleta dos dados, utilizado no estudo publicado; e
- 9) Tipo(s) de exposição ocupacional.

¹⁵ **O que é VPN?** "Virtual Private Network" ou Rede Privada Virtual é uma rede privada construída sobre a infra-estrutura de uma rede pública, normalmente a Internet. Ou seja, ao invés de se utilizar links dedicados ou redes de pacotes (como Frame Relay e X.25) para conectar redes remotas, utiliza-se a infra-estrutura da Internet. Disponível em: <http://www.portalchapeco.com.br/~jackson/vpn.htm>

Utilizando a revisão sistemática da literatura com análise de dados secundários (Figueiredo & Tavares-Neto, 2001), muitas questões de pesquisa podem ser respondidas de forma rápida e eficiente com dados já coletados (Hearst et al., 2003), como os estudos encontrados na literatura sobre Osteomielite Vertebral por Fungos (Figueiredo et al., 2007); questões sobre Abscesso Hepático Fúngico (Santos & Tavares-Neto, 2004); Doença Hidática Policística (Siqueira et al., 2003), entre outros.

VI.6 Análise de conteúdo

Foi utilizado o método de análise de conteúdo e utilizada a publicação de Bardin (2008, p.44) como referência principal. Essa autora menciona a análise de conteúdo “*como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter procedimentos sistemáticos 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*”.

Há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa: a) análise categorial; b) análise de avaliação; c) análise de enunciação; d) análise proporcional do discurso; e) análise de expressão; f) análise das relações (Bardin, 2008).

A análise por categorias cronológicas é a mais antiga; e, na prática, é também a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz (Bardin, 2008, p.199).

Para analisar os artigos selecionados, foi utilizada a modalidade de análise temática.

Na *Análise temática*, como o próprio nome indica, o conceito central é o *tema*. Esse comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo (Gomes, 2007). “*O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura*” (Bardin, 2008, p.131). Trabalhar com análise temática “*Consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido*” (Bardin, 2008, p.131).

Ao analisar o conteúdo de uma mensagem são utilizadas as *unidades de registro e unidades de contexto*. Essas unidades se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem. Na *unidade de registro*, é utilizada a palavra, a frase, a oração e o tema e nas *unidades de contexto*, deve ser compreendido o contexto da qual faz parte a mensagem a ser analisada (Gomes, 2007).

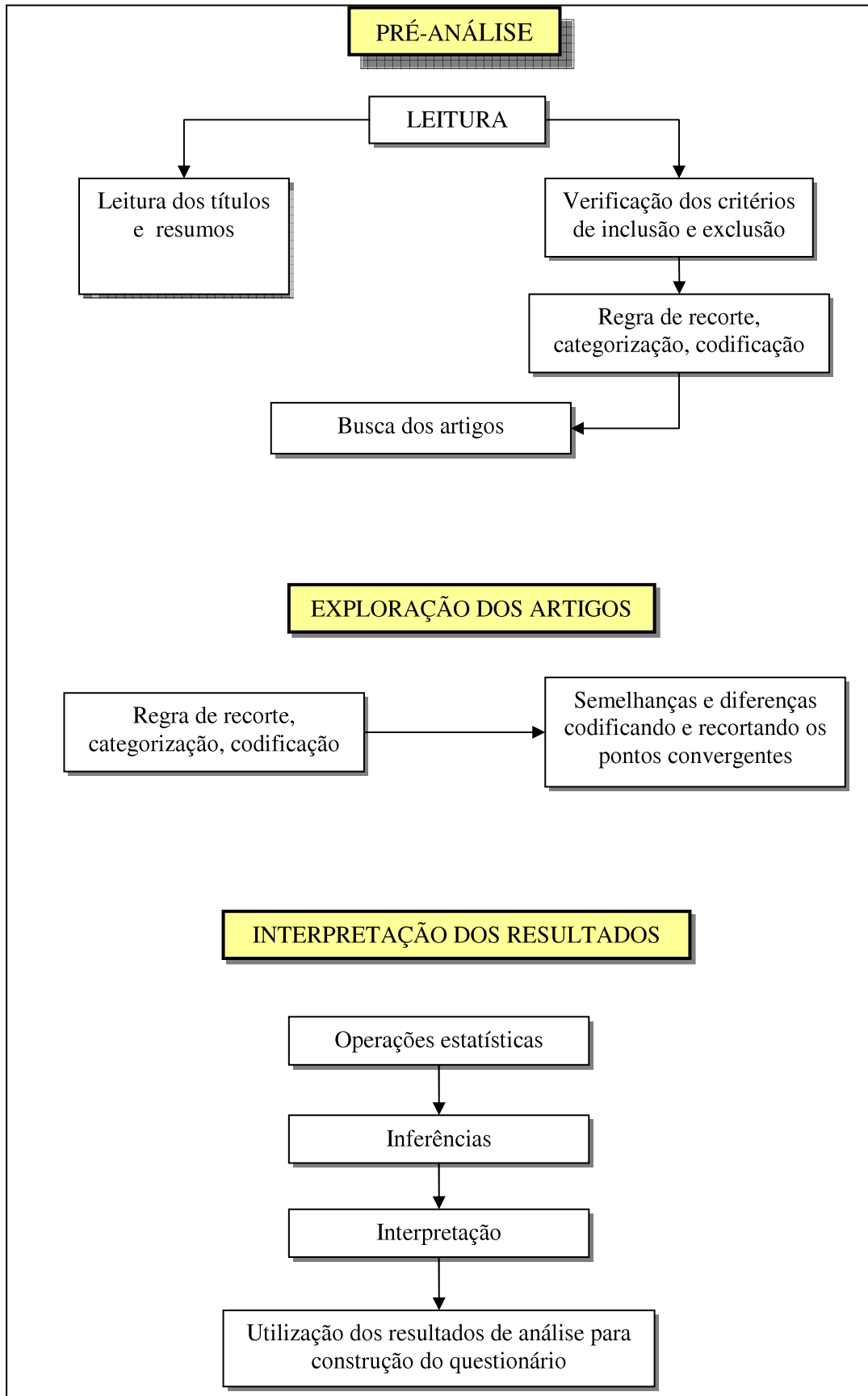
VI.6.1 Desenvolvimento da análise de conteúdo

Dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo, esse método pode ser dividido em três fases: *pré-análise*, *exploração dos artigos* e *tratamento dos resultados e interpretação* (Fluxograma 1).

Pré-análise – É a fase de organização e de primeiros contatos com os artigos. Esta fase possui três incumbências: a escolha dos documentos através dos títulos e resumos; a referência aos índices (palavras repetidas); e, a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Sobre o tema, quanto mais frequentemente for mencionado, mais importância tem para a análise dos dados. Os índices (palavras repetidas), associadas às suas respectivas frequências de ocorrência, transformam-se em indicadores. Nessa etapa, foi realizada a leitura de todos os títulos e resumos dos artigos selecionados; e aplicados os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

Exploração dos artigos – Os artigos localizados (texto completo) foram analisados para detectar as semelhanças e diferenças entre os mesmos; *codificando* e recortando os aspectos convergentes. O processo de *categorização* foi o passo seguinte, quando as categorias e as subcategorias temáticas emergiram durante o processo de leitura e foram classificadas por semelhanças, na medida em que foram encontradas. A codificação, corresponde a transformação dos dados brutos do texto, transformação por recorte (escolha das unidades), classificação e agregação (escolha das categorias) e enumeração (escolha das regras de contagem), que permite atingir a representação do conteúdo (Bardin, 2008). Em relação a categorização, é a operação de classificação de elementos constitutivos do conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo gênero (analogia), com os critérios previamente definidos (Bardin, 2008). O critério de categorização, definido para essa análise de conteúdo, foi o léxico: classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos (Bardin, 2008).

FLUXOGRAMA 1. Etapas da análise de conteúdo.



FONTE: adaptado de Bardin, (2008).

Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação– Nessa fase optou-se pela análise quantitativa, onde os resultados brutos são tratados de maneira a serem expressivos e válidos. Operações estatísticas descritivas simples (frequência relativa e absoluta) permitem estabelecer quadros de resultados, gráficos e fluxogramas, os quais consolidam e põem em destaque as informações fornecidas pela análise.

A partir dessas fontes de informações foi possível propor inferências (deduções lógicas) e realizar interpretações para elaboração dos itens do questionário a ser desenvolvido.

VI.7 Elaboração dos itens do questionário

Após análise de conteúdo dos artigos localizados, as categorias e subcategorias temáticas foram às fontes utilizadas para elaborar as questões (ou itens) do questionário.

Para elaborar os itens do questionário, foram utilizados os critérios pressupostos por Pasquali (1998):

- a. Critério comportamental: O item deve expressar um comportamento, não uma abstração;
- b. Critério de objetividade ou de desejabilidade: Os itens devem cobrir comportamentos desejáveis (atitude) ou característicos (personalidade);
- c. Critério de simplicidade: O item deve expressar uma única idéia;
- d. Critério de clareza: O item deve ser inteligível para todos os indivíduos da população;
- e. Critério da relevância: O item não deve insinuar atributo diferente do definido;
- f. Critério de precisão: O item deve possuir uma posição no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens;
- g. Critério da variedade: O uso do mesmo termo em todos os itens deve ser evitado;
- h. Critério da modalidade: Formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas.
- i. Critério de tipicidade: O item deve ser uma expressão condizente com o atributo; e
- j. Critério de credibilidade: O item deve ser formulado de modo que não apareça como ridículo, despropositado ou infantil;

Para maximizar a validade conteúdo, o questionário foi construído em torno das categorias e subcategorias temáticas e das principais questões levantadas nos artigos localizados.

VI.8 Análise Teórica dos Itens realizada pelas avaliadoras (“juízas”)

A análise teórica dos itens, conforme sugere Pasquali (1998), é feita por juízes (“referees”), e esses de dois tipos, se a análise incide sobre a compreensão dos itens (análise semântica) ou sobre a pertinência dos itens ao constructo que representam (análise dos juízes).

Essa avaliação ou análise dos itens é obviamente ainda teórica porque consiste simplesmente em solicitar outras opiniões sobre os itens e, portanto, não é a amostra representativa da população para o qual o instrumento foi construído (Pasquali, 1998).

Elaborado o esboço do questionário, o mesmo foi submetido à Análise Semântica dos Itens que tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina.

Os objetivos da Análise Teórica dos Itens foram:

- ✓ Analisar os itens/questões verificando se estão claras, completas, se tem sentido dúbio, anotar as sugestões e correções;
- ✓ Verificar o aspecto semântico de cada item, se as expressões estão corretas, se a regência dos verbos está adequada;
- ✓ Verificar se os termos utilizados são compreensíveis e se estão ao nível dos sujeitos.

VI.9 Perspectivas

Os questionários (Avaliação Institucional e do Pessoal de Saúde) serão posteriormente aplicados em estudo-piloto. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Climério de Oliveira, através do Parecer/Resolução Aditiva N° 159/2007, como também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

VII. RESULTADOS

VII.1 Busca e Seleção dos Artigos

Após aplicar as estratégias de busca dos artigos nos bancos de dados MEDLINE, SCOPUS e LILACS foram encontrados 557 artigos (Anexo C), considerando o período de 1966 a Março de 2008, em periódicos nacionais e internacionais, e as buscas foram encerradas em 4 de Março de 2008. Vale ressaltar, que foram encontrados artigos repetidos devido as várias combinações realizadas pelos descritores (DeCS) nos 3 níveis de estratégia de busca.

Após aplicar os critérios de inclusão e a leitura/avaliação dos títulos e resumos dos 557 artigos encontrados nas três bases de dados, foram selecionados 119 (21,4%) artigos, como mostra o Quadro 3.

QUADRO 3. Total de artigos selecionados após aplicar os critérios de inclusão.

Base de dados	Número de artigos encontrados*	Número de artigos Selecionados** n (%)
✓LILACS	141	9 (6,4)
✓SCOPUS	98	30 (30,6)
✓MEDLINE	318	80 (25,2)
TOTAL	557	119 (21,4)

(*) Neste trabalho, sempre que nos referirmos aos **artigos encontrados**, estaremos nos referindo aos **557 artigos encontrados** nas três bases de dados.

(**) Os **artigos selecionados** são os **119 artigos selecionados** após aplicar os critérios de inclusão e a leitura/avaliação de todos os títulos e resumos dos artigos encontrados.

Portanto, foram excluídos 438 (78,6%) artigos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão pré-estabelecidos. As principais causas de exclusão dos artigos foram: ausência de referência à exposição ocupacional a material biológico; publicação em outros idiomas, que não português, inglês ou espanhol; artigos repetidos na mesma base de dados; e sobreposição, ou seja, a seleção do mesmo artigo em mais de uma base de dados (Tabela 1).

Como também mostra a Tabela 1, dos 318 artigos encontrados no MEDLINE, a maioria foi escrita na língua inglesa (94,0%), seguida de outras não incluídas entre os critérios de inclusão: francesa (2,2%), polonesa (1,2%), dinamarquesa (1,2%), italiana (0,6%), mandarim (0,3%) e alemã (0,3%).

TABELA 1. Motivos de exclusão dos artigos por banco de dados.

Motivo da exclusão	Número de artigos nas bases de dados pesquisadas – n (%)			
	MEDLINE	SCOPUS	LILACS	Total
Sem exposição ^(a)	208 (87,4)	47 (69,1)	132 (100)	387 (88,3)
Idioma	19 (8,0)	7 (10,3)	0	26 (6,0)
Repetição ^(b)	11 (4,6)	1 (1,5)	0	12 (2,7)
Sobreposição ^(c)	0	13 (19,1)	0	13 (3,0)
Total	238 (100)	68 (100)	132 (100)	438 (100)

(a) artigos sem referência a exposição ocupacional a material biológico; (b) Repetição no MEDLINE ou no SCOPUS; e (c) Sobreposição entre MEDLINE e SCOPUS.

O índice de sobreposição entre MEDLINE e o SCOPUS foi de 16,2 % em relação ao total de artigos do MEDLINE. Não houve sobreposição entre MEDLINE e LILACS, ou entre o LILACS e SCOPUS.

No final deste trabalho, quando todos os 557 artigos foram colocados em ordem alfabética, por autor principal, foi identificado que 93 (16,7%) desses eram repetidos.

VII.2 Busca do Texto Completo

A busca da versão completa dos 119 artigos selecionados (Quadro 3) foi realizada no Portal CAPES. Entretanto, como a CAPES não assina todos os títulos disponíveis através dos “sites” dos fornecedores de publicações eletrônicas, no caso destes periódicos não assinados, o sistema fornece gratuitamente apenas a tabela de conteúdo dos fascículos, a referência bibliográfica e o resumo dos artigos. Para obter o texto completo destes artigos, o usuário poderá encomendá-los “online” diretamente do fornecedor, ou através de programas de comutação bibliográfica, como o COMUT¹⁶, que localiza documentos em bibliotecas brasileiras e também no exterior e fornece as cópias solicitadas.

Foram encontrados pela autora 67 artigos na versão completa, os outros 52 artigos foram solicitados por meio do setor BIREME¹⁷ da biblioteca da Faculdade de Medicina da

¹⁶ **COMUT - Comutação Bibliográfica** - Permite a obtenção de cópias de documentos técnico-científicos disponíveis nos acervos das principais bibliotecas brasileiras e em serviços de informação internacionais. Entre os documentos acessíveis, encontram-se periódicos, teses, anais de congressos, relatórios técnicos e partes de documentos. <http://www.ibict.br/secao.php?cat=COMUT>

¹⁷ **BIREME** – Centro Latino Americano e do Caribe de informação de Ciências da Saúde. É um Centro Especializado da OPAS, estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com Ministério de Saúde,

Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) ou na própria BIREME. Dos 52 artigos solicitados, foram localizados 44 artigos.

Portanto, após essa etapa de busca refinada foram localizados 111 artigos (67 artigos pela autora e 44 pela BIREME) com texto completo e esse número constitui a amostra inicial dos artigos para serem analisados. Conseqüentemente, dos 119 artigos selecionados não foram localizados 8 artigos ($119 - [67 + 44] = 8$).

Na etapa de leitura do texto completo dos artigos, foram realizadas, paralelamente, a **Análise de Dados Secundários** e a **Análise de Conteúdo**. Nessa fase, todos os 111 artigos foram impressos para facilitar as análises. Após a impressão, foi possível constatar a necessidade de excluir mais 20 artigos, pelas seguintes razões: artigos repetidos (n=14); editoriais (n=3); um artigo referente ao ano de 1990 que não foi encontrado em formato impresso nem “online” (n=1); e “artigos” verdadeiramente resumos e com dados incompletos (n=2).

Portanto, a amostra final dos artigos para serem analisados foram 91 artigos localizados¹⁸ (Anexo D) com texto completo, conforme a sistemática apresentada no Fluxograma 2. No Quadro 4, estão os totais de artigos encontrados, selecionados e localizados segundo a base de dados.

QUADRO 4. Artigos encontrados, selecionados e localizados durante as etapas de busca.

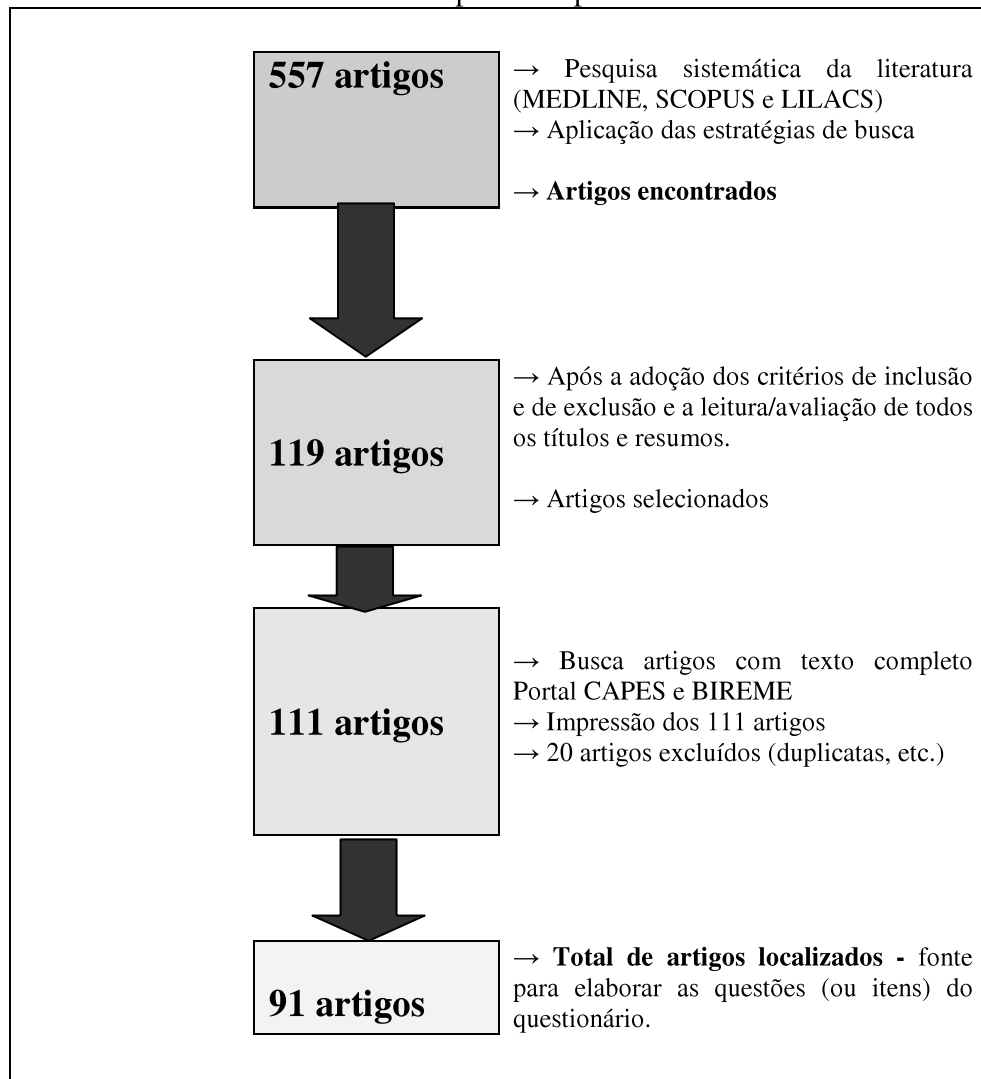
BANCOS	ENCONTRADOS (n total da busca)	SELECIONADOS (critérios inclusão/exclusão)	LOCALIZADOS (artigos com texto completo)
LILACS	141	9	9
SCOPUS	98	30	15
MEDLINE	318	80	67
TOTAL	557	119	91

Em síntese, dos 557 artigos encontrados após a busca nas três bases de dados eletrônicos, foram selecionados 21,4% (n=119) artigos e desses foram localizados 111 (19,9%), mas após impressão e leitura ainda foram excluídos 20 artigos (duplicatas, editoriais, etc.), restando 91 (16, 3%) artigos como amostra final e definitiva.

Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo - <http://www.bireme.br/local/Site/bireme/homepage.htm>

¹⁸ Os **artigos localizados** são os **91 artigos localizados com texto completo** compondo a amostra final dos artigos que serão analisados e utilizados como fonte para elaborar as questões (ou itens) do questionário.

FLUXOGRAMA 2. Artigos encontrados, selecionados e localizados e as etapas do refinamento da busca para compor a amostra final.

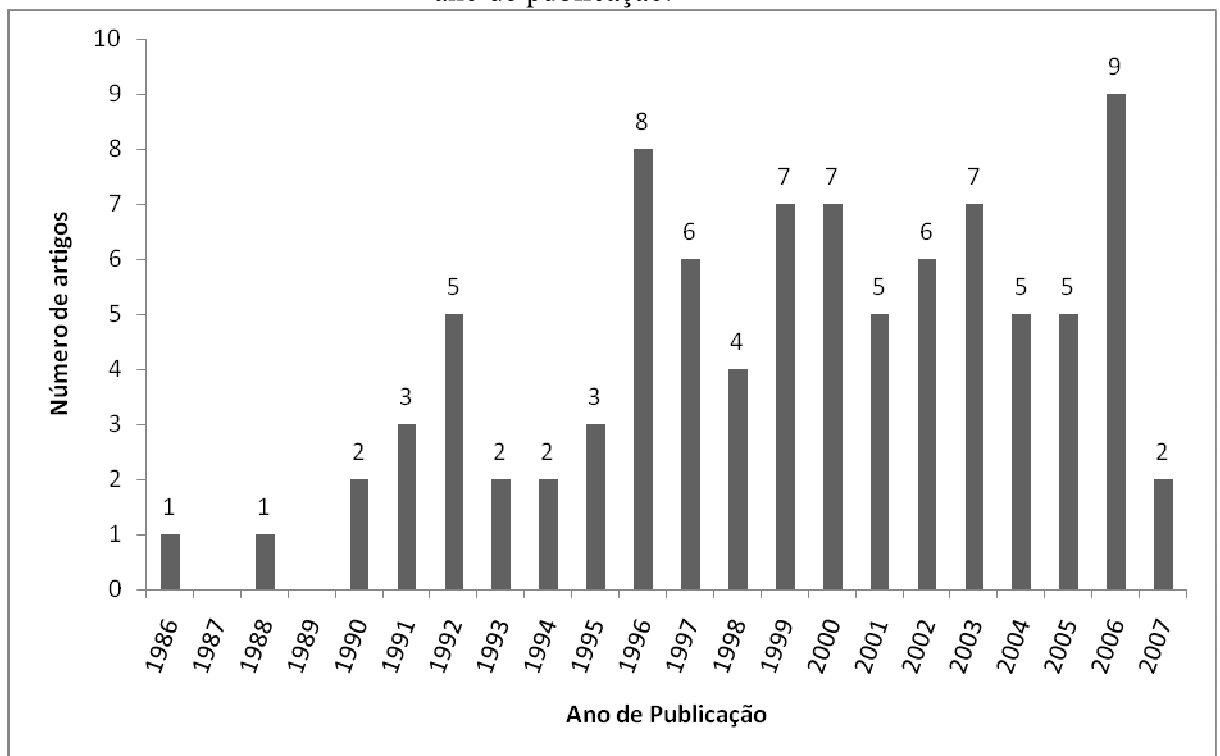


Os dados secundários analisados provenientes dos 91 artigos, sendo 85 internacionais e 6 nacionais, foram publicados em periódicos internacionais com credibilidade científica entre eles: *Infection Control and Hospital Epidemiology*, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *American Journal of Public Health*, *The Journal of practical nursing*, *AORN J - Association of periOperative Registered Nurses*, *AAOHN Jornal: The American Association of Occupational Health Nurses*, *Canadian Medical Association Journal*, *European Journal of Epidemiology*, *The Canadian Nurse*, *Journal of Hospital Infection*; entre outros e periódicos nacionais: *Revista Escola Enfermagem USP*, *Revista Brasileira Enfermagem*, *Revista Enfermagem UERJ*, *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, *Revista Saúde Pública*.

VII.3 Caracterização geral dos artigos localizados

Como já descrito, as bases de dados têm como período de referência de 1966 a Março de 2008, mas todos os artigos selecionados datam a partir do ano de 1986. Entre os artigos localizados, no período de 1996 a 2006 houve o aumento de 75% no número de publicações (Gráfico 1).

GRÁFICO 1. Número de artigos localizados sobre exposição ocupacional, segundo o ano de publicação.



Houve o predomínio de artigos realizados na América do Norte (36,3%), entre os quais 90,9 % são dos Estados Unidos (n=30); em seguida, dos países europeus (12%). De instituições brasileiras só houve 6 artigos, os quais representam 54,5% do total da América do Sul (Tabela 2).

TABELA 2. Frequência de artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo continente.

CONTINENTE	n	(%)
✓ América do Norte	33	36,3
✓ América do Sul	11	12,0
✓ Europa	28	30,8
✓ Ásia	9	9,9
✓ África	4	4,4
✓ Oceania	6	6,6
TOTAL	91	100

O estudo transversal foi o delineamento mais freqüente nos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico. Dos 67 artigos localizados no Medline, 80,6% são estudos transversais (Tabela 3).

TABELA 3. Distribuição dos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo banco de dados e desenho do estudo.

MEDOTOLOGIA DOS ESTUDOS	BASES DE DADOS – n (%)			
	MEDLINE	SCOPUS	LILACS	TOTAL
✓ Transversal	54 (98,1)	10 (77,0)	6 (85,7)	70 (93,3)
✓ Relato de caso	0	1 (7,7)	1 (14,3)	2 (2,7)
✓ <i>Coorte</i>	1 (1,9)	2 (15,3)	0	3 (4)
Subtotal	55 (82,1)	13 (86,7)	7 (77,8)	75 (82,4)
Outros tipos				
- Revisão	1 (1,5)	2 (13,3)	0	3 (3,3)
- Qualitativo	4 (6,0)	0	0	4 (4,4)
- Normas/estratégias ou orientações	7 (10,4)	0	2 (22,2)	9 (9,9)
TOTAL	67 (100)	15 (100)	9 (100)	91(100)

Na maioria dos artigos localizados a categoria profissional não estava definida. Em 28,6% dos artigos os profissionais foram descritos como “trabalhadores de cuidado da saúde”. Em seguida, o pessoal da Enfermagem aparece como a categoria profissional mais estudada segundo o maior número de artigos (Tabela 4).

Na maioria dos artigos (68,1%; n= 62), a categoria profissional é relatada independente do sexo (Tabela 5), mas entre aqueles com identificação do sexo houve o predomínio do feminino.

Em 63,7 % (n=58) dos artigos, o instrumento utilizado para coleta de dados junto ao pessoal de saúde foi o questionário estruturado e anônimo (Tabela 6).

Apesar do questionário ser o instrumento preferencial para coleta de dados na maioria dos artigos, em apenas 13,2% (n=12) constam informações sobre a elaboração do instrumento; desses 33,3% (n=4)¹⁹ utilizaram a revisão de literatura como fonte para desenvolver o questionário; 66,6% (n=8)²⁰ realizaram o estudo-piloto; 1,1% (n=1) verificou a validade e confiabilidade do instrumento.

A exposição do tipo percutânea foi a mais relatada em 81% dos 91 artigos localizados, enquanto a exposição mucocutânea foi descrita em apenas 11,1% dos artigos.

A Tabela 7 descreve os vários tipos de exposição observados nesses artigos.

Na pesquisa sistemática de literatura realizada nesse estudo, não foi encontrado instrumento validado para avaliar os conhecimentos, atitudes e prática do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico, portanto acentua-se a importância de desenvolver esse instrumento onde a preocupação central reside em avaliar o conhecimento para reorientação do processo de ensino-aprendizagem e para o estabelecimento das decisões quanto às ações de prevenção e controle nos estabelecimentos de saúde.

¹⁹ Phipps et al. (2002); Ofili et al. (2003); Cutter & Jordan (2004); Tabak et al. (2006).

²⁰ Jackson et al. (1986); Leliopoulou et al. (1999); Shiao et al. (1999); Phipps et al. (2002); Ofili et al. (2003); Cutter & Jordan (2004); van Gemert-Pijnen et al. (2006); Tabak et al. (2006).

TABELA 4. Distribuição dos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo banco de dados e categoria profissional.

CATEGORIA PROFISSIONAL	BASES DE DADOS – n (%)			
	MEDLINE	SCOPUS	LILACS	TOTAL
Médicos	2 (3,0)	2 (13,3)	0	4 (4,4)
Médicos e Enfermeiros,	3 (4,5)	1 (6,7)	0	4 (4,4)
Médicos, Enfermeiros e outros	3 (4,5)	1 (6,7)	0	4 (4,4)
Dentistas	9 (13,4)	1 (6,7)	2 (22,2)	12 (13,2)
Médicos-anestesiastas	1 (1,5)	1 (6,7)	1 (11,1)	3 (3,3)
Médicos-ortopedistas	0	1 (6,7)	0	1 (1,1)
Médicos-dermatologistas e Cirurgiões	1 (1,5)	0	0	1(1,1)
Médicos-cirurgiões	1 (1,5)	0	0	1(1,1)
Médicos-pediatras	1 (1,5)	0	0	1(1,1)
Enfermeiros	14 (20,9)	3 (20)	1 (11,1)	18 (19,8)
Enfermeiros e outros	2 (3,0)	0	0	2 (2,2)
Parteiras	2 (3,0)	0	0	2 (2,2)
Parteiras e outros	1 (1,5)	0	0	1(1,1)
Paramédicos	1 (1,5)	0	0	1(1,1)
Paramédicos e Médicos de emergência	1 (1,5)	0	0	1(1,1)
Pessoal de saúde	1 (1,5)	1 (6,7)	3 (33,3)	5 (5,5)
Todos os funcionários	0	0	1 (11,1)	1(1,1)
Trabalhadores de cuidado da saúde	23 (34,3)	3 (20)	0	26 (28,6)
SERVIÇOS OU REVISÕES				
- Serviço Médico de Emergência	1 (1,5)	0	0	1(1,1)
- Formulários	0	0	1 (11,1)	1(1,1)
- Revisão literatura	0	1 (6,7)	0	1(1,1)
TOTAL	67 (100)	15 (100)	9 (100)	91 (100)

TABELA 5. Distribuição dos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo banco de dados e gênero

SEXO	BASES DE DADOS – n (%)			
	MEDLINE	SCOPUS	LILACS	TOTAL
Feminino	7 (10,4)	1 (6,7)	0	8 (8,8)
Masculino	1 (1,5)	0	0	1(1,1)
Feminino e masculino	12 (18,0)	5 (33,3)	3 (33,3)	20 (22,0)
Não identifica gênero	47 (70,1)	9 (60)	6 (66,6)	62 (68,1)
TOTAL	67 (100)	15 (100)	9 (100)	91 (100)

TABELA 6. Distribuição dos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo banco de dados e instrumento utilizado para coleta de dados.

COLETA DOS DADOS	BASES DE DADOS – n (%)			
	MEDLINE	SCOPUS	LILACS	TOTAL
Questionário	47 (70,1)	9 (60)	2 (22,2)	58 (63,7)
Notificação	4 (6,0)	0	3 (33,3)	7 (7,7)
Formulário	1 (1,5)	0	1 (11,1)	2 (2,2)
Investigação Epidemiológica	0	0	1 (11,1)	1(1,1)
Referências bibliográficas	0	0	2 (22,2)	2 (2,2)
Base de dados	1 (1,5)	3 (20)	0	4 (4,4)
Questionário + Banco de dados	0	1 (6,7)	0	1 (1,1)
Revisão de literatura	3 (4,5)	1 (6,7)	0	4 (4,4)
Programa de Vigilância	2 (3,0)	1 (6,7)	0	3 (3,3)
Boletim/relatório	3 (4,5)	0	0	3 (3,3)
Entrevistas	3 (4,5)	0	0	3 (3,3)
Inquérito telefônico	1 (1,5)	0	0	1 (1,1)
Grupo focal	1 (1,5)	0	0	1 (1,1)
Não identificado (?)	1 (1,5)	0	0	1 (1,1)
TOTAL	67 (100)	15 (100)	9 (100)	91 (100)

TABELA 7. Distribuição dos artigos sobre exposição ocupacional a material biológico, segundo banco de dados e tipo exposição.

TIPO DE EXPOSIÇÃO	BASES DE DADOS – n (%)			
	MEDLINE	SCOPUS	LILACS	TOTAL
Percutânea	38 (82,6)	9 (81,8)	4 (66,6)	51 (81)
Mucocutânea	5 (10,9)	1 (9,0)	1 (16,6)	7 (11,1)
Percutânea e Mucocutânea	3 (6,5)	1 (9,0)	1 (16,6)	5 (7,9)
Subtotal	46 (68,7)	11 (73,3)	6 (66,7)	63 (69,2)
Outros*	21 (31,3)	4 (26,7)	3 (33,3)	28 (30,8)
TOTAL	67 (100)	15 (100)	9 (100)	91 (100)

(*) Artigos teóricos de revisão sobre exposição ocupacional a material biológico, com referência a orientação, prevenção, subnotificações ou outros aspectos.

VII.4 Análise de Conteúdo

A Tabela 8 apresenta os 24 índices selecionados e a proporcionalidade em relação aos 91 títulos dos artigos localizados após a etapa de codificação; transformação dos dados por recorte (escolha das unidades); classificação e agregação (escolha das categorias) e enumeração (escolha das regras de contagem).

No Gráfico 2, há a informação (frequência absoluta) da ocorrência dos índices (ocorrência das palavras) nos 91 artigos, enquanto que o Gráfico 3 representa a frequência relativa (Gráfico 3).

A partir da repetição de frequências dos índices (palavras repetidas), foram definidas sete (7) categorias, e vinte e uma (21) subcategorias conforme apresentado no Quadro 5.

TABELA 8. Frequência de ocorrência das palavras nos 91 títulos dos artigos localizados.

ÍNDICES (OCORRÊNCIA DAS PALAVRAS)	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	(%)
Acidente	9	9,9
Conhecimentos, atitudes e prática	9	9,9
Dispositivos	1	1,1
Diretrizes	2	2,2
Exposição	39	42,8
EPI	1	1,1
Fluidos; Líquidos corporais; Material biológico	14	15,4
Gestão	8	8,8
Infecção de origem sanguínea	12	13,2
Imunização	2	2,2
Lesão/ ferimento	25	27,5
Mucocutânea	1	1,1
Orientações	1	1,1
Percutânea	11	12,1
Pós-exposição	1	1,1
Prevenção	4	4,4
Precaução	2	2,2
Precaução Universal	4	4,4
Proteção	1	1,1
Riscos	13	14,3
Sangue	27	29,7
Subnotificação	3	3,3
Vigilância	3	3,3

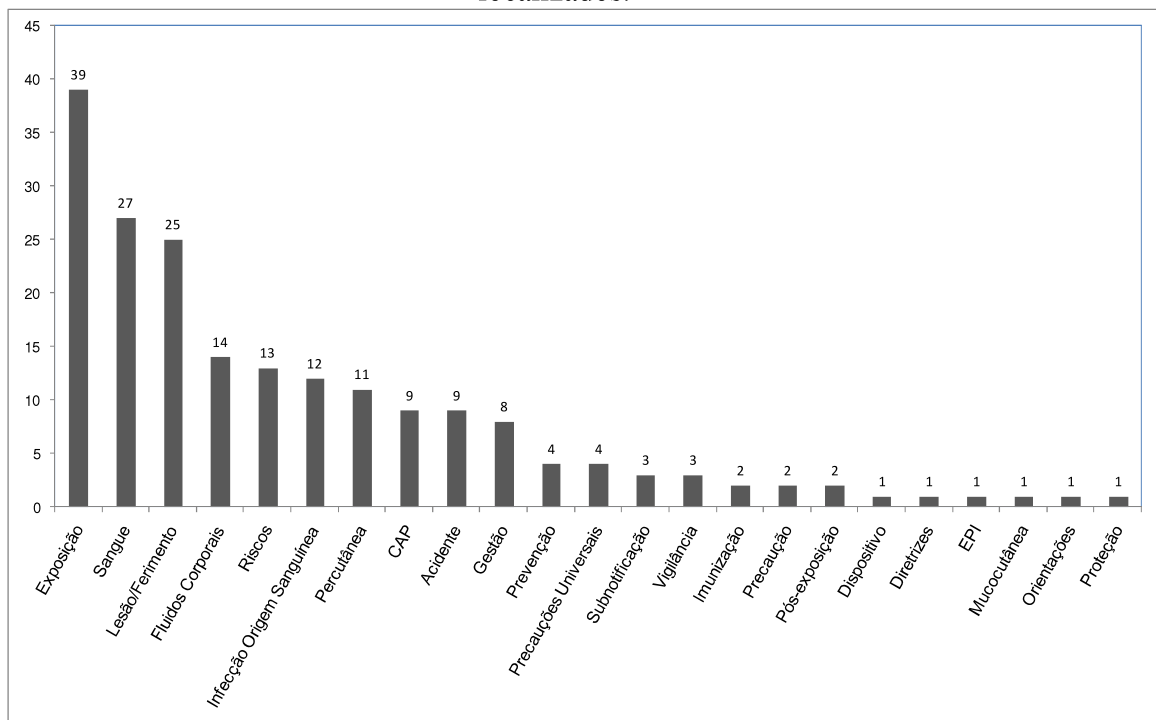
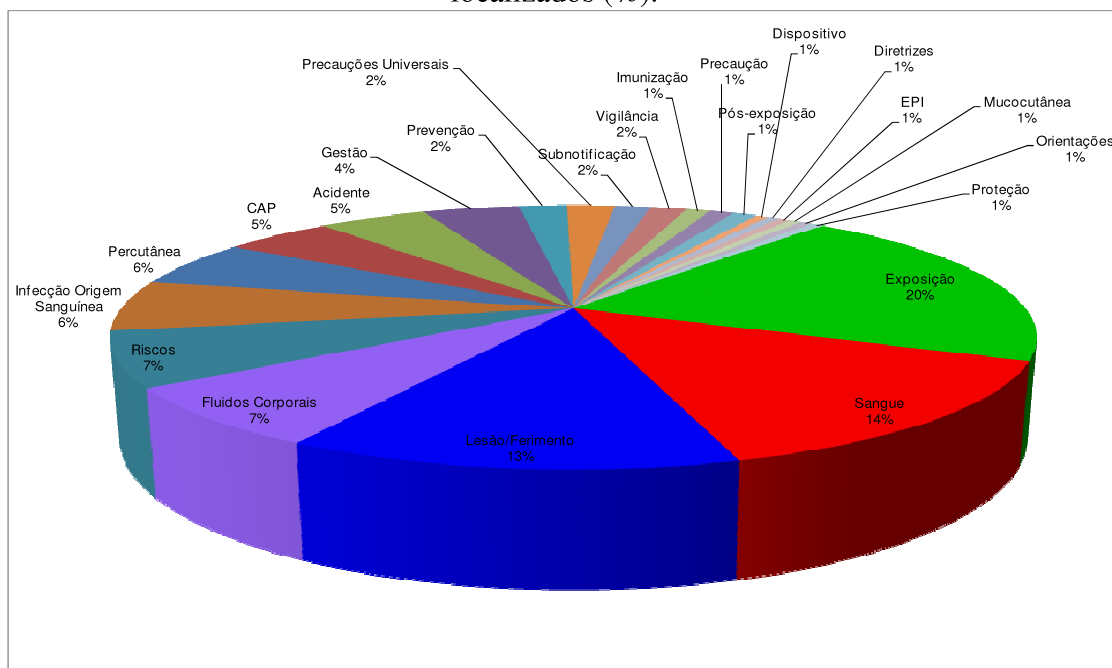
GRÁFICO 2. Frequência absoluta de ocorrência das palavras nos 91 títulos dos artigos localizados.

GRÁFICO 3. Frequência relativa de ocorrência das palavras nos 91 títulos dos artigos localizados (%).



QUADRO 5. Categorias e Subcategorias temáticas.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Saúde do trabalhador	1.1 Riscos 1.2 Exposição 1.3 Experiência Profissional
2. Infecções transmitidas pelo sangue e fluidos corporais	2.1 Conhecimentos sobre o HIV e os vírus da hepatite B e C. 2.2 Outros
3. Precauções Padrão	3.1 Conhecimentos, atitudes e prática 3.2 Práticas de manipulação 3.3 Recomendações específicas
4. Exposição ocupacional	4.1 História de exposição mucocutânea e lesão percutânea. 4.2 Circunstância envolvendo a exposição 4.3 Equipamentos de Proteção Individual (EPI) 4.4 Objetos perfurocortantes 4.5 Variedades de dispositivos 4.6 Número de horas trabalhadas
5. Profilaxia Pós-Exposição	5.1 Procedimentos recomendados 5.2 Imunização
6. Notificação	6.1 Medidas adotadas após relato da exposição 6.2 Ficha de Notificação SINAN 6.3 Formulário Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT)
7. Políticas de Prevenção	7.1 Antecedentes educativos do profissional 7.2 Gestão dos riscos

VII.5 Elaboração do Questionário

Foram elaboradas 112 questões, sendo 31 direcionadas ao gestor da instituição (Apêndice A) e 82 questões destinadas ao pessoal de saúde (Apêndice B).

Os questionários foram dispostos por bloco em torno das categorias (Quadro 6), e das subcategorias temáticas sobre as principais questões levantadas nos artigos localizados.

QUADRO 6. Número de questões em torno das categorias temáticas e as principais questões levantadas nos artigos localizados.

CATEGORIAS	Nº de questões afins (no formulário proposto)	FONTES (Referências bibliográficas)
Saúde do trabalhador	10	Gir et al. (1998); Cutter & Jordan (2003); Lymer et al. (2003); e Davidhizar et al. (2000)
Infecções transmitidas pelo sangue e fluidos corporais	9	Leliopoulou et al. (1999); Gir et al. (1998); e Ganczak et al. (2006)
Precauções Padrão	9	Gir et al. (1998); Cutter & Jordan (2003); e van Gemert-Pijnen et al. (2006)
Exposição Ocupacional	12	Smith et al. (2006); Younai et al. (2001); Gir et al. (1998); e Ganczak et al. (2006)
Profilaxia Pós-exposição	7	Raghavendran (2006); Elmiyeh (2004); e Shiao et al. (1999)
Notificação	10	Garcia (2006); Ganczak et al. (2006); Raghavendran (2006); Elmiyeh (2004); e Shiao et al. (1999)
Políticas de Prevenção	9	APIC ²¹ (1998); Younai et al. (1998); Cutter & Jordan (2003); Lymer et al. (2003); Shiao et al. (1999)

VII.5.1 Forma das perguntas do questionário

A maioria das perguntas foi elaborada com o formato fechado, com várias respostas ou alternativas possíveis.

²¹ APIC - *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* – é uma organização internacional, voluntária e multidisciplinar de profissionais que praticam o controle de infecção e a aplicação da epidemiologia em todos os cenários da saúde. APIC apóia os esforços para reduzir e eliminar as infecções de origem sanguíneas mediadas por dispositivos.

VII.5.2 Quanto ao conteúdo das perguntas

- ✓ Perguntas sobre padrões de ação - Referem-se genericamente aos padrões ético-técnicos relativos ao que deve ser feito, podendo envolver também padrões práticos de comportamento (o que é feito);
- ✓ Perguntas dirigidas a comportamento presente ou passado - Tratam dos comportamentos adotados no passado e/ou no presente pelas pessoal de saúde; e
- ✓ Perguntas referentes a razões conscientes de crenças, sentimentos, orientações ou comportamentos - Tem o objetivo de descobrir o porquê consciente de determinado comportamento ou fato.

VII.5.3 Avaliação preliminar dos questionários (Apêndice A e B)

Fundamentado na literatura referenciada no Quadro 6, bem como nos artigos (n=91) utilizados na análise secundária de dados, foi elaborado o questionário para avaliação dos conhecimentos, atitudes e prática do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico e esse com duas partes: de avaliação institucional (Apêndice A); e aquela aplicada ao pessoal de saúde (Apêndice B) da instituição. No processo de construção do questionário, esse foi revisto algumas vezes pelo Professor-orientador e colegas do Curso de Mestrado (Salvador, Bahia), especialistas em várias áreas de interesse (saúde pública, gestão pública, segurança do trabalho). Durante essa fase, um dos pressupostos foi que o questionário pudesse ser aplicado em instituições públicas, privadas ou filantrópicas, ao pessoal de saúde de todos os níveis de escolaridade, técnico e/ou hierrárquico da unidade de saúde.

Concluída essa etapa e preparada a última versão dos questionários (Apêndice A e B), houve a Análise Teórica dos Itens realizada por sete (7) avaliadoras *ad hoc* de sete instituições do Brasil, localizadas em Salvador (Bahia), São João Batista (Santa Catarina); Maceió (Alagoas); Florianópolis (Santa Catarina); São Paulo (São Paulo); Recife (Pernambuco) e Porto Velho (Rondônia) e com formações acadêmicas diferentes (3 médicas, 3 enfermeiras e 1 bióloga), todas com atuação em setores de serviços de saúde vinculados à proteção do profissional de saúde, de controle de infecção hospitalar, pesquisa ou à área administrativa afim desses serviços.

As correções, sugestões ou propostas de adendos dessas avaliadoras foram escritas com fonte de cor vermelha, conforme prévia orientação, no próprio texto do questionário proposto, e essas devolvidas como anexos de mensagem eletrônica. Ao encaminhar o pedido às avaliadoras foi proposto roteiro para avaliação (apêndice C) sobre cada uma das perguntas ou partes do questionário (institucional e pessoal de saúde):

- a. O formato de cada parte ou pergunta é adequado?
- b. Sobre cada uma das questões: Há clareza? Há sentido dúbio? A resposta pode trazer qual(is) tipo(s) de confusão? Há risco da informação (resposta) não ser completa ou favorecer a algum tipo de viés? Há risco de viés de comunicação entre entrevistador e entrevistando em decorrência da formulação da pergunta? Qual(is) sua(s) sugestão(ões) para melhorar a pergunta e/ou essa parte do questionário?
- c. Analise o(s) aspecto(s) semântico(s) de cada item. Tem correção de expressões? A regência dos verbos é adequada?
- d. A compreensão dos termos utilizados estão de acordo com a amplitude dos potenciais sujeitos da pesquisa?
- e. Acrescentaria quais itens ou perguntas?
- f. No geral, como avalia o questionário?

No Quadro 7 encontra-se a síntese de cada avaliadora, destacando as principais colaborações referente a avaliação institucional e no Quadro 8 referente ao pessoal de saúde.

Ao final, após a completa revisão foi preparada a versão final dos dois questionários (Apêndice A e B).

QUADRO 7. Questionário Avaliação Institucional (Apêndice A) - Síntese de cada avaliadora, destacando as principais colaborações.

AVALIADORA	QUESTÃO/OBSERVAÇÃO	SUGESTÃO
São João Batista (SC)	1. Questão 16;	1. Acrescentar psicólogo e equipe administrativa;
	2. Questão 25 - à palavra “site”;	2. Melhor usar a palavra página na internet ou eletrônica;
	–	3. Correções de português.
Maceió (AL)	1. Categoria Notificação;	1. Incluir ficha do SINAN na subcategoria;
	2. Questão 16 – realização de exames periódicos;	2. Importante perguntar a periodicidade;
	3. Questão 22;	3. Rever ou refazer a pergunta. Como são disponibilizados...
	4. Questão 24 e 31 – Oportunidade para instituição informar o que dispõe;	4. Acrescentar item “Outras, quais?”
	5. Pode ser que os casos notificados não estejam sendo investigados	5. Acrescentar pergunta “Os casos notificados estão sendo investigados?”
Florianópolis (SC)	1. Questão 16;	1. Acrescentar “nutrição, vigilância e terceirizados;
	2. Questão 23;	2. Acrescentar “Medicina do Trabalho”
	–	3. Correções de português (acentuação e pontuação)
Porto Velho (RO)	1. Formatação do instrumento;	1. Ou aumentar o espaço para as respostas, ou diminuir a letra;
	2. Na formatação do instrumento, para que serve a coluna a direita?	2. Identificar no início do questionário que é local para preenchimento das respostas.
São Paulo (SP)	1. Na formatação do instrumento, para que serve a coluna a direita?	1. Identificar no início do questionário que é local para preenchimento das respostas.
Salvador (BA)	1. Na formatação do instrumento, local para as respostas;	1. Identificar a coluna a direita como local para respostas;
	2. Questão 14 – Em instituição pública comum especialização em Gestão Pública;	2. Acrescentar como opção de resposta “Gestão Pública”;
	3. Questões 16 e 30 -	3. Incluir equipe administrativa.
Recife (PE)	1. Questão 15	1. Incluir Terceirizados; Higiene e limpeza; Nutrição e dietética e vigilância

QUADRO 8. Questionário Pessoal de Saúde (Apêndice B) - Síntese de cada avaliadora, destacando as principais colaborações.

AVALIADORA	QUESTÃO/OBSERVAÇÃO	SUGESTÃO
São João Batista (SC)	1. Opção de resposta “não registrado”.	1. Substituir por IGNORADO .
	2. Questão 19 - repetitividade;	2. Substituir por movimentos repetitivos;
	3. Questão 22...	3. Rever ou refazer a pergunta.
	4. Questão 25 - lixo normal;	4. Substituir por resíduos comuns;
	5. Questão 54 refere a tipos de ferimentos, mas nas alternativas aparecem tipos de materiais que podem ocasionar ferimentos	5. Rever ou refazer a pergunta.
	6. Questão 63 e 64	6. Rever ou refazer a pergunta.
	7. Questão 81...	7. Acrescentar “Ou sugestões a respeito do assunto”
	–	8. Correções de português (acentuação e pontuação)
Maceió (AL)	1. Questão 10;	1. Informar n ^o de turno ou especificar em quais turnos trabalha;
	2. Questão 14;	2. Adicionar “Quando possível”;
	3. Questão 35;	3. Acrescentar na pergunta “e se infectar”;
	4. Questão 38 e 39	4. Rever ou refazer as opções de resposta.
Florianópolis (SC)	1. Questão 9;	1. Acrescentar terceirizados;
	2. Questão 17 – na resposta exames laboratoriais;	2. Acrescentar (sangue, fezes, urina);
	3. Questão 19 – riscos presentes;	3. Acrescentar “secreções”;
	4. Questão 28 – nas opções de resposta;	4. Acrescentar “instrumentos não esterilizados de manicure e pedicuro;
	5. Questão 32 – Na pergunta...	5. Acrescentar “... são sabidamente portadores do vírus HIV ou da Hepatite B?”
	6. Questão 35 – Na pergunta retirar a palavra “artigo”;	6. Substituir por “instrumentos”;
	7. Questão 38	7. Rever ou refazer as opções de resposta;

AVALIADORA	QUESTÃO/OBSERVAÇÃO	SUGESTÃO
	8. Questão 43 – Na pergunta retirar a palavra “lava”;	8. Substituir por “higieniza”;
	9. Acrescentar pergunta;	9. Você re-encapa agulha após o uso, antes de descartar?;
	10. Questão 56;	10. Rever ou refazer a pergunta.
	–	11. Correções de português (acentuação e pontuação)
Porto Velho (RO)	1. Formatação do instrumento;	1. Ou aumentar o espaço para as respostas, ou diminuir a letra;
	2. Na formatação do instrumento, para que serve a coluna a direita?	2. Identificar no início do questionário que é local para preenchimento das respostas.
São Paulo (SP)	1. Questão 31 – E a Hepatite alcoólica, medicamentosa e auto-imune?	1. Incluir nas opções de respostas: medicamentos, bebidas alcoólicas e água;
	2. Questão 38 e 47	2. Rever ou refazer as opções de resposta;
Salvador (BA)	1. Na formatação do instrumento, local para as respostas.	1. Identificar a coluna a direita como local para respostas.
Recife (PE)	1. Questão 19 –	1. Incluir Líquido cefaloraquidiano;
	2. Questão 28 – Pergunta;	2. Incluir “...ou na amamentação”.
	3. Questões 30 e 31;	3. Incluir Instrumento não esterilizados de manicuro e pedicuro;
	4. Questão 55 – Opções de resposta	4. Incluir item “Manuseio do lixo hospitalar.

VIII. DISCUSSÃO

Esse trabalho constituiu uma revisão de estudos por meio de abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida, delineando o cenário das pesquisas realizadas no Brasil e no mundo sobre exposição ocupacional a material biológico e auxiliando no desenvolvimento de instrumentos para avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde e dos gestores dessas unidades.

Na pesquisa realizada foram utilizados procedimentos quantitativos (Análise de dados secundários) e qualitativos (Análise de conteúdo) para a obtenção, análise e interpretação dos dados. Os procedimentos qualitativos estão relacionados ao caráter subjetivo do tema, ou seja, "trabalha com o universo dos significados, aspirações, crenças, valores e atitudes" (Minayo et al., 2007); enquanto que os quantitativos se referem ao aspecto objetivo obtido por meio de análises estatísticas simples. Neste sentido, cabe lembrar a afirmação de Minayo et al., (2007): "Os dois tipos de abordagem e os dados delas advindos, não são incompatíveis. Entre eles há uma oposição complementar que, quando bem trabalhada teórica e praticamente produz riqueza de informação, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa".

Na pesquisa sistemática da literatura, as buscas dos artigos foram realizadas por banco de dados (Medline, Scopus e Lilacs). O total de referências encontradas (n=557) só foram consolidadas e organizadas por ordem alfabética na finalização da pesquisa quando foi possível perceber a existência de 93 artigos repetidos, alguns selecionados para o estudo outros não.

As publicações analisadas, provenientes da pesquisa sistemática da literatura sobre exposição ocupacional a material biológico datavam de 1986 com um aumento expressivo no período de 1996 a 2006. Esse aumento das publicações coincide com o momento onde os cuidados com as questões relativas a exposição a sangue e fluidos corporais, ao controle de infecção e as normas de biossegurança foram intensificados pelas Normas de Precauções Universais criadas pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos em 1987, e atualizadas em 1996 quando publicaram atualização das práticas de controle de infecção hospitalar englobando a categoria de Isolamento de Substâncias Corporais as Precauções Universais no conceito de Precauções Básicas ou Precauções Padrão (Garcia, 2006).

A principal limitação da pesquisa sistemática é a possibilidade de produzir achados que aparenta ser bastante confiável quando na verdade, se baseia nos resultados de estudos de baixa qualidade (Hearst et al., 2007), para contornar esse problema os dados secundários analisados provenientes dos 91 artigos, sendo 85 internacionais e 6 nacionais, foram publicados em periódicos internacionais com credibilidade científica. Não obstante, esse critério, baseado na publicação em periódicos reconhecidos, Figueiredo & Tavares-Neto (2001), defendem que a avaliação de cada artigo teriam critérios específicos, fundamentados nas informações fornecidas pelos mesmos.

Nessa pesquisa, os estudos epidemiológicos descritivos foram os mais frequentes, quando se trata de exposição ocupacional a material biológico. Dos 67 artigos localizados no Medline, 80,6% são estudos epidemiológicos descritivos do tipo seccional ou de corte transversal. Achado que coincide com a pesquisa realizada por Marziale & Rodrigues (2002), em levantamento bibliográfico retrospectivo dos trabalhos publicados nos últimos 16 anos (2000-1985), e esses autores também observaram que a metodologia mais frequentemente empregada nas pesquisas foi a descritiva de campo (40,0%). Segundo Rouquayrol & Barreto (2003), o interesse pela abordagem descritiva tem crescido entre os epidemiologistas por diversas razões: a) a crescente assimilação pela epidemiologia de métodos e técnicas que tem permitido aumentar em muito o poder de entendimento dos fenômenos descritos; b) a assimilação de conteúdo conceitual a muitas variáveis, antes apenas explorado empiricamente, deu novo sentido aos fatos observados; e c) o processo crescente de descentralização do sistema de saúde, estimulando a que seja dada ênfase ao processo de caracterização dos eventos com vistas a ações adequadas e efetivas.

A categoria profissional na maioria dos artigos não estava definida sendo referido como “trabalhadores de cuidado da saúde”. Conforme as estatísticas observadas, a equipe de Enfermagem é a categoria profissional com o maior número de artigos e mais sujeitos as exposições a material biológico. Conforme descrito por Rapparini (2008c), esse número elevado de exposições da equipe de enfermagem relaciona-se com o fato de o grupo ser o maior nos serviços de saúde, ter mais contato direto na assistência aos pacientes e também ao tipo e à frequência de procedimentos realizados por seus profissionais. Por sua vez, a frequência de exposições é maior entre atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem, quando comparados a profissionais de nível de instrução superior.

Nos artigos não foi possível observar a distribuição por sexo visto que a maioria abordava a categoria profissional independente do sexo. Na literatura, o trabalho realizado por Balsamo et al. (2000), apresenta o predomínio do sexo feminino formando, geralmente, a maior força de trabalho hospitalar. Lopes & Leal (2005) tecem reflexões sobre o universo sociohistórico do cuidado de saúde na perspectiva da divisão sexual do trabalho, onde a enfermagem é o campo profissional analisado e espelha a feminização no setor.

Com relação ao tipo de exposição, a maior ocorrência entre o pessoal de saúde é a exposição do tipo percutânea (81%), seguida da exposição mucocutânea e com relato de ambas em apenas 7,9% dos artigos. Estudo realizado por Lymer et al. (1997) em um hospital universitário suíço, os acidentes perfuro-cortantes representaram 72% de todos os acidentes notificados.

No que se refere à coleta dos dados, o questionário anônimo e auto-aplicável foi o instrumento escolhido na maioria dos artigos. Ao mesmo tempo, foi possível observar que não há preocupação por parte dos pesquisadores em relatar os procedimentos utilizados para a elaboração dessa ferramenta. Das 91 publicações analisadas, constam informações sobre a elaboração do instrumento nos estudos realizados por Jackson et al. (1986); Ryan et al. (1996); Leliopoulou et al. (1999); Shiao et al. (1999); Rabaud et al. (2000); Gershon et al. (2000); Phipps et al. (2002); Ofili et al. (2003); Stein et al. (2003); Cutter & Jordan (2004); van Gemert-Pijnen et al. (2006); e Tabak et al. (2006).

Dos 12 artigos que constam as informações sobre o instrumento, apenas as pesquisas realizadas por Jackson et al. (1986); Leliopoulou et al. (1999); Shiao et al. (1999); Phipps et al. (2002); Ofili et al. (2003); Cutter & Jordan (2004); van Gemert-Pijnen et al. (2006); Tabak et al. (2006), realizaram estudo-piloto do instrumento utilizado para as coletas de dados. Nas pesquisas realizadas por Phipps et al. (2002); Ofili et al. (2003); Cutter & Jordan (2004); Tabak et al. (2006), o questionário foi desenvolvido utilizando a revisão de literatura como fonte para elaboração dos itens.

Usar questionários existentes tem o benefício de economizar tempo na elaboração e de permitir a comparação dos resultados. Porém, podem não ser adequados para o tema ou população da pesquisa. Além disso, utilizar a versão traduzida de instrumentos elaborados em outros contextos culturais, que envolvem cultura, países e/ou idiomas distintos, precisam ser

avaliados de forma detalhada devido às diferenças entre as definições, crenças e comportamentos.

Na pesquisa sistemática da literatura não foi encontrado artigos detalhando a elaboração de questionário para coleta dos dados da pesquisa, como também não foi encontrado questionário para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico, conseqüentemente, acentua-se a relevância de desenvolver tal instrumento.

Diante desse cenário, para a elaboração do questionário buscou-se por meio da abordagem qualitativa compreender as relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e representações que não estão descritos no conteúdo, mas sim no que eles nos poderão ensinar após serem tratados, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

Através da análise de conteúdo, realizada nos 91 artigos, foram feitas inferências e realizadas interpretações para elaboração dos itens do questionário com base nos resultados alcançados no estudo; na fundamentação teórica; e na experiência pessoal da pesquisadora. A Análise de conteúdo é um método muito empírico e não existe um modelo, mas somente algumas regras que devem ser reinventadas a cada momento.

A convivência com 644 profissionais das mais diversas categorias profissionais durante os treinamentos realizados pela pesquisadora proporcionou a identificação do repertório de conhecimentos e vocábulos comumente empregados pelo pessoal de saúde, constituindo o primeiro passo para uma comunicação eficiente.

Sobre essa perspectiva, ao se pretender realizar pesquisa sobre fatores humanos, recomenda-se o estudo prévio da realidade, na fase de planejamento da pesquisa, com a finalidade principal de elaborar um instrumento baseado nas experiências reais dos sujeitos, no seu vocabulário e ambiente de vida (Temporini, 1986). Esse procedimento metodológico, denominado pesquisa exploratória, apresenta natureza qualitativa e contextual (Piovesan & Temporini, 1995).

Considerando que a população-alvo do questionário é o pessoal de saúde, conseqüentemente com diferentes níveis de escolaridade, a elaboração das questões foi

rigorosa para que os vocábulos utilizados apresentassem principalmente clareza e credibilidade, isto é, questões inteligíveis para todos os indivíduos e que não fossem despropositadas ou infantis.

O questionário para avaliação dos conhecimentos, atitudes e prática do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico foi dividido em dois: um destinado a avaliação institucional e outro para avaliação do pessoal de saúde da instituição.

O questionário de avaliação institucional destinado ao gestor, com 35 questões, tem como propósito conhecer os protocolos de prevenção da instituição a exposição a material biológico, em relação a: medidas de prevenção e gerenciais; treinamento e educação; controle médico e registro; e vigilância.

Com relação às medidas de prevenção e gerenciais as questões elaboradas têm como objetivo avaliar a instituição sobre os riscos aos quais os profissionais estão expostos; sobre as práticas de trabalho estabelecidas na instituição; a utilização e disponibilização de equipamentos de proteção individual (EPI); e avaliar os protocolos de investigação, controle e registro dos casos de exposição a sangue ou fluidos corporais.

No que diz respeito aos treinamentos para o pessoal de saúde, o questionário aborda a periodicidade, visto que treinamento é fundamental e deve ser repetido regularmente a fim de se formar uma consciência prevencionista.

Por sua vez, as questões que abordam o controle médico foram elaboradas considerando dois momentos da exposição ao sangue e aos fluidos corporais: a profilaxia pré-exposição e pós-exposição.

As questões sobre a vigilância estão centradas na Ficha de Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que levará ao registro do acidente de trabalho nos níveis municipal e estadual, cabendo ao órgão local o acompanhamento e a fiscalização dos locais de trabalho com maior incidência de acidentes de trabalho.

Concomitantemente, o questionário destinado ao pessoal de saúde, as questões foram reunidas por grupos temáticos seguindo as categorias selecionadas para um melhor fluxo do instrumento.

Na categoria saúde do trabalhador, as questões foram elaboradas abordando o impacto da segurança das instalações, das condições de trabalho, da saúde física e mental, a realização de treinamentos e a saúde. Cabe ainda mencionar o esforço que vem sendo empreendido no campo da saúde do trabalhador para integrar as dimensões do individual *vs.* coletivo, do biológico *vs.* social, do técnico *vs.* político, do particular *vs.* geral (Mendes & Dias, 1991).

A prevenção no campo da saúde do trabalhador deve ser considerada segundo uma visão mais ampla e que não contemple somente fatores técnicos, mas também políticos, sociais e econômicos. A prevenção técnica nos locais de trabalho deve seguir os princípios mais modernos da análise e gerenciamento de riscos (Porto & Mattos, 2005).

A categoria que trata das infecções transmitidas pelo sangue e fluidos corporais as questões foram elaboradas levando em consideração que lidar com sangue para o pessoal de saúde, é apenas parte do trabalho. Algo tão comum que talvez não receba a devida atenção, mesmo sabendo que a exposição a material biológico carrega risco de infecção por patógenos que estão relacionados à transmissão pelo sangue, sendo os mais frequentes os vírus da hepatite B (VHB), da hepatite C (VHC) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Na categoria Precauções Padrão as questões foram elaboradas visando as 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-integra, independente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa. Todo o paciente deve ser considerado como potencialmente infectado.

As questões da categoria exposição ocupacional foram elaboradas para avaliar o conhecimento do pessoal de saúde sobre a presença do agente no ambiente ou em contato com o trabalhador, e a vivência de situações como certos tipos de postura que o trabalhador assume na execução de uma tarefa.

A Profilaxia pós-exposição aborda os procedimentos para evitar instalação e/ou propagação da doença. As questões sobre essa categoria foram elaboradas buscando identificar os conhecimentos, atitudes e prática do pessoal de saúde diante de uma exposição a material biológico. É importante ressaltar que as profilaxias pós-exposição não são totalmente eficazes (Rapparini et al., 2008c) Assim, a prevenção da exposição ao sangue ou a outros

materiais biológicos é a principal e mais eficaz medida para evitar a transmissão do HIV e dos vírus da hepatite B e C.

Na categoria notificação, o enfoque dado às questões é sobre a necessidade de notificar todos os acidentes, independente do risco. A notificação permite conhecer o perfil das exposições a material biológico para o planejamento das medidas de prevenção da transmissão de patógenos de origem sanguínea.

É difícil obter estimativas confiáveis da frequência de contato com sangue ou outros materiais biológicos entre os profissionais de saúde. Além da elevada frequência de subnotificação das exposições por parte dos profissionais acidentados, a comparação entre os dados é difícil, visto que as informações sobre as incidências de exposição são baseadas em diferentes tipos de estudos, como também a vigilância de acidentes com material biológico ainda não esta implantada em alguns estados e municípios.

Apesar de serem regimes jurídicos diferenciados que regem a categoria dos trabalhadores públicos e privados, em ambas as codificações, há a necessidade de ser feita a comunicação do acidente de trabalho por meio do formulário CAT, sendo que, para a legislação privada essa comunicação deverá ser feita em 24 horas. No Regime Jurídico Único (RJU) dos funcionários da União, o acidente de trabalho deverá ser comunicado até 10 dias após ter ocorrido e os funcionários dos Estados e dos Municípios devem observar Regimes Jurídicos Únicos que lhes são específicos. Verificando dessa forma uma falha na legislação onde os critérios para comunicação do acidente de trabalho deveriam ser os mesmos para todos os funcionários públicos e privados, visto que, como é óbvio, os agentes patogênicos e os riscos são os mesmos.

As questões elaboradas sobre a categoria políticas de prevenção abordam o conhecimento sobre as políticas de prevenção que melhorem a qualidade de vida do pessoal de saúde. A atuação preventiva com a adoção de propostas de intervenção técnicas pode dar-se nas formas de *produtos* ou *soluções de regulação* ou *gestão*, em diferentes níveis: indivíduo/posto de trabalho/ empresa/ sociedade (Porto & Mattos, 2005).

Os questionários após revisão realizada pela autora e pelo Professor-orientador foram analisados por sete avaliadoras *ad hoc* de sete instituições do Brasil, a fim de verificar o grau de compreensão dos itens por parte do grupo de profissionais a que se destina o instrumento.

Todos os itens e as respostas, que compunham os questionários foram avaliados. As poucas questões que apresentaram algum grau de dificuldade de compreensão foram refeitas e as demais correções, sugestões ou propostas de adendos das avaliadoras foram analisadas e quando cabíveis incorporadas ao questionário. À medida que as questões foram sendo reformuladas, com base na crítica das avaliadoras e mantendo-se a idéia que se desejava expressar, as questões passaram a ser melhor compreendidas.

As avaliadoras são consideradas como uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população-meta e dessa forma garante a chamada “validade aparente” do instrumento (Pasquali, 1998). Essa análise trata-se de uma avaliação superficial e não deve ser usada como um critério isolado, pois neste tipo de validade não são conferidas propriedades de medida. Essa etapa justifica a ressalva de que antes de partir à validação final do instrumento piloto, esse deve ser submetido a análise teórica dos itens (Pasquali, 1998). Por isso, no estudo piloto proposto e já aprovado por CEP, credenciado pelo CONEP, a validade desses instrumentos será melhor apurada e, posteriormente, novas reformulações serão incluídas, se avaliadas em instituições e pessoas procedentes de ampla área territorial do Brasil.

Diversas limitações foram levantadas nesta pesquisa:

- ✓ Não houve estudo-piloto para desenvolver protocolo capaz de produzir a melhor resposta possível nos menores períodos de tempo e custo financeiro. Os questionários (avaliação institucional e do pessoal de saúde) não foram avaliados por sua validade e por sua reprodutibilidade, nem por qualquer outro tipo de medição;
- ✓ A Análise de dados secundários apresenta desvantagem pela falta de controle sobre os dados exigindo critérios rigorosos e atenção especial para a seleção das publicações;

- ✓ Na Análise de conteúdo, o volume de dados e o tempo que se exige para coleta desses dados, devem obrigatoriamente, ser direcionados a partir da sensibilidade, da intencionalidade e da competência teórica do pesquisador;

Para trabalhos futuros são sugeridas algumas pesquisas visando complementar as lacunas deste estudo como:

- ✓ Estudo-piloto com participantes que representem a amostra definitiva do estudo para revisão, redução do número de questões e validação do instrumento;
- ✓ Estudos epidemiológicos para avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas sobre exposição ocupacional a material biológico utilizando o instrumento validado;
- ✓ Avaliação da percepção do pessoal de saúde e dos gestores sobre as condições do ambiente de trabalho nos estabelecimentos de saúde;
- ✓ Avaliação do Sistema de Vigilância de Acidentes a Materiais Biológicos - do preenchimento da ficha de investigação, análise dos dados, acompanhamento e retroalimentação dos dados;
- ✓ Programas educativos para pessoal de saúde como estratégia para mudança de comportamento.

Pelos resultados observados, especialmente nas publicações de procedência brasileira, chama atenção o excesso de normas ou legislações específicas e o descaso com a avaliação dos riscos à exposição a material biológico ou mesmo ao efetivo impacto das medidas de controle.

No Brasil, em particular, há arcabouço jurídico e normas técnicas, mas sem impacto, aparentemente, nas instituições formadoras de pessoal, entre os gestores de unidades de saúde e nas entidades que resguardam os direitos dos trabalhadores. Nesse panorama, há muitas perspectivas de estudos que visem estabelecer indicadores e instrumentos de avaliação sobre a qualidade das medidas de controle/prevenção; pois, aparentemente, no Brasil também nesse tema há grande descompasso entre a qualidade e a quantidade das medidas de avaliação.

IX. CONCLUSÕES

1. Na literatura sistematicamente pesquisada não foi identificado um instrumento para avaliar conhecimentos, atitudes e prática do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico, portanto acentua-se a importância de desenvolver tal ferramenta;
2. A revisão de literatura deste estudo revelou que a maioria das pesquisas utiliza o questionário como instrumento para coleta de dados, mas poucos revelam os critérios utilizados para elaboração do questionário;
3. Nos artigos analisados, um número reduzido de publicações utilizou a revisão de literatura como fonte para elaboração do questionário para coleta dos dados;
4. A realização da Análise Teórica dos Itens garantiu ao questionário a chamada “validade aparente” do teste. Esta é uma avaliação “superficial” e que não deve ser usada como um critério isolado para validação do instrumento.
5. A Análise de dados secundários tem a vantagem de reduzir o tempo e o custo da pesquisa e a desvantagem da falta de controle sobre os dados caso o pesquisador não utilize critérios rigorosos para a seleção das publicações;
6. Nos artigos analisados sobre exposição ocupacional a material biológico, os estudos epidemiológicos descritivos foram os mais frequentes;
7. Na maioria dos artigos os pesquisadores não identificam as categorias profissionais, mencionando apenas como “trabalhadores de cuidados da saúde”;
8. Nos artigos estudados, o pessoal da Enfermagem é a categoria estatisticamente comprovada como a mais exposta a exposição a material biológico;
9. A exposição percutânea apresentou a maior ocorrência entre o pessoal de saúde, enquanto a exposição mucocutânea foi pouco relatada nos artigos.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida MJ. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v.3,n.4,1999. Disponível em: < <http://www.interface.org.br/revista4/debates1.pdf> > Acesso em 23 de janeiro de 2009.
2. Anguita JC, Labrador JRR, Campos JD. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. Aten Primaria. 2003; 31:527-38.
3. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. Ciênc. saúde coletiva, 2003;8(4):991-1003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400021 > Acesso em 17 de fevereiro de 2009.
4. Arruda CA. Avaliação da aprendizagem. Prática educativa – textos, artigos e reflexões. Porto Alegre, 2004. Disponível em: < http://www.ufrgs.br/tramse/med/textos/2004_07_22_tex.htm > Acesso em 12 de fevereiro de 2008.
5. Balsamo AC, Barrientos DS, Rossi JCB. Acidentes de trabalho com exposição a líquidos corporais humanos ocorridos nos funcionários do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Rev. med. Hosp. Univ;10(1):39-45, jan.-jun. 2000.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. Edições 70, 2008.
7. Batista MAM. Avaliação: Um intervir sobre a produção do conhecimento. Pensar a Prática. 3:65-71.1999–2000. Disponível em: < <http://revistas.ufg.br/index.php/fef/article/viewFile/30/28> > Acesso em 23 de fevereiro de 2008.
8. Bittar OJNV. Recursos humanos nos serviços públicos de saúde. [s.d.]. Disponível em: < http://portal.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/estudos_analise_s/recursos_humanos_servicos_publicos%5Bolimpio%5D.pdf > Acesso em 23 de janeiro de 2009.
9. Blaya C. Processo de avaliação. Porto Alegre, 2004. Disponível em: < http://www.ufrgs.br/tramse/med/textos/2004_07_20_tex.htm > Acesso em 12 de fevereiro de 2008.

10. Bobeda A. Tácito e explícito na gestão do conhecimento. Disponível em: < <http://webinsider.uol.com.br/index.php/2003/12/28/tacito-e-explicito-na-gestao-do-conhecimento/> > Acesso em 23 de fevereiro de 2008.
11. Boynton PM, Greenhalgh T. Hands-on guide to questionnaire research. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ* 2004;328 1312-15.
12. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm > Acesso em 12 de janeiro de 2008.
13. _____. Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm > Acesso em 12 de janeiro de 2008.
14. _____. Ministério da Educação Brasil. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. O Portal Brasileiro da Informação Científica. Disponível em: < <http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp> > Acesso em 22 de agosto de 2008.
15. _____. Ministério da Previdência Social. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Manual de Instruções de Preenchimento. Março de 1999. Disponível em: < http://www1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/paginas_perfis/perfil_Empregador_10_04.asp > Acesso em 12 de janeiro de 2008.
16. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C. Brasília, 2004.
17. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de aconselhamento em hepatites virais. 1a. ed. Brasília, 2005a.
18. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília, 2005a.
19. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica da infecção do HIV e Aids. 2a edição. Brasília. Ministério da Saúde, 2005b.

20. _____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília, 2001.
21. _____. Ministério da Saúde. Legislação Saúde do Trabalhador. Diretrizes Básicas. Disponível em: < http://189.28.128.100/portal/saude/area.cfm?id_area=1146 > Acesso em 12 de janeiro de 2008.
22. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes Gerais para o trabalho em contenção com material biológico. Brasília, 2004. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/reblas/diretrizes.pdf> > Acesso em 12 de fevereiro de 2008.
23. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ficha de Investigação. Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico. SINAN Net, 2005. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/fichas/DRT_Acidente_Trabalho_Biologico.pdf > Acesso em 02 de julho de 2007.
24. _____. Ministério do Trabalho e Emprego. Legislação – Normas Regulamentadoras. Disponível em:< <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/default.asp> > Acesso em 12 de janeiro de 2008.
25. Brunetto, AF, Zampieri C. O questionário de qualidade de vida na avaliação do DPOC, uma ferramenta útil para o fisioterapeuta. Revista de Fisioterapia em Movimento, Curitiba-PR. 1997. v.10,n.1,45-55. Disponível em: < http://www.professorbrunetto.hpg.com.br/artigos_completos.htm > Acesso em 17 de fevereiro de 2009.
26. BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: < <http://decs.bvs.br/P/decswebp2007.htm> Acesso em 26 de outubro de 2007.
27. _____. Biblioteca Virtual em Saúde. Literatura Científica e Técnica. Disponível em: <http://www.bireme.br/php/level.php?lang=pt&component=107&item=107> > Acesso em 12 de fevereiro de 2008.
28. _____. Biblioteca Virtual em Saúde. Comunidade Virtual dos Editores Científicos. Scopus: uma nova fonte para indicadores bibliométricos – Disponível em: < http://cvirtual-ccs.bvsalud.org/tiki-read_article.php?articleId=171 > Acesso em 11 de fevereiro de 2008.

29. Castro AA, Saconato H, Guidugli F, Clark OAC. Curso de revisão sistemática e metanálise. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP; 2002. Disponível em: < <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise> > Acesso em 26 de outubro de 2007.
30. Candeias NMF, Marcondes RS. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área de saúde pública. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.13, n.2, June 1979. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101979000200002&lng=&nrm= > Acesso em 13 de fevereiro de 2008.
31. Chao LW. Modelo de ambulatório virtual (cyberambulatório) e tutor eletrônico (cybertutor) para aplicação na interconsulta médica, e educação à distância mediada por tecnologia. [tese – Livre Docência] apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; São Paulo; 2003.
32. Carrera CA, Orrico G. Atendimento em acidente ocupacional – exposição material biológico. In: Boletim Epidemiológico – Centro de Referência Estadual de Aids – CREAIDS – BA. Ano I, Nº 1, Dez/2006.
33. Corradi-Webster CM, Laprega MR, Furtado EF. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13(número especial): 1213-8.
34. Cummings SR, Stewart AL, Hulley SB. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica. Tradução. Duncan MS e Peres AR. 2 a. edição, Porto Alegre, Artmed, 2003.
35. Cutter J, Jordan S. Uptake of guidelines to avoid and report exposure to blood and body fluids. J Adv Nurs. 2004 May; 46(4):441-52.
36. Distrito Federal. Departamento de Saúde Pública/SES; Ceará. Coordenação de Estadual de DST/Aids - SESA. Cartilha de Biossegurança e Quimioprofilaxia da Exposição Ocupacional ao HIV.
37. Do AN, Ciesielski CA, Metler RP, Hammett TA, Li J, Fleming PL. Occupationally acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. Infect Control Hosp Epidemiol. 2003 Feb; 24(2):86-96.
38. Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 3a Ed. – Curitiba: Positivo, 2004.

39. Figueiredo GC, Figueiredo ECQ, Tavares-Neto J. Aspectos clínicos e terapêuticos da osteomielite vertebral por fungos: análise secundária de dados. *Rev. Bras. Reumatol*, 2007; 47(1): 34-41. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048250042007000100007&lng=pt > Acesso em fevereiro de 2009.
40. Figueiredo GC, Tavares-Neto J. Estruturação de um banco de dados para análise secundária de informações em relatos ou série de casos. *Revista Brasileira de Ortopedia* 36: 407-411, 2001.
41. Figueiredo ECQ, Cotrim HP, Tavares-Neto J. Frequência do vírus da hepatite C em profissionais da saúde: revisão sistemática da literatura. *Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva* 22: 53-60, 2003.
42. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev ABP/APAL*, 1999.
43. França GV. Riscos Ocupacionais da equipe de saúde – aspectos éticos e legais. Niterói, 1999. Disponível em: < http://www.pbnet.com.br/openline/gvfranca/artigo_6.htm > Acesso em 10 de janeiro de 2008.
44. Ganczak M, Milona M, Szych Z. Nurses and occupational exposures to bloodborne viruses in Poland. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006 Feb;27(2):175-80.
45. Garcia LP, Blank VLG. Prevalência de exposições ocupacionais de cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário a material biológico. *Cad. Saude Pública*; 22(1):97-108, jan. 2006.
46. Gir E, Costa FP, da Silva AM. [The nursing team and occupational accidents with potentially contaminated material in the era of HIV] *Rev Esc Enferm USP*. 1998 Oct;32(3):262-72.
47. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS (Org), Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
48. Hearst N, Grady D, Barron HV, Kerlikowske K. Pesquisa com dados existentes: Análise de dados secundários, estudos suplementares e revisões sistemáticas. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica*. Tradução. Duncan MS e Peres AR. 2 a. edição, Porto Alegre, Artmed, 2003.

49. Ippolito G, Puro V, Heptonstall J, Jagger J, De Carli G. ; Petrosillo N. Occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers : Worldwide cases through September 1997. *Clinical infectious diseases*. 1999, v. 28, n. 2:365-83.
50. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1998; 3(4):322-355.
51. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 24, June 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332005000100006&lng=en&nrm=iso > Acesso em 10 de dezembro de 2008.
52. Machado, JMH, Correa MV. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. *Informe Epidemiológico do SUS*, sep. 2002, vol.11, no 3, p.159-166. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a06.pdf> > Acesso em 18 de fevereiro de 2009.
53. Mari J, Willians PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*. 1986, 148, 23-26. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/148/1/23> > Acesso em 17 de janeiro de 2009.
54. Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2002; 10(4):571-77. Disponível em: < http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400015&lng=pt. > Acesso em 06 de novembro de 2007.
55. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 25(5): 341-9, 1991.
56. Mendes A. Conhecimento tácito e explícito. 2005. Disponível em: < http://imasters.uol.com.br/artigo/3599/gerencia/conhecimento_tacito_e_explicito/ > Acesso em 23 de fevereiro de 2008.
57. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS (Org), Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
58. NLM. National Library of Medicine. Disponível em: < <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/nlm.html> > Acesso em 05 de maio de 2008.

59. Nonaka I, Takeuchi H. Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Tradução: Rodrigues AB, Celeste PM. Rio de Janeiro. Elsevier, 1997.
60. Ortega E, Corrales JL, Capará LA. Accidentes laborales por exposición y punción con sangre y fluidos corporales. Rev. Fac. Med. Univ. Nac. Nordeste;19(1/2):23-25, 2001.
61. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Revista de Psiquiatria Clínica.1998; 25 (5) Edição Especial:206-213.
62. Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. Rev. Assoc. Med. Bras. 2001,47(1):65-69. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000100032&script=sci_arttext Acesso em 02 de março de 2009.
63. Perez M. Subnotificação de acidentes de trabalho nos serviços de saúde deve ser de 95%. Disponível em: < <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/01/22/materia.2008-01-22.8456656810/view> > Acesso em 28 de janeiro de 2008.
64. Pesquisa Bibliográfica – Disponível em: <http://www.bireme.br/php/level.php?lang=pt&component=107&item=107> > Acesso em 12 de fevereiro de 2008.
65. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Rev. Saúde Pública. 1995 Ago; 29(4): 318-325. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101995000400010&lng=pt > Acesso em 12 de junho de 2007.
66. Porto MFS, Matos UAO. Estratégias de prevenção, gerenciamento de riscos e mudança tecnológica. In: Mendes R. Patologia do Trabalho. Cap. 43, 2 ed. S. Paulo, Atheneu, 2005.
67. Queiroz-Andrade M, Tavares-Neto J. Acidentes com risco de infecção em profissionais de nível médio de enfermagem do Hospital Universitário da Bahia. Rev. Baiana de Saúde Pública., v.26, n1/2 p. 19-28, 2002.
68. Quintana PB, Roschke MAC, Ribeiro ECO. Educação Permanente: processo de trabalho e qualidade e qualidade de serviços na saúde. [s.d.]. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/EDUCACAO_PERMANENTE_PROCESSO_DE_TRABALHO_E_QUALIDADE_DE_SERVICO_NA_SAUDE.pdf > Acesso em 07 de janeiro de 2009.

69. Raghavendran S, Bagry HS, Leith S, Budd JM. Needle stick injuries: a comparison of practice and attitudes in two UK District General Hospitals. *Anaesthesia*. 2006 Sep;61(9):867-72.
70. Rapparini C. Occupational HIV infection among health care workers exposed to blood and body fluids in Brazil. *Am J Infect Control*, 2006; 34(4):237-240.
71. Rapparini C. Riscos Biológicos e Profissionais de Saúde. 2008a. Disponível em: < <http://www.riscobiologico.org/riscos/riscos.htm> > Acesso em 12 de fevereiro de 2008.
72. Rapparini C, Saraceni V, Machado AA, Fernandes GC. 2008b. Imunizações. Introdução. Disponível em: < http://www.riscobiologico.org/pagina_basica.asp?id_pagina=39 > Acesso em 19 de janeiro de 2009.
73. Rapparini C, Saraceni V, Machado AA, Fernandes GC. Patógenos. HIV/AIDS. Infecção Ocupacional. 2008c. Disponível em: < http://www.riscobiologico.org/pagina_lista_topicos.asp?id_pagina=212 > Acesso em 19 de janeiro de 2009.
74. REPAT - Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho com Material Biológico em hospitais Brasileiros – USP. Disponível em: < <http://repat.eerp.usp.br/projeto/index.php?f=introducao.htm> > Acesso em fevereiro de 2008.
75. Rouquayrol MZ, Barreto M. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
76. Santana VS, Cordeiro R. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em estudos epidemiológicos. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*. Cap. 43, 2ª edição, S. Paulo, Atheneu, 2005.
77. Santos CSR, Tavares-Neto J. Abscesso Hepático Fúngico: análise secundária de dados. *Gazeta Médica da Bahia* 2004;74(2): Jul-Dez: 127-144.
78. Santos STP. Acidentes com Material Biológico. In: Grysczek ALFPL, Beraldo M, Santos STP, Costa VRP. (org). *Risco Biológico, biossegurança: gerais*. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Disponível em: < http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/vigilancia_saude/infeccao_hospitalar/manual_biosecuranca_ubs.pdf > Acesso em 7 de janeiro de 2009.
79. Santos KOB. Estresse ocupacional e saúde mental: desempenho de instrumentos de avaliação em populações de trabalhadores na Bahia, Brasil [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006.

80. Silva Filho N, Godinho PH, Reis CH, Pacheco NMS. Escala de atitudes frente ao HIV/AIDS: análise de fatores. *J. Bras. Psiquiatr.* 2007, vol. 56, no. 3, pp. 194-200. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt > Acesso 19 de agosto de 2008.
81. Silva RT, Merlo S. Guia prático de pesquisa bibliográfica. Instituto Brasileiro de Fluência (IBF), 2006. Disponível em: < <http://www.gagueira.org.br/pesquisas.shtml> > Acesso em 03 de julho de 2008.
82. Smith DR, Smyth W, Leggat PA, Wang RS. Needlestick and sharps injuries among nurses in a tropical Australian hospital. *International journal of nursing practice.* 2006; 12 (2): 71-77.
83. Siqueira NG, Santos-Jesus R, Tanajura D, Tavares-Neto J. Doença hidática policística: análise secundária de dados. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2003 June; 30(3): 205-215. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912003000300008&lng=en > Acesso em fevereiro de 2009.
84. Tavares-Neto J. Profissionais e pacientes portadores de doenças transmissíveis. In: IV dia da bioética: um exercício diário. Gomes MGS, Reis NHN (Org). Feira de Santana: Academia de Medicina de Feira de Santana; EAMeFS, 2007.
85. Temporini ER. Saúde do Escolar: conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo, São Paulo, 1986 [tese]. Faculdade de Saúde Pública – USP.
86. Tonello DMM. Avaliação formativa: o que observar, o que avaliar, e para que avaliar? Disponível em: < http://www.moderna.com.br/moderna/projetopitangua/docs/orientacoes_avaliacao_formativa.pdf > Acesso em 16 de dezembro de 2008.
87. Varaldo C. Sociedade Brasileira de Infectologia. Campanha do dia mundial de Hepatites é lançada e conta com participação de representante da SBI. Disponível em: < http://www.infectologia.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciaId=1526 > Acesso em 22 de agosto de 2008.
88. WHO Field Centre for the Study of Quality of Life – Information for WHOQOL User. Disponível em: < <http://www.bath.ac.uk/whoqol/questionnaires/info.cfm> > Acesso em 17 de fevereiro de 2009.

APÊNDICE A
Questionário Instituição

QUESTIONÁRIO - INSTITUIÇÃO

RESPONSÁVEL: GESTOR PRINCIPAL DA INSTITUIÇÃO

Exposição Ocupacional a Material Biológico: conhecimentos, atitudes e prática do
pessoal de saúde

DADOS GERAIS E INSTITUCIONAIS	
1). DATA ____ / ____ / _____	
2). No QUESTIONÁRIO: _____	
3). INSTITUIÇÃO (codificação posterior):	
4). ENDEREÇO (codificação posterior):.....	
5). COMPLEMENTO:.....N ^o	
6). BAIRRO:..... CEP (codificação posterior):.....	
7). CIDADE:..... ESTADO (codificação posterior):.....	
8). TELEFONE: ()..... FAX: ().....	
9). ENDEREÇO ELETRÔNICO:.....	
PREENCHER AS RESPOSTAS NA COLUNA A DIREITA	
10). QUAL A NATUREZA JURÍDICA DA INSTITUIÇÃO? (1. Administração direta; 2. Fundação; 3. Autarquia; 4. Empresa; 5. Organização Social Pública; 6. Economia Mista; 7. Cooperativa; 8. Filantrópica; 9. Outra; 99. Ignorado).	
• Se outra, qual?.....	
11). QUAL O CRITÉRIO UTILIZADO PELA INSTITUIÇÃO PARA OCUPAR O CARGO DE GESTOR PRINCIPAL? (1. Nomeação por indicação; 2. Nomeação por critérios técnicos; 3. Concurso; 4. Processo eleitoral; 5. Outros; 9. Ignorado)	
• Se outros, quais?.....	
12). QUAL A DURAÇÃO DO MANDATO DO GESTOR DESSA INSTITUIÇÃO, EM ANOS..... (99. Ignorado)	
13). EXISTE ALGUM PRÉ-REQUISITO PARA OCUPAR O CARGO DE DIRETOR? (0. Nenhum pré-requisito; 1. Formação acadêmica; 2. Experiência profissional; 3. Rede de contatos; 4. Mais de um pré-requisito; 9. Ignorado)	
• Se mais de um, quais?.....	
14). VOCÊ RECEBEU ALGUMA CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO ESPECÍFICO PARA OCUPAR O CARGO? (0. Não; 1. Administração Hospitalar; 2. Gestão em Serviços de Saúde; 3. Gestão Empresarial; 4. Gestão de Recursos Humanos; 5. Outros; 6.	

Mais de um; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> Se mais de um, ou outros, quais?..... 	
15). QUAL O VÍNCULO EMPREGATÍCIO DA MAIORIA DO PESSOAL DE SAÚDE DA INSTITUIÇÃO? (0. empregado não-registrado; 1. empregado registrado; 2. servidor público; 3. autônomo; 4. trabalho temporário; 5. cooperativado; 6. Mais de um vínculo; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> Se mais de um, quais?..... 	
16). É REALIZADO EXAME ADMISSIONAL PARA TODOS OS FUNCIONÁRIOS DESSA INSTITUIÇÃO? QUAL A PERIODICIDADE? (0. Não; 1. Não tem periodicidade certa; 2. Anual; 3. Semestral; 4. Trimestral; 5. Mensal; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> Equipe médica 	
<ul style="list-style-type: none"> Equipe de enfermagem 	
<ul style="list-style-type: none"> Bioquímico/Farmacêutico 	
<ul style="list-style-type: none"> Fisioterapeuta 	
<ul style="list-style-type: none"> Fonoaudiólogo 	
<ul style="list-style-type: none"> Odontólogo 	
<ul style="list-style-type: none"> Psicólogo 	
<ul style="list-style-type: none"> Equipe administrativa 	
<ul style="list-style-type: none"> Técnicos e auxiliares de enfermagem e laboratório; 	
<ul style="list-style-type: none"> Serviços gerais – Higiene e Limpeza, lavanderia; nutrição e dietética, vigilância - terceirizados 	
<ul style="list-style-type: none"> Outros, quais? 	
17). O PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL (PCMSO) ESTÁ IMPLANTADO NESTA INSTITUIÇÃO? (0. Não; 1. Sim; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> Através da execução e acompanhamento dos resultados dos exames médicos obrigatórios; 	
<ul style="list-style-type: none"> Realização de exames periódicos; Qual a periodicidade? A cada _____ meses 	
<ul style="list-style-type: none"> Realização de exames de mudanças de função e retorno ao trabalho; 	
<ul style="list-style-type: none"> Através da prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho; 	
<ul style="list-style-type: none"> Estabelecimento equipado com material necessário à prestação de primeiros socorros; 	
<ul style="list-style-type: none"> Outros, quais? 	
18). COMO É REALIZADO O DESTINO DO LIXO HOSPITALAR DESSA INSTITUIÇÃO?	
<ul style="list-style-type: none"> Vala séptica 	
<ul style="list-style-type: none"> Aterro sanitário 	
<ul style="list-style-type: none"> Incineração 	
<ul style="list-style-type: none"> Encaminha para o sistema de coleta especial dos Departamentos de Limpeza Municipais 	
<ul style="list-style-type: none"> Outros, quais? 	

19). VOCE CONSIDERA A COLETA DE LIXO E A LIMPEZA DA SUA INSTITUIÇÃO ADEQUADA? (0. Não; 1. Um pouco (<25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-95%); 5. Sempre (96-100%); 9. Não informado)	
20). VOCE OBSERVA A PRESENÇA DE OBJETOS CORTANTES OU PERFURANTES (AGULHAS, BISTURIS, VIDRO, ETC.) NO LIXO NORMAL (RESÍDUOS COMUNS)? (0. Não; 1. Raramente (<25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Não informado)	
21). QUAL A PERIODICIDADE DOS TREINAMENTOS PARA O PESSOAL DE SAÚDE DESSA INSTITUIÇÃO? (0. Não tem; 1. Não tem periodicidade certa; 2. Anual; 3. Semestral; 4. Trimestral; 5. Mensal; 9. Ignorado)	
22). COMO SÃO DISPONIBILIZADOS OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) PARA O PESSOAL DE SAÚDE DESSA INSTITUIÇÃO? (0. Não disponibilizado; 1. De acordo com a necessidade do profissional; 2. Luvas, aventais, gorros, óculos – de acordo com o risco; 3. Luvas, aventais, gorros, óculos – em quase todos os procedimentos; 4. Luvas, aventais, gorros, óculos – em todos os procedimentos; 9. Ignorado).	
23). EM CASO DE EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO QUAIS AS CINCO (5) PRINCIPAIS CONDUTAS ADOTADAS POR ESSA INSTITUIÇÃO? (00. Se não houver conduta estabelecida; 99. Ignorado)	
•	
•	
•	
•	
•	
24). EM CASO DE EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO, ESTA INSTITUIÇÃO POSSUI PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PPE)? (0. Não; 1. Sim; 9. Ignorado)	
• Imunização;	
• Aconselhamento/ Teste rápido para anti-HIV;	
• Medicação anti-retroviral / acompanhamento;	
• Encaminha para Hospital/ Centro de Referência;	
• Outros, quais?	
25). A VIGILÂNCIA DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO ESTÁ IMPLANTADA NESTA INSTITUIÇÃO? (0. Não está implantada na instituição; 1. Está em fase de implantação; 2. Está implantada há menos de 12 meses; 3. Foi implantada há mais de 12 meses; 9. Ignorado)	
26). QUAL O SETOR RESPONSÁVEL PELA NOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO? (0. Não há setor específico; 1. Setor de enfermagem; 2. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); 3. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH); 4. Núcleo de Epidemiologia Hospitalar ou clínica; 9. Setor de Medicina do Trabalho; 9. Ignorado; 10. Outros, quais?	
27). OS CASOS NOTIFICADOS ESTÃO SENDO INVESTIGADOS/ACOMPANHADOS? (0. Não; 1. Não tem periodicidade certa; 2. Anual; 3. Semestral; 4. Trimestral; 5. Mensal; 9. Ignorado)	
28). QUAL O FLUXO DA INFORMAÇÃO (FICHA DE NOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO), ESTABELECIDO PELA INSTITUIÇÃO? (0. Não há fluxo estabelecido; 1. Setor de enfermagem > Centro Municipal de Saúde > Coord. de Programas de Epidemiologia > Secretaria Estadual; 2. CCIH ou SCIH > Centro	

Municipal de Saúde > Coord. de Programas de Epidemiologia > Secretaria Estadual > Ministério da Saúde; 3. Núcleo de Epidemiologia Hospitalar ou clínica > Centro Municipal de Saúde > Coord. de Programas de Epidemiologia > Secretaria Estadual > Ministério da Saúde; 9. Ignorado)	
29). QUAL A PERIODICIDADE DOS INFORMES E/OU BOLETINS EPIDEMIOLÓGICOS DIVULGADOS PARA O PESSOAL DE SAÚDE? (0. Não produzimos informes nem boletins epidemiológicos; 1. Anual; 2. Semestral; 3. Trimestral; 4. Bimensal; 5. Mensal; 6. Quinzenal; 7. Semanal; 8. Boletim diário disponibilizado na página eletrônica (site) da instituição ou diário por outro veículo; 9. Ignorado)	
30). A INSTITUIÇÃO POSSUI CÓPIAS DESSES EXEMPLARES PARA NOS DISPONIBILIZAR? (0. Não temos cópias disponíveis; 1. Estão disponíveis em cada setor da instituição; 2. As informações estão afixadas no mural da recepção; 3. Estão disponíveis no “site” da instituição; 9. Ignorado)	
31). QUAL (IS) A(S) POLÍTICA(S) DE PREVENÇÃO DA INSTITUIÇÃO? (0. Não; 1. Sim; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> • Treinamentos / acompanhamento / educação continuada; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões mensais com toda equipe; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisões semanais; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Relatórios / retroalimentação; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Outros, quais? 	
32). A INSTITUIÇÃO TEM PÁGINA NA INTERNET “SITE”? (0. Não; 1. Sim; 9. Ignorado).....	
<ul style="list-style-type: none"> • Qual?..... 	
33). PARA VOCÊ, QUAL A AVALIAÇÃO DO “SITE” SOBRE OS ASSUNTOS ABAIXO RELACIONADOS: (0. Não tem; 1. Desatualizado; 2. Pouca informação; 3. Presente, mas de difícil compreensão; 4. Presente e de fácil compreensão; 5. Atualizado; 6. Atualizado, mais de difícil compreensão; 7. Atualizado, mas com pouca informação; 8. Atualizado e de fácil compreensão; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> • Exame admissional; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Controle da saúde ocupacional; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Treinamentos para o pessoal da área de saúde; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de prevenção de acidentes; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de prevenção; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Segurança do trabalho; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Estatísticas sobre acidentes; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Unidades e Hospitais de Referência para acidentes com material biológico; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxia Pré e Pós-exposição; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças Transmitidas pelo sangue e fluidos corporais; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Precauções Universais; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância de Acidentes com Material Biológico 	
<ul style="list-style-type: none"> • Notificação / Fluxo de informação 	
34). NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS (999. Não disponível)	
<ul style="list-style-type: none"> • Médicos = _____ 	

• Médicos cirurgiões e/ou obstetras = _____	
• Técnicos de instrumentação cirúrgica = _____	
• Enfermeiros = _____	
• Técnicos de enfermagem = _____	
• Auxiliar de enfermagem = _____	
• Dentistas = _____	
• Auxiliar de dentista = _____	
• Fisioterapeuta = _____	
• Serviços gerais = _____	
• Lavanderia = _____	
• Recepção = _____	
• Terceirizados = _____	
• Equipe administrativa = _____	
• Outros quais e quantos? _____	
35). OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

APÊNDICE B
Questionário Pessoal de Saúde

QUESTIONÁRIO - PESSOAL DE SAÚDE

Exposição Ocupacional a Material Biológico: conhecimentos, atitudes e prática do
pessoal de saúde

DADOS GERAIS	
1). DATA: ____/____/____	
2). Nº QUESTIONÁRIO: _____	
3). INSTITUIÇÃO (codificação posterior):	
.....	
PREENCHER AS RESPOSTAS NA COLUNA A DIREITA	
PERFIL PROFISSIONAL	
4). GÊNERO (0. Feminino; 1. Masculino; 9. Ignorado)	
5). IDADE, em anos (999- não registrado)	
6). ESTADO CIVIL (0. solteiro; 1. casado; 2. divorciado, separado; 3. viúvo; 9. Ignorado)	
7). CATEGORIA PROFISSIONAL:	
(99. Ignorado)	
8). TEMPO DE SERVIÇO (00. Se < 12meses; 99. Ignorado)	
9). SITUAÇÃO NESTA UNIDADE DE SAÚDE (0. Empregado não registrado; 1. Trabalho temporário; 2. Autônomo; 3. Empregado registrado; 4. Cooperativado; 5. Servidor público; 6. Terceirizado; 9. Ignorado)	
10). TURNO DE TRABALHO NESTA INSTITUIÇÃO (0. Não; 1. Sim; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none">• Matutino	
<ul style="list-style-type: none">• Vespertino	
<ul style="list-style-type: none">• Noturno	
<ul style="list-style-type: none">• Se trabalhar também em outra instituição informar o nº de turnos de trabalho ou especificar em qual (is) turnos trabalha?	
11). CARGA HORÁRIA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO NESTA INSTITUIÇÃO (99. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none">• Se trabalhar também em outra(s) instituição (ões) informar a carga horária total.....	
12). ESCOLARIDADE (0. Analfabeto; 1. Ensino fundamental (1º grau) Primário ou 1º grau incompleto; 2. Primário ou 1º grau completo; 3. Ensino Médio (2º grau) Secundário ou 2º grau incompleto; 4. Secundário ou 2º grau completo; 5. Técnico incompleto; 6. Técnico completo; 7. Superior incompleto; 8. Superior completo; 9. Ignorado)	
13). ANOS DE ESTUDO, INCLUSIVE SE HOVER PÓS-GRADUAÇÃO (99. Ignorado)	
14). FREQÜÊNCIA DE PAUSA DURANTE O TRABALHO (0. Não faz pausa; 1. Uma por turno; 2. Quando cansado; 3. Quando possível; 4. Entre cada paciente; 9. Ignorado)	
15). QUANTOS CURSOS DE ATUALIZAÇÃO VOCÊ FEZ NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS? (9. Ignorado)	
16). QUANTOS CURSOS SOBRE BIOSSEGURANÇA, VOCÊ FEZ NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS? (9. Ignorado)	

SAÚDE DO TRABALHADOR

<p>17). VOCÊ FAZ SEUS EXAMES PREVENTIVOS COM QUE PERIODICIDADE? (0. Não faz; 1. Sem regularidade; 2. Bianual; 3. Anual; 4. A cada seis meses; 9. Ignorado)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação clínica; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Exames laboratoriais (hemograma, glicemia, urina, colesterol, triglicérides, TGO, TGP); 	
<ul style="list-style-type: none"> • Citologia oncótica (Papanicolau), para mulheres; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Mamografia, para mulheres; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Exame de próstata, para homens. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Se outros, quais..... 	
<p>18). NOS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS DE FÉRIAS VOCÊ DESFRUTOU? (00. Não teve; 99. Ignorado)</p>	
<p>19). QUAIS OS RISCOS PRESENTES NO SEU AMBIENTE DE TRABALHO? (0. Não; 1. Sim; 2. Não sabe informar; 9. Ignorado)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Força; movimentos repetitivos; postura inadequada; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sangue; urina; fezes; secreções; líquido cefalo-raquidiano (LCR); 	
<ul style="list-style-type: none"> • Barulho; Temperaturas extremas; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gases; vapores, poeira; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Outros _____ 	
<p>20). QUAL O RISCO DE VOCÊ FICAR EXPOSTO A SANGUE E/OU FLUIDOS CORPORAIS, NO SEU AMBIENTE DE TRABALHO? (0. Nenhum; 1. Baixo; 2. Médio; 3. Elevado; 8. Não sabe informar; 9. Ignorado)</p>	
<p>21). QUANTOS ACIDENTES RESULTANTES DE EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO, VOCÊ SOFREU NA SUA VIDA PROFISSIONAL?(0. Nenhum; 1. Alguns; 2. Um; 3. Mais de um; 98. Não lembro; 99. Ignorado)</p>	
<p>22). NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, QUANTAS VEZES VOCÊ FOI ACOMETIDO A EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO?</p> <p>(0. Nenhuma; 98. Não lembro; 99. Ignorado)</p>	
<p>23). QUANTAS PESSOAS DA SUA EQUIPE JÁ SOFRERAM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO, NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?..... (00. Nenhuma; 99. Ignorado)</p>	
<p>24). QUANTOS TREINAMENTOS VOCÊ RECEBEU PARA EXECUTAR SEU TRABALHO ATUAL? (00. Nenhum; 99. Ignorado)</p>	
<p>25). VOCÊ OBSERVA A PRESENÇA DE OBJETOS CORTANTES OU PERFURANTES (AGULHAS, BISTURIS, VIDRO, ETC.) NO LIXO COMUM (RESÍDUOS COMUNS)? (0. Não; 1. Raramente (<25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)</p>	
<p>26). VOCÊ CONSIDERA A COLETA DE LIXO E A LIMPEZA DA SUA INSTITUIÇÃO ADEQUADA? (0. Não; 1. Um pouco (<25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-95%); 5. Sempre (96-100%); 9. Ignorado)</p>	
INFECÇÕES TRANSMITIDAS PELO SANGUE E FLUIDOS CORPORAIS	
<p>27). QUAIS DAS INFECÇÕES CITADAS ABAIXO SÃO TRANSMITIDAS FREQUENTEMENTE PELO SANGUE E/OU FLUIDOS CORPORAIS? (0. Não; 1. Sim; 8. Não sei informar; 9. Ignorado)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose; 	

• Câncer ;	
• Malária;	
• Sífilis;	
• Asma;	
• Doença de Chagas;	
• Cólera;	
• Hipertensão arterial;	
• HTLV ;	
• HIV;	
• Hepatites;	
• Infecção intestinal.	
28). QUAIS SÃO AS OUTRAS FORMAS DE INFECCÃO POR AGENTES BIOLÓGICOS, TRANSMITIDAS PELO SANGUE E/OU FLUIDOS ORGÂNICOS? (0. Não; 1. Sim; 8. Não sei informar; 9. Ignorado)	
• Relação sexual sem uso de preservativo;	
• Uso de drogas injetáveis, compartilhando agulhas e seringas;	
• Transfusão de sangue não testado;	
• De mãe para filho (durante a gravidez ou no parto ou na amamentação);	
• Tatuagem com materiais não esterilizados e/ou com tintas reaproveitadas;	
• Instrumentos não esterilizados de manicure e pedicuro;	
• Outros, quais.....	
29). VOCÊ SABE QUAIS SÃO OS FLUIDOS CORPORAIS COM RISCO DE TRANSMISSÃO DOS VÍRUS DO HIV E DAS HEPATITES: (0. Não; 1. Sim; 9. Ignorado)	
• Sangue e seus produtos;	
• Sêmen, secreção vaginal;	
• Suor, fezes, urina, escarro;	
• Saliva;	
• Leite materno;	
• Líquido céfalo-raquidiano (Liquor); Líquido pleural, pericárdico, peritoneal, sinovial, amniótico;	
• Qualquer fluido corporal visivelmente contaminado por sangue.	
30). QUAIS AS FORMAS DE TRANSMISSÃO DO <u>VÍRUS HIV</u> QUE VOCÊ CONHECE? (0. Não; 1. Sim; 9. Ignorado)	
• Sangue;	
• Contato sexual;	
• Fluidos corporais;	

<ul style="list-style-type: none"> • Suor, beijo e contato físico; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Doação de sangue; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Transfusão de sangue; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Tosse, espirro; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Da mãe para o filho durante a gravidez, parto ou amamentação; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Picada de insetos; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhando seringas, agulhas para uso de drogas injetáveis; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizando tatuagens e maquiagens definitivas com materiais não esterilizados e/ou com tintas reaproveitadas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos não esterilizados de manicure e pedicuro; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos; bebida, água 	
31). QUAIS AS FORMAS DE TRANSMISSÃO DO <u>VÍRUS DAS HEPATITES</u> QUE VOCÊ CONHECE? (0. Não; 1. Sim; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> • Sangue; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Contato sexual; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fluidos corporais; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Suor, beijo e contato físico; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Doando sangue; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Transfusão de sangue; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Tosse, espirro; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Da mãe para o filho durante a gravidez, parto ou amamentação; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Picada de insetos; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhando seringas, agulhas para uso de drogas injetáveis; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizando tatuagens e maquiagens definitivas com materiais não esterilizados e/ou com tintas reaproveitadas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos não esterilizados de manicure e pedicuro; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos; bebida alcoólica, água. 	
32). NOS ÚLTIMOS 30 DIAS COM QUE FREQUÊNCIA, VOCÊ ENTROU EM CONTATO COM PACIENTES QUE SÃO SABIDAMENTE PORTADORES DOS VÍRUS DO HIV OU DA HEPATITE B? (0. Nunca entrei em contato; 1. Não entrei em contato; 3. Diariamente; 4. Semanalmente; 5. Considero todo e qualquer paciente como potencialmente infectado por esses agentes; 9. Ignorado)	
33). NO LOCAL ONDE VOCÊ TRABALHA, HÁ RISCO DE CONTRAIR HIV / HEPATITE B? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 5. Não sei avaliar; 9. Ignorado)	
34). O PROFISSIONAL DE SAÚDE SOROPOSITIVO (HIV E/OU HEPATITE B) PODE TRANSMITIR A INFECÇÃO PARA SEU PACIENTE? (0. Não há risco; 1. Risco zero de transmissão é impossível; 2. Risco extremamente baixo; 3. Somente em procedimentos invasivos; 4. Depende da especialidade do profissional; 5. Não sei; 9. Ignorado)	
35). QUAL O RISCO DE UM PROFISSIONAL MANIPULAR INSTRUMENTOS, ROUPAS, LIXO E SUPERFÍCIES CONTAMINADAS E SE INFECTAR? (0. Não há risco; 1. Risco zero de transmissão é impossível; 2. Risco extremamente baixo; 3. Só existe risco em	

procedimentos invasivos; 4. Depende da especialidade do profissional; 5. Não sei; 9. Ignorado)	
PRECAUÇÕES PADRÃO	
36). COMO VOCÊ DEFINE "PRECAUÇÕES PADRÃO"? (0. Não sei definir; 1. Metodologia de abordagem; 2. Medidas de prevenção para evitar acidentes e contaminações; 3. Cuidados na reutilização de instrumentos; 4. Uso rotineiro de luvas, máscara, batas, óculos; 9. Ignorado)	
37). NAS REUNIÕES DO SEU SETOR DE TRABALHO SÃO DISCUTIDAS AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)	
38). INDIQUE QUAIS OS FATORES QUE INFLUENCIAM NA ESCOLHA DO VESTUÁRIO DE PROTEÇÃO (0. Não; 1. Sim; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> • Acidente ocupacional anteriormente 	
<ul style="list-style-type: none"> • Educação e treinamento; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Exemplo estabelecido pelo pessoal com mais tempo na instituição; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da soropositividade do paciente 	
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente suspeito de ter infecção viral de origem sanguínea; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do risco baseado no estilo de vida, orientação sexual ou aparência do paciente; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do risco da probabilidade de exposição a sangue e outros fluidos corporais; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Tempo disponível; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Manuseio de objetos ou instrumentos; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade de vestuário de proteção. 	
39). OS COLETORES ESPECIAIS PARA DESCARTE DE MATERIAL PÉRFURO-CORTANTE ESTÃO INSTALADOS (0. Não há coletores especiais para descarte; 1. Existem, mas não estão instalados; 2. Instalados em pontos inadequados, longe do local de procedimento; 3. Em pontos inadequados, próximo ao local de procedimento; 4. Em pontos adequados, próximo ao local de procedimento; 9. Ignorado).	
40). O USO DE LUVAS, ÓCULOS DE PROTEÇÃO, AVENTAL, INTERFEREM NAS SUAS HABILIDADES COM OS PACIENTES? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)	
41). VOCÊ UTILIZA ÓCULOS DE PROTEÇÃO, MÁSCARA E GORRO EM TODOS OS PROCEDIMENTOS? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)	
42). VOCÊ DESCARTA AS LUVAS APÓS CADA PROCEDIMENTO? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)	
43). VOCÊ HIGIENIZA SUAS MÃOS APÓS CONTATO DIRETO COM CADA PACIENTE? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)	
44). VOCÊ RE-ENCAPA AGULHAS APÓS O USO, ANTES DE DESCARTÁ-LAS? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)	
EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL	
45). VOCÊ ACREDITA QUE PROBLEMAS PESSOAIS INFLUENCIAM NA SUA ROTINA DE TRABALHO? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)	

46). A EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO ACARRETA TRANSTORNO NA VIDA DO PROFISSIONAL? (0. Não; 1. Acarreta transtorno pelo risco de contaminação; 2. Pela expectativa dos exames; 3. Reavaliação da profissão; 4. Revolta / medo; 5. Discriminação / Preconceito; 6. Receio de demissão; 7. Críticas dos colegas da equipe; 9. Ignorado)	
47). PARA VOCÊ, QUAIS OS FATORES QUE MAIS CONTRIBUEM PARA OS ACIDENTES DE TRABALHO? (0. Insatisfação profissional; 1. Metas incompatíveis; 2. Ritmo de trabalho intenso; 3. Sobrecarga de trabalho; 4. Falta de treinamento; 5. Horas extras excessivas; 6. Mudança de função; 7. Acúmulo de função; 8. Falta de atualização; 9. Falta de equipamentos individuais e coletivos; 10. Sonolência; 11. Chefia sem preocupação com o ser humano; 12. Pouca importância aos valores éticos no trabalho; 13. Falta de políticas de prevenção; 99. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> • Outros fatores?..... 	
48). QUANTOS ACIDENTES VOCÊ JÁ SOFREU ENVOLVENDO MATERIAL PÉRFURO-CORTANTE? (00. Nenhum; 99. Ignorado)	
49). QUANTOS ACIDENTES VOCÊ JÁ SOFREU ENVOLVENDO RESPINGOS DE SANGUE OU FLUIDOS CORPORAIS? (00. Nenhum; 99. Ignorado)	
50). NAS SITUAÇÕES ABAIXO, QUAL O RISCO DE VOCÊ SER INFECTADO? (0. Não sei; 1. Nenhum; 2. Baixo; 3. Médio; 4. Alto; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> • Penetrar a pele com uma agulha com sangue 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sangue de um paciente entra em contacto com ferida aberta 	
<ul style="list-style-type: none"> • Respingo de fluidos corporais de uma paciente de alto risco toque seu olho 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sangue de um paciente entra em contacto com a pele intacta 	
<ul style="list-style-type: none"> • Um doente de alto risco (possivelmente contaminado com o vírus da imunodeficiência humana - HIV) tosse em seu rosto 	
51). NA SUA INSTITUIÇÃO DE TRABALHO VOCÊ SEMPRE RELATA QUALQUER ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO À PESSOA RESPONSÁVEL? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)	
52). QUAL A IMPORTÂNCIA DE LOCALIZAR O PACIENTE-FONTE APÓS EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO? (0. Não; 1. Não sei; 2. Sim; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma 	
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir o risco de doença ocupacional; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do estado sorológico; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Indicação de quimioprofilaxia; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de EPI; 	
53). SÓ DEVEMOS USAR EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL QUANDO HÁ ALGUM RISCO? (0. Não; 1. Uso quando há um risco elevado; 2. Uso quando há um risco teórico; 3. Uso independente do risco; 4. Uso habitualmente; 5. Uso quase sempre; 6. Nunca uso; 9. Ignorado)	
54). APÓS UM ACIDENTE, VOCÊ AVALIA O RISCO DA SITUAÇÃO? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)	
55). NAS EXPOSIÇÕES, QUAIS OS AGENTES PÉRFURO-CORTANTES MAIS FREQUENTES? (0. Nenhum; 1. Agulha com lúmen (luz); 2. Agulha sem lúmen /maciça; 3. “Intracath”; 4. Vidros; 5. Lâmina/lanceta (qualquer tipo); 6. Outros; 9. Ignorado)	
<ul style="list-style-type: none"> • Outros, quais? 	
56). QUAIS AS CIRCUNSTÂNCIAS DOS ACIDENTES QUE SOFREU NO AMBIENTE DE TRABALHO? (0. Não; 1. Sim; 8. Não executo esse procedimento; 9. Ignorado)	

• Administração de medicação venosa;	
• Administração de medicação intramuscular;	
• Administração de medicação subcutânea;	
• Administração de medicação intradérmica;	
• Punção venosa/arterial para coleta de sangue;	
• Punção venosa/arterial não especificada;	
• Descarte inadequado de material perfuro-cortante em saco de lixo;	
• Descarte inadequado de material perfuro-cortante em bancada, cama, chão, etc.	
• Setor de lavanderia;	
• Lavagem de material (quais?).....	
• Manipulação de caixa com material perfuro-cortante;	
• Procedimento cirúrgico;	
• Procedimento odontológico;	
• Reencape de agulha;	
• Manuseio do lixo hospitalar	
• Outros, quais?	
PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PPE)	
57). QUAIS OS PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS EM CASO DE EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO? (0. Nada em especial; 1. Cuidados locais – lavagem exaustiva com água e sabão em caso de exposição percutânea; 2. Após exposição em mucosas – lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica; 3. Recomendações específicas para imunização contra Tétano e Hepatite B; 4. Medidas de quimioprofilaxia para HIV; 5. Acompanhamento sorológico para hepatite B, C e HIV; 9. Ignorado).	
• Se mais de um, quais?.....	
58). QUANTAS DOSES DA VACINA CONTRA HEPATITE B VOCÊ JÁ USOU? (0. Não sou vacinado; 98. Não sei; 99. Ignorado).	
59). A IMUNIZAÇÃO DA HEPATITE B É EFICAZ POR QUANTO TEMPO (EM ANOS)? (0. Não sei; 97. Por um longo tempo da vida; 98. Por toda a vida; 99. Ignorado)	
60). QUAL O RISCO DE TRANSMISSÃO DA HEPATITE B AO PESSOAL DE SAÚDE NÃO IMUNIZADOS E APÓS EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO: (0. Nenhum; 1. Baixo; 2. Médio; 3. Elevado; 8. Não sei; 9. Ignorado)	
61). EM CASO DE EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO, A SUA UNIDADE DE SAÚDE POSSUI INSUMOS PRÓPRIOS DE PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PPE) PARA HEPATITE B E HIV? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)	
62). EM CASO DE ACIDENTE, APÓS AVALIAR O PACIENTE-FONTE E A GRAVIDADE OU RISCO DA EXPOSIÇÃO PARA HIV, APÓS QUANTAS HORAS DEPOIS DEVE-SE INICIAR A MEDICAÇÃO ANTI-RETROVIRAL? (0. Não sei; 98. A qualquer tempo; 99. Ignorado)	
63). NA DÚVIDA DA AVALIAÇÃO DO RISCO DA EXPOSIÇÃO PARA HIV, DEVE-SE INICIAR O ESQUEMA MEDICAMENTOSO ANTI-RETROVIRAL? (0. Não; 1. Deve ser feita avaliação criteriosa por especialistas; 2. Deve-se avaliar a história prévia e atual; 3. Primeiro realizar sorologia do acidentado; 4. Melhor começar a profilaxia e posteriormente reavaliar a	

manutenção ou mudança do tratamento; 9. Ignorado)	
NOTIFICAÇÃO	
64). A QUEM DEVE SER RELATADA UMA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A SANGUE E FLUIDOS CORPORAIS? (0. Eu não sei; 1. Para parentes em casa; 2. Aos colegas no local de trabalho; 3. Para o chefe imediato; 4. Para o Núcleo de Epidemiologia do Hospital; 5. Para a Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH; 6. Outros; 9. Ignorado)	
• Se outros, quais?	
65). EM CASO DE EXPOSIÇÃO PERCUTÂNEA/MUCOCUTÂNEA, QUANDO VOCÊ DEVE RELATAR? (0. Eu não sei; 1. Não importa quando; 2. Quando tiver tempo, mesmo que seja por horas ou dias depois; 3. Imediatamente após o acidente; 9. Ignorado)	
66). A FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO DO SINAN (SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO) É PREENCHIDA EM QUAL SETOR? (0. Eu não sei; 1. Pela direção clínica; 2. Pelo setor de enfermagem; 3. Pelo Núcleo de Epidemiologia do Hospital; 4. Pela Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH; 5. Setor Medicina do Trabalho; 6. Outros; 9. Ignorado)	
• Se outros, quais?	
67). O FORMULÁRIO ESPECÍFICO DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO (CAT) É PREENCHIDO E ENCAMINHADO POR QUAL SETOR? (0. Eu não sei; 1. Pela direção clínica; 2. Pelo setor de enfermagem; 3. Pelo Núcleo de Epidemiologia do Hospital; 4. Pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH; 5. Setor Medicina do Trabalho; 6. Outros; 9. Ignorado)	
• Se outros, quais?	
68). VOCÊ SABE PARA ONDE SÃO ENCAMINHADAS AS FICHAS DO SINAN E DO CAT? (0. Eu não sei; 1. Ministério da Saúde; 2. Previdência Social; 3. CCIH; Vigilância Epidemiológica Municipal e Estadual; 4. Núcleo de Epidemiologia do Hospital; Secretaria Municipal e Estadual; 5. Outros; 9. Ignorado)	
• Se outros, quais?	
69). QUAL A IMPORTÂNCIA DE REGISTRAR O ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO? (0. Eu não sei; 1. Subsidiar as ações de prevenção adequadas; 2. Planejamento para capacitações; 3. Oferece subsídios para avaliação de situações de exposição; 4. Ações e intervenções baseadas no diagnóstico situacional; 9. Ignorado)	
70). QUAIS OS FATORES QUE CONTRIBUEM E/OU DETERMINAM FALHAS NO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO? (0. Eu não sei; 1. Medo do risco de infecção; 2. Reavaliação da profissão; 3. Revolta / medo; 4. Discriminação / Preconceito; 5. Receio de demissão; 6. Críticas dos colegas da equipe; 7. A instituição não estar devidamente estruturada; 9. Ignorado)	
71). NA INSTITUIÇÃO QUE VOCÊ TRABALHA, ESTÁ IMPLANTADA A VIGILÂNCIA DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO? (0. Não esta implantada na instituição; 1. Está em fase de implantação; 2. Está implantada a menos de 12 meses; 3. Foi implantada a mais de 12 meses; 8. Não sei informar ou desconheço do que se trata; 9. Ignorado)	
72). VOCÊ RECEBEU ALGUM TREINAMENTO PARA MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO? (0. Nenhum; 1. Não esta implantado na instituição; 2. Conheço apenas a ficha de notificação; 3. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica - CBVE; 4. Capacitação pela Secretaria Municipal e Estadual; Outros; 9. Ignorado)	
• Se outros, quais?	
73). QUAL A PERIODICIDADE DOS INFORMES E/OU BOLETINS	

<p>EPIDEMIOLÓGICOS DIVULGADOS PARA O PESSOAL DE SAÚDE? (0. Nenhum; 1. Anual; 2. Semestral; 3. Trimestral; 4. Bimensal; 5. Mensal; 6. Quinzenal; 7. Semanal; 8. Boletim diário via “site” da instituição ou diário por outro veículo; 9. Ignorado)</p>	
POLITICAS DE PREVENÇÃO	
<p>74). QUAIS OS MÉTODOS UTILIZADOS PELA INSTITUIÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO? (0. Nenhum; 1. Treinamentos constantes para todo pessoal de saúde; 2. Vigilância de Acidentes com Material Biológico; 3. Disponibilização de Equipamentos de Proteção Individuais e Coletivos; 4. Agulhas com dispositivo de segurança; 5. Coletores especiais para descarte de material perfuro-cortante; 6. Ignorado)</p>	
<p>75). QUAL A NORMA REGULAMENTADORA (NR) QUE ESTABELECE AS DIRETRIZES BÁSICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE PROTEÇÃO À SEGURANÇA E À SAÚDE DOS TRABALHADORES DE SAÚDE. (0. Não sei; 1. NR 4; 2. NR 7; 3. NR 9; 4. NR 32; 9. Ignorado)</p>	
<p>76). QUAL A NORMA REGULAMENTADORA (NR) QUE ESTABELECE A OBRIGATORIEDADE DO PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO. (0. Não sei; 1. NR 4; 2. NR 7; 3. NR 9; 4. NR 32; 9. Ignorado)</p>	
<p>77). QUAL A NORMA REGULAMENTADORA (NR) QUE ESTABELECE A OBRIGATORIEDADE DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS – PPRA (0. Não sei; 1. NR 4; 2. NR 7; 3. NR 9; 4. NR 32; 9. Ignorado)</p>	
<p>78). CITE QUAIS OS PROTOCOLOS DA INSTITUIÇÃO EM CASO DE EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO..... </p>	
<p>79). NA SUA INSTITUIÇÃO HÁ DISCUSSÃO, PALESTRAS, CURSOS, SOBRE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)</p>	
<p>80). PARA VOCÊ A PREVENÇÃO AJUDA A COMBATER ESTIGMAS E PRECONCEITOS RELACIONADOS À EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL COM MATERIAL BIOLÓGICO? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)</p>	
<p>81). VOCÊ ACHA QUE A ADOÇÃO DE UMA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO JUNTO AOS TRABALHADORES, EM SEUS LOCAIS DE TRABALHO AJUDA NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES? (0. Não; 1. Raramente (< 25%); 2. Às vezes (25-50%); 3. Geralmente (50-75%); 4. Quase sempre (75-100%); 9. Ignorado)</p>	
<p>82). TEM OUTRAS INFORMAÇÕES OU SUGESTÕES A RESPEITO DO ASSUNTO?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

APÊNDICE C

Instruções para avaliadoras ou “juízas”

Instruções para os avaliadores ou “juízes”²²”

O questionário tem como objetivo avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico. Cabe dizer que o instrumento será aplicado no pessoal de saúde. Segundo Rapparini (2008), pessoal de saúde é a categoria definida como o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica - prática ou acadêmica trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde.

A sua indicação para o papel de avaliador, deve-se ao fato de você ser um profissional envolvido no meio acadêmico e em pesquisa científica, critérios esses compatíveis com nosso trabalho e também com a certeza de que sua experiência profissional nos ajudará.

Para que a função de avaliadora/juiza seja exercida de maneira mais fidedigna possível algumas instruções deverão ser seguidas:

- Analise os itens/questões verificando se estão claras, completas, se tem sentido dúbio, anotando suas sugestões e correções;
- Verifique o aspecto semântico de cada item, se as expressões estão corretas, se a regência dos verbos está adequada;
- Verifique se os termos utilizados são compreensíveis e se estão ao nível dos sujeitos.

A seguir serão apresentadas as 7 (sete) categorias²³ selecionadas em relação aos conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre o risco de sofrer exposição

²² Segundo Pasquali (1998), essa avaliação ou análise dos itens é obviamente ainda teórica porque consiste simplesmente em pedir outras opiniões sobre a hipótese, sendo que esses outros, que a vão avaliar, ainda não são amostra representativa da população para a qual o instrumento foi construído. Essa análise teórica é feita por juízes e ela comporta dois tipos distintos de juízes, segundo se a análise incide sobre a compreensão dos itens (análise semântica) ou sobre a pertinência dos itens ao construto que representam (propriamente chamada de análise dos juízes).

²³ Categorias e subcategorias temáticas emergiram durante o processo de leitura dos artigos selecionados através da pesquisa sistemática da literatura e foram classificadas por semelhanças, na medida em que foram encontradas

ocupacional a material biológico em serviços de saúde a partir de pesquisa sistemática da literatura, fonte para a construção dos itens/questões.

Você pode sugerir, se achar necessário a inclusão de conteúdos pertinentes as categorias contempladas no questionário, que eventualmente poderão ser transformados em itens, no instrumento final.

Categorias e Subcategorias temáticas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Saúde do trabalhador	1.1 Riscos 1.2 Exposição 1.3 Experiência Profissional
2. Infecções transmitidas pelo sangue e fluidos corporais	2.1 Conhecimentos sobre o HIV e os vírus da hepatite B e C. 2.2 Outros
3. Precauções Padrão	3.1 Conhecimentos, atitudes e prática 3.2 Práticas de manipulação 3.3 Recomendações específicas
4. Exposição ocupacional	4.1 História de exposição mucocutânea e lesão percutânea. 4.2 Circunstância envolvendo a exposição 4.3 Equipamentos de Proteção Individual (EPI) 4.4 Objetos perfurocortantes 4.5 Variedades de dispositivos 4.6 Número de horas trabalhadas
5. Profilaxia Pós-Exposição	5.1 Procedimentos recomendados 5.2 Imunização
6. Notificação	6.1 Medidas adotadas após relato da exposição 6.2 Ficha de Notificação SINAN 6.3 Formulário Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT)
7. Políticas de Prevenção	7.1 Antecedentes educativos do profissional 7.2 Gestão dos riscos

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome: _____

RG.: _____ Sexo: M () F () Data de Nascimento ___/___/___

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _

CEP: _____ Telefone: () _____

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título do protocolo da pesquisa: Conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre seu risco de sofrer acidentes ocupacionais com material biológico em serviços de saúde.

2. Instituição Responsável: Universidade Federal da Bahia.

- Os hospitais serão contactados pela equipe de pesquisadores para que seja liberado o acesso, eles não terão participação ou ingerência na pesquisa.

III. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA

Pesquisadora Responsável: Paula Muniz do Amaral

Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho

Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) / UFBA

Largo do Terreiro de Jesus, s/n – Centro Histórico

CEP: 40.025-010 Salvador – BA

Tel. (71) 3321-0383/ 0983 / 4503

Professor - Orientador: José Tavares Carneiro Neto

Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) / UFBA

Largo do Terreiro de Jesus, s/n – Centro Histórico

CEP: 40.025-010 Salvador – BA

Tel. (71) 3321-0383/ 0983 / 4503

IV. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA

1. A presente pesquisa pretende investigar os conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais de saúde sobre seu risco de sofrer acidentes ocupacionais com material biológico.

2. A participação nesta pesquisa se dará através da aplicação de um questionário, sem identificação do seu nome, que será aplicado no seu local de trabalho, em local reservado.

3. Os resultados deste estudo ajudarão a compreender melhor alguns fatores ocupacionais e não ocupacionais de risco à saúde, e assim contribuir para a prevenção, para o desenvolvimento de intervenções, elaboração, implantação e monitoramento de políticas públicas promotoras de saúde.

V. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA.

1. Sua participação na pesquisa é voluntária. Você pode se recusar a participar ou pode desistir a qualquer momento. A sua participação ou a não-participação neste projeto não deverá interferir em sua relação de trabalho.

2. Você poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações relacionadas à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.

3. Suas respostas serão confidenciais e somente você e os pesquisadores terão acesso a elas. Seu nome não será identificado em nenhum de nossos relatórios ou publicações que resultarão deste estudo.

4. Você não será responsabilizado por nenhum custo relacionado à pesquisa.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Este estudo será avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira.

Rua Padre Feijó, 240, Canela – Ambulatório Magalhães Neto - 3^o andar.

CEP: 40.160 – 170 Telefone: (71) 3203 – 2740

VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

_____ Data ____/____/____

Assinatura do participante

_____ Data ____/____/____

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE E

Artigo

“Proposição metodológica à avaliação formativa do pessoal de saúde”

Código do artigo: 163.000.09

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (submetido, *vide* Normas de Publicação no **ANEXO F** e carta do Editor, no **ANEXO G**).

OBS: Os dois questionários que constam no artigo, institucional e o destinado ao pessoal de saúde, são os mesmos apresentados na dissertação (Apêndices A e B), portanto não foram incluídos neste Apêndice E.

Proposta metodológica à avaliação formativa do pessoal de saúde
Methodological proposal for health personnel formative assessment

Paula Muniz do Amaral

Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPgSAT) da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

José Tavares-Neto

Professor Livre-Docente da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência:

Paula Muniz do Amaral

Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPgSAT)

Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) / UFBA.

Largo do Terreiro de Jesus, Centro Histórico,

CEP. 40.025-010 - Salvador, BA, Brasil.

E-mail: aluapmuniz@hotmail.com

Apoio: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) – Termo de Outorga - n^o BOL 1029/2007 – Bolsa – Mestrado FCE

Artigo baseado na dissertação de Mestrado de Paula Muniz do Amaral intitulada *Exposição ocupacional a material biológico: proposição de instrumento à avaliação formativa do pessoal de saúde*, do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (2009).

Artigo enviado: Salvador, 24 de Maio de 2009.

Proposta metodológica à avaliação formativa do pessoal de saúde *Methodological proposal for health personnel formative assessment*

Resumo

No Brasil, os indicadores de exposição aos agentes biológicos apresentam lacunas acerca dos conhecimentos, atitudes e comportamentos do pessoal de saúde, e também não há instrumento validado de avaliação desses aspectos. Neste trabalho, o objetivo foi desenvolver instrumento à avaliação formativa do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico, utilizando a literatura como fonte de dados. Pela pesquisa sistemática da literatura, nas bases de dados eletrônicas (Medline, Scopus e Lilacs), foram buscados artigos, pelo uso de palavras-chave e termos análogos, que preenchessem os critérios de inclusão. Dos 557 artigos pré-selecionados, só 91 (16,3%) foram incluídos e apenas 1 (1,1%) artigo utilizou questionário validado. Na construção dos questionários institucional e aquele a ser aplicado ao pessoal de saúde, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo dos artigos selecionados e as perguntas foram dispostas em blocos por categorias e subcategorias temáticas. A validade aparente do instrumento foi realizada por sete avaliadores *ad hoc* e independentes. Em conclusão, esses dois questionários, quando validados, permitirão avaliar os aspectos associados ao tema desta investigação, bem como fornecer dados à elaboração, à implantação e ao monitoramento de práticas profissionais e de gestão.

Palavras-chave: Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa, Exposição Ocupacional, Líquidos Corporais, Pessoal de Saúde, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

Abstract

*In Brazil, the indicatives for exposure to the biologic agents have blanks about knowledge, attitudes and behaviors of health personnel and there is no validated instrument for evaluation of this issue. This work has the objective of development of an instrument for formative assessment of the health personnel about occupational exposure to biological material, using the literature as a data source. Through the literature systematic research in the electronic database of Medline, Scopus and Lilacs articles were searched using key words and analog terms those fulfill the inclusion criteria. From the 557 preselected articles, 91 (16.3%) were included and just one (1.1%) of them made use of validated questionnaire. During the elaboration of these questionnaires, institutional and applied to the health personnel, it was utilized the data content analysis of the selected articles' contents and the questions were arranged in thematic categories and sub-categories. The "apparent validity" of the instrument was realized by seven evaluators *ad hoc* and independent. Therefore, these two questionnaires, when validated, will allow evaluating the aspects associated with the subject of this investigation, as well as provide data to the elaborate, implement and monitoring the professional management and practices.*

Keywords: *Evaluation of Research Programs and Tools, Occupational Exposure, Body Fluids, Health Personnel, Health Knowledge, Attitudes, Practice.*

Introdução

Apesar dos avanços nos marcos legais ou normativos, a real situação brasileira sobre os indicadores de exposição dos profissionais de saúde aos agentes biológicos apresenta inúmeras lacunas; embora, sejam crescentes os riscos de acidentes dessa natureza e estejam presentes nas atividades dos profissionais de saúde; em decorrência das precárias condições

de trabalho em muitas instituições de saúde e também pelo aumento da prevalência de portadores dos vírus da imunodeficiência humana (VIH) e das hepatites B (VHB) e C (VHC). Não obstante, no Brasil não há dados sistematizados, dos vários níveis de atenção à saúde, sobre a ocorrência dos acidentes com material perfuro-cortante e que permitam conhecer a real magnitude do problema.

Dessa forma, a vulnerabilidade do pessoal de saúde esta ligada às atividades, comportamentos e vivências relativas à organização e ao processo de trabalho, como também às condições sociais mais amplas, acesso aos serviços e a existência de políticas públicas de biossegurança. Por sua vez, na atualidade a diversidade dos campos de atuação dos profissionais de saúde exige delineamentos específicos a cada profissão ou atividade da área da saúde. Ainda assim, os profissionais de saúde devem estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, promovendo e executando ações integrais de saúde que beneficiem indivíduos e comunidades (ALMEIDA, 1999).

Portanto, conhecer o perfil do pessoal de saúde, das exposições a material biológico e as condutas adotadas ao planejamento e à avaliação das medidas de prevenção têm estreita vinculação com a disponibilidade de dados e a qualidade da informação, essas dependentes, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o acidente. É também na unidade de saúde, de qualquer nível ou grau de complexidade, que os dados devem primariamente ser sistematizados para se constituírem em adequado instrumento de informação, capaz de subsidiar todo o processo de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (BRASIL, 2005).

Não obstante, ainda não há disponível instrumento de avaliação ou de coleta de dados, aplicável ao pessoal de saúde ou às unidades de saúde com diversos níveis de complexidade. Em vista disso, é ainda muito limitada a capacidade de avaliar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde ou das características institucionais envolvidas nesse processo. No entanto, nas avaliações dessa natureza o mais usual é a aplicação de questionários, em estudos transversais ou epidemiológicos, os quais permitem a obtenção daquelas informações com mais precisão, de modo mais ágil e com menor custo (BOYNTON & GREENHALGH, 2004); por isso, o objetivo deste trabalho foi elaborar questionários, a serem posteriormente validados, para a avaliação institucional e do pessoal de saúde sobre a exposição ocupacional a material biológico.

Metodologia

Para elaboração dos questionários foi usada a metodologia da análise secundária de dados (FIGUEIREDO & TAVARES-NETO, 2001; HEARST et al., 2003), a partir de artigos selecionados da literatura especializada, associada à análise de conteúdo (BARDIN, 2008) desses mesmos artigos. Na etapa final e após sistemática revisão pelos autores, aos dois questionários propostos foi aplicada à análise teórica dos itens (PASQUALI, 1998), com o propósito de ampliar a validade interna dos instrumentos.

Análise secundária de dados

Nessa primeira fase do estudo, foram utilizadas as bases de dados de periódicos científicos Medline[®], Lilacs e Scopus[®] com a busca de artigos ou outras publicações, desde o ano inicial da base de dados até 4 Março de 2008, a partir de palavras-chave, termos análogos e descritores associados ao problema desta pesquisa: como são avaliados os conhecimentos, as atitudes e as práticas do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde?

A fase de pré-seleção dos artigos foi fundamentada na leitura e análise do título dos mesmos e do resumo de cada publicação (quando disponível), além da verificação dos dados da ficha bibliográfica da publicação (*e.g.*, idioma). Nessa fase, quando as informações disponíveis permitiam, a publicação foi pré-selecionada com base nos critérios de seleção, também utilizados na fase seguinte: de inclusão, (1) estudos sobre exposição ocupacional a material biológico em pessoal de saúde, descrito nos idiomas português, espanhol ou inglês; (2) estudos sobre exposições ocupacionais (percutâneos, mucocutâneos, cutâneos e mordeduras humanas) com líquidos corporais, que podem trazer riscos de transmissão de agentes etio-patogênicos; (3) publicações em revistas nacionais ou estrangeiras, disponíveis em bibliotecas de Salvador (Bahia), por meio eletrônico, pela Bireme ou pelo sistema Comut; e (4) nos estudos incluídos, será considerado todo o pessoal de saúde - definido como o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica - prática ou acadêmica trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde; de exclusão, (1) entre os resumos selecionados, foram excluídos os artigos não escritos nas línguas portuguesa, espanhola ou inglesa; (2) excluídos artigos que apresentavam pessoal de saúde sem envolvimento com materiais biológicos; (3) publicações não-recuperadas nas bibliotecas de Salvador, por meio eletrônico, pela Bireme ou pelo sistema Comut; e (4) excluídos artigos sobre doenças e agravos não relacionados com exposição ocupacional a material biológico.

A fase de seleção da publicação foi realizada após a recuperação da versão completa do texto pré-selecionado, por meio da leitura da mesma e observando os critérios, supracitados, de seleção.

Análise de conteúdo

Nessa análise, foi utilizada como referencial as recomendações de Bardin (2008), pelo método por categorias com o uso de operações de desmembramento do texto em unidades, e cada categoria sendo ordenada segundo o reagrupamento analógico. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação por temas, ou análise temática, tem as vantagens de ser rápida e eficaz (BARDIN, 2008).

Dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo, esse método pode ser dividido em três fases: *pré-análise, exploração dos artigos e tratamento dos resultados e interpretação*.

Na pré-análise, fase de organização e das primeiras análises dos artigos selecionados, há três momentos: a escolha dos documentos através dos títulos e resumos; a referência aos índices (palavras repetidas); e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Sobre o tema, quanto mais frequentemente for mencionado, mais importância tem para a análise dos dados. Os índices (palavras repetidas), associadas às suas respectivas frequências de ocorrência, transformam-se em indicadores.

Na fase de exploração dos artigos, foram analisados os artigos para detectar as semelhanças e diferenças entre os mesmos; com a codificação e o recorte dos aspectos convergentes.

Na etapa seguinte, de categorização após a leitura completa dos artigos, foram registradas as categorias e as subcategorias temáticas e essas classificadas por semelhanças, na medida em que foram encontradas no texto. A codificação corresponde à transformação dos dados brutos do texto, transformação por recorte (escolha das unidades), classificação e agregação (escolha das categorias) e enumeração (escolha das regras de contagem), que permitem atingir a representação do conteúdo (BARDIN, 2008). Em relação à categorização, é a operação de classificação de elementos constitutivos do conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo gênero (analogia), com os critérios previamente definidos (BARDIN, 2008). O critério de categorização, definido para essa análise de conteúdo, foi o léxico: classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos (BARDIN, 2008).

Elaboração dos itens do questionário

Para elaborar os itens do questionário, foram utilizados os critérios pressupostos por Pasquali (1998): critério comportamental; de objetividade ou de desejabilidade; de simplicidade; de clareza; da relevância; de precisão; da variedade; da modalidade; de tipicidade; e de credibilidade.

Para maximizar a validade do conteúdo, o questionário foi construído em torno das categorias e subcategorias temáticas e das principais questões levantadas nos artigos selecionados, pela análise do conteúdo.

Após a elaboração e revisão pelos autores, e posteriormente pelos pós-graduandos do curso de Mestrado (AMARAL, 2009) de diferentes áreas da saúde ou de áreas afins (gestão pública e segurança do trabalho), um dos pressupostos foi que os questionários pudessem ser aplicados em instituições públicas, privadas ou filantrópicas ao pessoal de saúde de todos os níveis de escolaridade, técnico e/ou hierárquico da unidade de saúde.

Na etapa final, a análise teórica dos itens dos questionários, foi realizada por sete (7) avaliadoras *ad hoc* de sete instituições do Brasil, localizadas em Florianópolis (SC), Maceió (AL), Porto Velho (RO), Recife (PE), Salvador (BA), São João Batista (SC) e São Paulo (SP), essas com diferentes formações acadêmicas (3 médicas, 3 enfermeiras e 1 bióloga), todos com atuação em setores de serviços de saúde vinculados à proteção do profissional de saúde, de controle de infecção hospitalar, pesquisa ou à área administrativa afim desses serviços (AMARAL, 2009). Essa análise tem como fundamento as recomendações de Pasquali (1998), realizada por avaliadores ou juízes (“referees”), pela análise semântica (compreensão dos itens) e da pertinência dos itens dos questionários. Para isso, após prévio contato telefônico, os avaliadores receberam carta e mensagem eletrônica, ambas como anexos os questionários propostos, com instruções sobre o roteiro de avaliação de cada uma das perguntas ou partes do questionário (institucional e pessoal de saúde), além da solicitação que as correções, sugestões ou propostas de adendos fossem descritos no próprio questionário, com fonte de cor vermelha, e esses devolvidos como anexos de mensagem eletrônica (AMARAL, 2009).

Este estudo foi aprovado (Parecer nº 159/2007) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (Salvador, BA), da Universidade Federal da Bahia, credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A análise dos resultados foi descritiva, pela apresentação das frequências absoluta e relativa dos resultados quantitativos.

Resultados

Na pesquisa sistemática da literatura, após aplicar as estratégias de busca dos artigos nos bancos de dados Medline (de 1966 a 4/3/2008), Scopus (de 2004 a 4/3/2008) e Lilacs (de 1982 a 4/3/2008), foram encontrados 557 artigos em periódicos nacionais e internacionais, mas todos esses foram publicados a partir do ano de 1986.

Nos 557 artigos pré-selecionados, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 119 (21,3%) e desses foram localizados 111 (19,9%), mas após impressão e leitura ainda foram excluídos 20 artigos (duplicatas, editoriais ou recomendações genéricas de serviço), restando 91 (16,3%) artigos como amostra final e, portanto, foram excluídos 82,8% (461/557) dos artigos pré-selecionados. Entre os 91 artigos selecionados, só seis (6,6%) eram nacionais e publicados em periódicos brasileiros.

Pela análise de conteúdo, dos 91 títulos dos artigos selecionados, foram obtidos 24 índices (palavras repetidas). A Tabela 1 apresenta os índices selecionados e a proporcionalidade em relação aos títulos dos artigos após a etapa de codificação; transformação dos dados por recorte (escolha das unidades); classificação e agregação (escolha das categorias) e enumeração (escolha das regras de contagem). Entre as palavras repetidas, exposição e sangue

foram as mais frequentes, respectivamente em 42,8% e 29,7% das publicações selecionadas (Tabela 1).

A partir da repetição de frequências dos índices (palavras repetidas, Tabela 1), foram definidas sete (7) categorias e 21 subcategorias, apresentadas no Quadro 1. Concluídas essas fases preliminares, foram elaborados dois questionários, institucional e aquele a ser aplicado ao pessoal de saúde da instituição, ambos com o total de 112 questões. Isso após a análise e discussão de cada sugestão recebida dos sete avaliadores.

O questionário institucional (Apêndice 1), a ser respondido pelo gestor principal, tem 31 questões, enquanto o destinado ao pessoal de saúde (Apêndice 2) tem 82 questões. Ambos os questionários foram dispostos por bloco em torno das categorias e das subcategorias temáticas investigadas. A maioria das perguntas, em ambos os questionários, foi elaborada com o formato fechado, com várias respostas ou alternativas possíveis e o conteúdo dessas perguntas abordava aspectos sobre: padrões de ação, procedimentos ou condutas; comportamentos, presentes ou passados, relacionados às práticas técnicas, crenças, sentimentos ou orientações; e razões conscientes concernentes às crenças, sentimentos, orientações ou comportamentos.

Nos 91 artigos, o questionário foi o instrumento utilizado para coleta de dados junto ao pessoal de saúde em 58 (63,7%) publicações selecionadas, mas em apenas 1 (1,7%) deles houve a prévia validação do instrumento. Nos seis artigos nacionais, 2 (33,3%) utilizaram questionário, igualmente não-validados.

No total dos artigos, só 12 (13,2%) dos artigos descreveram os critérios utilizados para elaboração do questionário utilizado na investigação; e 4 (4,4%) das publicações selecionadas referiram a revisão de literatura como fonte para elaboração do questionário aplicado à coleta dos dados. O uso combinado das duas metodologias (quantitativa e qualitativa) foi utilizado por 1 (1,1%) artigo dos trabalhos selecionados.

Discussão

As três bases de dados pesquisadas (Medline, Scopus e Lilacs) compreendem a literatura científica e técnica relativa às ciências da saúde em geral e cobrem a quase totalidade das revistas indexadas em todo o mundo (BVS, s.d.) e por conta da ampla heterogeneidade dos periódicos é essencial à pesquisa bibliográfica de modo sistemático e a observação dos critérios de inclusão e de exclusão, pré-estabelecidos. Dessa forma, há maior possibilidade da exclusão dos artigos, na fase de pré-seleção, de muitos trabalhos sem nexos diretos com o objetivo do estudo proposto, mas também aqueles escritos em línguas de mais difícil acesso aos autores (*e.g.*, mandarim, polonesa, dinamarquesa, entre outras).

Mesmo assim, chama a atenção à exclusão de 82,8% dos artigos pré-selecionados. No entanto, taxas semelhantes foram assinaladas em outros estudos de análise secundária de dados da literatura revisados por Amaral (2009), e isso reforça a necessidade da busca bibliográfica sistemática, com palavras-chave e outros descritores precisos e observação atenta dos critérios de seleção (inclusão e exclusão); do contrário, torna a pesquisa inexequível por conta do grande número de publicações sobre assuntos afins ou conteúdos que não contemplam o objetivo do estudo em desenvolvimento.

Não obstante, a limitação de acesso às publicações escritas em línguas não-incluídas introduz o viés de seleção e isso pode ser causa de falsas inferências ou interpretações. Contudo, neste trabalho os 91 artigos incluídos (AMARAL, 2009), tanto nacionais como internacionais, foram publicados nos periódicos de maior impacto na área estudada. Portanto, é suposto que os 91 artigos sejam representativos sobre o conhecimento estudado neste trabalho, e expressem o estado da arte no hemisfério ocidental.

Na análise de conteúdo, dos 91 artigos selecionados, foram feitas inferências e realizadas interpretações para elaboração dos itens do questionário com base nos resultados alcançados

no estudo e na fundamentação teórica (AMARAL, 2009). Nessa análise, foram seguidas orientações de Pasquali (1998), Minayo et al. (2007) e Bardin (2008).

É importante notar que no processo de elaboração desses tipos de instrumentos, anexos deste trabalho, os itens não são inseridos de modo aleatório, mas em acordo as definições operacionais do construto, após exaustiva análise dos fundamentos teóricos e nas evidências (dados) empíricas disponíveis na literatura (PASQUALI, 1998).

Sendo assim, com o desmembramento dos títulos dos artigos em unidades e após realização da análise quantitativa sistemática para identificar a frequência relativa e absoluta do tema escolhido, a proporcionalidade de sua menção em relação a outros temas igualmente presentes e as frequências dos índices (palavras repetidas), foram definidas as sete categorias, e vinte e uma subcategorias temáticas, fonte principal para a elaboração dos itens dos dois questionários propostos (AMARAL, 2009).

O questionário de avaliação institucional destinado ao gestor tem como propósito conhecer os protocolos de prevenção da instituição a exposição a material biológico, em relação a: medidas de prevenção e gerenciais; treinamento e educação; controle médico e registro; e vigilância. Concomitantemente, o questionário destinado ao pessoal de saúde, possibilita a análise das características pessoais, aptidões, potencialidades e talentos e as questões foram reunidas por grupos temáticos seguindo as categorias selecionadas ao melhor fluxo no preenchimento do instrumento. Todavia, para o pessoal de saúde analfabeto ou com formação elementar, há necessidade que o instrumento seja preenchido sob supervisão e para isso foi proposto que no estudo-piloto, anterior ao estudo de validação propriamente dito, os necessários procedimentos operacionais sejam adequadamente avaliados com vistas à redução do viés de observação (AMARAL, 2009).

A avaliação da validade interna, realizada pelas avaliadoras *ad hoc*, Pasquali (1998) considera como etapa anterior dos estudos piloto e de validação, pois daquela faz parte juízes da população-alvo com maior habilidade e treinamento; e, dessa forma, há maiores garantias de alcançar a validade aparente do instrumento (PASQUALI, 1998). No entanto, essa análise trata-se de avaliação superficial e não deve ser usado como critério isolado, ou como substituto dos estudos piloto e de validação, inclusive porque esse tipo de validação interna não confere propriedades de medida (PASQUALI, 1998); além dessas limitações, esse tipo de análise é obviamente ainda teórica, de validade interna, porque consiste simplesmente em solicitar outras opiniões sobre os itens e também porque a amostra de avaliadores não é representativa da população ou de instituições para os quais os instrumentos foram construídos (PASQUALI, 1998).

Por isso, no estudo-piloto proposto, já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, esses instrumentos deverão ser preliminarmente reavaliados, com a inclusão na amostra, a ser pesquisada, de instituições e de pessoas procedentes de mais ampla área territorial do Brasil.

A relevância de estudos dessa natureza é porque no Brasil não há instrumentos validados com o propósito de avaliar os riscos à exposição a material biológico ou do impacto das medidas de prevenção e de controle, de parte dos gestores de unidades de saúde e das entidades que resguardam os direitos dos trabalhadores (AMARAL, 2009); contudo, paradoxalmente, há excesso de normas ou legislações específicas como apresentado na publicação do Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde: *Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde* onde estão as bases legais às ações de saúde do trabalhador no sentido de cumprir a determinação constitucional de dar atenção à saúde do trabalhador, ao atendimento dos princípios de universalidade, equidade, integralidade e controle social que regem o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001). Aliado a esse quadro, as instituições formadoras de pessoal ainda têm conteúdos curriculares, teóricos ou práticos, sem a devida valorização dos métodos e meios

voltados a biossegurança de alunos, docentes, profissionais de saúde, pacientes, entre outros. A biossegurança não se resume somente a normas de prevenção e controle, a sua dimensão científica requer das pessoas uma formação educacional adequada à compreensão e à execução desses objetivos (DE BONIS & COSTA, 2008). Por sua vez, nos 85 artigos selecionados, publicados em periódicos internacionais, bem como nos seis artigos nacionais, apenas um artigo utilizou instrumento validado. Portanto, nesse contexto, há muitas perspectivas de estudos que visem estabelecer indicadores e instrumentos de avaliação sobre a qualidade das medidas de controle e de prevenção, até porque, como agravante dessa situação, especialmente no Brasil, há aparente grande descompasso entre a qualidade e a quantidade dos dados disponíveis e das medidas de avaliação sobre a exposição ocupacional a material biológico.

Conclusão

Na literatura sistematicamente pesquisada não foi identificado instrumento validado para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre exposição ocupacional a material biológico; portanto, acentua-se a importância no desenvolvimento desse tipo de instrumento a ser aplicado na investigação científica ou como ferramenta de gestão.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. J. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 3, n. 4, 1999. Disponível em: < <http://www.interface.org.br/revista4/debates1.pdf> > Acesso em: 23 jan. 2009.

AMARAL, P. M. *Exposição ocupacional a material biológico: proposição de instrumento à avaliação formativa do pessoal de saúde*. 2009. 182f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) - Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70: Lisboa, 2008.

BOYNTON, P. M.; GREENHALGH, T. Hands-on guide to questionnaire research. Selecting, designing, and developing your questionnaire. **British Medical Journal** 2004; 328 1312-15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6. ed. Brasília, 2005.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Literatura Científica e Técnica. Ciências da Saúde em Geral. Disponível em: < <http://www.bireme.br/php/level.php?lang=pt&component=107&item=107> > Acesso em: 15 jan. 2009.

DE BONIS, M; COSTA, M. A. F. Educação em Biossegurança e Bioética: articulação necessária em Biotecnologia. *Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:

<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2796 >
Acesso em: 16 mai. 2009.

FIGUEIREDO, G. C.; TAVARES-NETO, J. Estruturação de um banco de dados para análise secundária de informações em relatos ou série de casos. *Revista Brasileira de Ortopedia* 36: 407-411, 2001.

HEARST, N.; GRADY, D.; BARRON, H. V.; KERLIKOWSKA, K. Pesquisa com dados existentes: Análise de dados secundários, estudos suplementares e revisões sistemáticas. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B. *Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica*. Tradução. Duncan MS e Peres AR. 2 a. edição, Porto Alegre, Artmed, 2003.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS (Org.), Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1998; 25 (5) Edição Especial: 206-213.

TABELA 1. Frequência de ocorrência das palavras nos 91 títulos dos artigos localizados.

ÍNDICES (OCORRÊNCIA DAS PALAVRAS)	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	(%)
Acidente	9	9,9
Conhecimentos, atitudes e prática	9	9,9
Dispositivos	1	1,1
Diretrizes	2	2,2
Exposição	39	42,8
EPI	1	1,1
Fluidos; Líquidos corporais; Material biológico	14	15,4
Gestão	8	8,8
Infecção de origem sanguínea	12	13,2
Imunização	2	2,2
Lesão/ ferimento	25	27,5
Mucocutânea	1	1,1
Orientações	1	1,1
Percutânea	11	12,1
Pós-exposição	1	1,1
Prevenção	4	4,4
Precaução	2	2,2
Precaução Universal	4	4,4
Proteção	1	1,1
Riscos	13	14,3
Sangue	27	29,7
Subnotificação	3	3,3
Vigilância	3	3,3

QUADRO 1. Categorias e Subcategorias temáticas.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
8. Saúde do trabalhador	1.4 Riscos 1.5 Exposição 1.6 Experiência Profissional
9. Infecções transmitidas pelo sangue e fluidos corporais	2.1 Conhecimentos sobre o HIV e os vírus da hepatite B e C. 2.2 Outros
10. Precauções Padrão	3.1 Conhecimentos, atitudes e prática 3.2 Práticas de manipulação 3.3 Recomendações específicas
11. Exposição ocupacional	4.1 História de exposição mucocutânea e lesão percutânea. 4.2 Circunstância envolvendo a exposição 4.3 Equipamentos de Proteção Individual (EPI) 4.4 Objetos perfurocortantes 4.5 Variedades de dispositivos 4.6 Número de horas trabalhadas
12. Profilaxia Pós-Exposição	5.1 Procedimentos recomendados 5.2 Imunização
13. Notificação	6.1 Medidas adotadas após relato da exposição 6.2 Ficha de Notificação SINAN 6.3 Formulário Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT)
14. Políticas de Prevenção	7.1 Antecedentes educativos do profissional 7.2 Gestão dos riscos

ANEXO A

Ficha de Investigação do Agravado

**Acidente de trabalho com exposição a material
biológico**

Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, onde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.
Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Aggravamento	Código (CID10)	3 Data de Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra localidade)	Código	7 Data do Acidente	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Escolaridade	13 Raça/Cor
	14 Escala de Trabalho	15 Número de Casos SUS		
Dados de Residência	16 Município de Residência	Código (IBGE)	17 Distrito	
	18 Bairro	19 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código	
	20 Número	21 Complemento (apto., casa, ...)	22 Coo campo 1	
	23 Coo campo 2	24 País de Residência	25 CEP	
	26 (DDD) Telefone	27 Zona	28 País (se acidente fora do Brasil)	
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Pecuária 4 - Ignorado		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	29 Ocupação	30 Situação no Mercado de Trabalho		31 Tempo de Trabalho na Ocupação
		01 - Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03 - Autônomo/colaborador 04 - Serviço público estatutário	05 - Serviço público coletivo 06 - Aposentado 07 - Desempregado 08 - Trabalho informal	09 - Cooperativado 10 - Trabalho rural 11 - Empregado r 12 - Outros 13 - Ignorado
	32 Registro CNPJ ou CPF	33 Nome da Empresa ou Empregador	34 Atividade Econômica (CNAE)	
	35 Distrito	36 Bairro	37 UF	38 Município
	39 Número	40 País de Residência	41 Endereço	
	42 (DDD) Telefone	43 O Empregador e Empresa Trabalhadora		
		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 4 - Ignorado		

ANEXO B
Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho
(CAT)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

1- Emitente
1- Empregador 2- Sindicato 3- Médico 4- Segurado ou dependente
5- Autoridade pública

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

2- Tipo de CAT

1- Inicial 2- Reabertura 3- Comunicação de Óbito em:

I - EMITENTE					
Empregador					
3- Razão Social /Nome <input type="text"/>					
4- Tipo <input type="text"/>	1- CGC/CNPJ 2- CEI 3- CPF 4-NIT <input type="text"/>		5- CNAE <input type="text"/>	6- Endereço - Rua/Av. <input type="text"/>	
Complemento (continuação) <input type="text"/>		Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	7- Município <input type="text"/>	8-UF <input type="text"/>
9- Telefone <input type="text"/>					
Acidentado					
10- Nome <input type="text"/>					
11- Nome da mãe <input type="text"/>					
12- Data de nasc. <input type="text"/>	13- Sexo <input type="text"/> 1- Masc. 3- Fem.	14- Estado civil <input type="text"/> 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Sep. judic. 5- Outro 6 - Ignorado	15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão <input type="text"/>	16- UF <input type="text"/>	17- Remuneração Mensal <input type="text"/>
18- Carteira de Identidade <input type="text"/>		Data de emissão <input type="text"/>	Órgão Expedidor <input type="text"/>	19- UF <input type="text"/>	20- PIS/PASEP/NIT <input type="text"/>
21- Endereço - Rua/Av/ <input type="text"/>					
Bairro <input type="text"/>		CEP <input type="text"/>	22- Município <input type="text"/>	23- UF <input type="text"/>	24- Telefone <input type="text"/>
25- Nome da ocupação <input type="text"/>				26- CBO <input type="text"/> consulte CBO	
27- Filiação à Previdência Social <input type="text"/> 1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial 8- Médico residente			28- Aposentado? <input type="text"/> 1- sim 2- não		29- Áreas <input type="text"/> 1- Urbana 2- Rural
Acidente ou Doença					
30- Data do acidente <input type="text"/>		31- Hora do acidente <input type="text"/>		32- Após quantas horas de trabalho? <input type="text"/>	
33- tipo <input type="text"/> 1-Típico 2- Doença 3- Trajeto			34- Houve afastamento? <input type="text"/> 1-sim 2-não		
35- Último dia trabalhado <input type="text"/>					
36- Local do acidente <input type="text"/>		37 - Especificação do local do acidente <input type="text"/>		38- CGC/CNPJ <input type="text"/>	
39- UF <input type="text"/>		40-Município do local do acidente <input type="text"/>		41-Parte(s) do corpo atingida(s) <input type="text"/>	
42- Agente causador <input type="text"/>		43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença <input type="text"/>			
44- Houve registro policial ? <input type="text"/> 1- sim 2- não				45- Houve morte ? <input type="text"/> 1- sim 2- não	
Testemunhas					
46- Nome <input type="text"/>					
47- Endereço - Rua/Av/nº/comp. <input type="text"/>					
Bairro <input type="text"/>		CEP <input type="text"/>	48- Município <input type="text"/>		49- UF <input type="text"/>
Telefone <input type="text"/>					

II - ATESTADO MÉDICO
Deve ser preenchido por profissional médico.

Atendimento

54- Unidade de atendimento médico <input type="text"/>		55-Data <input type="text"/>	56- Hora <input type="text"/>
57- Houve internação <input type="checkbox"/> 1-sim 2- não			
58- Duração provável do tratamento dias <input type="text"/>	59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> 1-sim 2-não		

Lesão

60- Descrição e natureza da lesão <input type="text"/>
--

Diagnóstico

61- Diagnóstico provável <input type="text"/>	62- CID-10 <input type="text"/>
---	---------------------------------

63- Observações: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--

Local e data <input type="text"/>	Assinatura e carimbo do médico com CRM <input type="text"/>
-----------------------------------	---

III - INSS

64- Recebida em <input type="text"/>	65- Código da Unidade <input type="text"/>	66- Número do CAT <input type="text"/>
--------------------------------------	--	--

Notas:
1- A inexatidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal.

<input type="text"/> Matricula

Assinatura do servidor

67- Matrícula do servidor

2- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO

[Instruções de Preenchimento](#)

ANEXO C

Referências Bibliográficas – Artigos selecionados

(n=557)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – ARTIGOS SELECIONADOS (n= 557)

1. Achucarro VC; Frutos AC. Conocimientos y prácticas del personal de salud: médicos y enfermeras en el manejo de la diarrea aguda en el niño menor de cinco años en el Paraguay. Asunción; EFACIM; 1997. 245 p.
2. Adams D, Elliott TSJ. Impact of safety needle devices on occupationally acquired needlestick injuries: a four-year prospective study. *Journal of Hospital Infection*. 2006; 64 (1): 50-55.
3. Adegboye AA, Moss GB, Soyinka F, Kreiss JK. The epidemiology of needlestick and sharp instrument accidents in a Nigerian hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1994 Jan;15(1):27-31.
4. Adegboye AA, Roy PK, Emeka C. Glove utilization and reasons for poor compliance by health care workers in a Nigerian teaching hospital. *Trop Doct*. 1997 Apr;27(2):93-7.
5. Aiken LH, Sloane DM, Klocinski JL. Hospital nurses' occupational exposure to blood: prospective, retrospective, and institutional reports. *Am J Public Health*. 1997 Jan;87(1):103-7.
6. Al Awaidy S, Bawikar S, Duclos P. Safe injection practices in a primary health care setting in Oman. *East Mediterr Health J*. 2006;12 Suppl 2:S207-16.
7. Alam M. Knowledge, attitude and practices among health care workers on needle-stick injuries. *Annals of Saudi Medicine*. 2002; 22 (5-6): 396-399.
8. Aljure J, Arias C, Baez H, Fuentes G, Gomez C, Lomanto M, Lozano A, Rueda MJ, Silva C. Variación de los líquidos corporales y efectos de la rehidratación según el tipo de solución ingerida durante un ejercicio en deportistas jóvenes. Bogotá; s.n; oct. 1991. 96 p.
9. Allan DA, Behrman AJ. Lipid abnormalities in a healthcare worker receiving HIV prophylaxis. *Int J STD AIDS*. 2001 Aug;12(8):532-4.
10. Almeida MI. Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no Programa de Saúde da Família. *Acta sci. Health sci*;25(2):227-235, jul.-dez. 2003.
11. Alvarado-Ramy F, Beltrami EM, Short LJ, Srivastava PU, Henry K, Mendelson M, Gerberding JL, Delclos GL, Campbell S, Solomon R, Fahrner R, Culver DH, Bell D, Cardo DM, Chamberland ME. A comprehensive approach to percutaneous injury

prevention during phlebotomy: results of a multicenter study, 1993-1995. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2003 Feb;24(2):97-104.

12. Alvarado-Ramy F, Beltrami EM, Short LJ, Srivastava PU, Henry K, Mendelson M, Gerberding JL, Delclos GL, Campbell S, Solomon R, Fahrner R, Culver DH, Bell D, Cardo DM, Chamberland ME. A comprehensive approach to percutaneous injury prevention during phlebotomy: results of a multicenter study, 1993-1995. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2003 Feb;24(2):97-104.
13. Alvarado-Ramy F, Beltrami EM. New guidelines for occupational exposure to blood-borne viruses. *Cleve Clin J Med.* 2003 May;70(5):457-65.
14. Alvarez R, Conde E, Hewes S. Instrumentos de diagnósticos sobre conocimientos, actitudes y practicas en supervivencia infantil. s.l; Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá; abr. 1986. p.
15. American Association of Diabetes Educators. Insulin self-administration instruction: use of engineered sharps injury protection devices to meet OSHA regulations. *Diabetes Educ.* 2002 Sep-Oct;28(5):730-4.
16. Anderson E, McGovern PM, Kochevar L, Vesley D, Gershon R. Testing the reliability and validity of a measure of safety climate. *J Healthc Qual.* 2000 Mar-Apr;22(2):19-24.
17. Andrade, DR. Atividade física e promoção da saúde. Conhecimento e prática dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Caetano do Sul São Paulo s.n; 2001. 120 p. [Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo.
18. André C, Costa MF, Raggio R, Vermelho LL, Novis SAP. Práticas e nível de conhecimento sobre doença cerebrovascular em um hospital universitário: parte 1. Educação do corpo de enfermagem: prioridade para o tratamento do infarto cerebral. *Arq. neuropsiquiatr;*55(3B):573-9, set. 1997.
19. Anglin D, Kyriacou DN, Hutson HR. Residents' perspectives on violence and personal safety in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 1994 May;23(5):1082-4.
20. Anon. Palliative care: end of life care. *West Indian med. j;*52(4):265-266, Dec. 2003.
21. Ansa VO, Udoma EJ, Umoh MS, Anah MU. Occupational risk of infection by human immunodeficiency and hepatitis B viruses among health workers in south-eastern Nigeria. *East Afr Med J.* 2002 May;79(5):254-6.

22. Ansa VO, Udoma EJ, Umoh MS, Anah MU. Occupational risk of infection by human immunodeficiency and hepatitis B viruses among health workers in south-eastern Nigeria. *East African Medical Journal*. 2002; 79 (5):254-256.
23. APIC position paper: prevention of device-mediated bloodborne infections to health care workers. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. *Am J Infect Control*. 1998 Dec;26(6):578-80.
24. Araújo R SS. O trabalhador na aviação e as práticas de saúde sob o olhar do controlador de tráfego. São Paulo; s.n; 2000. 126 p. [Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo.
25. Arboleda PM, Urbano SM, Oña SH, Gallegos MS. Trastornos de líquidos, electrolitos y equilibrio ácido base. In: *Hospital Regional del IESS-Riobamba. Temas de actualidad en medicina interna*. Quito, IESS, 1995. p.95-128.
26. Arduini L, Di Giulio P, Franchi M, Nebuloni G, Pianosi G, Sisti P, Della Torre L, Valioni V, Ottone M. [A sampling study in 6 Lombardy hospitals on the knowledge possessed by nurses on the risks associated with accidental exposure to patient blood] *Riv Inferm*. 1989 Apr-Jun;8(2):84-92.
27. Arze ARS. Rinon líquidos y electrolitos semiologia y fisiopatologia renal. Cochabamba; Pachaq; ago. 1997. 325 p.
28. Asa R. Safety sabotage. Why workers don't follow infection control precautions. *Mater Manag Health Care*. 1997 Jan;6(1):16-8.
29. Askarian M, Hashemi Z, Jaafari P, Assadian O. Knowledge about HIV infection and attitude of nursing staff toward patients with AIDS in Iran. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006 Jan;27(1):48-53. Epub 2006 Jan 6.
30. Askarian M, Malekmakan L. The prevalence of needle stick injuries in medical, dental, nursing and midwifery students at the University Teaching Hospitals of Shiraz, Iran. *Indian Journal of Medical Sciences*. 2006; 60 (6): 227-232.
31. Astbury C, Baxter PJ. Infection risks in hospital staff from blood: hazardous injury rates and acceptance of hepatitis B immunization. *J Soc Occup Med*. 1990 Autumn;40(3):92-3.
32. Astbury C, Baxter PJ. Infection risks in hospital staff from blood: hazardous injury rates and acceptance of hepatitis B immunization. *J Soc Occup Med*. 1990 Autumn; 40(3):92-3.

33. Atenstaedt R, Roberts R, Russell I, Payne S, Parry R, Capewell S. Needle-stick injuries presenting to GP practices across north Wales. *Commun Dis Public Health*. 2004 Jun;7(2):151.
34. Atta AG, Maringoni RL, Trindade Júnior AS. Papel dos átrios no controle dos fluidos corpóreos. *Rev. paul. med*;107(1):37-40, jan.-fev. 1989.
35. Atulomah NO, Oladepo O. Knowledge, perception and practice with regards to occupational risks of HIV/AIDS among nursing and midwifery students in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med Med Sci*. 2002 Sep;31(3):223-7.
36. Aziz S, Memon A, Tily HI, Rasheed K, Jehangir K, Quraishy MS. Prevalence of HIV, hepatitis B and C amongst health workers of civil hospital Karachi. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2002; 52 (3):92-94.
37. Azuero M, Guerrero T, Leguísamo Y, López G, López J. Actitudes en el personal de salud. Quito; Escuela Nacional de Enfermería; 1992. 115 p.
38. Azuero OMH, Mejía HM. Líquidos y electrolitos. *Univ. med*;27(1/2):42-49, ene. 1985.
39. Bagramian RA, McNamara JA Jr. A prospective survey of percutaneous injuries in orthodontists. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1998 Dec;114(6):654-8.
40. Balaszczuk AM, Tomat A, Bellucci S, Fellet A, Arranz C. Nitric oxide synthase blockade and body fluid volumes. *Braz. j. med. biol. res = Rev. bras. pesqui. m,d. biol*;35(1):131-134, Jan. 2002.
41. Balsamo AC, Barrientos DS, Rossi JCB. Acidentes de trabalho com exposição a líquidos corporais humanos ocorridos nos funcionários do Hospital Universitario da Universidade de São Paulo (HU-USP). *Rev. med. Hosp. Univ*;10(1):39-45, jan.-jun. 2000.
42. Barrett M, Ymer B, Moesbergen AM. Enhancing safety in a pediatric unit. *Contemp Nurse*. 1999 Mar;8(1):265-9.
43. Barría SK, Hasson NA, Tieppo HL, Vera KC, Torres FS. Estudio y cuantificación de la respuesta de la hiperhidrosis palmar y tratamiento con sales de aluminio micropulverizadas. *Rev. chil. dermatol*;20(4):245-248, 2004.
44. Bassett IV, Freedberg KA, Walensky RP. Two drugs or three? Balancing efficacy, toxicity, and resistance in postexposure prophylaxis for occupational exposure to HIV. *Clin Infect Dis*. 2004 Aug 1;39(3):395-401. Epub 2004 Jul 16.

45. Becker MH, Janz NK, Band J, Bartley J, Snyder MB, Gaynes RP. Noncompliance with Universal Precautions Policy: Why do physicians and nurses recap needles? *American Journal of Infection Control*. 1990; 18 (4):232-239.
46. Beekmann SE, Henderson DK. Protection of healthcare workers from bloodborne pathogens. *Curr Opin Infect Dis*. 2005 Aug;18(4):331-6.
47. Beekmann SE, Vaughn TE, McCoy KD, Ferguson KJ, Torner JC, Woolson RF, Doebbeling BN. Hospital bloodborne pathogens programs: Program characteristics and blood and body fluid exposure rates. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2001; 22 (2):73-82.
48. Beger MLM. Aposentados e livres... mas para quê?: os trabalhadores e a representação social da aposentadoria. São Paulo; s.n; 2003. [130] p. [Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo.
49. Beletsky L, Macalino GE, Burris S. Attitudes of police officers towards syringe access, occupational needle-sticks, and drug use: A qualitative study of one city police department in the United States. *International Journal of Drug Policy*. 2005; 16 (4):267-274.
50. Belli Luis, Dominguez Mon A. La práctica médica y las ETS: conclusiones a partir de las encuestas a personal de salud asistente a cursos de capacitación profesional (1990-1991). *Arch. argent. dermatol*;41(4):199-208, jul-ago 1991.
51. Benitez Rodriguez E, Ruiz Moruno AJ, Cordoba Dona JA, Escolar Pujolar A, Lopez Fernandez FJ. Underreporting of percutaneous exposure accidents in a teaching hospital in Spain. *Clin Perform Qual Health Care*. 1999 Apr-Jun;7(2):88-91.
52. Bezerra, AFB, Espírito Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev. saude publica = J. public health*;39(5):809-815, out. 2005.
53. Bi P, Tully PJ, Pearce S, Hiller JE. Occupational blood and body fluid exposure in an Australian teaching hospital. *Epidemiol Infect*. 2006 Jun;134(3):465-71. Epub 2005 Sep 30.
54. Bilski B, Marynowicz B. [Knowledge, hygiene behavior and risk of bloodborne infections in the selected staff of beauty parlors and hairdressing salons] *Med Pr*. 2006;57(6):517-24.
55. Bilski B, Wysocki J. [The level of knowledge of post-exposure prophylaxis of bloodborne infections at the workplace observed in nurses] *Med Pr*. 2005;56(5):375-8.

56. bin Zakaria M, Lerche NW, Chomel BB, Kass PH. Accidental injuries associated with nonhuman primate exposure at two regional primate research centers (USA): 1988-1993. *Lab Anim Sci.* 1996 Jun;46(3):298-304.
57. Bodkin C, Bruce J. Health professionals' knowledge of prevention strategies and protocol following percutaneous injury. *Curationis.* 2003 Dec;26(4):22-8.
58. Boey VM, Phipps FM. It's a bloody risk. Midwives' attitudes, perceptions and practices regarding wearing goggles on delivery suite. *Pract Midwife.* 2003 Feb;6(2):28-33.
59. Bongioanni LC, Ramos EH. Determinación del pH intracelular por distribución de ácido benzoico en *S. cerevisiae*, transporte de aminoácidos y gradiente de protones. *Rev. argent. microbiol;* 20(1):1-15, 1988.
60. Bouvet E, Casalino E. [Anti-HIV chemoprophylaxis for blood-exposure accidents] *Ann Med Interne (Paris).* 2000 Jun;151(4):283-90.
61. Bouvet E. Occupational exposure to HIV. Actual knowledge and trends in prevention [Risque professionnel d'infection par le virus de l'immunodeficiency humaine. Synthèse des connaissances actuelles et evolution de la prevention]. *Medecine et Maladies Infectieuses.* 1993; 23 (1): 28-33.
62. Bouza E, Munoz P, Lopez-Rodriguez J, Jesus Perez M, Rincon C, Martin Rabadan P, Sanchez C, Bastida E. A needleless closed system device (CLAVE) protects from intravascular catheter tip and hub colonization: a prospective randomized study. *J Hosp Infect.* 2003 Aug;54(4):279-87.
63. Boyle M. Blood borne infections. Protection for midwives. *Pract Midwife.* 2000 Jul-Aug;3(7):48-50.
64. Brevideilli MM, Assayag RE, Turcato Júnior G. Adesão às precauções universais: uma análise do comportamento de equipe de enfermagem. *Rev. bras. enferm;*48(3):218-32, jul.-set. 1995.
65. Brevideilli MM, Cianciarullo TI. [Application of the health belief model to the prevention of occupational needle accidents] *Rev Saude Publica.* 2001 Apr;35(2):193-201.
66. Brevideilli MM, Cianciarullo TI. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Rev. saude publica = J. public health;*35(2):193-201, abr. 2001.

67. Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Rev. saude publica = J. public health*;35(2):193-201, abr. 2001.
68. Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Application of the health belief model to the prevention of occupational needle accidents [Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha.] *Revista de Saude Publica*. 2001; 35 (2):193-201.
69. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J. pediatri. (Rio J.)*;80(5,supl):s126-s130, nov. 2004.
70. Burke MJ, Sarpy SA, Smith-Crowe K, Chan-Serafin S, Salvador RO, Islam G. Relative effectiveness of worker safety and health training methods. *American Journal of Public Health*. 2006; 96 (2):315-324.
71. Burke S, Madan I. Contamination incidents among doctors and midwives: reasons for non-reporting and knowledge of risks. *Occup Med (Lond)*. 1997 Aug;47(6):357-60.
72. Burke S, Madan I. Contamination incidents among doctors and midwives: Reasons for non-reporting and knowledge of risks. *Occupational Medicine*. 1997; 47 (6):357-360.
73. Bury J. Community HIV--preparing the practice. *Practitioner*. 1991 May;235(1502):411-4.
74. Buss PW, McCabe M, Jones ER. Attitudes of paediatricians to HIV and hepatitis B virus infection. *Arch Dis Child*. 1991 Aug;66(8):961-4; discussion 965.
75. Calabrese G. La salud del anesmiólogo (cuarta parte): Riesgos biológicos y ambientales. *Rev. argent. anesthesiol*;63(4):235-252, jul.-ago. 2005.
76. Canese A. Lista de los agentes infecciosos mas frecuentes en los materiales clinicos (no incluye virus). *Rev. paraguaya microbiol*;17(1):37-44, 1982.
77. Capelozzi V L, Rosa DC, Silva ASF. The value of cytology and pleural biopsy in the differential diagnostic of nonspecific pleural effusions. *J. pneumol*;29(4):225-234, jul.-ago. 2003.
78. Caputi R. Seudo infecciones. *Oncol. (Quito)*;7(3):167-70, jul.-sep. 1997.

79. Cardoso RJ. O uso do glutaraldeído e suas representações sociais entre profissionais de enfermagem Ribeirão Preto; s.n; 1997. 141 p.[Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo.
80. Carrillo L, Fleming LE, Lee DJ. Bloodborne pathogens risk and precautions among urban fire-rescue workers. *J Occup Environ Med.* 1996 Sep;38(9):920-4.
81. Carvalho T, Rodrigues T, Meyer F, Lancha Júnior AH, De Rose EH. Guidelines of the Brazilian Society of Sports Medicine: Dietary changes, fluid replacement, food supplements and drugs: demonstration of ergogenic action and potential health risks. *Rev. bras. med. esporte*;9(2):57-68, Mar.-Apr. 2003.
82. Casey AL, Elliott TS. The usability and acceptability of a needleless connector system. *Br J Nurs.* 2007 Mar 8-21;16(5):267-71.
83. Cassanovas VMC, Zamora A. Mejorando a traves del dialogo; una metodologia de investigacion / Dialogue a research methodology. *Rev. Soc. Boliv. Pediatr*;36(2):67-70, 1997.
84. Castro ACLC. Interpretação da natremia. *Rev. bras. clin. ter*;24(3):111-4, 1998.
85. Chalhoub MCAA, Marcílio C, Barral Netto M. Valor da determinação da atividade de adenosina desaminase (ADA) no diagnóstico diferencial dos derrames pleurais. *Rev. Assoc. Med. Bras.* (1992);42(3):139-46, jul.-set. 1996.
86. Chan R, Molassiotis A, Chan E, Chan V, Ho B, Lai CY, Lam P, Shit F, Yiu I. Nurses' knowledge of and compliance with universal precautions in an acute care hospital. *Int J Nurs Stud.* 2002 Feb;39(2):157-63.
87. Chaves LC. Aspectos pessoais, sociais e ambientais envolvidos na manipulação de resíduos sólidos de serviços de saúde pela equipe de enfermagem. São Paulo; s.n; 1997. 143 p. [Dissertação]. São Paulo. Universidade Presbiteriana Mackenzie.
88. Chelenyane M, Endacott R. Self-reported infection control practices and perceptions of HIV/AIDS risk amongst emergency department nurses in Botswana. *Accid Emerg Nurs.* 2006 Jul;14(3):148-54. Epub 2006 May 19.
89. Chen MY, Fox EF, Rogers CA. Post-exposure prophylaxis for human immunodeficiency virus: knowledge and experience of junior doctors. *Sex Transm Infect.* 2001 Dec;77(6):444-5.

90. Cheng G, Wong HF, Chan A, Chui CH. The effects of a self-educating blood component request form and enforcements of transfusion guidelines on FFP and platelet usage. Queen Mary Hospital, Hong Kong. British Committee for Standards in Hematology (BCSH). Clin Lab Haematol. 1996 Jun;18(2):83-7.
91. Chiarello LA, Cardo DM. Comprehensive prevention of occupational blood exposures: lessons from other countries. Infect Control Hosp Epidemiol. 2000 Sep;21(9):562-3.
92. Chiarello LA, Cardo DM. Comprehensive prevention of occupational blood exposures: lessons from other countries. Infect Control Hosp Epidemiol. 2000 Sep;21(9):562-3.
93. Chiarello LA, Cardo DM. Comprehensive prevention of occupational blood exposures: Lessons from other countries. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2000; 21 (9):562-563.
94. Chou L, Reynolds MR, Esterhai Jr JL. Hazards to the Orthopaedic Trauma Surgeon: Occupational Exposure to HIV and Viral Hepatitis (A Review Article). Journal of Orthopaedic Trauma. 1996; 10 (4): 289-296.
95. Cleveland JL, Barker LK, Cuny EJ, Panlilio AL; National Surveillance System for Health Care Workers Group. Preventing percutaneous injuries among dental health care personnel. J Am Dent Assoc. 2007 Feb;138(2):169-78; quiz 247-8.
96. Coates D, Wilson M. Powders, composed of chlorine-releasing agent acrylic resin mixtures or based on peroxygen compounds, for spills of body fluids. J Hosp Infect. 1992 Aug;21(4):241-52.
97. Cockcroft A, Elford J. Clinical practice and the perceived importance of identifying high risk patients. J Hosp Infect. 1994 Oct;28(2):127-36.
98. Cockcroft A, Oakley K, Gooch C, Mastin S. Anxiety and perception of risk of HIV and hepatitis B infection among health-care workers reporting accidental exposures to blood and other body fluids. AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV. 1994; 6 (2):205-214
99. Cooley C, Gabriel J. Reducing the risks of sharps injuries in health professionals. Nurs Times. 2004 Jun 29-Jul 6;100(26):28-9.
100. Corser WD. Occupational exposure of health care workers to bloodborne pathogens. A proposal for a systematic intervention approach. AAOHN J. 1998 May;46(5):246-52.

101. Corvino MPF. Desenvolvimento profissional no sistema de saúde: revelando processos de educação e trabalho. São Paulo; s.n; 1996. 205 p.[Tese]. São Paulo. Universidade de São Paulo.
102. Costa Filho HA, Berezovsky A. Análise crítica do desempenho evolutivo da visão subnormal no Instituto Benjamin Constant. Arq. bras. oftalmol;68(6):815-820, nov.-dez. 2005.
103. Cruz BE; González PV, Soto S, Moreta HV. El trabajador de salud y el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida : conocimientos y actitudes. Arch. domin. pediatr;30(2):38-40, mayo-ago. 1994.
104. Cruz, MS, Silva Filho, JF. A formação de profissionais para a assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo habitus de cuidado. J. bras. psiquiatr;54(2):120-26, abr.-jun. 2005.
105. Csete M. Special consideration for bloodborne pathogens in the PACU. J Perianesth Nurs. 1996 Aug;11(4):223-30.
106. Cuéllar Ponce de León L, Rosales CR, Aquino RF. Eficacia de un programa educativo para la prevención y el control de infecciones intrahospitalarias en el Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú. Rev. peru. med. exp. salud publica;21(1):37-43, ene.-mar. 2004.
107. Culasso C, Carvajal L; Paolucci R, Ceballos A; Paredes M. Streptococcus pneumoniae: evolución de la resistencia a los antimicrobianos en un hospital de niños de Córdoba, Argentina. Rev. argent. microbiol;33(3):149-154, jul.-sept. 2001.
108. Cuny E, Carpenter WM. Occupational exposure to blood and body fluids: new postexposure prophylaxis recommendations. United States Occupational Safety and Health Administration. J Calif Dent Assoc. 1998 Apr;26(4):261-7, 269-71.
109. Cutter J, Jordan S. Uptake of guidelines to avoid and report exposure to blood and body fluids. J Adv Nurs. 2004 May;46(4):441-52.
110. Cutter J, Jordan S. Uptake of guidelines to avoid and report exposure to blood and body fluids. J Adv Nurs. 2004 May;46(4):441-52.
111. Dale JC, Pruett SK, Maker MD. Accidental needlesticks in the phlebotomy service of the Department of Laboratory Medicine and Pathology at Mayo Clinic Rochester. Mayo Clin Proc. 1998 Jul;73(7):611-5.

112. Dalton M, Blondeau J, Dockerty E, Fanning C, Johnston L, LeFort-Jost S, MacDonald S. Compliance with a nonrecapping needle policy. *Can J Infect Control*. 1992 Summer;7(2):41-4.
113. Davidhizar R, Shearer R, Castro R. Needlestick injury: what every nurse should know. *J Pract Nurs*. 2000 Winter;50(4):12-5; quiz 16-8.
114. Davidhizar R, Shearer R, Castro R. Needlestick injury: what every nurse should know. *The Journal of practical nursing*. 2000; 50 (4):12-15; quiz 16.
115. Davidson G, Gillies P. Safe working practices and HIV infection: knowledge, attitudes, perception of risk, and policy in hospital. *Quality in health care: QHC*. 1993; 2 (1): 21-26.
116. Davis MS. Occupational hazards of operating: opportunities for improvement. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996 Oct;17(10):691-3.
117. Davis MS. Occupational hazards of operating: opportunities for improvement. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996 Oct;17(10):691-3.
118. de Souza RA, Namen FM, Galan J Jr, Vieira C, Sedano HO. Infection control measures among senior dental students in Rio de Janeiro State, Brazil. *J Public Health Dent*. 2006 Fall;66(4):282-4.
119. de Souza RA, Namen FM, Galan J Jr, Vieira C, Sedano HO. Infection control measures among senior dental students in Rio de Janeiro State, Brazil. *J Public Health Dent*. 2006 Fall;66(4):282-4.
120. DeJoy DM, Searcy CA, Murphy LR, Gershon RR. Behavioral-diagnostic analysis of compliance with universal precautions among nurses. *J Occup Health Psychol*. 2000 Jan;5(1):127-41.
121. Denis M-A, Ecochard R, Bernadet A, Forissier M-F, Porst J-M, Robert O, Volckmann Cl, Bergeret A. Risk of occupational blood exposure in a cohort of 24,000 hospital healthcare workers: Position and environment analysis over three years. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2003; 45 (3):283-288.
122. Denis MA, Ecochard R, Bernadet A, Forissier MF, Porst JM, Robert O, Volckmann C, Bergeret A. Risk of occupational blood exposure in a cohort of 24,000 hospital healthcare workers: position and environment analysis over three years. *J Occup Environ Med*. 2003 Mar;45(3):283-8.

123. Dental workers underreport potential exposures to HIV, study says. *AIDS Policy Law*. 1997 Sep 19;12(17):3.
124. Dentinger C, Pasat L, Popa M, Hutin YJ, Mast EE. Injection practices in Romania: progress and challenges. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2004 Jan;25(1):30-5.
125. DeVries JE, Burnette MM, Redmon WK. AIDS prevention: improving nurses' compliance with glove wearing through performance feedback. *J Appl Behav Anal*. 1991 Winter;24(4):705-11.
126. Dias R, Rogenski OM. Planejamento familiar e contracepção: a escolha do método contraceptivo ideal e a atuação do profissional de saúde. *Reproducao*; 6(5/6):225-6, set.-dez. 1991.
127. Díaz PJ, García CP, De la Barra DR, Gasep CJ, Levican AJ, Quiroga GT. Utilidad de la citocentrifugación en el diagnóstico bacteriológico microscópico de fluidos corporales. *Rev. chil. infectol*;19(3):167-173, 2002.
128. Diekema DJ, Albanese MA, Schuldt SS, Doebbeling BN. Blood and body fluid exposures during clinical training: Relation to knowledge of universal precautions. *Journal of General Internal Medicine*. 1996; 11 (2):109-111.
129. Diprose P, Deakin CD, Smedley J. Ignorance of post-exposure prophylaxis guidelines following HIV needlestick injury may increase the risk of seroconversion. *Br J Anaesth*. 2000 Jun;84(6):767-70.
130. Diprose P, Deakin CD, Smedley J. Ignorance of post-exposure prophylaxis guidelines following HIV needlestick injury may increase the risk of seroconversion. *British Journal of Anaesthesia*. 2000; 84 (6): 767-770.
131. Djeriri K, Charof R, Laurichesse H, Fontana L, El Aouad R, Merle JL, Catilina P, Beytout J, Chamoux A. [Occupational risk for blood exposure and staff behaviour: a cross-sectional study in 3 Moroccan healthcare centers] *Med Mal Infect*. 2005 Jul-Aug;35(7-8):396-401.
132. Djeriri K, Charof R, Laurichesse H, Fontana L, El Aouad R, Merle JL, Catilina P, Beytout J, Chamoux A. Occupational risk for blood exposure and staff behaviour: A cross-sectional study in 3 Moroccan healthcare centers [Comportement et conditions de travail exposant au sang: Analyse des pratiques dans trois établissements de soins du Maroc]. *Medecine et Maladies Infectieuses*. 2005; 35 (7-8):396-401.
133. Doebbeling BN. Lessons regarding percutaneous injuries among healthcare providers. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2003 Feb;24(2):82-5.

134. Dowling DA. Monitoring and evaluation: the management of blood borne pathogens. *J Qual Assur.* 1991 May-Jun;13(3):22-4.
135. Druet-Cabanac M, Szopinski M, Tibarbache H, Dumont D. Analysis of underreporting of occupational blood exposure at Limoges University Hospital [Étude des causes de non-déclaration des accidents d'exposition au sang au CHU de Limoges]. *Archives des Maladies Professionnelles et de Medecine du Travail.* 2003; 64 (7-8): 453-459.
136. Duffau TG, Guerrero WC. Valoración clínica del estado de hidratación en el lactante: magnitud del error . *Pediatrics (Santiago de Chile);*34(4):196-200, oct.-dic. 1991.
137. Duffin C. Point of no return. *Nurs Stand.* 2002 May 22-28;16(36):12-3.
138. Edmond M, Khakoo R, McTaggart B, Solomon R. Effect of bedside needle disposal units on needle recapping frequency and needlestick injury. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1988 Mar;9(3):114-6.
139. Elito Junior J, Reichmann A, Uchiyama MN, Camano L. A importância da presença de líquido livre na cavidade peritoneal à ultra-sonografia no tratamento sistêmico da gravidez ectópica com metotrexato. *Reprod. clim;*13(4):228-31, out. 1998.
140. Elliott SK, Keeton A, Holt A. Medical students' knowledge of sharps injuries. *J Hosp Infect.* 2005 Aug;60(4):374-7.
141. Elmiyeh B, Whitaker IS, James MJ, Chahal CA, Galea A, Alshafi K. Needle-stick injuries in the National Health Service: a culture of silence. *J R Soc Med.* 2004 Jul;97(7):326-7. Erratum in: *J R Soc Med.* 2004 Sep;97(9):458.
142. Elmiyeh B, Whitaker IS, James MJ, Chahal CA, Galea A, Alshafi K. Needle-stick injuries in the National Health Service: a culture of silence. *J R Soc Med.* 2004 Jul;97(7):326-7. Erratum in: *J R Soc Med.* 2004 Sep;97(9):458.
143. English JF. Reported hospital needlestick injuries in relation to knowledge/skill, design, and management problems. *Infection control and hospital epidemiology.* 1992; 13 (5):259-264.
144. Ennigrou S, Ben Ameer Khechine I, Cherif A, Najah N, Ben Hamida A. [Analysis of knowledge attitudes and practices of health care workers facing blood exposure accidents in a general surgery service] *Tunis Med.* 2004 Jun;82(6):492-505.
145. Epstein JB, Mathias RG, Gibson GB. Survey to assess dental practitioner's knowledge of infectious disease. *J Can Dent Assoc.* 1995 Jun;61(6):519-25.

146. Ernest SK. Injection safety: knowledge and practice among health workers. *West African Journal of Medicine*. 2002; 21 (1):70-73.
147. Esch CE. Da informação à esperança: o saúde no ar de seus ouvintes. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação; 1997. 24 p.
148. Escudero OG; Hernández MFH, Valdovinos DMA. Obesidad y enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev. invest. clin*;54(4):320-327, jul.-ago. 2002.
149. Fasunloro A, Owotabe FJ. Occupational hazards among clinical dental staff. *Journal of Contemporary Dental Practice*. 2004; 5 (2):134-152.
150. Fasunloro A, Owotade FJ. Occupational hazards among clinical dental staff. *J Contemp Dent Pract*. 2004 May 15;5(2):134-52.
151. Febré N; Reyes E, Guerrero M; Fica A. Programa de prevención de exposiciones laborales a sangre y líquidos corporales contaminados en alumnos de escuela de enfermería-experiencia de una universidad tradicional. *Bol. Cient. Asoc. Chil. Segur*;4(8):4-12, jul.-dic. 2002.
152. Feddersen WM, Denegri CA, Ponce FS, Fernández GF, Emilfork SM. Evaluación de dos métodos para calificar la hidratación corporal en niños con diarrea aguda: experiencia con enfermeras. *Rev. chil. pediatr*;66(1):30-5, ene.-feb. 1995.
153. Felix DH, Bird AG, Anderson HG, Gore SM, Brettle RP, Wray D. Recent non-sterile inoculation injuries to dental professionals in the Lothian region of Scotland. *Br Dent J*. 1994 Mar 5;176(5):180-4.
154. Fereres Castiel J, Mato Chain G. [Management of the occupational risk of exposure to biological material. From knowledge to action] *Med Clin (Barc)*. 2004 May 29;122(20):782-3.
155. Fernandes PT, Noronha ALA, Sander JW, Bell G S, Li LM. Training the trainers and disseminating information: a strategy to educate health professionals on epilepsy. *Arq. neuropsiquiatr*;65(supl.1):14-22, jun. 2007.
156. Ferreira MC, Grosseman S; Vieira R. O que os profissionais de saúde que lidam com saúde materno-infantil deveriam saber sobre vacinas. *ACM arq. catarin. med*;32(2):78-101, abr.-jun. 2003.

157. Figueiredo, MAC, Fioroni LN. Atitudes frente à AIDS e Locus de Controle: um estudo com estudantes e profissionais de enfermagem. *Medicina (Ribeirao Preto)*;29(2/3):301-8, abr.-set. 1996.
158. Fischer FM, Repullo Júnior R, Galasso L, Teixeira LR, Nagai R, Zinn LCS, Stelutti J, Latorre MRDO, Bicudo Pereira IMT, Lefèvre F, Lefèvre, AMC, Rocha LE, Oliveira DC, Lowden A, Baker R. Trabalho de adolescentes: riscos e caminhos para a promoção da saúde. São Paulo; Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005. [277]
159. Fluke C. Sharps safety. *J Healthc Mater Manage.* 1992 Oct;10(9):61-3.
160. Folin AC, Nordström GM. Accidental Blood Contact during Orthopedic Surgical Procedures. *Infection Control and Hospital Epidemiology.* 1997; 18 (4):244-246.
161. Folin AC, Nordstrom GM. Accidental blood contact during orthopedic surgical procedures. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1997 Apr;18(4):244-6.
162. Forseter G, Joline C, Wormser GP. Blood contamination of tourniquets used in routine phlebotomy. *Am J Infect Control.* 1990 Dec;18(6):386-90.
163. Forst LS, Fletcher B. HIV prophylaxis for health care workers. *J Occup Environ Med.* 1997 Dec;39(12):1212-9.
164. Frater RW. Cardiac surgery and the human immunodeficiency virus. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2000 Apr;12(2):145-7.
165. Frater RW. Cardiac surgery and the human immunodeficiency virus. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2000 Apr;12(2):145-7.
166. Freeman SW, Chambers CV. Compliance with universal precautions in a medical practice with a high rate of HIV infection. *J Am Board Fam Pract.* 1992 May-Jun;5(3):313-8.
167. Freeman SW, Chambers CV. Compliance with universal precautions in a medical practice with a high rate of HIV infection. *J Am Board Fam Pract.* 1992 May-Jun;5(3):313-8.
168. Freitas Júnior R, Cardoso NR, De Conti RC, Philocreon GR. Descarga mamilar: conduta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Goiás. *Femina*;22(10):459-61, out. 1994.

169. Frider B; Sookoian S, Reborá N, Castaño G, Rozenblat E. Riesgo profesional: hepatitis B; estrategias de vacunación en un hospital general. *Acta gastroenterol. latinoam*;22(1):29-35, ene.-mar. 1992.
170. Gabriel J. Needle stick injuries: how can we minimise our risk? *J Vasc Access*. 2006 Jan-Mar;7(1):3-6.
171. Ganczak M, Bialecki P, Boron-Kaczmarzka A, Szych Z. [Use of preventive strategies by surgeons and HIV exposure] *Wiad Lek*. 2004;57(5-6):221-8.
172. Ganczak M, Milona M, Szych Z. Nurses and occupational exposures to bloodborne viruses in Poland. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006 Feb;27(2):175-80. Epub 2006 Feb 8.
173. Garcia LP, Blank VLG. Prevalência de exposições ocupacionais de cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário a material biológico. *Cad. saude publica = Rep. public health*;22(1):97-108, jan. 2006.
174. García I, Blatt G, Saforcada E. Visualización participativa de los componentes psicosociales del campo de la salud: una experiencia de cambio actitudinal en los profesionales del sector. *Med. & soc*;19(1):12-7, ene.-mar. 1996.
175. Gelo F. Risks of infection to the bereaved. *J Pastoral Care*. 1997 Winter;51(4):427-34.
176. Gerberding JL. Clinical practice. Occupational exposure to HIV in health care settings. *N Engl J Med*. 2003 Feb 27;348(9):826-33.
177. Gershon R. Facilitator report: bloodborne pathogens exposure among health care workers. *Am J Ind Med*. 1996 Apr;29(4):418-20.
178. Gershon R. Facilitator report: bloodborne pathogens exposure among health care workers. *Am J Ind Med*. 1996 Apr;29(4):418-20.
179. Gershon RR, Flanagan PA, Karkashian C, Grimes M, Wilburn S, Frerotte J, Guidera J, Pugliese G. Health care workers' experience with postexposure management of bloodborne pathogen exposures: a pilot study. *Am J Infect Control*. 2000 Dec;28(6):421-8.
180. Gershon RR, Flanagan PA, Karkashian C, Grimes M, Wilburn S, Frerotte J, Guidera J, Pugliese G. Health care workers' experience with postexposure management of bloodborne pathogen exposures: a pilot study. *Am J Infect Control*. 2000 Dec;28(6):421-8.

181. Gershon RR, Karkashian C, Felknor S. Universal precautions: an update. *Heart Lung*. 1994 Jul-Aug;23(4):352-8.
182. Gershon RR, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA, Bernacki E, Kasting C, Martin L. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *Am J Infect Control*. 2000 Jun;28(3):211-21.
183. Gershon RR, Pearse L, Grimes M, Flanagan PA, Vlahov D. The impact of multifocused interventions on sharps injury rates at an acute-care hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999 Dec;20(12):806-11.
184. Gershon RR, Vlahov D, Felknor SA, Vesley D, Johnson PC, Delclos GL, Murphy LR. Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals. *Am J Infect Control*. 1995 Aug;23(4):225-36.
185. Gicquiaud F, Hauvette A, Lavogez A. [Reduction of blood-exposure accidents: utopia or reality] *Rech Soins Infirm*. 1998 Mar;(52):81-101.
186. Gile TJ. The OSHA lowdown on occupational exposure to bloodborne pathogens. *MLO Med Lab Obs*. 2001 Jun;33(6):14-20; quiz 22-3.
187. Gir E, Costa FP, da Silva AM. [The nursing team and occupational accidents with potentially contaminated material in the era of HIV] *Rev Esc Enferm USP*. 1998 Oct;32(3):262-72.
188. Gir E, Costa FP, da Silva AM. The nursing team and occupational accidents with potentially contaminated material in the era of HIV [A enfermagem frente a acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV.]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 1998; 32 (3): 262-272.
189. Go GW, Baraff LJ, Schriger DL. Management guidelines for health care workers exposed to blood and body fluids. *Ann Emerg Med*. 1991 Dec;20(12):1341-50.
190. Godin G, Naccache H, Fortin C. Understanding physicians' intention to use a simple infection control measure: wearing gloves. *Am J Infect Control*. 1998 Aug;26(4):413-7.
191. Gómez L. Hidratación en niños que practican actividad física. *Lect. nutr*;4(4):51-2, dic. 1997.

192. Gonçalves LRR, Nery IS, Sampaio MRF, Marreiros MÓC. Avaliação diagnóstica do conhecimento da equipe de enfermagem sobre AIDS. RASPP Rev. Assoc. Saude Publica de Piaui;1(1):48-56, abr.-set. 1998.
193. Gooch BF, Cardo DM, Marcus R, McKibben PS, Cleveland JL, Srivastava PU, Culver DH, Bell DM. Percutaneous exposures to HIV-infected blood. Among dental workers enrolled in the CDC Needlestick Study. J Am Dent Assoc. 1995 Sep;126(9):1237-42.
194. Gordon GP. Practice behaviors of RNs related to hazardous risks within the clinical setting. Medsurg Nurs. 1999 Jun;8(3):174-7.
195. Gould D, Wilson-Barnett J, Ream E. Nurses' infection-control practice: hand decontamination, the use of gloves and sharp instruments. Int J Nurs Stud. 1996 Apr;33(2):143-60.
196. Grady MM, Shortridge LA, Davis LS, Klinger CS. Occupational exposure to bloodborne diseases and universal precautions: measurement of health care workers' self reported attitudes. AAOHN J. 1993 Nov;41(11):533-40.
197. Grande Gimenez Marino C, El-Far F, Barsanti Wey S, Servolo Medeiros EA; Hospital Epidemiology Committee, Federal University at Sao Paulo, SP, Brazil. Cut and puncture accidents involving health care workers exposed to biological materials. Braz J Infect Dis. 2001 Oct;5(5):235-42.
198. Greco DB, Neves MC. O profissional de saúde infectado pelo HIV: direitos e deveres. Bioetica;1(1):39-47, 1993.
199. Greene ES, Berry AJ, Arnold III WP, Jagger J. Percutaneous injuries in anesthesia personnel. Anesthesia and Analgesia. 1996; 83 (2): 273-278.
200. Griffis CA. Prevention of occupational transmission of bloodborne diseases in clinical nurse anesthesia practice. CRNA. 2000 Feb;11(1):2-7.
201. Grosch JW, Gershon RR, Murphy LR, DeJoy DM. Safety climate dimensions associated with occupational exposure to blood-borne pathogens in nurses. Am J Ind Med. 1999 Sep;Suppl 1:122-4.
202. Grossman MD, Stawicki SP. The impact of human immunodeficiency virus (HIV) on outcome and practice in trauma: past, present and future. Injury. 2006 Dec;37(12):1117-24. Epub 2006 Nov 1.

203. Guajardo GH. Sonohisterografía: citología endometrial por lavado aspirativo de cavidad. *Rev. chil. ultrason*;9(1):21-22, 2006.
204. Guillemot D, Hayward RA, Jayle D, Mistralet L, Clavel T, Meunier C, Shapiro MF. [Medical interns and AIDS: perceptions and attitudes in 3 French regions] *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1994;42(6):548-56.
205. Guimarães F, Rettori O, Vieira-Matos AN, Fernandes GA. The influence of septal lesions on sodium and water retention induced by Walker 256 tumor. *Braz. j. med. biol. res = Rev. bras. pesqui. m,d. biol*;32(3):309-17, Mar. 1999.
206. Gumodoka B, Favot I, Berege ZA, Dolmans WM. Occupational exposure to the risk of HIV infection among health care workers in Mwanza Region, United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ*. 1997;75(2):133-40.
207. Gumodoka B, Favot L, Berege ZA, Dolmans WMV. Occupational exposure to the risk of HIV infection among health care workers in Mwanza Region, United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*. 1997; 75 (2):133-140.
208. Gurubacharya DL, Mathura KC, Karki DB. Knowledge, attitude and practices among health care workers on needle-stick injuries. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2003 Apr-Jun;1(2):91-4.
209. Haas P, Vituri CL. Exame do líquido pleural nos laboratórios do estado de Santa Catarina. *Rev. bras. anal. clin*;33(4):183-188, 2001.
210. Haddad NJ, Trapp SM, Sturion DJ. Considerações fisiológicas na fluidoterapia de cães e gatos. *Arq. cienc. vet. zool. UNIPAR*;8(1):63-70, jan.-jun. 2005.
211. Haddock CC, McGee GW, Fawal H, Saag MS. Knowledge and self-reported use of universal precautions in a university teaching hospital. *Hosp Health Serv Adm*. 1994 Fall;39(3):295-307.
212. Hagstrom AM. Perceived Barriers to Implementation of a Successful Sharps Safety Program. *AORN Journal*. 2006; 83 (2): 391,393-397.
213. Haiduven DJ, Simpkins SM, Phillips ES, Stevens DA. A survey of percutaneous/mucocutaneous injury reporting in a public teaching hospital. *J Hosp Infect*. 1999 Feb;41(2):151-4. Erratum in: *J Hosp Infect* 1999 May;42(1):83.

214. Halpern SD, Asch DA, Shaked A, Stock P, Blumberg EA. Inadequate hepatitis B vaccination and post-exposure evaluation among transplant surgeons: prevalence, correlates, and implications. *Ann Surg.* 2006 Aug;244(2):305-9.
215. Halpern SD, Asch DA, Shaked A, Stock P, Blumberg EA. Inadequate hepatitis B vaccination and post-exposure evaluation among transplant surgeons: prevalence, correlates, and implications. *Ann Surg.* 2006 Aug;244(2):305-9.
216. Hanrahan A, Reutter L. A critical review of the literature on sharps injuries: epidemiology, management of exposures and prevention. *J Adv Nurs.* 1997 Jan;25(1):144-54. Review.
217. Hanrahan A, Reutter L. A critical review of the literature on sharps injuries: Epidemiology, management of exposures and prevention. *Journal of Advanced Nursing.* 1997; 25 (1): 144-154.
218. Harrison CA, Rogers DW, Rosen M. Blood contamination of anaesthetic and related staff. *Anaesthesia.* 1990 Oct;45(10): 831-3.
219. Harty-Golder B. Stick to OSHA rules. *MLO Med Lab Obs.* 2003 Dec;35(12):28.
220. Harty-Golder B. Stick to OSHA rules. *MLO Med Lab Obs.* 2003 Dec;35(12):28.
221. Hawkins DA, Asboe D, Barlow K, Evans B. Seroconversion to HIV-1 following a needlestick injury despite combination post-exposure prophylaxis. *J Infect.* 2001 Jul;43(1):12-5.
222. Hellinger WJ, Gonsoulin SM. Risking everything. EMTs, universal precautions, and AIDS. *JEMS.* 1998 Jul;23(7):56-9.
223. Hellinger WJ, Gonsoulin SM. Risking everything. EMTs, universal precautions, and AIDS. *JEMS.* 1998 Jul;23(7):56-9..
224. Heptonstall J, Gill ON, Porter K, Black MB, Gilbert VL. Health care workers and HIV: surveillance of occupationally acquired infection in the United Kingdom. *Commun Dis Rep CDR Rev.* 1993 Oct 8;3(11):R147-53.
225. Hernández E. Manejo de líquidos, electrolitos y vitaminas en Actividad Física. *Lect. nutr;*(9):353-6, mayo 1995.

226. Hernández GR, Velasco DR, Jiménez S. La motivación laboral de los empleados en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera". *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc*;8(1):33-9, ene.-jun. 2000.
227. Hill DJ, Langley RL, Morrow WM. Occupational injuries and illnesses reported by zoo veterinarians in the United States. *J Zoo Wildl Med.* 1998 Dec;29(4):371-85.
228. Hinze L. Back to basics: protect yourself! *Emerg Med Serv.* 1993 Apr;22(4):30, 32-3.
229. Hinze L. Back to basics: protect yourself! *Emerg Med Serv.* 1993 Apr;22(4):30, 32-3.
230. Ho EC, Patiar S, Corbridge R. How we do it: blood contamination during management of epistaxis--awareness, utilization and availability of barrier protection. *Clin Otolaryngol.* 2005 Feb;30(1):71-2.
231. Hooper J, Charney W. Creation of a safety culture: reducing workplace injuries in a rural hospital setting. *AAOHN J.* 2005 Sep;53(9):394-8.
232. Hooper J, Charney W. Creation of a safety culture: reducing workplace injuries in a rural hospital setting. *AAOHN journal.* 2005; 53 (9):394-398.
233. Hope KM, Henderson E, Ledgerwood D, Hume K, Louie TJ. Should infection control practitioners do follow-up of staff exposures to patient blood and body fluids? *Am J Infect Control.* 1996 Apr;24(2):57-66.
234. Huang J, Jiang D, Wang X, Liu Y, Fennie K, Burgess J, Williams AB. Changing knowledge, behavior, and practice related to universal precautions among hospital nurses in China. *Journal of continuing education in nursing.* 2002; 33 (5):217-224.
235. Hudson T. A sharper point on using safer needles. *Hosp Health Netw.* 1999 Sep;73(9):46-8, 50.
236. Ihrig M, Cookson ST, Campbell K, Hartstein AI, Jarvis WR. Evaluation of the acceptability of a needleless vascular-access system by nurses. *Am J Infect Control.* 1997 Oct;25(5):434-8.
237. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, El Salvador. Ministerio de Salud Pública. Estudio sobre conocimiento, actitudes y practicas de lactancia materna del personal del Ministerio de Salud Pública: informe final. San Salvador; El Salvador. Ministerio de Salud Pública; abr. 1986.

238. Ippolito G, De Carli G, Puro V, Petrosillo N, Arici C, Bertucci R, Bianciardi L, Bonazzi L, Cestrone A, Daglio M, et al. Device-specific risk of needlestick injury in Italian health care workers. *JAMA*. 1994 Aug 24-31;272(8):607-10.
239. Issues related to human immunodeficiency virus transmission in schools, child care, medical settings, the home, and community. American Academy of Pediatrics. Committee of Pediatric AIDS and Committee on Infectious Diseases. *Pediatrics*. 1999 Aug;104(2 Pt 1):318-24.
240. Jackson MM, Dechairo DC, Gardner DF. Perceptions and beliefs of nursing and medical personnel about needle-handling practices and needlestick injuries. *Am J Infect Control*. 1986 Feb;14(1):1-10.
241. Javadi AA, Mobasherizadeh S, Memarzadeh M, Mostafavizadeh K, Yazdani R, Tavakoli A. Evaluation of needle-stick injuries among health care workers in Isfahan province, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2007 Jan-Feb;13(1):209-10.
242. Javadi AA, Mobasherizadeh S, Memarzadeh M, Mostafavizadeh K, Yazdani R, Tavakoli A. Evaluation of needle-stick injuries among health care workers in Isfahan province, Islamic Republic of Ira. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2007; 13 (1): 209-210.
243. Jeffe DB, Mutha S, Kim LE, Evanoff BA, L'Ecuyer PB, Fraser VJ. Does clinical experience affect medical students' knowledge, attitudes, and compliance with universal precautions? *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 1998; 19 (10):767-771.
244. Jorge J, Jorge R, Almeida OP, Scully C. Knowledge of and attitudes about blood-borne viruses and infection control in Brazilian dental practice. *Oral Dis*. 1996 Mar;2(1):41-4.
245. Jorge R, Poletto M, Almeida AS, Eickhoff CM, Fontana M. Acidentes biológicos em Hospital Universitário. *Rev. med. Hosp. Sao Vicente de Paulo*;11(26):19-22, jan.-jun. 2000.
246. Jovic-Vranes A, Jankovic S, Vukovic D, Vranes B, Miljus D. Risk perception and attitudes towards HIV in Serbian health care workers. *Occup Med (Lond)*. 2006 Jun;56(4):275-8. Epub 2006 Apr 20.
247. Juan CW, Siebers R, Wu FF, Wu CJ, Chang YJ, Chao C. The attitudes, concerns, gloving practices and knowledge of nurses in a Taiwanese hospital regarding AIDS and HIV. *Int J Nurs Pract*. 2004 Feb;10(1):32-8.

248. Kabbash IA, El-Sayed NM, Al-Nawawy AN, Abou Salem Mel-S, El-Deek B, Hassan NM. Risk perception and precautions taken by health care workers for HIV infection in haemodialysis units in Egypt. *East Mediterr Health J.* 2007 Mar-Apr;13(2):392-407.
249. Karstaedt AS, Pantanowitz L. Occupational exposure of interns to blood in an area of high HIV seroprevalence. *S Afr Med J.* 2001 Jan;91(1):57-61.
250. Karstaedt AS, Pantanowitz L. Occupational exposure of interns to blood in an area of high HIV seroprevalence. *South African Medical Journal.* 2001; 91 (1):57-61.
251. Kaspar TA, Wagner Jr, RF. Percutaneous injury during dermatologic surgery. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 1991; 24 (5 I):756-759.
252. Kaspar TA, Wagner RF Jr. Percutaneous injury during dermatologic surgery. *J Am Acad Dermatol.* 1991 May;24(5 Pt 1):756-9.
253. Kaugars GE, Page DG, Abbey LM, Burns JC, Svirsky JA. Needlesticks: what to do after it happens. *Va Dent J.* 1996 Jan-Mar;73(1):11-6.
254. Keesing H. Contractors' 'band-aid' remedies may defy bloodborne pathogen risks. *Occup Health Saf.* 1994 Dec;63(12):49, 51-2.
255. Keith D. The basics of an exposure control plan. *J Perianesth Nurs.* 2003 Jun;18(3):186-95.
256. Keith D. The basics of an exposure control plan. *J Perianesth Nurs.* 2003 Jun;18(3):186-95.
257. Kennedy JE, Hasler JF. Exposures to blood and body fluids among dental school-based dental health care workers. *J Dent Educ.* 1999 Jun;63(6):464-9. Erratum in: *J Dent Educ* 1999 Oct;63(10):774.
258. Kermode M. Healthcare worker safety is a pre-requisite for injection safety in developing countries. *International Journal of Infectious Diseases.* 2004; 8 (6):325-327.
259. Kish RM. Monitoring of universal precautions as a factor in patient and staff safety. *J Healthc Qual.* 1993 Nov-Dec;15(6):36-40.
260. Knight VM, Bodsworth NJ. Perceptions and practice of universal blood and body fluid precautions by registered nurses at a major Sydney teaching hospital. *J Adv Nurs.* 1998 Apr;27(4):746-51.

261. Kosgeroglu N, Ayranci U, Vardareli E, Dincer S. Occupational exposure to hepatitis infection among Turkish nurses: Frequency of needle exposure, sharps injuries and vaccination. *Epidemiology and Infection*. 2004; 132 (1): 27-33.
262. Kreitzschitz K, Macpherson C. C. End of life care. Perspectives from families and caregivers. *West Indian med. j*;52(4):311-316, Dec. 2003.
263. Kristensen MS, Wernberg NM, Anker-Moller E. Healthcare workers' risk of contact with body fluids in a hospital: the effect of complying with the universal precautions policy. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1992 Dec;13(12):719-24.
264. Kukka C. Bloodborne infections: should they be disclosed? Is differential treatment necessary? *J Sch Nurs*. 2004 Dec;20(6):324-30.
265. Lal P, Meghachandra Singh M, Malhotra R, Ingle GK. Perception of risk and potential occupational exposure to HIV/AIDS among medical interns in Delhi. *J Commun Dis*. 2006 Dec;38(4):345-9.
266. Leão MTC, Grinbaum RS. Técnicas de isolamento e precauções. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, Alves Filho MB, Grinbaum RS, Richtmann R. *Infecções hospitalares: prevenção e controle*. São Paulo, Sarvier, 1997. p.373-84.
267. L'Ecuyer PB, Fraser VJ. Issues complicating the implementation of postexposure prophylaxis. *Am J Med*. 1997 May 19;102(5B):90-4.
268. Lee JM, Botteman MF, Xanthakos N, Nicklasson L. Needlestick injuries in the United States. Epidemiologic, economic, and quality of life issues. *AAOHN J*. 2005 Mar;53(3):117-33.
269. Lee JM, Botteman MF, Xanthakos N, Nicklasson L. Needlestick injuries in the United States. Epidemiologic, economic, and quality of life issues. *AAOHN journal*. 2005; 53 (3):117-133.
270. Lee LK, Noor Hassim I. Implication of the prevalence of needlestick injuries in a general hospital in Malaysia and its risk in clinical practice. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2005; 10 (1):33-41.
271. Leggat PA, Kedjarune U, Smith DR. Occupational health problems in modern dentistry: A review. *Industrial Health*. 2007; 45 (5): 611-621.

272. Leiss JK, Ratcliffe JM, Lyden JT, Sousa S, Orelie JG, Boal WL, Jagger J. Blood exposure among paramedics: incidence rates from the national study to prevent blood exposure in paramedics. *Ann Epidemiol.* 2006 Sep;16(9):720-5. Epub 2006 Apr 3.
273. Leliopoulou C, Waterman H, Chakrabarty S. Nurses failure to appreciate the risks of infection due to needle stick accidents: a hospital based survey. *J Hosp Infect.* 1999 May;42(1):53-9.
274. Leliopoulou C, Waterman H, Chakrabarty S. Nurses failure to appreciate the risks of infection due to needle stick accidents: a hospital based survey. *J Hosp Infect.* 1999 May;42(1):53-9.
275. Leliopoulou C, Waterman H, Chakrabarty S. Nurses failure to appreciate the risks of infection due to needle stick accidents: A hospital based survey. *Journal of Hospital Infection.* 1999; 42 (1):53-59.
276. Leliopoulou C, Waterman H, Chakrabarty S. Nurses failure to appreciate the risks of infection due to needle stick accidents: A hospital based survey. *Journal of Hospital Infection.* 1999; 42 (1):53-59.
277. Lim KS, Chou MY, Hsu GJ, Lu MY, Chen IW. [Investigation on the relation between hepatitis B virus knowledge and needle-stick injury of hospital personnel] *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).* 1990 Aug;46(2):104-8.
278. Lim KS, Chou MY, Hsu GJ, Lu MY, Chen IW. Investigation on the relation between hepatitis B virus knowledge and needle-stick injury of hospital personnel . *Zhonghua yi xue za zhi Chinese medical journal.* 1990; 46 (2):104-108.
279. Lima CEQ, Onofre ASC, Mizushia Y, Kitagawa M. Utilidade da análise de DNA por citometria de fluxo em fluidos da cavidade corporal em comparação com a citologia convencional. *Rev. bras. anal. clin.*;30(3):155-8, 1998.
280. Lima IV. Humor vítreo em toxicologia forense: determinação de álcool etílico em cadáveres de morte traumática e em estado de putrefação. Sao Paulo; s.n; 1996. 96 p. [Tese] São Paulo. Universidade de São Paulo.
281. Little MA, Hussein T, Lambert M, Dickson SJ. Percutaneous venepuncture practice in a large urban teaching hospital. *Clin Med.* 2007 Jun;7(3):243-9.
282. Llanos ZLF, Huayta ZE, Mendoza RD, Rosas AA, Contreras RC, Peinado RJ. Conocimientos y percepciones de los trabajadores de salud de una zona endémica de malaria en el Perú sobre la prueba de diagnóstico rápido ParaSight-F. *Rev. med. hered.*;11(4):115-21, 2000.

283. Lobato MN, Hannan J, Simonds RJ, Riske B, Evatt BL. Attitudes, practices, and infection risks of hemophilia treatment center nurses who teach infection control for the home. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996 Nov;17(11):726-31.
284. Lorentz J, Hill L, Samimi B. Occupational needlestick injuries in a metropolitan police force. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000; 18 (2):146-150.
285. Lueveswanij S, Nittayananta W, Robison VA. Changing knowledge, attitudes, and practices of Thai oral health personnel with regard to AIDS: an evaluation of an educational intervention. *Community Dent Health*. 2000 Sep;17(3):165-71.
286. Lueveswanij S, Nittayananta W, Robison VA. Changing knowledge, attitudes, and practices of Thai oral health personnel with regard to AIDS: An evaluation of an educational intervention. *Community Dental Health*. 2000; 17 (3): 165-171.
287. Lum D, Mason Z, Meyer-Rochow G, Neveldsen GB, Siriwardena M, Turner P, Firth H. Needle stick injuries in country general practice. *N Z Med J*. 1997 Apr 11;110(1041):122-5.
288. Lunding S, Nielsen TL, Nielsen JO. [Poor compliance with universal precautions among Danish physicians] *Ugeskr Laeger*. 1998 Mar 16;160(12):1789-93.
289. Lunding S, Nielsen TL, Nielsen JO. [Poor compliance with universal precautions among Danish physicians] *Ugeskr Laeger*. 1998 Mar 16;160(12):1789-93.
290. Lymer UB, Richt B, Isaksson B. Blood exposure: factors promoting health care workers' compliance with guidelines in connection with risk. *J Clin Nurs*. 2004 Jul;13(5):547-54.
291. Lymer UB, Richt B, Isaksson B. Health care workers' action strategies in situations that involve a risk of blood exposure. *J Clin Nurs*. 2003 Sep;12(5):660-7.
292. Lymer UB, Schutz AA, Isaksson B. A descriptive study of blood exposure incidents among healthcare workers in a university hospital in Sweden. *J Hosp Infect*. 1997 Mar;35(3):223-35.
293. Lynn Skillen D. Toward a social structural understanding of occupational hazards in public health. *International Journal of Health Services*. 1996; 26 (1):111-146.
294. Madan AK, Raafat A, Hunt JP, Rentz D, Wahle MJ, Flint LM. Barrier precautions in trauma: is knowledge enough? *J Trauma*. 2002 Mar;52(3):540-3.

295. Mamani SF, Paucara CM. Manejo y aplicación del nuevo formulario de ingresos-egresos de líquidos de los pacientes del servicio de cirugía Hospital COSSMIL. La Paz; s.n; 2004. 74 p.
296. Mandu ENT, Silva GB. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. Rev. latinoam. enferm;8(4):15-21, ago. 2000.
297. Manian FA. Blood and body fluid exposures among surgeons: a survey of attitudes and perceptions five years following Universal Precautions. Infect Control Hosp Epidemiol. 1996 Mar;17(3):172-4.
298. Manian FA. Blood and body fluid exposures among surgeons: a survey of attitudes and perceptions five years following Universal Precautions. Infect Control Hosp Epidemiol. 1996 Mar;17(3):172-4.
299. Marcus R, Srivastava PU, Bell DM, McKibben PS, Culver DH, Mendelson MH, Zalenski RJ, Kelen GD. Occupational blood contact among prehospital providers. Ann Emerg Med. 1995 Jun;25(6):776-9.
300. Margolis RE. Seventh Circuit limits scope of bloodborne pathogens regulations. American Dental Association (ADA) v. Martin. Healthspan. 1993 Mar;10(3):21-2.
301. Marini MA, Giangregorio M, Kraskinski JC. Complying with the Occupational Safety and Health Administration's Bloodborne Pathogens Standard: implementing needleless systems and intravenous safety devices. Pediatr Emerg Care. 2004 Mar;20(3):209-14.
302. Marini MA, Giangregorio M, Kraskinski JC. Complying with the Occupational Safety and Health Administration's Bloodborne Pathogens Standard: implementing needleless systems and intravenous safety devices. Pediatr Emerg Care. 2004 Mar;20(3):209-14.
303. Martínez JL, Gigoux CC, Lobos J-FN, Martínez RB, Mendoza AP, Salcedo LM, Medic SD. VIH y otras infecciones que se transmiten por sangre y fluidos corporales. Rev. Fac. Odontol. Univ. Chile;10(2):15-26, jul.-dic. 1992.
304. Martínez JL, Gigoux CC, Lobos JFN, Martínez RB, Mendoza P, Salcedo LM. Normas básicas de prevención en odontología en relación a infección por sangre y fluidos corporales. Rev. Fac. Odontol. Univ. Chile;8(2):45-50, jul.-dic. 1990.
305. Martínez LA. Líquidos y electrolitos: desordenes de concentración. Univ. med;25(2):117-122, 1983.

306. Maulen VI. Deshidratación por diarrea. In: México. Secretaría de Salud. Memorias del V curso internacional: avances en enfermedad diarreica y desequilibrio hidroelectrolítico. s.l, Mexico. Secretaria de Salud, 1991. p.149-53.
307. May D, Brewer S. Sharps injury: prevention and management. *Nurs Stand*. 2001 Apr 25-May 1;15(32):45-52; quiz 53-4.
308. May D, Brewer S. Sharps injury: prevention and management. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*: 1987). 2001; 15 (32):45-52; quiz 53.
309. McCall L, Maher T, Piterman L. Preventive health behaviour among general practitioners in Victoria. *Australian family physician*. 1999; 28 (8): 854 857.
310. McCarthy ML, Bosse MJ, Preas MA, De Long WG, Gunther SF, Moed BR. Orthopedic trauma surgeons' attitudes and practices towards bloodborne pathogens. *J Orthop Trauma*. 1996;10(6):383-8.
311. McConnell EA. Pointed strategies for needlestick prevention. *Nurs Manage*. 1999 Jan;30(1):57, 60.
312. McKeown M, Williamson D. Awareness and practice of HIV and hepatitis B guidelines in a psychiatric hospital. *Health Bull (Edinb)*. 1992 Jul;50(4):292-5.
313. McNamara JA Jr, Bagramian RA. Prospective survey of percutaneous injuries in orthodontic assistants. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1999 Jan;115(1):72-6.
314. Medeiros Júnior A, Costa I C. Social representation and hospital occupational risk *Acta cir. bras*;20(supl.1):247-252, 2005.
315. Meihubers S, Godwin P, Rotem A. Blood-borne virus-related discrimination in dental services. *Aust Health Rev*. 1998;21(3):92-103.
316. Meisenhelder JB. Accidental occupational exposure of intravenous nurses to human immunodeficiency virus. Anticipating the consequences. *J Intraven Nurs*. 1998 Jul-Aug;21(4):215-20.
317. Meisenhelder JB. Accidental occupational exposure of intravenous nurses to human immunodeficiency virus. Anticipating the consequences. *J Intraven Nurs*. 1998 Jul-Aug;21(4):215-20.

318. Meisenhelder JB. Accidental occupational exposure of intravenous nurses to human immunodeficiency virus. *Journal of Intravenous Nursing*. 1998; 21 (4):215-220.
319. Mellin AS. As representações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do Centro de Saúde Integração. Campinas; s.n; 1998. 229 p. [Tese]. São Paulo. Universidade de São Paulo.
320. Melo VMM, Fonseca AM, Vasconcelos IM, Carvalho AFFU. Toxic, antimicrobial and hemagglutinating activities of the purple fluid of the sea hare *Aplysia dactylomela* Rang, 1828. *Braz. j. med. biol. res = Rev. bras. pesqui. m,d. biol*;31(6):785-91, jun. 1998.
321. Mendoza NC, Barrientos MC, Vasquez PR, Panizza FV. Exposición laboral a sangre y fluidos corporales: experiencia en un hospital pediátrico.. *Rev. chil. infectol*;18(1):28-34, 2001.
322. Merchant RC, Keshavarz R. HIV postexposure prophylaxis practices by US ED practitioners. *Am J Emerg Med*. 2003 Jul;21(4):309-12.
323. Merchant RC, Keshavarz R. HIV postexposure prophylaxis practices by US ED practitioners. *Am J Emerg Med*. 2003 Jul;21(4):309-12.
324. Miceli M, Herrera F, Temporiti E, Li D, Vila A, Bonvehí P. Adherence to an occupational blood borne pathogens exposure management program among healthcare workers and other groups at risk in Argentina. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2005; 9 (6): 454-458.
325. Michalsen A, Delclos GL, Felknor SA, Davidson AL, Johnson PC, Vesley D, Murphy LR, Kelen GD, Gershon RR. Compliance with universal precautions among physicians. *J Occup Environ Med*. 1997 Feb;39(2):130-7.
326. Michalsen A, Delclos GL, Felknor SA, Davidson AL, Johnson PC, Vesley D, Murphy LR, Kelen GD, Gershon RRM. Compliance with universal precautions among physicians. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 1997; 39 (2):130-137.
327. Mikulich VJ, Liu YC, Steinfeldt J, Schriger DL. Implementation of clinical guidelines through an electronic medical record: physician usage, satisfaction and assessment. *Int J Med Inform*. 2001 Oct;63(3):169-78.
328. Miller KE, Krol RA, Losh DP. Universal precautions in the family physician's office. *J Fam Pract*. 1992 Aug;35(2):163-8.

329. Molinari JA. Infection control: its evolution to the current standard precautions. *J Am Dent Assoc.* 2003 May;134(5):569-74; quiz 631-2.
330. Molon V, Pessôa M, Schmidt VH, Dahmer R, Rodrigues C. Substitutos do plasma. *Rev. cient. AMECS*;3(1):73-81, jan.-jul. 1994.
331. Moloughney BW. Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health care setting: Where are we now? *Canadian Medical Association Journal.* 2001; 165 (4):445-451.
332. Mondywa M, Hauck Y. Malawian midwives' perceptions of occupational risk for HIV infection. *Health Care Women Int.* 2007 Mar;28(3):209-23.
333. Montanari, PM. Das práticas e saberes em saúde mental: o cotidiano do trabalho em hospital dia infantil, no Município de São Paulo. São Paulo; s.n; 2003. [254] p.[Tese]. São Paulo. Universidade de São Paulo.
334. Moran GJ. Emergency department management of blood and body fluid exposures. *Ann Emerg Med.* 2000 Jan;35(1):47-62.
335. Motamed N, BabaMahmoodi F, Khalilian A, Peykanheirati M, Nozari M. Knowledge and practices of health care workers and medical students towards universal precautions in hospitals in Mazandaran Province. *East Mediterr Health J.* 2006 Sep;12(5):653-61.
336. Moure Fernandez L, Pualto Duran MJ. [Self protection for nurses. Comparative study] *Rev Enferm.* 1998 May;21(237):65-9.
337. Much JK, Cotteta TA. Stress of occupational exposure to blood or body fluids: managing the response. *Medsurg Nurs.* 1993 Feb;2(1):49-56.
338. Murphy E. Hepatitis B, vaccination and healthcare workers. *Occup Med (Lond).* 2000 Aug;50(6):383-6.
339. Nandi JS. Edema: fisiopatologia e tratamento. s.l; Hoechst; 1987. 38 p.
340. Nash GF, Goon P. Current attitudes to surgical needlestick injuries. *Annals of the Royal College of Surgeons of England.* 2000; 82 (7 Suppl):236-237.
341. Nawafleh H, Francis K, Chapman Y. Jordan's vulnerability: a population at risk of HIV/AIDS. *Contemp Nurse.* 2005 Jul-Aug;19(1-2):197-210.

342. Needlestick injuries: prevention is key. *Nebr Nurse*. 1999 Dec-2000 Feb;32(4):28.
343. Nelsing S, Nielsen TL, Nielsen JO. [Occupational exposure to blood among personnel employed in a department of infectious diseases. 2. Accidental mechanisms and protective devices] *Ugeskr Laeger*. 1993 Oct 18;155(42):3367-70.
344. Nelsing S, Nielsen TL, Nielsen JO. Noncompliance with universal precautions and the associated risk of mucocutaneous blood exposure among Danish physicians. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 1997; 18 (10):692-698.
345. Nelsing S, Nielsen TL, Nielsen JO. Occupational blood exposure among health care workers: II. Exposure mechanisms and universal precautions. *Scand J Infect Dis*. 1993;25(2):199-205.
346. Nelsing S, Nielsen TL, Nielsen JO. Percutaneous blood exposure among Danish doctors: Exposure mechanisms and strategies for prevention. *European Journal of Epidemiology*. 1997; 13 (4):387-393.
347. Neves DD, Dias RM, Cunha AJLA, Chibante AMS. Rendimento de variáveis clínicas, radiológicas e laboratoriais para o diagnóstico da tuberculose pleural. *J. bras. pneumol*;30(4):319-326, jul.-ago. 2004.
348. Norsayani MY, Hassim IN. Study on incidence of needle stick injury and factors associated with this problem among medical students. *Journal of Occupational Health*. 2003; 45 (3):172-178.
349. NIOSH releases guidelines on preventing needlesticks. National Institute for Occupational Safety and Health. *AIDS Alert*. 2000 Jan;15(1):suppl 1-2.
350. Oakley K, Gooch C, Cockcroft A. Review of management of incidents involving exposure to blood in a London teaching hospital, 1989-91. *BMJ*. 1992 Apr 11;304(6832):949-51.
351. O'Donnell NG, Asbury AJ. The occupational hazard of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus infection. I. Perceived risks and preventive measures adopted by anaesthetists: a postal survey. *Anaesthesia*. 1992 Nov;47(11):923-8.
352. O'Donnell NG, Asbury AJ. The occupational hazard of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus infection. I. Perceived risks and preventive measures adopted by anaesthetists: A postal survey. *Anaesthesia*. 1992; 47 (11):923-928.

353. Occupational exposure to bloodborne pathogens; needlestick and other sharps injuries; final rule. Occupational Safety and Health Administration (OSHA), Department of Labor. Final rule; request for comment on the Information Collection (Paperwork) Requirements. Fed Regist. 2001 Jan 18;66(12):5318-25.
354. Occupational exposure to bloodborne pathogens: request for information--OSHA. Request for information. Fed Regist. 1998 Sep 9;63(174):48250-2.
355. Ofili AN, Asuzu MC, Okojie OH. Hospital workers' opinions on the predisposing factors to blood-related work accidents in Central Hospital, Benin City, Edo State, Nigeria. Public Health. 2003 Sep;117(5):333-8.
356. Ofili AN, Asuzu MC, Okojie OH. Hospital workers' opinions on the predisposing factors to blood-related work accidents in Central Hospital, Benin City, Edo State, Nigeria. Public Health. 2003 Sep;117(5):333-8.
357. Ofili AN, Asuzu MC, Okojie OH. Hospital workers' opinions on the predisposing factors to blood-related work accidents in central hospital, Benin City, Edo State, Nigeria. Public Health. 2003; 117 (5):333-338.
358. Olszewski K, Parks C, Chikotas NE. Occupational safety and health objectives of Healthy People 2010: a systematic approach for occupational health nurses--Part II. AAOHN J. 2007 Mar;55(3):115-23; quiz 124-5.
359. Ombrella AM, Belmonte A, Nogueras MG, Ruiz AI, Sutich EG, Dlugovitzky DG. Actividad sialidasa en mujeres con vaginosis bacteriana. Medicina (B.Aires);66(2):131-134, 2006.
360. Ornstein H, Daley K. Needlestick: adding insult to injury. Interview by Sibyl Shalo. Am J Nurs. 2007 May;107(5):25-6.
361. Ornstein H, Daley K. Needlestick: adding insult to injury. Interview by Sibyl Shalo. Am J Nurs. 2007 May;107(5):25-6.
362. Ortega E, Corrales JL, Capará LA. Accidentes laborales por exposición y punción con sangre y fluidos corporales. Rev. Fac. Med. Univ. Nac. Nordeste;19(1/2):23-25, 2001.
363. Ortega-Ceballos, P A, Mudgal J, Flores Y, Rivera-Rivera L, Díaz-Montiel, J C, Salmerón J. Determinants of partner violence in health workers of IMSS, Morelos Salud publica Mex;49(5):357-366, sep.-oct. 2007.

364. O'Saben K. Have we seen the last of sharp retractor use in surgical, emergent, or trauma procedures? *J Trauma Nurs.* 2007 Jan-Mar;14(1):51-3.
365. Osborne S. Perceptions that influence occupational exposure reporting. *AORN J.* 2003 Aug;78(2):262-72.
366. Oselka G. A requisição de fichas e boletins médicos por delegados de polícia tem base ética ou legal? *Rev. Assoc. Med. Bras.* (1992);46(4):302-303, out.-dez. 2000.
367. O'Toole S. Eye on the needle. Interview by Lynne Pearce. *Nurs Stand.* 2005 Oct 12-18;20(5):23-5.
368. O'Toole S. Eye on the needle. Interview by Lynne Pearce. *Nurs Stand.* 2005 Oct 12-18;20(5):23-5.
369. Pabon, ML. Personal de salud y familias comunicándose cada vez major. La Paz; OPS;OMS;UNICEF; mar. 2004. 66 p.
370. Pacheco RD, Berdichevsky RR, Ballesteros JF, Arinovich SR, Jerez NJ. Efecto de un manual educativo sobre conocimientos y actitudes en pacientes reumáticos y personal de salud. *Rev. med. Chile;*124(9):1071-6, sept. 1996.
371. Page D. A needle through my bubble. *JEMS.* 1993 Sep;18(9):84-5.
372. Page D. A needle through my bubble. *JEMS.* 1993 Sep;18(9):84-5.
373. Palmer GD, Fleming GJ. The management of occupational exposures to blood and saliva in dental practice. *Dent Update.* 2000 Sep;27(7):318-24.
374. Palmer GD, Fleming GJ. The management of occupational exposures to blood and saliva in dental practice. *Dent Update.* 2000 Sep;27(7):318-24.
375. Parra-Ruiz J, Muñoz-Medina L, Callejas-Rubio J, Martínez M, Martínez-Pérez MA, Hernández-Quero J. Knowledge of post-exposure prophylaxis inadequate despite published guidelines. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases.* 2004; 23 (12):930-931.
376. Patel D, Gawthrop M, Snashall D, Madan I. Out of hours management of occupational exposures to blood and body fluids in healthcare staff. *Occup Environ Med.* 2002 Jun;59(6):415-8.

377. Patel D, Gawthrop M, Snashall D, Madan I. Out of hours management of occupational exposures to blood and body fluids in healthcare staff. *Occupational and Environmental Medicine*. 2002; 59 (6):415-418.
378. Patino RJF. Líquidos y electrolitos en la práctica clínica. *Trib. med. (Bogotá)*;80(1):1-14, jul. 1989.
379. Patterson JM, Novak CB, Mackinnon SE, Ellis RA. Needlestick injuries among medical students. *Am J Infect Control*. 2003 Jun;31(4):226-30.
380. Patterson JMM, Novak CB, Mackinnon SE, Ellis RA. Needlestick injuries among medical students. *American Journal of Infection Control*. 2003; 31 (4):226-230.
381. Patterson JMM, Novak CB, Mackinnon SE, Patterson GA. Surgeons' concern and practices of protection against bloodborne pathogens. *Annals of Surgery*. 1998; 228 (2):266-272.
382. Paul T. Self-reported needlestick injuries in dental health care workers at Armed Forces Hospital Riyadh, Saudi Arabia. *Mil Med*. 2000 Mar;165(3):208-10.
383. Pearson T. The wearing of facial protection in high-risk environments. *Br J Perioper Nurs*. 2000 Mar;10(3):163-6.
384. Peate I. Occupational exposure of staff to HIV and prophylaxis therapy. *Br J Nurs*. 2004 Oct 28-Nov 10;13(19):1146-50.
385. Peate I. Post-exposure prophylaxis: access and fairness. *Br J Nurs*. 2006 Oct 12-25;15(18):968.
386. Peate I. Post-exposure prophylaxis: access and fairness. *Br J Nurs*. 2006 Oct 12-25;15(18):968.
387. Peixoto MRB. A prioridade, o isolamento e as emoções: estudo etnográfico do processo de socialização em um centro de tratamento intensivo. São Paulo; s.n; 1996. 248 p. [Tese]. São Paulo. Universidade de São Paulo.
388. Penton RR, MacLeod D, Stricker RB, Kiprov DD. Impact of the HIV epidemic on therapeutic apheresis: nursing considerations. *J Clin Apher*. 1991;6(2):124-6.
389. Penton RR, MacLeod D, Stricker RB, Kiprov DD. Impact of the HIV epidemic on therapeutic apheresis: nursing considerations. *J Clin Apher*. 1991;6(2):124-6.

390. Pereira JCRA, Maria VLR. Excesso de volume de líquidos pulmonares: definição e características definidoras. *Rev. Enferm. UERJ*;5(1):341-52, maio 1997.
391. Perry J, Robinson ES, Jagger J. Nursing2004 needle-stick and sharps-safety survey: getting to the point about preventable injuries. *Nursing*. 2004 Apr;34(4):43-7.
392. Perú. Ministerio de Salud. Protocolo para el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en el control de infecciones intrahospitalarias. Lima; Oficina General de Epidemiología; 2001. 73 p.
393. Peterson AM, Walker PH. Hospital-acquired infections as patient safety indicators. *Annu Rev Nurs Res*. 2006;24:75-99.
394. Peterson R. Survivor training challenge. A creative approach to safety education program in a long term care facility. *Director*. 2001 Winter;9(1):7, 9-11.
395. Peterson R. Survivor training challenge. A creative approach to safety education program in a long term care facility. *Director*. 2001 Winter;9(1):7, 9-11.
396. Petruk J. Sharps injuries. Time to change our equipment and attitudes. *Can Nurse*. 2003 Oct;99(9):18-22.
397. Petruk J. Sharps injuries. Time to change our equipment and attitudes. *The Canadian nurse*. 2003; 99 (9):18-22.
398. Phipps W, Honghong W, Min Y, Burgess J, Pellico L, Watkins CW, Guoping H, Williams A. Risk of medical sharps injuries among Chinese nurses. *Am J Infect Control*. 2002 Aug;30(5):277-82.
399. Phipps W, Honghong W, Min Y, Burgess J, Pellico L, Watkins CW, Guoping H, Williams A. Risk of medical sharps injuries among Chinese nurses. *American Journal of Infection Control*. 2002; 30 (5):277-282.
400. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior A G. Integrality in the population's health care programs. *Cienc. saude coletiva*;12(2):343-349, mar.-abr. 2007.
401. Porta C, Handelman E, McGovern P. Needlestick injuries among health care workers. A literature review. *AAOHN Journal*. 1999; 47 (6): 237-244.
402. Porter S, Scully C, Samaranayake L. Viral hepatitis. Current concepts for dental practice. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1994 Dec;78(6):682-95.

403. Prieto DW, Navarro VJR. Manejo perioperatorio de líquidos en neurocirugía. Rev. colomb. anestesiología;30(1):33-43, mar. 2002.
404. Programa de Tecnología Apropriada en Salud (PATH). Evaluación cualitativa de los conocimientos, las actitudes y las practicas acerca del cancer cervicouterino de algunas mujeres y proveedores en el Estado de Nayarit, México. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; ago. 1999. 74 p.
405. Protecting yourself from infection. The Michigan nurse. 2001; 74 (4):8-9
406. Public Health Service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 1998 May 15;47(RR-7):1-33.
407. Pugliese G. Sharps strategy. Start with the right tools. Mater Manag Health Care. 1999 May;8(5):20, 22, 24-6.
408. Rabaud C, Guillemin F, Mur JM, Blech MF. Attitude of health care workers facing occupational exposure to blood. Relationship between seeking and attitude [Etude du comportement du personnel hospitalier face aux accidents avec exposition au sang: Recherche de relation entre personnalite et comportement] Archives des Maladies Professionnelles et de Medecine du Travail. 1997; 58 (6):512-521.
409. Rabaud C, Zanea A, Mur JM, Blech MF, Dazy D, May T, Guillemin F. Occupational exposure to blood: search for a relation between personality and behavior. Infect Control Hosp Epidemiol. 2000 Sep;21(9):564-74.
410. Rabaud C, Zanea A, Mur JM, Blech MF, Dazy D, May T, Guillemin F. Occupational exposure to blood: Search for a relation between personality and behavior. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2000; 21 (9):564-574.
411. Raghavendran S, Bagry HS, Leith S, Budd JM. Needle stick injuries: a comparison of practice and attitudes in two UK District General Hospitals. Anaesthesia. 2006 Sep;61(9):867-72.
412. Raghavendran S, Bagry HS, Leith S, Budd JM. Needle stick injuries: a comparison of practice and attitudes in two UK District General Hospitals. Anaesthesia. 2006 Sep;61(9):867-72.
413. Ramsay J, Denny F, Szirotnyak K, Thomas J, Corneliuson E, Paxton KL. Identifying nursing hazards in the emergency department: A new approach to nursing job hazard analysis. Journal of Safety Research. 2006; 37 (1):63-74.

414. Ramsey PW, Lee Glenn L. Nurses' body fluid exposure reporting, HIV testing, and hepatitis B vaccination rates: Before and after implementing universal precautions regulations. *AAOHN Journal*. 1996; 44 (3):129-137.
415. Rapparini C, Feijo Barroso P, Saraceni V, Artioli Machado A, Cortes Fernandes G. Occupationally acquired infectious diseases among health care workers in Brazil: use of Internet tools to improve management, prevention, and surveillance. *Am J Infect Control*. 2007 May;35(4):267-70.
416. Rattner SL, Norman SA, Berlin JA. Percutaneous injuries on the "front line": a survey of housestaff and nurses. *Am J Prev Med*. 1994 Nov-Dec;10(6):372-7.
417. Raymond MJ, Pirie PL, Halcon LL. Infection control among professional tattooists in Minneapolis and St. Paul, MN. *Public Health Rep*. 2001 May-Jun;116(3):249-56.
418. Reis JMB, Lamounier Filho A, Rampinelli CA, Soares ECS, Prado RS, Pedroso ERP. Training-related accidents during teacher-student-assistance activities of medical students. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*;37(5):405-408, set.-out. 2004.
419. Reis RK, Gir E, Canini SRMS. Accidents with biological material among undergraduate nursing students in a public Brazilian university. *Braz. j. infect. dis*;8(1):18-24, Feb. 2004.
420. Reutter LI, Northcott HC. Managing occupational HIV exposures: a Canadian study. *Int J Nurs Stud*. 1995 Oct;32(5):493-505.
421. Reverón CRL. Distribución de los líquidos orgánicos. In: México. Secretaría de Salud. *Memorias del V curso internacional: Avances en enfermedad diarreica y desequilibrio hidroelectrolitico*. s.l, Mexico. Secretaría de Salud, 1991. p.93-101.
422. Reynolds A. Changing practice in the subcutaneous infusion of fluids to improve safety. *Prof Nurse*. 2004 Nov;20(3):50-1.
423. Rhodes RS. Human immunodeficiency virus transmission and surgeons: update. *South Med J*. 1995 Mar;88(3):251-5.
424. Ribeiro G. A, Rodrigues LOC, Moreira MCV, Silami-Garcia E, Pascoa MRS, Camargos FFO. Thermoregulation in hypertensive men exercising in the heat with water ingestion. *Braz. j. med. biol. res = Rev. bras. pesqui. m,d. biol*;37(3):409-417, Mar. 2004.

425. Richards MJ, Jenkin GA, Johnson PD. Universal precautions: attitudes of Australian and New Zealand anaesthetists. *Med J Aust.* 1997 Feb 3;166(3):138-40.
426. Robins BR. Fisiopatología de la diarrea aguda. *Bol. Esc. Med;*18(2):32-7, 1988.
427. Roca FJA. Aspectos psicológicos en terapia intensiva. *Med. intensiva;*8(4):203-207, 1991.
428. Rodrigues DSS, Brunialti M KC, Medeiros EAS, Diaz RS, Turcato G, Salomao R. Induction of interleukin-10 by HIV antigens in peripheral mononuclear cells of health care workers after occupational exposure to HIV-1-positive blood. *Braz. j. med. biol. res = Rev. bras. pesqui. m,d. biol;*35(6):697-701, June 2002.
429. Rodrigues JA, Favaretto ALV, Ballejo G, Gutkowska J, MacCann SM. ANP as a neuroendocrine modulator of body fluid homeostasis. *Rev. bras. biol;*56(supl.1,pt.2):221-31, dez. 1996.
430. Rodríguez-Bolaños Rosibel de Los Angeles, Márquez-Serrano M, Kageyama-Escobar María de La Luz. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud publica Mex;*47(2):134-144, mar.-abr. 2005.
431. Rogers B. Health hazards in nursing and health care: An overview. *American Journal of Infection Control.* 1997; 25 (3): 248-261.
432. Rogowska-Szadkowska D, Borzuchowska A, Wiercinska-Drapalo A, Chlabicz S. [Prophylaxis after occupational exposure to human immunodeficiency virus (HIV)] *Pol Arch Med Wewn.* 1997 Nov;98(11):431-40.
433. Rojas ACC, Sepúlveda CMI, Soza GAA. Manejo de las medidas de precaución universal: grado de conocimientos, magnitud del problema y características del personal de salud. Santiago de Chile; s.n; 1998. 93 p.
434. Rojas TME, Rodríguez VA, Sosa RA, Castellanos JE. Determinación de la ploidia del ADN por citofotometría en líquidos pleural y abdominal y su correlación con diagnóstico citológico convencional (Estudio de 40 casos). *Patologia;*35(2):127-32, abr.-jun. 1997.
435. Rossi LA, Dalri MCB, Ferraz AEP, Carvalho EC, Hayashida M. Déficit de volume de líquidos: perfil de características definidoras no paciente portador de queimadura. *Rev. latinoam. enferm;*6(3):85-94, jul. 1998.

436. Roup BJ. Factors associated with compliance of critical care nurses with universal precautions: a pilot study. *Am J Crit Care*. 1997 May;6(3):218-24.
437. Ruíz PMS. Dx de laboratorio de estreptococos (Lancefield C y G). *Infectologia*;7(1):11-5, ene. 1987.
438. Rule R, Vautier G, Quiroga G. Modelo experimental para recolectar líquidos tisular y peritoneal en ovinos. *Acta bioquim. clin. latinoam*; 23(2):239-41, jun. 1989.
439. Rutala WA, Weber DJ. A review of single-use and reusable gowns and drapes in health care. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2001 Apr;22(4):248-57.
440. Ryan ME, Jones L, Miller D. Healthcare workers and bloodborne pathogens: knowledge, concerns, and practices. *Gastroenterol Nurs*. 1996 May-Jun;19(3):96-101. Erratum in: *Gastroenterol Nurs* 1995 Sep-Oct;18(5):195.
441. Sadoh WE, Fawole AO, Sadoh AE, Oladimeji AO, Sotiloye OS. Practice of universal precautions among healthcare workers. *J Natl Med Assoc*. 2006 May;98(5):722-6.
442. Sadoh WE, Fawole AO, Sadoh AE, Oladimeji AO, Sotiloye OS. Practice of universal precautions among healthcare workers. *Journal of the National Medical Association*. 2006; 98 (5): 722-724.
443. Salvatierra MA, Chioconi E, DnAngelo R. Encuesta realizada para el trabajo de investigación "Prevención en los trabajadores de la salud con riesgo de exposición para HIV". *Salud ocup. (Buenos Aires)*;14(65):19-30, oct.-nov. 1996.
444. Samaniego MC, Fierro R, Aguirre J, López A, Rivadeneira E, Echeverría E. Mesa redonda: "el IESS frente a otras alternativas de salud". In: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Hospital Carlos Andrade Marín. Memorias. Congreso de Aniversario. Cuidando la Salud de los Trabajadores. Quito, IESS, 1996. p.149-60.
445. Santana SY, Mendez DA, Castellanos FME. Actitudes y conocimientos de la comunidad y personal de salud sobre las infecciones respiratorias. *Rev. medica electron*;21(supl.esp):17-22, mayo 1999.
446. Santos EM, Carvalho AMT. Crônicas da vida mais contrariada: sofrimento psíquico, HIV/AIDS e trabalho em saúde. *Cad. saude colet.*, (Rio J.);7(2):147-72, jul.-dez. 1999.
447. Santos NJS, Monteiro ALC, Ruiz EAC. The first case of AIDS due to occupational exposure in Brazil. *Braz. j. infect. dis*;6(3):140-141, Jun. 2002.

448. Scaramuzza MA, Zani NA. Primera encuesta educativa de técnicos en hemoterapia e inmunohematología. *Hemotecnica*;6(4):11-4, dic. 1996.
449. Schencke CM. Actitud hacia el autoexamen de mamas de profesionales de salud: una aplicación del modelo de creencias en salud en el Hospital Clínico Guillermo Grant Benavente de la Comuna de Concepción. Concepción; Universidad de Concepción. Facultad de Medicina. Departamento de Enfermería; 1995. 139 p.
450. Schriger DL, Baraff LJ, Rogers WH, Cretin S. Implementation of clinical guidelines using a computer charting system. Effect on the initial care of health care workers exposed to body fluids. *JAMA*. 1997 Nov 19;278(19):1585-90.
451. Schulman DI. The dentist, HIV and the law: duty to treat, need to understand. *J Calif Dent Assoc*. 1993 Sep;21(9):45-50.
452. Schuman NJ, Owens BM, Turner JE. Survey of hepatitis B exposure and sharps injuries in dental health-care professionals. *Compend Contin Educ Dent*. 1996 Oct;17(10):986, 990-5.
453. Scoular A, Watt AD, Watson M, Kelly B. Knowledge and attitudes of hospital staff to occupational exposure to bloodborne viruses. *Commun Dis Public Health*. 2000 Dec;3(4):247-9.
454. Scully C, Moles DR, Fiske Infection control: a survey of UK special care dentists and dental care professionals. *Prim Dent Care*. 2007 Apr;14(2):40-6.
455. Segre M. Questões suscitadas pela AIDS em saúde ocupacional. *Bioetica*;1(1):61-5, 1993.
456. Sepkowitz KA. Occupationally acquired infections in health care workers: Part II. *Annals of Internal Medicine*. 1996; 125 (11):917-928.
457. Shabot MM, LoBue M, Leyerle BJ. An automatic PDMS interface for the Urotrack Plus 220 urimeter. *Int J Clin Monit Comput*. 1988;5(2):125-31.
458. Shah SM, Merchant AT, Dosman JA. Percutaneous injuries among dental professionals in Washington State. *BMC Public Health*. 2006; 6: 269.
459. Sheehy C, Trudeau V. AIDS education strategies: evaluating the fear response. *AAOHN J*. 1992 Jun;40(6):271-8.

460. Sheehy C, Trudeau V. AIDS education strategies: evaluating the fear response. *AAOHN J.* 1992 Jun;40(6):271-8.
461. Sherertz RJ, Ely EW, Westbrook DM, Gledhill KS, Streed SA, Kiger B, Flynn L, Hayes S, Strong S, Cruz J, Bowton DL, Hulgán T, Haponik EF. Education of physicians-in-training can decrease the risk for vascular catheter infection. *Annals of Internal Medicine.* 2000; 132 (8):641-648.
462. Shiao JS, McLaws ML, Huang KY, Ko WC, Guo YL. Prevalence of nonreporting behavior of sharps injuries in Taiwanese health care workers. *Am J Infect Control.* 1999 Jun;27(3):254-7.
463. Sidwell RU, Green JS, Novelli V. Management of occupational exposure to HIV--what actually happens. *Commun Dis Public Health.* 1999 Dec;2(4):287-90.
464. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *American Journal of Infection Control.* 2007; 35 (10 SUPPL. 2):S65-S164.
465. Silva EJC, Castro L, Luz CP, Ferreira H, Lima AKS, Souza FSF, Maldonado I, Macêdo DF, Ferreira MG, Bandeira IPV, Amor ALM, Carvalho FLQ, Rocha Júnior MA, Fregoneze JB. Central lead administration inhibits water intake and sodium appetite in rats. *Braz. j. med. biol. res = Rev. bras. pesqui. m,d. biol;*32(10):1243-8, Oct. 1999.
466. Silva Junior CT, Cardoso GP, Braga ACO, Belchior VLR, Souza EB, Antunes LV, Barbosa MMA, Vieira RMR, Gomes RLC. Antígeno carcinoembrionário pleural casuística do Hospital Universitário Antônio Pedro (1993-1998). *Pulmao RJ;*13(1):13-17, jan.-mar. 2004.
467. Silva MLT, Waitzberg DL. Distúrbios do metabolismo hidroeletrólítico por excesso ou perda. In: Waitzberg, Dan Linetzky. *Nutricao enteral e parenteral na pratica clinica.* s.l, Atheneu, 1990. p.105-17. (Enfermagem. Nutricao).
468. Silverman S Jr. The impact of HIV and AIDS on dentistry in the next decade. *J Calif Dent Assoc.* 1996 Jan;24(1):53-5.
469. Silverman S Jr. The impact of HIV and AIDS on dentistry in the next decade. *J Calif Dent Assoc.* 1996 Jan;24(1):53-5.
470. Sinclair RC, Gershon RR, Murphy LR, Goldenhar LM. Operationalizing theoretical constructs in bloodborne pathogens training curriculum. *Health Educ Q.* 1996 May;23(2):238-55.

471. Sinclair RC, Maxfield A, Marks EL, Thompson DR, Gershon RR. Prevalence of safer needle devices and factors associated with their adoption: results of a national hospital survey. *Public Health Rep.* 2002 Jul-Aug;117(4):340-9.
472. Sinclair RC, Maxfield A, Marks EL, Thompson DR, Gershon RRM. Prevalence of safer needle devices and factors associated with their adoption: Results of a National Hospital Survey. *Public Health Reports.* 2002; 117 (4):340-349.
473. Siqueira RC, Jorge R, Scott IU. Transconjunctival retinopexy with active external drainage of subretinal fluid: a prospective pilot study of eight consecutive cases. *Arq. bras. oftalmol*;70(4):573-576, jul.-ago. 2007.
474. Smith DR, Choe MA, Jeong JS, Jeon MY, Chae YR, An GJ. Epidemiology of needlestick and sharps injuries among professional Korean nurses. *J Prof Nurs.* 2006 Nov-Dec;22(6):359-66.
475. Smith DR, Choe MA, Jeong JS, Jeon MY, Chae YR, An GJ. Epidemiology of needlestick and sharps injuries among professional Korean nurses. *J Prof Nurs.* 2006 Nov-Dec;22(6):359-66.
476. Smith DR, Leggat PA. Needlestick and sharps injuries among nursing students. *Journal of Advanced Nursing.* 2005; 51 (5):449-455.
477. Smith DR, Smyth W, Leggat PA, Wang RS. Needlestick and sharps injuries among nurses in a tropical Australian hospital. *Int J Nurs Pract.* 2006 Apr;12(2):71-7.
478. Smith DR, Smyth W, Leggat PA, Wang RS. Needlestick and sharps injuries among nurses in a tropical Australian hospital. *International journal of nursing practice.* 2006; 12 (2): 71-77.
479. Smith DR, Wei N, Zhang Y-J, Wang R-S. Needlestick and sharps injuries among a cross-section of physicians in mainland China. *American Journal of Industrial Medicine.* 2006; 49 (3):169-174.
480. Smith DR, Wei N, Zhang YJ, Wang RS. Needlestick and sharps injuries among a cross-section of physicians in Mainland China. *Am J Ind Med.* 2006 Mar;49(3):169-74.
481. Smith ER, Banatvala JE, Tilzey AJ. Hepatitis B vaccine uptake among surgeons at a London teaching hospital: how well are we doing? *Ann R Coll Surg Engl.* 1996 Sep;78(5):447-9.

482. Smolinski P, Serafinska S, Gladysz A. [Underestimation of exposure incidence rates in Polish health workers: a prospective study]. *Med Pr.* 2006;57(6):507-16.
483. Sondergaard J, Andersen MB. [Stab and cut lesions among general practitioners in the county of Funen] *Ugeskr Laeger.* 1998 Mar 16;160(12):1781-4.
484. Sorsa M, Anderson D. Monitoring of occupational exposure to cytostatic anticancer agents. *Mutat Res.* 1996 Aug 17;355(1-2):253-61.
485. Sperandio AMG. Assistência à saúde ocular de crianças nos serviços de saúde pública do Município de Campinas, 1993-1994. São Paulo; s.n; 1994. [124] p. [Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo.
486. Srikrajang J, Pochamarn C, Chittreecheur J, Apisarntharak A, Danchaivijitr S. Effectiveness of education and problem solving work group on nursing practices to prevent needlestick and sharp injury. *J Med Assoc Thai.* 2005 Dec;88 Suppl 10:S115-9.
487. Srikrajang J, Pochamarn C, Chittreecheur J, Apisarntharak A, Danchaivijitr S. Effectiveness of education and problem solving work group on nursing practices to prevent needlestick and sharp injury. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het thangphaet.* 2005; 88 Suppl 10: S115-119.
488. Stein AD, Makarawo TP, Ahmad MF. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. *J Hosp Infect.* 2003 May;54(1):68-73.
489. Stein AD, Makarawo TP, Ahmad MF. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. *J Hosp Infect.* 2003 May;54(1):68-73.
490. Stein AD, Makarawo TP, Ahmad MFR. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. *Journal of Hospital Infection.* 2003; 54 (1):68-73.
491. Stevens PE, Hall JM. An occupational transmission of HIV: collision of ethical worlds in nursing practice. *ANS Adv Nurs Sci.* 1996 Sep;19(1):38-50.
492. Struffaldi MCB. Reabilitação profissional: características, conhecimentos e opiniões de trabalhadores acidentados: São Paulo, SP, 1994. São Paulo; s.n; 1994. [130] p. [Tese]. São Paulo. Universidade de São Paulo.

493. Suárez Alba O, Artiles Chaviano A. Dominio de conocimientos generales de bioética en el hospital rural San Blas. *Rev. cuba. enferm*;20(1), ene.-abr. 2004.
494. Suárez PR, García GR, Aldana PD, Díaz DO. Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. *Rev. cuba. endocrinol*;11(1):31-40, ene.-abr. 2000.
495. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Uchiyama M. Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *J Adv Nurs*. 2005 Nov;52(4):445-53.
496. Tabak N, Shiaabana AM, Shasha S. The health beliefs of hospital staff and the reporting of needlestick injury. *J Clin Nurs*. 2006 Oct;15(10):1228-39.
497. Taeron C. [Treatment after accidental blood exposure]. *Rev Infirm*. 2006 Nov;(125):39-40. French.
498. Tannebaum J, Anastasoff J. The role of psychosocial assessment and support in occupational exposure management. *AIDS Educ Prev*. 1997 Jun;9(3):275-84.
499. Tannebaum J, Anastasoff J. The role of psychosocial assessment and support in occupational exposure management. *AIDS Education and Prevention*. 1997; 9 (3): 275-284.
500. Tarantola A, Koumaré A, Rachline A, Sow PS, Diallo MB, Doumbia S, Aka C, Ehui E, Brücker G, Bouvet E. A descriptive, retrospective study of 567 accidental blood exposures in healthcare workers in three West African countries. *Journal of Hospital Infection*. 2005; 60 (3):276-282.
501. Tas S, Lauwerys R, Lison D. Occupational hazards for the male reproductive system. *Critical Reviews in Toxicology*. 1996; 26 (3): 261-307.
502. Tas S, Lauwerys R, Lison D. Occupational hazards for the male reproductive system. *Critical Reviews in Toxicology*. 1996; 26 (3): 261-307.
503. Tavares DS. O sofrimento no trabalho entre servidores públicos: uma análise psicossocial do contexto de trabalho em um tribunal judiciário federal. São Paulo; s.n; 2003. [152] p.[Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo.
504. Teixeira JJV. O significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer e a percepção dos profissionais de saúde. São Paulo; s.n; 2003. 204 p.[Tese]. São Paulo. Universidade de São Paulo.

505. Thomas DL, Gruninger SE, Siew C, Joy ED, Quinn TC. Occupational risk of hepatitis C infections among general dentists and oral surgeons in North America. *Am J Med.* 1996 Jan;100(1):41-5.
506. Thomas S, Agarwal M, Mehta G. Intraoperative glove perforation--single versus double gloving in protection against skin contamination. *Postgrad Med J.* 2001 Jul;77(909):458-60.
507. Thompson SC, Boughton CR, Dore GJ. Blood-borne viruses and their survival in the environment: Is public concern about community needlestick exposures justified? *Australian and New Zealand Journal of Public Health.* 2003; 27 (6):602-607.
508. Toledo Júnior ACC, Ribeiro FA, Ferreira, FGF, Ferraz RM, Greco DB. Conhecimento, atitudes e comportamentos frente ao risco ocupacional de exposição ao HIV entre estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop;*32(5):509-15, set.-out. 1999.
509. Tomkins DP, van der Walt JH. Needleless and sharp-free anaesthesia. *Anaesth Intensive Care.* 1996 Apr;24(2):164-8.
510. Tomkins DP, van der Walt JH. Needleless and sharp-free anaesthesia. *Anaesth Intensive Care.* 1996 Apr;24(2):164-8.
511. Tomkins DP, Van Der Walt JH. Needleless and sharp-free anaesthesia. *Anaesthesia and Intensive Care.* 1996; 24 (2):164-168.
512. Treloar CJ, Malcolm JA, Sutherland DC, Berenger S, Higginbotham N. Hospital administrators' tolerance of staff needlestick injuries. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1994 May;15(5):307-10.
513. Treloar CJ, Malcolm JA, Sutherland DC, Berenger S, Higginbotham N. Hospital administrators' tolerance of staff needlestick injuries. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1994 May;15(5):307-10.
514. Trim JC, Adams D, Elliott TS. Healthcare workers' knowledge of inoculation injuries and glove use. *Br J Nurs.* 2003 Feb 27-Mar 12;12(4):215-21.
515. Trim JC, Adams D, Elliott TS. Healthcare workers' knowledge of inoculation injuries and glove use. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing).* 2003; 12 (4):215-221.

516. Trindade LL. Representações sociais sobre Programas de Saúde dos trabalhadores em gráficas no Município de São Paulo. São Paulo; s.n; 2003. 79 p.[Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo.
517. Twitchell KT. Bloodborne pathogens. What you need to know--Part I. AAOHN J. 2003 Jan;51(1):38-45; quiz 46-7.
518. U.S. Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. Updated USPHS guidelines for managing occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and considerations for dentistry. J Am Dent Assoc. 2002 Dec;133(12):1627-9.
519. U.S. Public Health Service. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR Recomm Rep. 2001 Jun 29;50(RR-11):1-52.
520. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Perfiles profesionales / Professional profiles. Quito; Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas; 1987. 108 p.
521. Uslan DZ, Virk A. Postexposure chemoprophylaxis for occupational exposure to human immunodeficiency virus in traveling health care workers. Journal of Travel Medicine. 2005; 12 (1):14-18.
522. Vallejo AOJ; Navarrete NS, del Río Chiriboga C, Avila FC, Santos PJI. El trabajador de salud y la consejería sobre el VIH y SIDA. Salud publica Mex;37(6):636-42, nov.-dic. 1995.
523. van de Mortel TF. Registered and enrolled nurses' knowledge of hepatitis C and attitudes towards patients with hepatitis C. Contemp Nurse. 2003 Dec-2004 Feb;16(1-2):133-44.
524. van de Mortel TF. Registered and enrolled nurses' knowledge of hepatitis C and attitudes towards patients with hepatitis C. Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession. 2003; 16 (1-2):133-144.
525. van Gemert-Pijnen J, Hendrix MG, Van der Palen J, Schellens PJ. Effectiveness of protocols for preventing occupational exposure to blood and body fluids in Dutch hospitals. J Hosp Infect. 2006 Feb;62(2):166-73. Epub 2005 Oct 27.
526. van Gemert-Pijnen J, Hendrix MGR, Van der Palen J, Schellens PJ. Effectiveness of protocols for preventing occupational exposure to blood and body fluids in Dutch hospitals. Journal of Hospital Infection. 2006; 62 (2):166-173.

527. van Wissen KA, Siebers RW. Nurses' attitudes and concerns pertaining to HIV and AIDS. *J Adv Nurs*. 1993 Jun;18(6):912-7.
528. Velazco AR, Alvarez AC, Sandoval CM. Enfermedad de Alzheimer como modelo predictivo de demencia. *Rev. med. IMSS*;38(5):355-363, sept.-oct. 2000.
529. Verhagen CM. Exposure incidents: protective measures and action strategies. *J Mich Dent Assoc*. 1999 Nov-Dec;81(9):18-9.
530. Vincent A, Cohen M, Bernet C, Parneix P, L'Hériteau F, Branger B, Talon D, Hommel C, Abiteboul D, Coignard B. Bloodborne injuries to midwives in French maternity units: Results of the national surveillance 2003 [Les accidents d'exposition au sang chez les sages-femmes dans les maternités françaises: Résultats de la surveillance nationale en 2003]. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*. 2006; 35 (3): 247-256.
531. Vincent A, Cohen M, Bernet C, Parneix P, L'Heriteau F, Branger B, Talon D, Hommel C, Abiteboul D, Coignard B. [Accidental exposure to blood by midwives in French maternity units: results of the national surveillance 2003] *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2006 May;35(3):247-56.
532. Vitale F, Di Benedetto MA, Casuccio A, Firenze A, Calandra G, Ballaro F, Romano N. [The influence of professional degree on the knowledge of HIV, HBV and HCV infections in dentistry practice] *Ann Ig*. 2005 May-Jun;17(3):185-96.
533. Volkow P, Jacquemin B, Vilar-Compte D, Castillo JR. Contact with hospital syringes containing body fluids. Implications for medical waste management regulation. *Salud publica Mex*;45(2):120-122, Mar.-Apr. 2003.
534. Wallis GC, Kim WY, Chaudhary BR, Henderson JJ. Perceptions of orthopaedic surgeons regarding hepatitis C viral transmission: a questionnaire survey. *Ann R Coll Surg Engl*. 2007 Apr;89(3):276-80.
535. Wareham DW, Breuer J. Management of occupational exposure to hepatitis C: survey of United Kingdom practice. *Commun Dis Public Health*. 2000 Dec;3(4):295-6.
536. Warnet S, Peyret M. [Accidental exposure to blood and biological fluids] *Rev Infirm*. 2006 Nov;(125):13-23.
537. Warnet S, Peyret M. Accidental exposure to blood and biological fluids [Les accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques.] *Revue de l'infirmière*. 2006; 125:13-23.

538. Watterson L. Monitoring sharps injuries: EPINet surveillance results. *Nurs Stand.* 2004 Sep 29-Oct 5;19(3):33-8.
539. Weintraub AM. OSHA bloodborne pathogens standard: a guide to dental practice compliance. *Pa Dent J (Harrisb).* 1993 Sep-Oct;60(5):15-20.
540. Weiss K. Hepatitis C: what a dentist should know. *J Can Dent Assoc.* 1995 Jun;61(6):537-40.
541. Weiss K. Hepatitis C: what a dentist should know. *J Can Dent Assoc.* 1995 Jun;61(6):537-40.
542. West K. AIDS update: occupational exposure & post-exposure treatment of HIV/AIDS. *JEMS.* 2002 Dec;27(12):48-60; quiz 62-3.
543. White CL. Protecting workers from pathogens. Employers must act now to comply with OSHA's new standard on bloodborne pathogens. *Health Prog.* 1992 Apr;73(3):38-43.
544. Wiehl P, Guggenheim B. [The hygienically correct practice concept (II). Passive protective measures (inoculations, work protection, work clothes, gloves, mouth protection, protective glasses). The Commission for Practice Hygiene of the Societe Suisse d'Odonto-Stomatologie] *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 1993;103(9):1126-45.
545. Wig N. Work accidents in the HIV era. Solutions to a growing problem [Los accidentes laborales en la era del VIH. Soluciones a un problema creciente] *Salud (i) Ciencia.* 2007; 15 (2):540-544.
546. Wilkins JR 3rd, Bowman ME. Needlestick injuries among female veterinarians: frequency, syringe contents and sideeffects. *Occup Med (Lond).* 1997 Nov;47(8):451-7.
547. Williams CO, Campbell S, Henry K, Collier P. Variables influencing worker compliance with universal precautions in the emergency department. *Am J Infect Control.* 1994 Jun;22(3):138-48.
548. Wilson L. Oncology safety: safe environment/safe practice for patients and providers. *ONS News.* 2006;21(8 Suppl):29-30.
549. Wolff RM, Hidalgo VS. Exposición accidental del personal de salud a sangre y líquidos biológicos de pacientes. *Rev. med. Chile;*120(11):1247-53, nov. 1992.

550. Wright D. Hepatitis C nightmare. Interview by Charlotte Alderman. *Nurs Stand*. 2005 Oct 12-18;20(5):26-7.
551. Wright JG, Young NL, Stephens D. Reported use of strategies by surgeons to prevent transmission of bloodborne diseases. *CMAJ*. 1995 Apr 1;152(7):1089-95.
552. Yéboué-Kouamé BY, Bonny JS, Wognin SB, Kouassi M, Sylla T. Worker attitude and surveillance of accidental exposure to blood at the Yopougon Abidjan University Hospital Center [Comportement et surveillance des salariés victimes d'accidents avec exposition au sang au C.H.U. de Yopougon, Abidjan]. *Archives des Maladies Professionnelles et de Medecine du Travail*. 1998; 59 (6):413-416.
553. Younai FS, Murphy DC, Kotelchuck D. Occupational exposures to blood in a dental teaching environment: results of a ten-year surveillance study. *J Dent Educ*. 2001 May;65(5):436-48.
554. Zakrzewska JM, Greenwood I, Jackson J. Introducing safety syringes into a UK dental school--a controlled study. *Br Dent J*. 2001 Jan 27;190(2):88-92.
555. Zavala ACR, Cardona AAL. Shock hipovolémico en pediatria. *Rev. med. hondur*;59(1):34-43, ene.-mar. 1991.
556. Zayas VM, Rodríguez JF. Idoneidad de los dirigentes del Poder Popular para cooperar con la atención primaria de salud. *Rev. cuba. med. gen. integr*;13(5):434-8, sept.-oct. 1997.
557. Zogno MA, Miglino MA, Oliveira MF. Análise bioquímica dos líquidos fetais e citologia do fluido amniótico da fêmea de Moco (Kerodon rupestris). *Braz. j. vet. res. anim. sci*;41(4):228-235, jul.-ago. 2004.

ANEXO D

Referências Bibliográficas – Artigos localizados (n=91)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – ARTIGOS LOCALIZADOS (n = 91)

1. [No authors listed]. Dental workers underreport potential exposures to HIV, study says. *AIDS Policy Law*. 1997 Sep 19;12(17):3.
2. Adegboye AA, Moss GB, Soyinka F, Kreiss JK. The epidemiology of needlestick and sharp instrument accidents in a Nigerian hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1994 Jan;15(1):27-31.
3. Aiken LH, Sloane DM, Klocinski JL. Hospital nurses' occupational exposure to blood: prospective, retrospective, and institutional reports. *Am J Public Health*. 1997 Jan;87(1):103-7.
4. Alam, M. Knowledge, attitude and practices among health care workers on needle-stick injuries. *Annals of Saudi Medicine*, (2002);22 (5-6), pp. 396-399.
5. APIC position paper: prevention of device-mediated bloodborne infections to health care workers. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. *Am J Infect Control*. 1998 Dec;26(6):578-80.
6. Astbury C, Baxter PJ. Infection risks in hospital staff from blood: hazardous injury rates and acceptance of hepatitis B immunization. *J Soc Occup Med*. 1990 Autumn;40(3):92-3.
7. Bagramian RA, McNamara JA Jr. A prospective survey of percutaneous injuries in orthodontists. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1998 Dec;114(6):654-8.
8. Balsamo AC, Barrientos DS, Rossi JCB, Acidentes de trabalho com exposição a líquidos corporais humanos ocorridos nos funcionários do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). *Ver. Med. HU-USP*, v. 10, n.1, p.39-45, jan./jun.2000.
9. Benitez Rodriguez E, Ruiz Moruno AJ, Cordoba Dona JA, Escolar Pujolar A, Lopez Fernandez FJ. Underreporting of percutaneous exposure accidents in a teaching hospital in Spain. *Clin Perform Qual Health Care*. 1999 Apr-Jun;7(2):88.
10. Bi P, Tully PJ, Pearce S, Hiller JE. Occupational blood and body fluid exposure in an Australian teaching hospital. *Epidemiol Infect*. 2006 Jun;134(3):465-71. Epub 2005 Sep 30.
11. Boey VM, Phipps FM. It's a bloody risk. Midwives' attitudes, perceptions and practices regarding wearing goggles on delivery suite. *Pract Midwife*. 2003 Feb;6(2):28-33.

12. Boyle M. Blood borne infections. Protection for midwives. *Pract Midwife*. 2000 Jul-Aug;3(7):48-50.
13. Burke S, Madan I. Contamination incidents among doctors and midwives: reasons for non-reporting and knowledge of risks. *Occup Med (Lond)*. 1997 Aug;47(6):357-60.
14. Buss PW, McCabe M, Jones ER. Attitudes of paediatricians to HIV and hepatitis B virus infection. *Arch Dis Child*. 1991 Aug;66(8):961-4; discussion 965.
15. Calabrese G. La salud del anesestesiólogo (Cuarta parte) Riesgos biológicos y ambientales. *Ver. Arg. Anest* (2005), 63,4:235-252.
16. Carrillo L, Fleming LE, Lee DJ. Bloodborne pathogens risk and precautions among urban fire-rescue workers. *J Occup Environ Med*. 1996 Sep;38(9):920-4.
17. Cleveland JL, Barker LK, Cuny EJ, Panlilio AL; National Surveillance System for Health Care Workers Group. Preventing percutaneous injuries among dental health care personnel. *J Am Dent Assoc*. 2007 Feb; 138(2):169-78;quiz 247-8
18. Csete M. Special consideration for bloodborne pathogens in the PACU. *J Perianesth Nurs*. 1996 Aug;11(4):223-30. Review.
19. Cutter J, Jordan S. Uptake of guidelines to avoid and report exposure to blood and body fluids. *J Adv Nurs*. 2004 May;46(4):441-52.
20. Davidhizar R, Shearer R, Castro R. Needlestick injury: what every nurse should know. (2000) *The Journal of practical nursing*, 50 (4), pp. 12-15; quiz 16.
21. Denis M-A, Ecochard R, Bernadet A, Forissier M-F, Porst J-M, Robert O, Volckmann Cl, Bergeret A. Risk of occupational blood exposure in a cohort of 24,000 hospital healthcare workers: Position and environment analysis over three years. (2003) *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45 (3), pp. 283-288.
22. Dowling DA. Monitoring and evaluation: the management of blood borne pathogens. *J Qual Assur*. 1991 May-Jun;13 (3):22-4.
23. Elmieh B, Whitaker IS, James MJ, Chahal CA, Galea A, Alshafi K. Needle-stick injuries in the National Health Service: a culture of silence. *J R Soc Med* 2004;97:326-327.

24. Folin AC, Nordström GM. Accidental Blood Contact during Orthopedic Surgical Procedures. (1997) *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 18 (4), pp. 244-246.
25. Ganczak M, Milona M, Szych Z. Nurses and occupational exposures to bloodborne viruses in Poland. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006 Feb;27(2):175-80. Epub 2006 Feb 8.
26. Garcia LP, Blank VLG. Prevalência de exposições ocupacionais de cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário a material biológico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(1): 97-108, jan, 2006.
27. Gershon RR, Flanagan PA, Karkashian C, Grimes M, Wilburn S, Frerotte J, Guidera J, Pugliese G. Health care workers' experience with postexposure management of bloodborne pathogen exposures: a pilot study. *Am J Infect Control*. 2000 Dec;28(6):421-8.
28. Gir E, Costa FPP, Silva AM. A Enfermagem frente a acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. *Ver. Esc. Enf. USP*, v.32, n.3, p.262-72, out. 1998.
29. Gooch BF, Cardo DM, Marcus R, Mckibben PS, Cleveland JL, Srivastava PU, Culver DH, Bell DM. Percutaneous Exposures to HIV-Infected Blood among dental workers enrolled in the CDC needlestick study. *JADA*, Vol. 126, September 1995.
30. Gordon GP. Practice behaviors of RNs related to hazardous risks within the clinical setting. *By: Medsurg Nursing*, June 1, 1999, Vol. 8, Issue 3.
31. Grande Gimenez Marino C, El-Far F, Barsanti Wey S, Servolo Medeiros EA; Hospital Epidemiology Committee, Federal University at Sao Paulo, SP, Brazil. Cut and puncture accidents involving health care workers exposed to biological materials. *Braz J Infect Dis*. 2001 Oct;5(5):235-42.
32. Greene ES, Berry AJ, Arnold III WP, Jagger J. Percutaneous injuries in anesthesia personnel. (1996) *Anesthesia and Analgesia*, 83 (2), pp. 273-278.
33. Grosch JW, Gershon RR, Murphy LR, DeJoy DM. Safety climate dimensions associated with occupational exposure to blood-borne pathogens in nurses. *Am J Ind Med*. 1999 Sep;Suppl 1:122-4.
34. Gumodoka B, Favot I, Berege ZA, Dolmans WM. Occupational exposure to the risk of HIV infection among health care workers in Mwanza Region, United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ*. 1997;75(2):133-40.

35. Haiduven DJ, Simpkins SM, Phillips ES, Stevens DA. A survey of percutaneous/mucocutaneous injury reporting in a public teaching hospital. *J Hosp Infect.* 1999 Feb;41(2):151-4.
36. Harrison CA, Rogers DW, Rosen M. Blood contamination of anaesthetic and related staff. *Anaesthesia.* 1990 Oct;45(10):831-3.
37. Heptonstall J, Gill ON, Porter K, Black MB, Gilbert VL. Health care workers and HIV: surveillance of occupationally acquired infection in the United Kingdom. *Commun Dis Rep CDR Rev.* 1993 Oct 8;3(11):R147-53.
38. Ho EC, Patiar S, Corbridge R. How we do it: Blood contamination during management of epistaxis – awareness, utilization and availability of barrier protection. *Clin Otolaryngol.* 2005 Feb; 30(1):71-2.
39. Jackson MM, Dechairo DC, Gardner DF. Perceptions and beliefs of nursing and medical personnel about needle-handling practices and needlestick injuries. *Am J Infect Control.* 1986 Feb;14(1):1-10.
40. Javadi AA, Mobasherizadeh S, Memarzadeh M, Mostafavizadeh K, Yazdani R. Evaluation of needle-stick injuries among health care workers in Isfahan province, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* 2007 Jan-Feb; 13(1):209-10.
41. Jorge R, Poletto M, Almeida AS, Eickhoff CM, Fontana M. Acidentes Biológicos em Hospital Universitário. *Rev Médica HSVP* 2000; 11(26): 19-22.
42. Kaspar TA, Wagner RF Jr. Percutaneous injury during dermatologic surgery. *J Am Acad Dermatol.* 1991 May;24(5 Pt 1):756-9.
43. Knight VM, Bodsworth NJ. Perceptions and practice of universal blood and body fluid precautions by registered nurses at a major Sydney teaching hospital. *J Adv Nurs.* 1998 Apr;27(4):746-51.
44. Kosgeroglu N, Ayranci U, Vardareli E, Dincer S. Occupational exposure to hepatitis infection among Turkish nurses: Frequency of needle exposure, sharps injuries and vaccination. (2004) *Epidemiology and Infection*, 132 (1), pp. 27-33.
45. Kristensen MS, Wernberg NM, Anker-Møller E. Healthcare workers' risk of contact with body fluids in a hospital: the effect of complying with the universal precautions policy. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1992 Dec;13(12):719-24.

46. Lee LK, Noor Hassim I. Implication of the prevalence of needlestick injuries in a general hospital in Malaysia and its risk in clinical practice (2005) *Environmental Health and Preventive Medicine*, 10 (1), pp. 33-41.
47. Leiss JK, Ratcliffe JM, Lyden JT, Sousa S, Orelie JG, Boal WL, Jagger J. Blood exposure among paramedics: incidence rates from the national study to prevent blood exposure in paramedics. *Ann Epidemiol*. 2006 Sep;16(9):720-5. Epub 2006 Apr 3.
48. Leliopoulou C, Waterman H, Chakrabarty S. Nurses failure to appreciate the risks of infection due to needle stick accidents: a hospital based survey. *J Hosp Infect*. 1999 May;42(1):53-9.
49. Lum D, Mason Z, Meyer-Rochow G, Neveltsen GB, Siriwardena M, Turner P, Firth H. Needle stick injuries in country general practice. *N Z Med J*. 1997 Apr 11;110 (1041):122-5.
50. Lymer UB, Richt B, Isaksson B. Health care workers' action strategies in situations that involve a risk of blood exposure. *J Clin Nurs*. 2003 Sep;12(5):660-7.
51. Lymer UB, Schutz AA, Isaksson B. A descriptive study of blood exposure incidents among healthcare workers in a university hospital in Sweden. *J Hosp Infect*. 1997 Mar;35(3):223-35.
52. Madan AK, Raafat A, Hunt JP, Rentz D, Wahle MJ, Flint LM. Barrier precautions in trauma: is knowledge enough? *J Trauma*. 2002 Mar;52(3):540-3.
53. Manian FA. Blood and body fluid exposures among surgeons: a survey of attitudes and perceptions five years following Universal Precautions. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996 Mar;17(3):172-4.
54. Marcus R, Srivastava PU, Bell DM, McKibben PS, Culver DH, Mendelson MH, Zalenski RJ, Kelen GD. Occupational blood contact among prehospital providers. *Ann Emerg Med*. 1995 Jun;25(6):776-9.
55. Martínez JL, Gigoux CC, Lobos J-FN, Martínez RB, Mendoza AP, Salcedo LM, Darinka MS. VIH y otras infecciones que se transmiten por sangre y fluidos corporales. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Chile*;10(2):15-26, jul.-dic. 1992.
56. Marcelo Wolff R, Soledad Hidalgo V. Exposición accidental del personal de salud a sangre y líquidos biológicos de pacientes. *Ver. Méd. Chile* 1992; 120: 1247 – 1253.

57. McNamara JA Jr, Bagramian RA. Prospective survey of percutaneous injuries in orthodontic assistants. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1999 Jan;115(1):72-6.
58. Mendoza NC, Barrientos MC, Vasquez PR, Panizza FV. Exposición laboral a sangre y fluidos corporales: Experiencia en un hospital pediátrico. *Rev. chil. infectol.*, 2001, vol.18, no.1, p.28-34. ISSN 0716-1018.
59. Miller KE, Krol RA, Losh DP. Universal precautions in the family physician's office. *J Farm Pract.* 1992 Aug; 35(2):168-8.
60. Moloughney BW. Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health care setting: Where are we now? (2001) *Canadian Medical Association Journal*, 165 (4), pp. 445-451.
61. Nelsing S, Nielsen TL, Nielsen JO. Occupational blood exposure among health care workers: II. Exposure mechanisms and universal precautions. *Scand J Infect Dis.* 1993; 25(2):199-205.
62. Nelsing S, Nielsen TL, Nielsen JO. Percutaneous blood exposure among danish doctors: Exposure mechanisms and strategies for prevention. (1997) *European Journal of Epidemiology*, 13 (4), pp. 387-393.
63. Oakley K, Gooch C, Cockcroft A. Review of management of incidents involving exposure to blood in a London teaching hospital, 1989-91. *BMJ.* 1992 Apr 11;304(6832):949-51.
64. Ofili AN, Asuzu MC, Okojie OH. Hospital workers' opinions on the predisposing factors to blood-related work accidents in Central Hospital, Benin City, Edo State, Nigeria. *Public Health.* 2003 Sep;117(5):333-8.
65. Ortega E, Corrales JL, Capará LA. Accidentes laborales por exposición y punción con sangre y fluidos corporales. *Revista de La Facultad de Medicina de La Unne*, vol.XIX: 23-25, 2001.
66. Osborne S. Perceptions that influence occupational exposure reporting. *AORN J.* 2003 Aug;78(2):262-72.
67. Palmer GD, Fleming GJ. The management of occupational exposures to blood and saliva in dental practice. *Dent Update.* 2000 Sep;27(7):318-24.

68. Patel D, Gawthrop M, Snashall D, Madan I. Out of hours management of occupational exposures to blood and body fluids in healthcare staff. *Occup Environ Med.* 2002 Jun;59(6):415-8.
69. Perry J, Robinson ES, Jagger J. Nursing 2004 needle-stick and sharps-safety survey: getting to the point about preventable injuries. *Nursing.* 2004 Apr;34(4):43-7.
70. Petruk, J. Sharps injuries. Time to change our equipment and attitudes. (2003) *The Canadian nurse*, 99 (9), pp. 18-22.
71. Phipps W, Honghong W, Min Y, Burgess J, Pellico L, Watkins CW, Guoping H, Williams A. Risk of medical sharps injuries among Chinese nurses. *Am J Infect Control.* 2002 Aug;30(5):277-82.
72. Porta C, Handelman E, McGovern P. Needlestick injuries among health care workers. A literature review. (1999) *AAOHN Journal*, 47 (6), pp. 237-244.
73. Rabaud C, Zanea A, Mur JM, Blech MF, Dazy D, May T, Guillemin F. Occupational Exposure to blood: Search for a Relation Between Personality and Behavior. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21:564-574.
74. Raghavendran S, Bagry HS, Leith S, Budd JM. Needle stick injuries: a comparison of practice and attitudes in two UK District General Hospitals. *Anaesthesia.* 2006 Sep;61(9):867-72.
75. Rattner SL, Norman SA, Berlin JA. Percutaneous injuries on the "front line": a survey of housestaff and nurses. *Am J Prev Med.* 1994 Nov-Dec;10(6):372-7.
76. Reutter LI, Northcott HC. Managing occupational HIV exposures: a Canadian study. *Int J Nurs Stud.* 1995 Oct;32(5):493-505.
77. Ryan ME, Jones L, Miller D. Healthcare workers and bloodborne pathogens: knowledge, concerns, and practices. *Gastroenterol Nurs.* 1996 May-Jun;19 (3):96-101.
78. Santos NJS, Monteiro ALC, Ruiz EAC. The First Case of AIDS Due to Occupational Exposure in Brasil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 2002; 6(3): 140-141.
79. Schuman NJ, Owens BM, Turner JE. Survey of hepatitis B exposure and sharps injuries in dental health-care professionals. *Compend Contin Educ Dent.* 1996 Oct;17(10):986, 990-5.

80. Scoular A, Watt AD, Watson M, Kelly B. Knowledge and attitudes of hospital staff to occupational exposure to bloodborne viruses. *Commun Dis Public Health*. 2000 Dec; 3 (4):247-9.
81. Shah SM, Merchant AT, Dosman, J.A. Percutaneous injuries among dental professionals in Washington State. (2006) *BMC Public Health*, 6, art. no. 269.
82. Shiao JS, McLaws ML, Huang KY, Ko WC, Guo YL. Prevalence of nonreporting behavior of sharps injuries in Taiwanese health care workers. *Am J Infect Control*. 1999 Jun;27(3):254-7.
83. Smith DR, Choe MA, Jeong JS, Jeon MY, Chae YR, An GJ. Epidemiology of needlestick and sharps injuries among professional Korean nurses. *J Prof Nurs*. 2006 Nov-Dec; 22 (6):359-66.
84. Smith DR, Smyth W, Leggat PA, Wang RS. Needlestick and sharps injuries among nurses in a tropical Australian hospital. *Int J Nurs Pract*. 2006 Apr;12(2):71-7.
85. Smith DR, Wei N. Zhang Y-J, Wang R-S. Needlestick and sharps injuries among a cross-section of physicians in mainland China. (2006) *American Journal of Industrial Medicine*, 49 (3), pp. 169-174.
86. Stein AD, Makarawo TP, Ahmad MFR. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. (2003) *Journal of Hospital Infection*, 54 (1), pp. 68-73.
87. Tabak N, Shiaabana AM, Shasha S. The health beliefs of hospital staff and the reporting of needlestick injury. *J Clin Nurs*. 2006 Oct;15(10):1228-39.
88. Tarantola A, Koumaré A , Rachline A , Sow PS, Diallo MB, Doumbia S, Aka C, Ehui E, Brücker G, Bouvet E. A descriptive, retrospective study of 567 accidental blood exposures in healthcare workers in three West African countries. (2005) *Journal of Hospital Infection*, 60 (3), pp. 276-282.
89. U.S. Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. Updated USPHS guidelines for managing occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and considerations for dentistry. *J Am Dent Assoc*. 2002 Dec;133(12):1627-9.
90. van Gemert-Pijnen J, Hendrix MG, Van der Palen J, Schellens PJ. Effectiveness of protocols for preventing occupational exposure to blood and body fluids in Dutch hospitals. *J Hosp Infect*. 2006 Feb;62(2):166-73. Epub 2005 Oct 27.

91. Younai FS, Murphy DC, Kotelchuck D. Occupational exposures to blood in a dental teaching environment: results of a ten-year surveillance study. *J Dent Educ.* 2001 May;65(5):436-48.

ANEXO E

Classificação de agentes com base em seu risco biológico

CLASSIFICAÇÃO DE AGENTES COM BASE EM SEU RISCO BIOLÓGICO

CLASSE DE RISCO 1

Agentes não incluídos nas classes de risco 2, 3 e 4 e que não demonstraram capacidade comprovada de causar doença no homem ou em animais sadios.

A não classificação de agentes nas classes de risco 2, 3 e 4 não implica na sua inclusão automática na classe de risco 1. Para isso deverá ser conduzida uma avaliação de risco, baseada nas propriedades conhecidas e/ou potenciais desses agentes e de outros representantes do mesmo gênero ou família.

CLASSE DE RISCO 2

AGENTES BACTERIANOS, INCLUINDO CLAMÍDIAS E RICKETTSIAS

Acinetobacter baumannii (anteriormente *Acinetobacter calcoaceticus*)
Actinobacillus (todas as espécies)
Actinomadura madurae, *A. pelletieri*
Actinomyces spp, *A. gerencseriae*, *A. israeli*, *Actinomyces pyogenes* (anteriormente *Corynebacterium pyogenes*)
Aeromonas hydrophila
Amycolata autotrophica
Archanobacterium haemolyticum (anteriormente *Corynebacterium haemolyticum*)
Bacteroides fragilis
Bartonella (Rochalimea) spp, *B. bacilliformis*, *B. henselae*, *B. vinsonii*, *B. quintana*
Borrelia spp, *B. anserina*, *B. burgdorferi*, *B. duttoni*, *B. persicus*, *B. recurrentis*, *B. theileri*, *B. vincenti*
Bordetella bronchiseptica, *B. parapertussis*, *B. pertussis*
Burkholderia spp (anteriormente espécies de *Pseudomonas* exceto aquelas inseridas na classe 3)
Campylobacter spp, *C. septicum*, *C. coli*, *C. fetus*,
Campylobacter spp, *C. septicum*, *C. coli*, *C. fetus*, *C. jejuni*
Cardiobacterium hominis
Chlamydia pneumoniae, *C. trachomatis*
Clostridium spp, (*C. chauvoei*, *C. haemolyticum*, *C. histolyticum*, *C. novyi*, *C. perfringens*, *C. tetani*, *C. septicum*)
Corynebacterium spp, *C. diphtheriae*, *C. equi*, *C. haemolyticum*, *C. minutissimum*, *C. pyogenes*, *C. pseudotuberculosis*, *C. renale*
Dermatophilus congolensis
Edwardsiella tarda

Ehrlichia spp, Ehrlichia sennetsu (Rickettsia sennetsu)
Eikenella corrodens
Enterobacter aerogenes/cloacae
Enterococcus spp
Erysipelothrix rhusiopathiae
Escherichia coli (todas as cepas enteropatogênicas, enterotoxigênicas, enteroinvasivas e cepa detentoras do antígeno K 1).
Haemophilus ducreyi, H. influenzae
Helicobacter pylori
Klebsiella (todas as espécies)
Legionella, incluindo a *L. pneumophila*
Leptospira interrogans (todos os sorotipos)
Listeria (todas as espécies)
Moraxella (todas as espécies)
Mycobacterium (todas as espécies, exceto as listadas na Classe 3), *Mycobacterium avium/intracellulare, M. chelonii, M. fortuitum, M. kansasii, M. malmoense, M. marinum, M. paratuberculosis, M. scrofulaceum, M. simiae, M. szulgai, M. xenopi, M. asiaticum, M. bovis BCG vacinal, M. leprae*
Mycoplasma (todas as espécies, exceto *Mycoplasma mycoides e Mycoplasma agalactiae* classificados como risco 5), *Mycoplasma caviae, M. hominis, M. pneumoniae*
Neisseria gonorrhoea, N. meningitidis
Nocardia asteroides, N. brasiliensis, N. otitidiscaviarum, N. transvalensis, N. farcinica, N. nova
Pasteurella spp, P. multocida
Peptostreptococcus anaerobius
Plesiomonas shigelloides
Porphyromonas spp
Prevotella spp
Proteus mirabilis, P. penneri, P. vulgaris
Providencia spp, P. alcalifaciens, P. rettgeri
Rhodococcus equi
Salmonella ssp (todos os sorovares)
Serpulina spp
Shigella spp. (*S. boydii, S. dysenteriae, S. flexneri, S. sonnei*)
Sphaerophorus necrophorus
Staphylococcus aureus
Streptobacillus moniliformis
Streptococcus spp, S. pneumoniae, S. pyogenes, S. suis
Treponema spp, T. carateum, T. pallidum, T. pertenue
Vibrio spp, V. cholerae 01 e 0139, V. vulnificus, V. parahaemolyticus
Yersinia spp, Y. enterocolitica, Y. pseudotuberculosis

PARASITAS:

Acanthamoeba castellanii
Ancylostoma humano e animal, incluindo A. duodenale, A. ceylanicum
Angiostrongylus spp, A. cantonensis, A. costaricensis
Ascaris, A. lumbricoides, A. suum

Babesia, incluindo *B. microti*, *B. divergens*
Balantidium coli
Brugia, incluindo *B. malayi*, *B. timori*, *B. pahangi*
Capillaria spp, *C. philippinensis*
Clonorchis sinensis, *C. viverrini*
Coccidia
Cryptosporidium spp, *C. parvum*
Cyclospora cayetanensis
Cysticercus cellulosae (cisto hidático, larva de *T. solium*)
Dactylaria galopava (*Ochroconis gallopavum*)
Dipetalonema streptocerca
Diphyllobothrium latum
Dracunculus medinensis
Echinococcus, incluindo *E. granulosus*, *E. multilocularis*, *E. vogeli*
Emmonsia parva var. crescens, *Emmonsia parva var. parva*
Entamoeba histolytica
Enterobius
Exophiala (*Wangiella*) *dermatitidis*
Fasciola , incluindo *F. gigantica*, *F. hepatica*
Fasciolopsis buski
Fonsecaea compacta, *F. pedrosoi*
Giardia spp, *Giardia lamblia* (*Giardia intestinalis*)
Heterophyes
Hymenolepis, incluindo *H. diminuta*, *H. nana*
Isospora
Leishmania spp, *L. major*, *L. mexicana*, *L. peruviana*, *L. tropica*, *L. ethiopia*,
L. brasiliensis, *L. donovani*
Loa loa
Madurella grisea, *M. mycetomatis*
Mansonella ozzardi, *M. perstans*
Microsporidium
Naegleria fowleri, *N. gruberi*
Necator, incluindo *N. americanus*
Onchocerca, incluindo *O. volvulus*
Opisthorchis (todas as espécies)
Paragonimus westermani
Plasmodium, incluindo as espécies símias, *P. cynomolgi*, *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*, *P. vivax*
Sarcocystis, incluindo *S. suihominis*
Scedosporium apiospermum (*Pseudallescheria boidii*), *Scedosporium prolificans* (inflatum)
Schistosoma haematobium, *S. intercalatum*, *S. japonicum*, *S. mansoni*, *S. mekongi*
Strongyloides, incluindo *S. stercoralis*
Taenia solium, *T. saginata*
Toxocara, incluindo *T. canis*
Toxoplasma, incluindo *T. gondii*
Trichinella spiralis
Trichuris trichiura
Trypanosoma, incluindo *T. brucei brucei*, *T. brucei gambiense*, *T. brucei rhodesiense*, *T. cruzi*

Wuchereria bancrofti

FUNGOS:

Aspergillus fl avus, A. fumigatus

Blastomyces dermatitidis

Candida albicans, C. tropicalis

Cladophialophora carrioni (Cladosporium carrioni), Cladophialophora bantiana (Xylophora bantiana, Cladosporium bantianum ou C. trichoides)

Cryptococcus neoformans, Cryptococcus neoformans var. gattii (Filobasidiella bacillispora), Cryptococcus neoformans var. neoformans (Filobasidiella neoformans var. neoformans)

Emmonsia parva var. crescens, Emmonsia parva var. parva

Epidermophyton spp, E. fl occosum

Exophiala dermatitidis

Fonsecaea compacta, F. pedrosi

Madurella spp, M. grisea, M. mycetomatis

Microsporium spp., M. canis, M. aldouinii

Neotestudina rosatii

Paracoccidioides brasiliensis (na fase de esporulação apresenta maior risco de infecção)

Penicillium marneffeii

Pneumocystis carinii

Scedosporium apiospermum (Pseudallescheria boidii), Scedosporium prolii cans (infl atum)

Sporothrix schenckii

Trichophyton spp, Trichophyton rubrum

FUNGOS EMERGENTES E OPORTUNISTAS:

Acremonium falciforme, A. kiliense, A. potronii, A. recifei, A. roseogriseum

Alternaria anamorfo de Pleospora infectoria

Aphanoascus fulvescens

Aspergillus amstelodami, A. caesiellus, A. candidus, A. carneus, A. glaucus,

A. oryzae, A. penicillioides, A. restrictus, A. sydowi, A. terreus, A. unguis,

A. versicolor.

Beauveria bassiana

Candida pulcherrima, C. lipolytica, C. ravautii, C. viswanathii

Chaetomium spp

Chaetoconidium spp

Chaetosphaeronema larense

Cladosporium cladosporioides

Conidiobolus incongruus

Coprinus cinereus

Cunninghamella geniculata

Curvularia pallescens, C. senegalensis

Cylindrocarpon tonkinense

Drechslera spp

Exophiala moniliae
Fusarium dimerum, F. nivale
Geotrichum candidum
Hansenula polymorpha
Lasiodiplodia theobromae
Microascus desmosporus
Mucor rouxianus
Mycelia sterilia
Mycocentrospora acerina
Oidiodendron cerealis
Paecilomyces lilacinus, P. viridis, P. variotii
Penicillium chrysogenum, P. citrinum, P. commune, P. expansum, P. spinulosum
Phialophora hoffmannii, P. parasitica, P. repens
Phoma hibernica
Phyllosticta spp, P. ovalis
Pyrenochaeta unguis-hominis
Rhizoctonia spp
Rhodotorula pilimanae, R. rubra
Schizophyllum commune
Scopulariopsis acremonium, S. brumptii
Stenella araguata
Taeniolella stilbospora
Tetraploa spp
Trichosporon capitatum
Tritirachium oryzae
Volutella cinerescens

VÍRUS:

Adenovirus humanos (todos os tipos)

Arenavirus do Velho Mundo: vírus Ippy, Mobala, coriomeningite linfocitária (amostras não neurotrópicas).

Arenavirus do Novo Mundo (complexo Tacaribe): vírus Amapari, Latino, Paraná, Pichinde, Flechal

Astrovirus

Birnavirus, incluindo Picobirnavirus, Picotrinavirus.

Bunyavirus incluindo Grupo Anopheles A (Arumateua, Caraipé, Lukuni, Tacaiuma, Trombetas, Tucuruí); Grupo Bunyamwera (Iaco, Kairi, Macauã, Maguari, Sororoca, Tucunduba, Taiassuí, Xingu) ; Grupo da encefalite da Califórnia (*La Crosse, Snow hare, San Angelo, Tahyna, Lumbo, Inkoo*); Grupo Melão (*Jamestown Canyon, South River, Keystone, Serra do Navio, Trivittatus, Guaroa*); Grupo C (Apeu, Caraparu, Itaqui, Marituba, Murutucu, Nepuyo, Oriboca); Grupo Capim (Capim, Acara, Benevides, Benfica, Guajará, Moriche); Grupo Guamá (Ananindeua, Bimiti, Catú, Guamá, Mirim, Moju, Timboteua). Grupo Simbu (Jatobal, Oropouche, Utinga); vírus Turlock, Belém, Mojuí dos Campos, Pará e Santarém.

Hantavirus incluindo *Prospect Hill, Puumala* e demais hantavírus, exceto as classificadas no nível 3

Nairovirus incluindo *Hazara*

Phlebovirus incluindo vírus Alenquer, Ambé, Anhangá, Ariquemes, Belterra, Bujarú, Candirú, Icoarací, Itaituba, Itaporanga, Jacundá, Joa, Morumbi, Munguba, Oriximina, Pacuí, Serra Norte, Tapará, Turuna, Uriurana, Urucuri, Napoles, Toscana, Uukuvírus, *Calicivirus* incluindo hepatite E, agente de Norwalk e demais vírus do grupo.

Coronavirus incluindo vírus humanos, gastroenterite de suínos, hepatite murina, *Coronavirus* bovinos, peritonite infecciosa felina, bronquite infecciosa aviária, *Coronavirus* de caninos, ratos e coelhos.

Flavivirus incluindo vírus Dengue tipos 1,2,3 e 4, vírus da Febre Amarela vacinal, *West Nile*, Kunjin, Bussuquara, Cacipacoré, Ilhéus, encefalite de São Luís

Hepadnavirus incluindo vírus da Hepatite B/ vírus Delta

Herpes-vírus incluindo *Citomegalovirus*, Herpes simplex 1 e 2, vírus Epstein-Barr, Varicela-Zoster, Herpes-vírus tipo 6- HHV6, Herpes-vírus tipo 7- HHV7, Herpes-vírus tipo 8 – HHV8

Orthomyxovirus incluindo vírus da Influenza A, B e C.

Orthomyxovirus transmitidos por carrapatos: vírus Dhori e Thogoto.

Papovavirus, todos os tipos, incluindo vírus BK e JC, vírus do Papiloma humano, vírus Símio 40 (SV40)

Paramyxovirus incluindo vírus do Sarampo, Cachumba, Nipah, Parainfluenza 1, 2, 3 e 4, vírus Respiratório Sincicial, Pneumovírus e doença de New-Castle, exceto amostras asiáticas, classificadas no nível 5.

Parvovirus incluindo Parvovirus humano B-19.

Picornavirus incluindo vírus da Poliomielite, vírus da conjuntivite hemorrágica aguda (AHC), vírus Coxsackie, vírus ECHO, Rhinovírus, vírus da hepatite A.

Poxvirus incluindo *Cowpox* e vírus relacionados isolados de felinos domésticos e de animais selvagens, nódulo do ordenhador, Cotia, Molusco contagioso, *Buffalopox*, vírus Orf, Vaccínia, Yatapox (Tana e Yaba), Parapoxvírus, Poxvírus de caprinos, suínos e aves, Myxoma.

Rhabdovirus incluindo vírus da Raiva (amostras de vírus fixo), Grupo da Estomatite Vesicular (Indiana VSV-1, Cocal VSV 2, Alagoas VSV 3, Marabá VSV 4, Carajás, Juruna, Marabá, Piry), Grupo Hart Park (Hart Park, Mosqueiro), Grupo Timbó (Timbó, Chaco, Sena Madureira), Grupo Mussuril (Cuiabá, Marco) vírus Duvenhage, Aruac, Inhangapi, Xiburema.

Reovirus incluindo Orthoreovirus tipos 1, 2 e 3, Coltivirus, Rotavirus, Orbivirus, Reovirus isolados na Amazônia dos grupos Changuinola e Corriparta, vírus Ieri, Itupiranga e Tembé.

Togavirus/Alfavirus incluindo vírus *Bebaru*, *O'nyong-nyong*, *Chikungunya*, *Ross River*, *Semliki*, encefalite equina Venezuela (amostra TC 83), encefalomielite equina ocidental, encefalomielite equina oriental, *Aurá*, *Mucambo*, *Mayaro*, *Pixuna*, *Una*.

Togavirus/Rubivirus incluindo o vírus da Rubéola.

Togavirus/Pestivirus incluindo o vírus da diarreia bovina

Vírus da hepatite C

VÍRUS ONCOGÊNICOS DE BAIXO RISCO:

Adeno 7-Simian virus 40 (Ad7-SV40)
Adenovirus 1 aviário (CELO vírus)
Herpes-vírus de cobaias
Lucke vírus de rãs
Mason-Pfizer símio vírus
Polyoma vírus
Rous sarcoma vírus
Shope fibroma vírus
Shope papilloma vírus
Vírus da Doença de *Marek*
Vírus da Leucose Bovina enzoótica
Vírus da Leucemia de *Hamsters*
Vírus da Leucemia de Murinos
Vírus da Leucemia de Ratos
Vírus da Leucose Aviária
Vírus do Papiloma Bovino
Vírus do Sarcoma Canino
Vírus do Sarcoma de Murinos
Vírus do Tumor Mamário de Camundongo

VÍRUS ONCOGÊNICOS DE RISCO MODERADO:

Adenovirus 2 - Simian vírus 40 (Ad2-SV40)
Vírus de Epstein-Barr (EBV)
Vírus da Leucemia de Gibões (GaLV)
Vírus da Leucemia Felina (FeLV)
Vírus do Sarcoma Felino (FeSV)
Vírus do Sarcoma de Símios (SSV) - 1
Vírus Yaba

CLASSE DE RISCO 3

AGENTES BACTERIANOS INCLUINDO RIQUÉTSIAS:

Bacillus anthracis
Bartonella (todas as espécies)
Brucella (todas as espécies)
Burkholderia mallei (*Pseudomonas mallei*), *Burkholderia pseudomallei*
(*Pseudomonas pseudomallei*)
Chlamydia psittaci
Clostridium botulinum
Coxiella burnetii
Escherichia coli, cepas verotoxigênicas como 0157:H7
Francisella tularensis (tipo A)
Hemophilus equigenitalis
M. bovis (todas as cepas, exceto a BCG), *M. tuberculosis*
Pasteurella multocida tipo B (amostra buffalo e outras cepas virulentas)
Rickettsia akari, *R. australis*, *R. canadá*, *R. conorii*, *R. montana*, *R. prowazekii*,
R. rickettsii, *R. siberica*, *R. tsutsugamushi*, *R. typhi* (*R. mooseri*)
Yersinia pestis

PARASITAS:

Nenhum

FUNGOS:

Coccidioides immitis (culturas esporuladas; solo contaminado)
Histoplasma capsulatum (todos os tipos, inclusive a variedade *duboisii*)

VÍRUS E PRIONS:

Arenavirus do Velho Mundo incluindo Linfocoriomeningite (amostras neurotropicadas)

Hantavirus incluindo vírus Andes, Juititaba, Dobrava (Belgrado), Hantaan, Seoul, Sin Nombre, outras amostras do grupo recentemente isoladas.

Flavivirus incluindo vírus da Febre Amarela não vacinal, Murray Valley, Encefalite Japonesa B, Powassan, Rocio, Sal Vieja, San Perlita, Spondweni

Herpes-vírus incluindo Rhadinovirus (Herpes-vírus de Ateles, Herpes-vírus de Saimiri)

Rhabdovirus; vírus da Raiva (amostras de rua)

Retrovírus incluindo vírus da imunodeficiência humana HIV-1 e HIV-2, vírus linfotrópico da célula T do adulto HTLV-1 e HTLV-2, vírus de primatas não-humanos

Togavirus: Encefalite equina Venezuela (exceto a amostra vacinal TC-83)

Prions incluindo Agentes de encefalopatias espongiiformes transmissíveis: encefalopatia espongiiforme bovina, scrapie e outras doenças animais relacionadas, doença de *Creutzfeldt-Jakob*, insônia familiar fatal, síndrome de *Gerstmann-Straussler-Scheinker*, *Kuru*.

Oncornavirus C e D

CLASSE DE RISCO 4

BACTÉRIAS:

Nenhuma.

FUNGOS:

Nenhum.

PARASITAS:

Nenhum.

VÍRUS E MICOPLASMAS:

Agentes de febres hemorrágicas (Criméia-Congo, Lassa, Junin, Machupo, Sabiá, Guanarito e outros vírus relacionados).

Encefalites transmitidas por carrapatos (vírus da encefalite primavera-verão russa, vírus da doença da floresta de Kyasanur, febre hemorrágica de Omsk, vírus da encefalite da Europa Central com suas várias amostras).

Filovírus: vírus Marburg, Ebola e outros vírus relacionados.

Herpes-vírus do macaco (vírus B)

Vírus da aftosa com seus diversos tipos e variantes.

Varíola major e alastrim

Varíola do macaco (*monkey-pox*)

Varíola do camelo

Vírus da doença hemorrágica de coelhos

Vírus da enterite viral dos patos, gansos e cisnes

Vírus da febre catarral maligna de bovinos e cervos

Vírus da hepatite viral do pato tipos 1, 2 e 3

Vírus da *lumpy skin*

CLASSE DE RISCO 5

AGENTES:

Mycoplasma agalactiae (caprinos e ovinos)

Mycoplasma mycoides mycoides (pleuropneumonia bovina)

Cowdria ruminantium (*heart water*)

Thaleria annulata, *T. bovis*, *T. hirci*, *T. parva* e agentes relacionados

Trypanosoma evansi, *T. vivax*

Vírus da cólera suína

Vírus da doença de Borna

Vírus da doença de *New-Castle* (amostras asiáticas)

Vírus da doença de *Teschen*

Vírus da doença Nairobi do carneiro e vírus relacionados

Vírus da doença vesicular do suíno

Vírus da doença de *Wesselbron*

Vírus da febre do vale do *Rift*

Vírus da febre efêmera de bovinos
Vírus da febre petequial infecciosa bovina
Vírus da peste eqüina africana
Vírus da peste dos pequenos ruminantes
Vírus da peste bovina
Vírus da peste suína africana
Vírus da peste suína clássica (amostra selvagem)
Vírus da *infl uenza* aviária (amostras de epizootias)
Vírus da peste aviária
Vírus do *louping ill* de ovinos

ANEXO F

Normas para publicação da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

Normas para publicação da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional - RBSO

(revisada em 07.05.2009)

As opiniões emitidas pelos autores são de sua inteira responsabilidade.

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento de princípios éticos e ao atendimento das legislações pertinentes a esse tipo de pesquisa no país em que foi realizada.

É de responsabilidade do(s) autor(es) promover(em) as devidas revisões gramaticais no texto encaminhado bem como se preocupar com a obtenção de autorização de direitos autorais com relação ao uso de imagens, figuras, tabelas, métodos etc. junto a outros autores ou editores, quando for o caso.

Modalidades de contribuições

Artigo: contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Revisão: avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto; deve-se citar o objetivo da revisão, especificar (em métodos) os critérios de busca na literatura e o universo pesquisado, discutir os resultados obtidos e sugerir estudos no sentido de preencher lacunas do conhecimento atual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Ensaio: reflexão circunstanciada, com redação adequada ao escopo de uma publicação científica, com maior liberdade por parte do autor para defender determinada posição, que vise a aprofundar a discussão ou que apresente nova contribuição/abordagem a respeito de tema relevante (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Relato de experiência: relatos de casos originais de intervenção ou de experiências bem sucedidas (até 28.000 caracteres, incluindo espaços, excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Comunicação breve: relato de resultados parciais ou preliminares de pesquisas ou divulgação de resultados de estudo de pequena complexidade (até 15.000 caracteres, incluindo espaços excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Resenha: análise crítica sobre livro publicado nos últimos dois anos (até 11.200 caracteres, incluindo espaços).

Carta: texto que visa a discutir artigo recente publicado na revista (até 5.600 caracteres, incluindo espaços).

Processo de julgamento das contribuições

Os trabalhos submetidos em acordo com as normas de publicação e com a política editorial da RBSO serão avaliados pelo Editor Científico que considerará o mérito da contribuição. Não atendendo, o trabalho será recusado. Atendendo, será encaminhado a consultores *ad hoc*.

Cada trabalho será avaliado por, ao menos, dois consultores de reconhecida competência na temática abordada.

Com base nos pareceres emitidos pelos consultores, o Editor Científico decidirá quanto à aceitação do trabalho, indicando, quando necessário, que os autores efetuem alterações no mesmo, o que será imprescindível para a sua aprovação. Nestes casos, o não cumprimento dos prazos estabelecidos para as alterações poderá implicar na recusa do trabalho.

A recusa de um trabalho pode ocorrer em qualquer momento do processo, a critério do Editor Científico, quando será emitida justificativa ao autor.

O processo de avaliação se dará com base no anonimato entre as partes (consultor-autor).

A secretaria da revista não se obriga a devolver os originais dos trabalhos que não forem publicados.

Preparo dos trabalhos

Serão aceitas contribuições originais em português ou espanhol.

O texto deverá ser elaborado empregando fonte Times New Roman, tamanho 12, em folha de papel branco, com margens laterais de 3 cm e espaço simples e devem conter:

Página de rosto

a) Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Deve ser pertinente, completo e sintético.

b) Nome e sobrenome de cada autor.

c) Instituição a que cada autor está filiado.

d) Nome, endereço, telefone e endereço eletrônico do autor de contato, para troca de correspondência com a secretaria / editoria da RBSO.

e) Nome de um dos autores, com respectivo endereço postal e endereço eletrônico, para publicação no artigo como forma de contato com os autores.

f) Se o trabalho foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se o trabalho foi baseado em tese, indicar título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se o trabalho foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

i) Local e data do envio do artigo.

Corpo do texto

a) Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês.

b) Resumo: Os manuscritos para as seções artigos, revisões e ensaios devem ter resumo na língua principal (português ou espanhol) e em inglês, com um máximo de 1400 caracteres cada, incluindo espaços.

c) Palavras-chaves / descritores: Mínimo de três e máximo de cinco, apresentados na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Sugere-se aos autores que utilizem o vocabulário controlado DeCS (<http://decs.bvs.br>) adotado pela LILACS.

d) O desenvolvimento do texto deve atender às formas convencionais de redação de artigos científicos.

e) Citações: A revista se baseia na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 10520, versão de 2002. As citações entre parênteses devem ser feitas em caixa alta (maiúsculas) e fora de parênteses em caixa baixa (minúsculas). As citações indiretas ao longo do texto devem trazer o sobrenome do autor e ano da publicação, como em Souza (1998) ou (SOUZA, 1998). Para dois autores: Lima e Araújo (2006) ou (LIMA; ARAÚJO, 2006). Quando houver três autores: Vilela, Iguti e Almeida (2004) ou (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004). No caso de citações com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro autor deverá aparecer, acrescido de et al., como em Silva et al. (2000) ou (SILVA et al., 2000). Tratando-se de citação direta (literal), o autor deverá indicar o(s) número(s) da(s) página(s) de onde o texto citado foi transcrito, como nos exemplos a seguir: Ex.1- ... conforme descrito por Ali (2001, p. 17): “Grande número dessas dermatoses não chegam às estatísticas e sequer são atendidas no próprio ambulatório da empresa”. Ex.2- (SOUZA; SILVA; ALMEIDA, 2004, p. 24). Ex.3, quando houver quatro ou mais autores - (FONSECA et al., 2003, p. 41). As citações diretas de até três linhas devem estar contidas entre aspas duplas, conforme o Ex.1 acima. As citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas com recuo de 4 cm da margem esquerda, com fonte menor que a utilizada no texto e sem aspas.

f) A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do trabalho. As citações deverão ser listadas nas referências ao final do artigo, que devem ser em ordem alfabética e organizadas com base na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 6023, versão de 2002.

g) Tabelas, quadros e figuras: Serão publicadas em Preto e Branco. Devem ser apresentados um a um, em folhas separadas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. A cada um deve ser atribuído um título sintético contextualizando os dados apresentados. Nas tabelas o título deve ser posicionado acima do corpo principal. Nas fotos e ilustrações o título deve ser posicionado abaixo do corpo principal. Nas tabelas não devem ser utilizadas linhas verticais. Fontes, notas e observações referentes ao conteúdo das tabelas, quadros e figuras devem ser apresentadas abaixo do corpo principal das mesmas. As figuras (gráficos, fotos, esquemas etc.) também deverão ser apresentadas, uma a uma, em arquivos separados, em formato de arquivo eletrônico para impressão de alta qualidade (não encaminhar em arquivo *Word*, extensão *.doc*). Os gráficos podem ser executados no software *Excel* (extensão *.xls*), enviados no arquivo original. Fotos e ilustrações devem apresentar alta resolução de imagem, não inferior a 300 dpi. As fotos devem apresentar extensão *.jpg* ou *.eps* ou *.tiff*. Ilustrações devem ser executadas no software *Coreldraw*, versão 10 ou menor (extensão *.cdr*) ou *Illustrator CS2* (extensão *.ai*), sendo enviadas no arquivo original. A publicação de fotos e ilustrações estará sujeita à avaliação da qualidade para publicação. As figuras não devem repetir os dados das tabelas. O número total de tabelas, quadros e figuras não deverá ultrapassar 5 (cinco) no seu conjunto.

h) Agradecimentos (opcional): Podem constar agradecimentos por contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, com assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados, entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar da autoria, desde que haja permissão expressa dos nominados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outro.

ANEXO G

Carta do Editor

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

Art.163.000.09 "Proposta metodológica à avaliação formativa do pessoal de saúde" acusa recebimento

De: **RBSO** (rbs@fundacentro.gov.br)

Enviada:segunda-feira, 25 de maio de 2009 12:50:44

Para: aluapmuniz@hotmail.com

Bom dia Sra. Paula Muniz do Amaral,

Acusamos o recebimento do seu artigo 163.000.09 "Proposta metodológica à avaliação formativa do pessoal de saúde". Assim que ele for analisado pelos os nossos editores, entraremos novamente em contato.

Seu artigo recebeu o código 163.000.09. A partir de agora, quando se referir a ele, por gentileza mencione este número .

Atenciosamente,

*Elena Riederer
Secretaria Executiva
RBSO*