

Conseqüências biopsicossociais do acidente ocupacional com material biológico potencialmente contaminado: perspectiva de pessoas do convívio íntimo do profissional da saúde.

OBS; Trabalho apresentado no VI Congresso da SBPH, realizado em Natal , em setembro de 2007

1. NOME DOS AUTORES

ALESSANDRA RAMOS CASTANHA – Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutoranda em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Professora da Faculdade Boa Viagem (FBV-IMIP). Psicóloga do Hospital Geral de Recife (HGeR). E-mail: alessandra_castanha@yahoo.com.br – (81) 3339-0974.

ALCYONE ARTIOLI MACHADO – Mestre em Medicina (Clínica Médica) pela Universidade de São Paulo. Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo. Pós-doutora em Medicina pela Institut National de La Santé Et La Recherche Médicale. Professora da Universidade de São Paulo e Professora Titular do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. E-mail: aamachad@fmrp.usp.br – (16) 36330436.

MARCO ANTONIO DE CASTRO FIGUEIREDO – Mestre em Fundamentos da Educação pela Universidade Federal de São Carlos. Doutor em Psicologia Experimental pelo Instituto de Psicologia da USP. Professor Titular da Universidade de São Paulo. E-mail: marcoacf@usp.br - (16) 36023726.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Alessandra Ramos Castanha

Rua: Bernardo Gabriel, n.88 – Apt. 101, Imbiribeira, Recife-Pe. CEP: 51.170-380.

2. LOCAL DE REALIZAÇÃO DO TRABALHO:

- a. Nome da Instituição:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HCFMRP-USP) - Ambulatório de Acidentes Ocupacionais de Profissionais da Saúde (AOPS).
- b. Estado:** São Paulo
- c. País:** Brasil

RESUMO: Introdução: Considerando os aspectos subjetivos do acidente ocupacional com material biológico potencialmente contaminado (MBPC), alguns estudos têm apontado o transtorno emocional frente ao episódio de acidente, contudo, tais conseqüências ainda precisam ser avaliadas de forma mais efetiva, inclusive, no que se refere às situações precursoras, à vivência subjetiva do acidente e à possível implicação desse fato na vida social e familiar do trabalhador. **Objetivo:** Investigar as repercussões do acidente com MBPC nas pessoas do convívio íntimo (familiares, relacionamentos amorosos e amigos próximos) dos profissionais da saúde que sofreram esse tipo de acidente. **Método:** Esta pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Acidentes Ocupacionais de Profissionais da Saúde situado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HCFMRP-USP). A amostra foi constituída por 13 pessoas do convívio íntimo do profissional da saúde. Para a obtenção dos dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e foi adotado o critério de saturação para definir o tamanho da amostra. Os conteúdos emergentes foram analisados segundo o método de caracterização e análise de conteúdo desenvolvido por Bardin. Este estudo foi realizado considerando os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados:** Dentre os resultados principais, emergiram duas conseqüências do acidente com MBPC, a partir da perspectiva das pessoas do convívio íntimo do profissional da saúde. A primeira delas diz respeito às conseqüências fisiológicas (efeitos colaterais da profilaxia e acompanhamento clínico-laboratorial). A segunda conseqüência apontada diz respeito aos aspectos psicossociais (alterações do cotidiano, risco de contaminação, expectativas dos exames, reações frente à notícia, revolta, suporte familiar e reavaliação da profissão). **Conclusões:** As conseqüências biopsicossociais, aqui encontradas, deixam evidentes que a exposição ocupacional à material biológico potencialmente contaminado tem repercussão na vida social e familiar, configurando uma aproximação entre contextos. O espaço social e pessoal, particular, é invadido de forma desorganizadora pelo impacto do acidente.

Palavras-chave: Conseqüências; Acidente de trabalho; Risco biológico; HIV; Hepatite C

ABSTRACT: Introduction: Considering the subjective aspects of the occupational accident with biological material potentially contaminated (BMPC), some studies has pointed to the emotional disturb caused by the accident. However, those consequences still need to be analyzed in a permanent way, also in what refers to the forerunners situations, the subjective experience of the accident and to the possible implication of this fact at employee's social and family life. **Objective:** To investigate the repercussion of the accident with BMPC on people in close life experience (relatives, love relationship and very close friends) to the health professionals that suffered that kind of accident. **Methods:** This research was developed at Occupational Accidents on Health Care Workers Ambulatory at Hospital of Clinics at Ribeirão Preto's Medicine School – USP (HCRPMS-USP). The sample corresponds to 13 people from close life experience of the care worker. To gain the database were used semi-structured interviews and was adopted the criteria of saturation to define the size of the sample. The emergent contents were analyzed through the method of characterizing and content analysis developed by Bardin. This study was fulfilled by considering ethics aspects that concern to researches involving human beings. **Results:** Among the mainly results, came up two consequences of the accident with BMPC, by the perspective of people from close life experience of the care worker. The first of then refers to the physiological consequences (collaterals from the prophylaxis e clinical-laboratorial assistance). The second one pointed to psychosocial aspects (changes in day-to-day, contamination risks, expectation about the exams, reaction to the news, angry, family support and reevaluation of the

career). **Conclusion:** The detected bio-physiological consequences let evidences that occupational exposition to biological material potentially contaminated has influences in social and family life, configuring an approach between contexts. The social and personal spaces are invaded in a disordered way by the impact of the accident.

Keywords: Consequences, Work-related accident, Biological risk, HIV, Hepatitis C

INTRODUÇÃO

Com o advento da aids, no início dos anos 80 do século passado, a comunidade científica passou a dar importância à possibilidade de infecção através de exposição ocupacional (Rissi, Machado & Figueiredo, 2005).

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

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

No interior dos relacionamentos íntimos, o acidente parece provocar desconforto e confronto com um estilo de vida que escapa àquilo que está relacionado ao trabalho, acarretando desconfiança. Nesse sentido, a necessidade da negociação da vida sexual se coloca como outro obstáculo a ser transposto pelo profissional, uma vez que, geralmente, o uso do preservativo não é uma prática usual

em relacionamentos estáveis (Rissi, 2005). Nesse sentido, Brandão Júnior (2000) afirma que o profissional deverá ser orientado, durante o período de acompanhamento, para adotar medidas para prevenir a transmissão sexual (utilizando preservativos), evitar a doação de sangue/órgãos, gravidez e aleitamento materno.

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de maiores estudos que reflitam acerca dos aspectos psicossociais que envolvem a experiência de acidente com MBPC, tendo em vista, não só a visão dos profissionais diretamente envolvidos, mas, também, das pessoas do seu convívio íntimo (familiares, relacionamentos amorosos e amigos próximos), uma vez que estão presentes em todas as etapas envolvidas no acidente, influenciando diretamente (positiva ou negativamente) na elaboração desse processo.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 13 pessoas do convívio íntimo (familiares, relacionamentos amorosos e amigos próximos) dos profissionais acidentados indicadas pelos mesmos.

Local da Pesquisa

A presente pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Acidente Ocupacional ao Profissional da Saúde (AOPS), situado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HCFMRP-USP).

Instrumento

Para a obtenção dos dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas. Foi estabelecido o critério de saturação proposto por Sá (1998) para estabelecer o número de sujeitos entrevistados.

Aspectos Éticos

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

Coleta de Dados

O contato inicial foi feito em um dos retornos após a notificação do acidente. Nesse momento, a presente pesquisa foi apresentada, e o convite para a participação do profissional, assim como de uma das pessoas do seu convívio íntimo, foi realizado.

Análise dos Dados

A análise das entrevistas ocorreu de acordo com o método de caracterização e análise de conteúdo proposto por Bardin (2002) e seguiu as seguintes etapas operacionais: constituição do corpus, leitura flutuante, codificação, categorização e inferências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Representações Sociais acerca das conseqüências do Acidente Ocupacional com material biológico potencialmente contaminado, elaboradas por pessoas do convívio íntimo de profissionais da saúde, com base nos materiais coletados pelas entrevistas e ponderados pela análise temática de conteúdo, resultou em uma classe temática, duas categorias e nove subcategorias, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 – Classe Temática, Categorias e Subcategorias

1-<u>Consequências</u> <u>Biopsicossociais</u> do acidente	1.1- Fisiológica	1.1.1- Efeitos colaterais da profilaxia 1.1.2- Acompanhamento clínico-laboratorial
	1.2- <u>Psicossocial</u>	1.2.1- Alterações do cotidiano 1.2.2- Risco de contaminação 1.2.3- Expectativas dos exames 1.2.4- Reações frente a notícia 1.2.5- Revolta 1.2.6- Suporte social 1.2.7- Reavaliação da profissão

1.1 – Fisiológicas

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

Quadro 1. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Efeitos Colaterais da Profilaxia*.

Subcategoria EFEITOS COLATERAIS DA PROFILAXIA	<p><i>Participante 1 - Ela está tendo náuseas, vômito, mal-estar, está sentindo muita azia, muita queimação, não sei se é por causa do remédio, né? Por que é forte.</i></p> <p><i>Participante 3- Ela teve dor de estômago, vômitos, mas é necessário para se evitar de pegar alguma coisa.</i></p> <p><i>Participante 10 - Ele chegou em casa e ficou muito preocupado porque tinha furado o dedo e aí começou a tomar os medicamentos e é uma fase difícil porque passa mal, a pessoa fica passando mal.</i></p> <p><i>Participante 8 - Ela começou, mas não agüentou tomar o coquetel, ela começou a vomitar, ela passava mal.</i></p>
--	--

Nas unidades de análise acima pode-se observar que apesar da necessidade da profilaxia após a exposição, esta causa uma infinidade de efeitos colaterais, o que acaba aumentando a angústia e a

preocupação das pessoas do convívio íntimo do profissional de saúde, mas, ainda assim, eles avaliam a PEP como sendo de fundamental importância para prevenir alguma contaminação. Contudo, essas reações podem ser tão agressivas que acabam fazendo com que o profissional acidentado não consiga aderir ao tratamento, que no caso do HIV tem uma duração de 4 semanas.

Esse dado corrobora estudo realizado por Castanha (2005), com soropositivos para o HIV, no qual observou-se que os medicamentos ao mesmo tempo que era visto como importante, provocava alguns sintomas, tais como sonolência, tontura, indisposição e lipodistrofia. Além de alguns desses sintomas, a PEP implica em toda uma mudança de rotina diária, trazendo, inclusive, algumas limitações. Contudo, percebe-se que apesar desses aspectos negativos, o tratamento é visto pelas pessoas do convívio íntimo como bastante necessário, pois a saúde dos profissionais depende dela.

Esses dados corroboram, ainda, estudo realizado por Sailer (2004), no qual constatou que o uso do ARV foi considerado como benéfico pelos trabalhadores que concluíram o tratamento, pois relaciona-se subjetivamente à redução da suscetibilidade e seriedade que a aids impõe.

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

Quadro 2. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Acompanhamento Clínico-laboratorial*.

<p>Subcategoria</p> <p>ACOMPANHA- MENTO CLÍNICO- LABORATORIAL</p>	<p><i>Participante 1</i> –Agora ela vai ter que fazer mais exames, acho que é por mais um ano que ela vai fazer.</p> <p><i>Participante 6</i> - Ela fala assim "ah! Hoje eu tenho que ir lá tirar sangue como se fosse uma preocupação, será que vai dar positivo? e aí eu fico preocupada.</p> <p><i>Participante 6</i> - E aí eu falei pra ela "ah! Agora eu não quero saber, agora você vai ter que fazer os exames e tudo o mais, não quero nem saber de ouvir desculpas, você vai ter que fazer porque agora você está no grupo de risco".</p> <p><i>Participante 8</i> - então o que eu sei é isso que ela vai ter que tomar os remédios, fazer os exames, fazer controle de 6 em 6 meses.</p>
---	--

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

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

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

Dessa maneira evidencia-se que o profissional de saúde que sofre um acidente com MBPC é afetado tanto psicológica como emocionalmente, devido à espera do resultado de testes sorológicos,

que acarretam transtornos em suas vidas pessoal e profissional pela possibilidade de se tornarem soropositivos, e dessa maneira, acaba ocasionando um sentimento avassalador tanto para o profissional, quanto para as pessoas do convívio íntimo do mesmo.

1.2 - Psicossociais

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

Quadro 3. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Alterações do Cotidiano*.

<p>Subcategoria</p> <p>ALTERAÇÕES DO COTIDIANO</p>	<p><i>Participante 1 – vou evitar usar a mesma gilete, alicate de unhas, essas coisas que tenham contato de sangue mesmo .</i></p> <p><i>Participante 9 - A A teve que parar de amamentar a sua filha porque ela estava tomando os remédios.</i></p> <p><i>Participante 2 - A gente não usou preservativo porque estava descartado a possibilidade dela se contaminar com AIDS então continuou tudo normal.</i></p> <p><i>Participante 8 - O meu pai deu o maior apoio, a minha mãe falou pra ele que teriam que usar preservativo e ele disse que não, que se ela tivesse pego algo ele iria pegar também.</i></p> <p><i>Participante 10 - Com certeza que alterou a nossa vida íntima. a disposição para o sexo diminuiu mesmo, mas depois voltou ao normal.</i></p>
--	--

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

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

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

Quadro 4. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Risco de Contaminação*.

<p>Subcategoria</p> <p>RISCO DE CONTAMINAÇÃO</p>	<p><i>Participante 3 - Fiquei com muito medo dela pegar algum tipo de infecção, de doença. A gente fica preocupada porque a gente é mãe, né?</i></p> <p><i>Participante 5 - Ela trabalha numa área de risco porque ela trabalha com pessoas que tem AIDS, é uma área de risco, né? Então a gente fica apavorada, eu pensei será que essa menina vai pegar AIDS também?</i></p> <p><i>Participante 9 - Preocupação que traz para a família da gente, para a cabeça da gente, não é fácil saber que a filha foi acidentada aí trabalhando com pessoas que tem AIDS.</i></p> <p><i>Participante 10 - Na hora você também se sente em risco porque é o meu marido, né? Não é assim com um filho, é algo mais íntimo, né? se fosse um filho ou um irmão é diferente, mas com o esposo ou com a esposa é diferente.</i></p> <p><i>Participante 2 - A gente corre risco também, né?! Ela pode dar uma furada lá e não dizer a ninguém.</i></p>
--	---

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

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

Uma das implicações envolvidas na prática diária de profissionais de saúde é a possibilidade de infecções com patógenos através de um acidente com MBPC. Outro fator importante implicado na situação de acidente é a percepção da vulnerabilidade pessoal que parece colocar o profissional em intenso conflito, configurando um momento de angústia e temor frente ao futuro (Rissi; Machado & Figueiredo, 2005).

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

As formas de conhecimento produzidas sobre a aids têm uma conotação de doença, traduzida por angústia, pânico, rejeição, cujas interpretações de cunhagem são ainda de ordem primitivas (Castanha et al., 2006; Herlizch & Pierret, 1992).

Nesse sentido, observa-se o receio das pessoas do convívio íntimo, em especial pelo fato dos profissionais de saúde, em sua maioria 69,2 %, estarem trabalhando na Unidade Especial de

Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), ou seja, com pacientes portadores do HIV/aids. As pessoas do convívio íntimo acreditam que a AIDS é mais perigosa que as hepatites, pois não têm cura e a medicação não resolve o problema, só adia o momento da morte. Esses pensamentos, muito provavelmente, ocorrem por causa da mídia que cria alarde em torno da AIDS.

Brevidelli & Cianciarullo (2001) afirmam que a contaminação pelo HIV é uma das conseqüências mais sérias dos acidentes com material biológico potencialmente contaminado, entretanto, não é a única que merece atenção.

Quadro 5. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Expectativas dos Exames*.

<p>Subcategoria</p> <p>EXPECTATIVAS DOS EXAMES</p>	<p><i>Participante 3 - A pior hora é essa daí, viu? A espera e a expectativa dos resultados é o pior momento.</i></p> <p><i>Participante 6 - a hepatite é uma doença que tem muito controle, tem que fazer os exames, então eu fico muito preocupada se realmente vai dar alguma coisa nos resultados dela.</i></p> <p><i>Participante 7 - A gente fica rezando para que não dê nada nos exames, a gente fica rezando para que dê tudo negativo, a gente tem que ter pensamento positivo.</i></p> <p><i>Participante 10 - e ainda tem toda a expectativa dos exames, a expectativa de dar negativo ou não.</i></p>
--	--

A expectativa de uma possível soroconversão é vivida como um dos momentos mais difíceis do acidente. Os exames são feitos de imediato tanto no paciente fonte (quando conhecido), quanto no profissional acidentado, no entanto os exames anti-HIV devem ser repetidos em seis semanas, três meses, seis meses, podendo chegar até a um ano. Esse acompanhamento pós-exposição provoca uma angústia e preocupação por um relativo período de tempo até que todos os exames sejam feitos.

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

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

Quadro 6. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Reações Frente à Notícia*.

<p>Subcategoria</p> <p>REAÇÕES FRENTE A NOTÍCIA</p>	<p><i>Participante 2 - Na hora eu entrei em pânico, já fiquei imaginando outras coisas, né? Será que ela pegou AIDS? Será que alguém atacou ela lá dentro?</i></p> <p><i>Participante 3- O meu marido também ficou apreensivo, pensa que vai acontecer o pior, né? Eu fiquei mais preocupada por conta da AIDS. A família fica realmente bastante assustada, assusta muito, viu? Assusta demais.</i></p> <p><i>Participante 5 - Eu, o meu marido e os irmãos dela ficamos apavorados, mas graças à Deus está tudo bem.</i></p> <p><i>Participante 7 - a pessoa fica descontrolada, porque nessa hora a pessoa fica apavorada, isso assusta, né? Dá um medo, a pessoa perde um pouco a noção das coisas e começa a pensar tudo, né?</i></p>
---	--

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

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

As pessoas do convívio íntimo do profissional de saúde precisam, nesse momento, de apoio e de esclarecimentos acerca não só do acidente, mas das implicações que este ocasiona, das possíveis mudanças e negociações no âmbito das relações pessoais. Quanto mais informações e orientações as pessoas do convívio íntimo tiverem, menos será o nível de angústia, podendo, dessa maneira, servirem também de apoio para o profissional acidentado.

Quadro 7. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Revolta*.

<p>Subcategoria</p> <p>REVOLTA</p>	<p><i>Participante 8 - Não é fácil porque ela estava lá fazendo o trabalho dela e se <u>acidentou</u>, eu senti raiva, eu até fiquei com raiva do paciente, na hora dá vontade até de matar ele.</i></p> <p><i>Participante 6 - Eu fiquei muito braba com ela, fiquei super braba e falei "ah! Você não tomou cuidado!" Eu até agredi ela um pouco, e falei "porque você não tomou cuidado? onde já se viu?"</i></p> <p><i>Participante 9 - Eu fiquei revoltada, fiquei revoltada, no momento me deu uma revolta muito grande, o meu sentimento foi de que será que ela não prestou atenção no momento em que ela foi acidentada com a agulha?</i></p>
--	--

A revolta é um dos sentimentos relatados pelas pessoas do convívio íntimo do profissional de saúde e abrange dois aspectos. O primeiro aspecto se refere a uma revolta voltada para o paciente fonte envolvido no acidente que é percebido como culpado, mobilizando sentimento de raiva para com o mesmo. O outro aspecto se refere a uma revolta direcionada para o próprio profissional de saúde que acaba sendo julgado como displicente e negligente, mobilizando sentimentos de raiva para com os mesmos. Essa revolta é dirigida para o profissional de saúde, e este pode percebê-la como uma falta de apoio e de acusações dificultando ainda mais o processo de adaptação, podendo, ainda, causar sentimentos de culpa.

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

Quadro 8. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Suporte Social*.

Subcategoria	<i>Participante 1 - Eu acho que no caso dela, em especial, é só ninguém ficar apavorada e procurar tranquilizar.</i>
SUORTE SOCIAL	<p><i>Participante 3 - A família é tudo, aqui em casa é assim, um por todos e todos por um, sabe? A família pode dar força, falar que não vai acontecer nada, que vai dar tudo certo.</i></p> <p><i>Participante 6 - Como a minha mãe é uma pessoa que não tem o hábito de ir ao médico eu acho que o meu papel nesse momento é pegar muito no pé dela para ela poder ir fazer os exames, fazer o controle.</i></p> <p><i>Participante 8 - O acidente é realmente um momento difícil, é um momento de muita pressão, tanto para quem se acidentou quanto para a família e a gente tem que dar apoio, tem que apoiar, tem que ter o apoio dos filhos, do marido, de todos.</i></p> <p><i>Participante 10 - O papel da família é dar apoio, é dar incentivo, é o apoio. Eu sempre incentivei ele, eu dizia pra ele tomar os medicamentos e ele passava mal e eu dizia que ia melhorar, que ele tinha que tomar, e é assim, né? É incentivando, é dando força, é estando perto.</i></p>

As pessoas do convívio íntimo dos profissionais de saúde avaliam o suporte social como sendo algo de extrema importância, tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelo profissional em virtude de um acidente com MBPC. Nas unidades temáticas acima, emergiram elementos que caracterizam o

suporte social, tais como: apoiar; tranquilizar; dar conselhos; atenção; carinho; companheirismo; e o próprio incentivo para a ingestão dos medicamentos.

A solidariedade é um fator de suma importância no processo de compreensão e ajustamento após a experiência de acidente ocupacional com MBPC. Na família, isso pode ocorrer na forma de apoio exercido pelo próprio profissional na tentativa de diminuir o estresse e pela angústia despertada nos familiares (Rissi, 2005).

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

Quadro 9. Unidades de análise sobre a Subcategoria *Reavaliação da Profissão*.

<p>Subcategoria</p> <p>REAVALIAÇÃO DA PROFISSÃO</p>	<p><i>Participante 8 - Antes eu não tinha noção que a profissão dela tinha risco. Depois do acidente você começa a pensar mais sobre a profissão, você se dá conta de que ela está ligada direto com pessoas que tem doenças e que ela também pode ficar doente.</i></p> <p><i>Participante 9 - Quando ela chega em casa eu já fico com aquele pressentimento, eu já pergunto se foi tudo bem, pergunto se ela trabalhou, se morreu alguém, o que ela fez, como foi o seu dia, e não tinha isso entendeu?</i></p> <p><i>Participante 3 - O meu marido até quis que ela mudasse de profissão ou de setor (UETDI) por causa do acidente.</i></p> <p><i>Participante 10 - Eu fiquei mais preocupada e eu gostaria que ele trabalhasse com outras pessoas que não tivessem AIDS, entendeu?</i></p>
---	--

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

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

Osório, Machado & Minayo-Gomes (2005) afirmam que o acidente significa uma ruptura, dada pelo evento indesejado, cuja problematização conduz o profissional à análise de sua atividade diária. Como pode ser observado nas unidades de análise acima, o mesmo processo de reavaliação da atividade do profissional é feito pelas pessoas do convívio íntimo que passa a perceber os riscos envolvidos na profissão dos seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

As vivências do trabalhador em seu ambiente de trabalho repercutem em seu contexto social e doméstico, exercendo influência na qualidade de suas relações e interferindo em sua vida como um

todo. Além disso, revelar o acidente é assumir para si e para os outros os riscos ao qual o profissional está exposto em seu dia a dia, dessa forma ele recai indiretamente sobre toda a família (Lunardi & Mazzilli, 1996).

REFERÊNCIAS

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

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

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

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Persona.

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

Brevidelli, M.M. & Cianciarullo, T.I. (2001). Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n.2, p.193-201.

Cardo, D.M. (1997). Patógenos veiculados pelo sangue. In: E.A.C. Rodrigues (org). *Infecções Hospitalares: prevenção e controle*. São Paulo: Sarvier, 1997, p. 341-51.

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

Castanha, A.R., Coutinho, M.P.L., Saldanha, A.A. & Ribeiro, C.G. (2006). Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 1, pp. 47-56.

Carvalho, V.G., Maciel, D.N., Hoefel, M.G., Yate, Z.B., Viana, M.C. & Trindade, D.M. (2002). Perfil de aderência ao controle/seguimento após acidente com material biológico em um hospital universitário. *Revista HCPA*, v.22 (Supl), p.254.

Figueiredo, R.M., Resende, M.R., Garcia, M.T., Sinkoc, V.M., Campos, E.M. & Papaiordanou, P.M.O. (2005). Aderência à profilaxia com anti-retroviral pós-exposição por profissionais de saúde e vítimas de violência sexual. *Revista Ciências Médicas*, Campinas, v.14, n.5, p.339-403.

Herlizch, C. & Pierret, J. (1992). Uma doença no espaço público: A Aids em seis jornais franceses. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2, 7-35.

Lunardi Filho, W.D. & Mazzilli, C. (1996). O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 63-71.

Marziale, M.H.P. & Rodrigues, C.M. (2002). A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.10, n° 4, p. 571-577.

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

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

Osório, C., Machado, J.M.H. & Minayo-Gomes, C. (2005). Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2. p.517-24.

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

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

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

Rapparini, C.S., Saraceni, V., Durovni, B., Fonseca, A.F., Lauria, L. & Mendes, R. (2000). Profile of occupational exposures to bloodborn pathogens and experience of PEP for occupational exposure to HIV among HCWS in Rio de Janeiro City, Brazil. Follow-up of 3 years program with 3834 exposures reported. *Infect Control Hosp Epidemiol*, v.21, n.2, p.111.

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

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

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

Wang, S.A, Panlilo, A.L., Doi, P.A., White, A.D., Stek, M. JR. & Saah, A. (2000). Experience of healthcare workers taking postexposure prophylaxis after occupational HIV exposures: findings of the HIV postexposure prophylaxis registry. *Infect Control Hosp Epidemiol*, v.2, n. 12, p. 780-785.