

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA
HUMANA
SUB-ÁREA: SAÚDE, TRABALHO E AMBIENTE

BIOSSEGURANÇA E AIDS:
AS DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DO
ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO NO
TRABALHO EM HOSPITAL

Paulo Starling Brandão Junior

BANCA EXAMINADORA:

Efetivos:

Profa. Dra. Leila Macedo Oda
Profa. Dra. Marcia Tereza Luz Lisboa
Profa. Dra. Jussara Cruz de Brito (orientadora)
Prof. Dr. Milton Athayde (co-orientador)

Suplentes:

Profa. Dra. Brani Rozemberg
Profa. Dra. Maria da Gloria Ribeiro da Silva

Data da Defesa: 19 de abril de 2000

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências na área da Saúde Pública.

ANDRÉA,

Obrigado pela paciência

Pelo incentivo

Pela revisão do trabalho

Pelo carinho

Cumplicidade

Companheirismo

e

A
M
O
R

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais (Paulo e Marilde) agradeço toda dedicação, educação e amor que fizeram com que eu acreditasse que vale à pena lutar pela vida.

Aos meus irmãos (Marcos, Mônica e Cláudio), cunhados (as) (Elias, Aída, Claudia e Ana Paula), minhas sobrinhas (Júlia e Luanda) e meus sogros (José e Erondina) pela compreensão e carinho.

À Helena de Matos pelos dez anos de caminhada que foram fundamentais na minha vida e aos amigos Alcir, Selmo, Ida, Léa, Heloísa e José Luís (mesmo distante) pela amizade sincera de todos esses anos.

À minha orientadora Jussara Brito pelo investimento, rigor e a forma afetiva de acompanhar e orientar os meus caminhos no percurso deste trabalho. A Milton Athayde pela co-orientação, também afetiva e rigorosa, e o mergulho nas dimensões subjetivas do trabalho.

À Claudia e Sayonara pelo carinho, amizade e participação na pesquisa sobre o *Impacto Psicossocial dos Profissionais de saúde que lidam com os pacientes HIV/AIDS*, a Ana Lúcia por sua sensibilidade e participação, juntamente com Glaura, na pesquisa sobre o *Impacto Psicossocial do acidente com material biológico nos profissionais de saúde*.

À Jacqueline Menezes que se envolveu diretamente nas duas pesquisas citadas, a primeira como nossa orientadora e a segunda como mentora e pesquisadora ativa de todo o processo. Durante a segunda etapa de minha pesquisa no hospital estive sempre ao meu lado como orientadora informal em todo o trabalho de campo.

Ao Serviço de DIP, CST (principalmente Sônia Chaves), Comissão de Infecção Hospitalar, Epidemiologia, Comitê de Ética e principalmente a todos (as) os (as) profissionais de saúde do HSE-RJ.

À Therezinha Penna por todo incentivo ao meu crescimento profissional.

Aos companheiros da International Medical Care e ao IMPSIS pelo período de construção e sonhos.

À Mayumi, Paulo Marcelo, Dayse e toda Direção do CPqHEC, principalmente Dra. Keyla, por todo apoio, carinho e reconhecimento do meu trabalho.

Ao CESTE/ENSP/FIOCRUZ por ter investido em minha formação no Mestrado em Saúde Pública do qual muito me orgulho.

Aos (as) grandes companheiros (as) do Curso de Mestrado, Bernadete, Fred, Roberto, Marilda, Gláucia, Clara, Luis Carlos, Ana Sílvia, Carlos, Daphne e Alexandre pela cumplicidade e amizade nesses dois anos de convivência.

Aos (as) professoras Leila Macedo Oda, Marcia Tereza Luz Lisboa, Brani Rozemberg e Maria da Gloria Ribeiro da Silva pela participação da Banca Examinadora de minha Dissertação de Mestrado.

Aos membros da CTBio/FIOCRUZ pela contribuição na promoção, estudo e divulgação da Biossegurança na área de Saúde Pública.

À Silvio Valle pela receptividade e apoio ao meu trabalho.

Aos colegas da Secretaria Acadêmica da ENSP/FIOCRUZ pela atenção, dedicação e paciência com as nossas demandas constantes durante o Curso de Mestrado.

Por fim dedico esse trabalho a todos (as) os (as) trabalhadores (as) de saúde, companheiros (as) dessa luta em prol da qualidade de vida no trabalho.

SUMÁRIO

	i
	Página
Lista de tabelas	i
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - A DIMENSÃO PSICOSSOCIAL DO TRABALHO.....	12
CAPÍTULO II - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	31
II.1 Metodologia Qualitativa	
II.2 Análise dos Dados	
II.3 “História” e curso da pesquisa de campo	
CAPÍTULO III – EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO NO TRABALHO HOSPITALAR.....	38
III.1 Hospital	
III.2 Manual de Condutas em Exposição a Material Biológico no trabalho desenvolvido pela CNDST/AIDS	
III.3 Programa de Biossegurança no HSE-RJ	
III.4 A visão do Programa de Biossegurança do HSE-RJ sobre os Acidentes com Materiais Biológicos	
CAPÍTULO IV - DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO.....	56
IV.1 Atitudes e Conhecimentos relacionados ao vírus HIV	
IV.2 Atitudes e Conhecimentos sobre a profilaxia contra a Hepatite	
IV.3 Situações específicas do acidente e sua profilaxia	
IV.4 Situações específicas após exposição ao vírus HIV no trabalho	
IV.5 Atitudes, conhecimentos e condições de Biossegurança	

CAPÍTULO V – EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DO (A) PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE AO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO.....	75
V.1 Descrição e causas de acidentes	
V.2 Condições de trabalho no HSE-RJ	
V.3 Processo e organização do trabalho	
V.4 Repercussões psicossociais na vida pessoal, familiar e profissional	
V.5 Repercussões do uso da medicação	
V.6 Atendimento da equipe de plantão	
V.7 Associação do acidente com a AIDS	
CAPÍTULO VI - CONCLUSÃO.....	91
BIBLIOGRAFIA.....	100
ANEXOS.....	112
Questionário da primeira etapa da pesquisa	
Questionário da segunda etapa da pesquisa	

IDENTIFICAÇÃO	60
Tabela 1: Faixa etária.....	60
Tabela 2: Sexo.....	60
Tabela 3: Categoria profissional.....	60
3.1: Ano do acidente.....	60
Tabela 4: Estado civil.....	61
Tabela 5: Religião.....	61
TRABALHO EM SAÚDE	61
Tabela 6: Tempo de profissão.....	63
Tabela 7: Área de atuação.....	64
7.1: Tempo de trabalho em sua área de atuação.....	64
Tabela 8: Motivo de permanência em seu setor de trabalho.....	64
Tabela 9: Interesse em mudança de setor.....	65
Tabela 10: Trabalho em outra área/Unidade.....	65
ATITUDES E CONHECIMENTOS RELACIONADOS AO VÍRUS HIV	
Tabela 12: Vulnerabilidade ao HIV.....	69
Tabela 15: Teste anti HIV.....	69
ATITUDES E CONHECIMENTOS SOBRE A PROFILAXIA CONTRA A HEPATITE	
Tabela 16: Número de profissionais que tiveram Hepatite (A, B ou C).....	70
Tabela 17: Vacina contra Hepatite B.....	70

“O trabalho é uma atividade tão específica do homem que funciona como fonte de construção, satisfação, riqueza, bens materiais e serviços úteis à sociedade humana. Entretanto, o trabalho também pode significar escravidão, exploração, sofrimento, doença e morte”.

Machado, A.C.S.; Cruz, D.D. & Aguiar, W.M. 1998

RESUMO

Este trabalho pretende analisar as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho de profissionais de saúde de um hospital geral. Os fatores de vulnerabilidade ao HIV, as condições, a organização e o processo de trabalho hospitalar, a relação dos efeitos colaterais com os fenômenos psicossomáticos, as discrepâncias entre o trabalho prescrito e real além de algumas questões de gênero são temas que discutimos no desenvolvimento dessa pesquisa.

No ano de 1997, o Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro registrou 53 acidentes com material biológico. Em 1998, a Comissão de Saúde do Trabalhador notificou 161 acidentes com predominância do sexo feminino, sendo que 74 necessitaram de profilaxia para HIV.

Em nosso estudo, realizamos entrevistas no HSE-RJ com 21 trabalhadores (as) de saúde das categorias profissionais que mais se acidentaram nos anos de 1997 e 1998. Adotamos a metodologia qualitativa com entrevistas individuais, sigilosas e anônimas no local de trabalho, acompanhadas de um diário de campo e de observação participante.

As dimensões psicossociais do acidente se mostraram na pesquisa através de um processo dinâmico e complexo que envolve a precarização do trabalho hospitalar, as repercussões psicossociais pós-acidente no trabalho e na família e sua associação com o HIV/AIDS e as reações psicossomáticas pós-profilaxia.

Privilegiamos a experiência subjetiva dos (as) trabalhadores (as) sobre o acidente de trabalho, suas repercussões psicossociais além da percepção sobre a atividade que desenvolvem, bem como o ambiente de trabalho em geral. A visão da Medicina do Trabalho ainda é predominante nas análises dos acidentes em hospitais, individualizando-os e prevalecendo a concepção de “ato inseguro”. Um dos grandes problemas é que a dimensão psicossocial não é incorporada na compreensão dos acidentes no trabalho hospitalar. Isso justifica a necessidade de maior difusão de conhecimento e formação de trabalhadores (as) na área de Biossegurança Hospitalar em que a dimensão psicossocial seja um aspecto operante neste campo.

Palavras-chave: Biossegurança, AIDS, hospital, profissional de saúde e dimensão psicossocial do trabalho.

ABSTRACT

This paper is aimed at analyzing the psycho-social dimensions of the biological material related accident in the health professionals work inside a general hospital. The vulnerability factors to HIV, the conditions, the organization and the hospital working procedures, the discrepancies between the ideal and the real practice not to mention some gender issues are topics we discuss throughout the research. By the year 1997, the Hospital dos Servidores located in Rio de Janeiro, recorded 53 accidents caused by biological material. In 1998, the Worker's Health Commission notified 161 such accidents predominantly with women, out of these, 74 needed prophylaxis for HIV.

In our study, we carried out interviews in the HSE-RJ with 21 health workers among the different professional categories, which had the highest accident rate in the years 1997 and 98. A qualitative methodology was adopted with personal, secret and anonymous interviews held at the workplace and followed by a field record as well as observations from the participant.

The psycho-social dimensions of the event were mirrored in the research through a dynamic and complex process involving and revealing the precarious hospital conditions, the psycho-social repercussions after the accident in the working and family environments regarding HIV/AIDS and the post-prophylaxis psycho-somatic reactions.

We underscore the emotional experience undergone by the laborers due to the working accident, the psycho-social consequences besides their perception on their job and the working environment as a whole. The Labor Medicine perspective is clearly registered in the accidents analysis keeping them at individual level and with a prevailing "unsafe activity" concept. One of the great problems is that the psycho-social aspect is not incorporated in understanding hospital bound accidents. This justifies the need for wide spread knowledge and capacity building geared towards workers in the Hospital Biosafety issue stressing the psycho-social dimension as an operating factor in this field.

Key words: Biosafety; AIDS; hospital; health professional and psycho-social dimension on the job.

INTRODUÇÃO

“A AIDS é mais do que um problema de saúde, é um assunto para todos nós cidadãos, porque diz respeito a tudo que consideramos certo ou errado, diz respeito às nossas crenças, valores, idéias, enfim, diz respeito ao direito, à vida civil, sexual, afetiva e condições de trabalho de todos nós, mesmo que nos obriguemos a repensar nossa postura enquanto pessoa e cidadão”.

Giovana Delvan S. Davi, 1996

Na condição de psicólogo, com especialização em Medicina Psicossomática, iniciei em janeiro de 1991 um trabalho de atendimento psicoterápico ambulatorial a pacientes HIV/AIDS e seus familiares no Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do Hospital dos Servidores do Estado (HSE-RJ), como voluntário, sob a supervisão da Chefe da Psiquiatria. Em junho de 1992, comecei a trabalhar no Serviço de Atenção Especial de DST/AIDS (SAE) do Centro de Saúde Vasco Barcellos, a convite do Serviço de Saúde Coletiva do município de Nova Iguaçu, após aprovação em concurso público para esta prefeitura. Em minha experiência profissional nesses serviços fui percebendo de forma mais rica o quanto os (as) profissionais de saúde têm sido importante no tratamento dos pacientes HIV/AIDS, uma espécie de elo para o restabelecimento de seu equilíbrio psicossomático e social. Por outro lado, grandes são as dificuldades enfrentadas por esses profissionais para cumprirem esse papel. É uma área onde predominam reações baseadas em padrões morais e preconceitos profundamente arraigados. Não são raros os casos de recusa de atendimento e discriminação, na assistência aos pacientes. Evidentemente, uma vez que fazem parte desta sociedade, não seria de se esperar que entre os profissionais de saúde os comportamentos fossem radicalmente diferentes dos demais. Além disto, a alta taxa de letalidade, apesar do “coquetel” (grupo de medicamentos com a capacidade de destruição do vírus HIV), leva o profissional a deparar-se freqüentemente com a morte. O próprio fato de ainda não existir cura para AIDS,

mesmo já se tendo conseguido uma maior eficácia no tratamento e controle da doença, gera nos profissionais de saúde um angustiante sentimento de impotência. Como se não bastasse, a preocupação em adquirir o vírus HIV no trabalho é cada vez maior, principalmente pelo fato do tema *acidente com material biológico e AIDS* estar na “ordem do dia” nas Instituições de Saúde.

Esse último tema - *Biossegurança e AIDS* - tornou-se, no decorrer do ano de 1996, progressivamente objeto de minha atenção. Nesse período, juntamente com duas residentes de medicina do Serviço de DIP do HSE-RJ, desenvolvemos uma pesquisa sobre “O impacto biopsicossocial que os trabalhadores de saúde sofrem ao lidarem direta ou indiretamente com os pacientes HIV/AIDS no Hospital Geral”, com a supervisão da Chefe do Serviço de DIP.

Nessa pesquisa aplicamos quarenta e um questionários com perguntas abertas e fechadas, em profissionais do Serviço de DIP do HSE-RJ onde obtivemos algumas respostas sobre o tema biossegurança, que reforçaram meu interesse por esta questão: 80,49% consideram-se vulneráveis ao vírus HIV, mas somente 53,65% fizeram o teste HIV; 48,78% consideram-se “vítimas da AIDS,” no que tange ao aspecto psicológico e social em seu ambiente de trabalho; 17,07% vivem preocupados com o risco de contaminação no trabalho, por fim, 73,17% não se sentem preparados para lidar com a morte dos pacientes, principalmente quando a morte está associada ao tema da AIDS.

Durante o ano de 1997, conforme levantamento realizado no Hospital dos Servidores do Estado pelo Serviço de DIP, Comissão de Saúde do Trabalhador (CST) e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CIFH), foram notificados 53 acidentes em profissionais de saúde (principalmente, médicos (as), enfermeiros (as) e auxiliares de enfermagem) por exposição a fluidos biológicos, dos quais 47 foram do tipo pérfuro-cortante (89%) e 6 de contato (11%). Em relação aos locais de ocorrência do acidente, destacou-se a Unidade Materno-Infantil (UMI)/Berçário (23,8%) e a Clínica Médica (16,7%), onde procuramos saber quais as particularidades destas unidades que levaram a uma maior incidência de acidentes.

Diante desses dados participei, em janeiro de 1998, junto com a Chefe do Serviço de DIP, uma médica residente e outra da CIFH, de uma nova pesquisa com os profissionais de saúde (médicos (as), enfermeiros (as) e auxiliares de enfermagem) do HSE-RJ para avaliarmos o impacto psicossocial que esses (as) trabalhadores (as) sofrem ao passarem por algum tipo de exposição ocupacional a material biológico. Na fase preliminar da pesquisa (estudo piloto desenvolvido em janeiro de 1998), através de uma metodologia qualitativa realizamos entrevistas com onze profissionais de saúde (cinco médicas, duas enfermeiras e quatro auxiliares de enfermagem) que se acidentaram com material biológico no ano de 1997 dos cinquenta e três que foram notificados neste período, segundo o Boletim Epidemiológico do HSE-RJ. Essas entrevistas foram realizadas no local de trabalho, onde aplicamos um questionário com perguntas fechadas e realizamos uma entrevista com perguntas abertas (com uso de um gravador). Todos os participantes foram informados dos propósitos da pesquisa e aceitaram dar a sua contribuição de forma voluntária.

Os temas mais relevantes sobre as experiências, percepções e conhecimentos relatados pelas onze trabalhadoras foram os seguintes:

- Vulnerabilidade ao vírus HIV

Sete profissionais julgaram-se vulneráveis ao vírus HIV, entretanto seis profissionais nunca tinham feito o teste anti-HIV (*“displícência”, “não havia situação de risco”, “não pertença a grupo de risco”...*) antes de sofrerem o acidente.

- Risco de acidente no trabalho

Dez profissionais consideraram que a falta de material disponível de proteção faz com que ocorram acidentes no trabalho. Contudo, oito profissionais afirmam que a maioria dos colegas preocupa-se com os acidentes mas poucos se protegem.

- Conhecimento sobre Biossegurança

Somente metade das profissionais entrevistadas demonstraram ter conhecimento pleno sobre este tema.

- Causas de acidentes

Entre as principais causas de acidente, apresentaram um conjunto de fatores como: descuido, imprudência, cansaço físico, corre-corre nos plantões, ter que trabalhar em três ou quatro empregos para sobreviver, falta de esclarecimento sobre biossegurança (educação continuada) para os (as) profissionais, estresse emocional e falta de condições ideais de trabalho (equipamentos, recursos humanos).

- Repercussões na vida profissional e pessoal

Após o acidente, nove profissionais (seis sempre e três algumas vezes) passaram a ficar com medo de contaminação no trabalho, aumentaram a precaução e preocupação com a equipe. Relataram também ansiedade, depressão e medo da morte na expectativa do resultado do teste anti-HIV. Apresentaram aumento no uso do preservativo, bem como destacaram o medo de discriminação no trabalho, do (a) parceiro (a), da família e do círculo social.

- Reações ao tomar a medicação

As pessoas entrevistadas expressaram sentimentos de pânico, preocupação intensa com efeitos colaterais, além de relatarem a ocorrência de reações psicossomáticas durante o uso da medicação.

- Relato de uma profissional da equipe de plantão sobre os (as) trabalhadores (as) acidentados (as)

“Percebi uma grande ansiedade à respeito da busca dos medicamentos na farmácia. O profissional se sente paciente!”

Normalmente, o (a) profissional de saúde após o acidente, sente-se ameaçado (a) em sua condição psicossocial, preocupado (a) com o seu futuro, sua família, seu trabalho e, principalmente, associando o acidente com a

contaminação pelo vírus HIV. Ao serem encaminhados para a farmácia, parece que todas as suas fantasias relacionadas a AIDS são concretizadas. Nesse contexto sentem-se com AIDS e são percebidos (as) pela comunidade do hospital (colegas de trabalho, pacientes...) como mais um (a) paciente aguardando na fila para receber seus “anti-retrovirais”.

Biossegurança e AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi identificada pela primeira vez em 1981. A partir desta época a epidemiologia da AIDS passou a relacionar essa doença a uma possível transmissão por um agente infeccioso, até a identificação do retrovírus que a causava (Montagnier et al., 1983).

A AIDS, em um espaço social, mostra-nos o impacto de uma doença que além dos problemas de sua disseminação, nos revela uma série de contradições com implicações diretas no tratamento individual. Nesse conflito, em termos psicossociais, podemos facilmente mostrar a oposição entre individual e coletivo quando a coletividade que discrimina é a mesma que tem que criar as condições para o atendimento terapêutico. A AIDS referida à morte transmissível, cria especificamente uma solicitação para se considerar essa dimensão psicossocial, o que coloca um desafio para o conhecimento médico, tocando numa dimensão existencial. A AIDS é um desafio que se coloca além do modelo médico restrito, impondo as instituições a consideração da dimensão psicossocial.

Conceitualmente, a Biossegurança tem sido tratada, em estudos de pesquisadores brasileiros (Teixeira, Valle, & Oda, 1996) e pela própria Comissão de biossegurança da Fundação Oswaldo Cruz (1996), como um “conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino e desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, riscos que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos (Valle & Teixeira, 1998:13)”.

Segundo Granato (1997), tão antiga quanto a epidemia causada pelo HIV, a preocupação dos (as) profissionais da área de Saúde com a AIDS tem aumentado intensamente. Por um lado, como lidar com a enorme sobrecarga de trabalho existente nos hospitais e por outro, como evitar a exposição ao vírus HIV trabalhando em condições tão distantes das ideais?

A real adoção das medidas de Biossegurança assume uma importância vital para a melhoria da qualidade da assistência à saúde, criando um ambiente seguro, tanto para o (a) profissional, quanto para o (a) usuário (a) dos serviços de saúde. O surgimento da AIDS coloca em relevância esse fato, visto que existe uma possibilidade de contaminação profissional, mesmo que esse risco seja baixo.

O Centro de Controle de Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) editou, a partir de 1974, classificações de agentes etiológicos, com base no risco e procedimentos a serem seguidos nas instituições de saúde e laboratórios, segundo os quatro níveis, incluindo também indicações relativas à construção dos laboratórios e dos equipamentos de segurança. Para os laboratórios clínicos, outras normas foram publicadas como precauções universais na manipulação segura de sangue e fluidos corporais, bem como para o descarte de lixo hospitalar. Um outro manual sobre biossegurança em laboratório foi publicado pelo Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos (CDC, 1993).

Em 1987, o CDC publicou documento intitulado “Recomendações para prevenção de transmissão de HIV em instituições de saúde” (1987). A recomendação é que as precauções com sangue e fluido corpóreo devem ser adotadas para todos (as) os (as) pacientes, independentes da constatação ou não da infecção sangüínea. Essa extensão passou a ser chamada de “Precauções universais para sangue e fluidos corpóreos”. Sob esse novo critério, sangue e fluidos corpóreos de qualquer paciente são considerados potencialmente infecciosos para o vírus HIV, da hepatite B e outros patógenos sangüíneos. Essas precauções visam evitar a exposição dos (as) trabalhadores (as) de saúde a patógenos do sangue por via parenteral, por via da membrana mucosa ou da pele não intacta. Além disso, a imunização com vacina contra a hepatite B é recomendada como um importante auxiliar nas precauções universais de trabalhadores (as) de saúde que manejam sangue (Oda et al., 1996:248)

Até setembro de 1992, o CDC registrou 32 casos de AIDS ocupacional em trabalhadores (as) do setor saúde e 69 casos de infecção com HIV, possivelmente ocupacional. Entre os casos confirmados como ocupacionais, 27 (84%) foram resultantes de exposição percutânea, 4 (13%) de exposição mucocutânea e 1 (3%) de ambos os tipos de exposição. Trinta foram expostos a sangue contaminado com HIV, um a concentrado viral de HIV e outro teve exposição percutânea a um fluido não caracterizado de paciente não identificado. Um total de 7 (22%) desses (as) trabalhadores (as) desenvolveram AIDS (Oda et al., 1996:244).

Para o caso da AIDS ocupacional, o CDC implantou nos Estados Unidos, a partir de 1991, um sistema de monitoramento que tem permitido identificar a magnitude do risco, bem como seus níveis nas diferentes atividades realizadas no setor da saúde. Este sistema tem contribuído para o aperfeiçoamento das políticas de prevenção e controle e vem subsidiando com dados concretos as ações governamentais de cunho legal e normativo (Oda et al., 1996:252).

Até junho de 1996, foram documentados pelo CDC, 52 casos de profissionais da saúde infectados pelo HIV-1, no exercício de suas atividades. Em 111 outros profissionais, a infecção ocorreu possivelmente em decorrência de sua atividade profissional, porém não foi possível determinar uma exposição específica. Em outros países do mundo, foram relatados 27 casos de profissionais com acidentes documentados e 40 possíveis outros, sem exposição comprovada (Granato,1997).

O Brasil ainda não conta com um sistema de vigilância nacional de doenças ocupacionais relacionadas a agentes de risco biológico. Em decorrência de fatores culturais, psicossociais, institucionais e do próprio Sistema de Saúde brasileiro, o número de subnotificações ainda é muito grande em nosso país.

Um levantamento da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro constatou 1310 acidentes ocupacionais entre janeiro de 1997 e o mês de agosto de 1998 (dados parciais), com risco de contaminação por HIV, hepatite B e hepatite C para profissionais que trabalham em 49 Unidades de Saúde (postos de saúde, hospitais municipais, estaduais, universitários e privados). O risco de contaminação por HIV com perfuração de agulha é de 0,3%, por hepatite B, pode chegar a 40% dependendo da concentração do vírus no corpo do paciente e, por hepatite C, varia de 4 a 10%. Dos acidentes notificados até agosto de 1998, no

município do Rio de Janeiro, não houve caso confirmado de contaminação pelo vírus HIV. Entretanto, é impossível afirmar que estes não tenham ocorrido. De acordo com Rapparini (1998), no período supracitado a média de idade entre os (as) profissionais acidentados (as) era de 34 anos; a maioria dos acidentes (77,8%) ocorreu em profissionais do sexo feminino e 72% dos acidentes ocorreram entre 07:00h e 19:00h. Novecentos e cinquenta e quatro acidentes (72,8%) ocorreram com pacientes-fonte conhecidos, sendo que destes, 213 (22,3%) eram sabidamente HIV positivos e 617 (64,7%) tinham, no momento do acidente, condição sorológica anti-HIV desconhecida. As categorias profissionais mais freqüentemente envolvidas foram: equipe de enfermagem (38, 9%), médicos (as) (19,9%) e a equipe de limpeza (15,3%). A maior parte dos (as) profissionais não era vacinada para hepatite B (37,6%), ainda que esta vacina esteja disponível nos Centros Municipais de Saúde. As causas dos acidentes foram, na sua grande maioria, de fácil prevenção, sendo 18,5% dos acidentes provocados por recapeamento de agulhas. Em quase 8% dos acidentes havia história prévia de acidentes nos últimos seis meses.

Apesar de ter promovido campanhas pontuais, desde o início de sua criação, como o vídeo de “Biossegurança” produzido junto com o Nutes/UFRJ em 1989, somente há três anos a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (CNDST/AIDS) vem desenvolvendo uma campanha crescente de prevenção e assistência relativas à Biossegurança e à AIDS.

A Coordenação Nacional de DST/AIDS é subordinada ao Ministério da Saúde, e assessorada pela Comissão Nacional de AIDS, pelo Comitê Diretivo de Pesquisa e pelo Comitê Nacional de Vacinas. O princípio norteador da atuação da CNDST/AIDS tem sido o da descentralização, e a condução política privilegia o estabelecimento de parcerias que viabilizem, potencializem e dêem maior sustentabilidade às ações propostas, com uma gama imensa de entidades da sociedade civil e outros órgãos do próprio Governo. Isso faz crescer a importância das coordenações estaduais e municipais no processo, bem como distintos segmentos da sociedade civil - organizações não-governamentais que lidam com a AIDS (ONGs), universidades, empresas privadas, sindicatos, entre outros. Os principais desafios hoje colocados são a redução da incidência da AIDS nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade, a

garantia dos direitos de cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV e AIDS (CNDST/AIDS, 1998).

O Brasil é um dos países mais afetados pelo HIV/AIDS em todo o mundo, situa-se entre os quatro primeiros países com maior número de casos registrados. Entretanto, ao mesmo tempo, fornece um dos melhores exemplos de uma resposta ampliada e multi-setorial à epidemia, tanto por parte do governo quanto, mais especialmente, da sociedade civil.

A AIDS de hoje não é mais a mesma de dezenove anos atrás. Cada vez mais, novos anti-retrovirais e terapias para as infecções oportunistas são pesquisadas e liberadas para uso, trazendo melhores perspectivas. Esses avanços aliados ao fato do Brasil distribuir gratuitamente anti-retrovirais na rede pública, trazem para muitos a falsa idéia de que a AIDS já se transformou em uma doença crônica e que já está controlada, idéias estas que contribuem para a banalização da doença.

Por outro lado, assistimos propostas de cortes nos orçamentos da União, os quais são reflexos não somente da crise econômica que o país enfrenta atualmente, como também da política neoliberal imposta pelo governo federal, não priorizando investimentos na área social. O corte na Saúde prenuncia o comprometimento de diversos serviços de saúde em todo o Brasil, sendo que muitos deles já se encontram extremamente ineficientes devido às instalações precárias com conseqüências diretas não só para os (as) pacientes, como também para as condições de trabalho dos (as) profissionais de saúde. As condições adversas do trabalho advindas da falta de material necessário para um bom atendimento (medicamentos, exames laboratoriais), riscos concretos de contaminação (biossegurança), excesso de trabalho, ter que atender os pacientes rapidamente, falta de recursos humanos necessários e a ameaça de privatização de alguns setores do Hospital, contribuem para aumentar a vulnerabilidade do (a) trabalhador (a) de saúde ao acidente hospitalar.

Assim, a vulnerabilidade do profissional de saúde estaria profundamente imbricada em comportamentos e vivências subjetivas relativas à organização e ao processo de trabalho hospitalar, e às condições sociais mais amplas, como o acesso a serviços e a existência de políticas públicas de Biossegurança que contemple a dimensão biopsicossocial, superando o preventivismo puramente técnico. Neste

sentido, as estratégias de prevenção de alcance social, ou estrutural, são indispensáveis para o controle dos acidentes. Entre estas, destaca-se a importância fundamental da ação dos (as) trabalhadores (as) de saúde organizados para que os recursos disponíveis para o controle dos acidentes sejam justos e efetivamente implementados.

O (a) trabalhador (a) de saúde, em seu ambiente de trabalho, precisa sentir que há um profissional (ou uma equipe) ao seu lado para dar-lhe também um suporte psicossocial, defendendo seus interesses principalmente quando ele (a) mais precisar, quando estiver mais vulnerável e frágil, como no caso do acidente com material biológico.

O esforço de constituir uma resposta ampliada ao HIV/AIDS exige mais do que um reconhecimento da extensão e importância da epidemia. Requer a vontade política para implementar ações necessárias para a prevenção, assistência e apoio e, para mitigar o impacto da epidemia, bem como para estabelecer um ambiente de apoio que reduziria a vulnerabilidade da população ao HIV/AIDS.

A opção por pesquisar as dimensões psicossociais do acidente com material biológico em hospital resulta da constatação da necessidade de uma avaliação global sobre quais as forças e demandas sociais estão em jogo, que recursos técnicos estão disponíveis para avaliar e controlar os acidentes de trabalho decorrentes do processo e organização do trabalho hospitalar e quais as possibilidades concretas de serem efetuadas as mudanças.

No centro da relação de saúde-trabalho, a vivência do (a) trabalhador (a) ocupa um lugar particular. Dentro dessa concepção, gostaríamos que essa pesquisa pudesse contribuir com a Coordenação Nacional de DST/AIDS, através da inclusão da dimensão psicossocial nos Programas de Biossegurança desenvolvidos nas instituições de saúde. Acreditamos que o Programa da CNDST/AIDS possa privilegiar a experiência subjetiva dos (as) trabalhadores (as) sobre o acidente de trabalho, suas repercussões psicossociais, a percepção sobre a atividade que desenvolvem, bem como o ambiente de trabalho em geral.

Com essas preocupações, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar as dimensões psicossociais do acidente com material biológico entre os (as) trabalhadores (as) de saúde do Hospital do Servidores do Estado do Rio de Janeiro, visando especificamente:

- Analisar a relação do Processo e Organização do Trabalho com a exposição ocupacional à material biológico pelos profissionais de saúde;
- Investigar a relação dos efeitos colaterais experimentados pelos profissionais de saúde pós-profilaxia com os fenômenos psicossomáticos;

Organizamos a dissertação em seis capítulos. No primeiro, a Dimensão Psicossocial como aporte teórico e no seguinte algumas considerações sobre a metodologia qualitativa, análise dos dados e “história” e curso da pesquisa de campo realizada. No terceiro capítulo, enfocamos a exposição a material biológico no trabalho hospitalar iniciando com um breve histórico sobre a Instituição Hospitalar e o HSE-RJ em particular. Finalizamos este tema com a visão do Programa de Biossegurança sobre os acidentes. No quarto e quinto capítulo apresentamos e discutimos os resultados obtidos na pesquisa sobre as Dimensões Psicossociais do acidente e a Experiência Subjetiva do profissional de saúde frente a este evento.

No sexto e último capítulo concluímos nossa pesquisa através de uma análise sucinta dos principais pontos abordados neste trabalho e com algumas sugestões para ampliação do campo da Biossegurança Hospitalar.

CAPÍTULO I

A DIMENSÃO PSICOSSOCIAL NO TRABALHO

“El predominio casi hegemónico de lo económico sobre lo social; de la economía como un fin sobre el hombre - limitado a ser considerado como recurso y o consumidor; de las variables monetarias, fiscales y financieras sobre la producción; de lo material sobre los valores ético-morales, de la competencia y el individualismo sobre la equidad, la solidaridad y la justicia social; del consumo ilimitado sobre la satisfacción de las necesidades básicas de grandes mayorías y de las futuras generaciones; etc” (OPAS, OEA, PNUD, PNUMA, BID e Banco Mundial, 1995:3).

O trabalho é uma atividade tão específica em nossas vidas pois pode funcionar como fonte de construção, realização, satisfação, riqueza, bens materiais e serviços úteis à sociedade humana. Entretanto, o trabalho também pode significar escravidão, exploração, sofrimento mental, doença e morte.

No passado, em alguns séculos antes da Revolução Industrial era comum os homens conceberem os seus instrumentos de trabalho, realizando-o artesanalmente e de forma prazerosa. Com a chegada da divisão social capitalista do trabalho, os pequenos artesãos tiveram que se separar da concepção e produção do seu produto, limitando-se a exercer funções previamente determinadas por outrem. Com o início do sistema fabril, os (as) trabalhadores (as) foram submetidos (as) a normas rígidas que causaram desadaptações no sistema habitual de trabalho humano, tendo como consequência abalos na estrutura familiar, social, física e mental dos (as) trabalhadores (as) (Machado et al., 1997).

I.1 Processo de Trabalho

“A apropriação do conceito “Processo de Trabalho” como instrumento de análise possibilita reformar as concepções ainda hegemônicas que ao estabelecerem articulações simplificadas entre causa e efeito, numa perspectiva uni ou multicausal desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da Saúde/Doença”. (Minayo-Gomes & Thedim-Costa, 1997:27)

No final da década de 60 e início de 70, há um questionamento global da organização capitalista do trabalho, relacionando o processo de trabalho com a saúde. Uma nova compreensão das relações trabalho-saúde/doença surge, entre outras, a partir das contribuições de vários autores “filiados” à Medicina Social Latino-americana (MSL), os quais introduzem a discussão sobre a determinação social do processo saúde/doença e a importância fundamental do trabalho para o estudo desta determinação. A MSL propõe a incorporação da categoria processo de trabalho, na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental constituída de vários fatores/agentes de risco e externa ao (a) trabalhador (a), mas como uma “categoria” explicativa que se inscreveria nas relações sociais de produção existentes entre o capital e o trabalho (Lacaz, 1996).

A relação capital-trabalho cria situações específicas de risco à saúde do (a) trabalhador (a). O (a) trabalhador (a) constitui-se no elemento mais importante do processo de trabalho de uma organização. Ele fica exposto à ação patogênica de substâncias físicas, químicas e biológicas, uso e desgaste do corpo no processo de produção e de relações sociais e pessoais potencialmente lesivas à saúde. Combinam-se outras situações de risco fora do micro ambiente de trabalho articuladas com suas condições de vida em decorrência direta e/ou indireta dos processos de produção existentes, como: diferenças salariais, acesso a serviços de saúde, preventivos e curativos, acesso a informações sobre o problema de “saúde” e educação em geral.

Em 1988, no Brasil, através da nova Constituição Federal, cria-se a Lei Orgânica de Saúde, que consagra o Sistema Único de Saúde e no seu interior as ações em Saúde do Trabalhador. O processo de trabalho pretende ser a categoria central para a análise da Saúde do Trabalhador e também como expressão concreta das relações de exploração por meio de sua organização e divisão. A área de Saúde do Trabalhador não se limita à identificação de fatores de risco ou de protetores, mas evidencia e incorpora a relação da saúde com a inserção social e a dinâmica do processo de trabalho.

As ações na área de Saúde do Trabalhador andarão passo a passo com o exercício da cidadania relacionado ao direito à vida, materializado na legislação, na ação e organização do Estado, no poder de influência de sindicatos e da sociedade organizada como um todo. Por isso, as ações nessa área devem se articular com os movimentos de trabalhadores (as), democratizando as negociações ainda excludentes Estado-Instituições, e fortalecendo a questão saúde como critério presente no jogo político, econômico e técnico dos investimentos e estratégias produtivas.

Riscos, Cargas de Trabalho e o Processo de Desgaste

No processo de produção capitalista o (a) trabalhador (a) atua como mercadoria/força de trabalho e não produz para si, mas para o capital, que detém os meios de produção. A lógica da produção passa pelo processo de valorização do capital, através da produção de mais-valia. Essa questão é de vital importância, pois o conceito de desgaste está associado a um processo de trabalho que fragmenta a relação entre o (a) trabalhador (a), os meios de produção e o produto resultante do trabalho. O trabalho é subordinado à lógica de acumulação, sendo os (as) trabalhadores (as) submetidos (as) a toda uma sorte de riscos derivados dos materiais, ambientes, máquinas, instrumentos e uma organização do trabalho que impõe a coerção e o ritmo da produção através de métodos de trabalho, relações hierárquicas e sistemas punitivos (Brito & Porto,1992).

O esvaziamento das experiências profissionais do (a) trabalhador (a) gera o sentimento de desqualificação e corte em sua identidade profissional, representando a alienação progressiva em relação aos processos de produção. O trabalho torna-se estranho aos desejos e interesses da pessoa. Além da separação entre concepção e execução, outras formas de divisão do trabalho foram sendo implantadas, originando atividades laborais cada vez mais segmentadas. Esta fragmentação do trabalho serviu simultaneamente para intensificar o ritmo das atividades e para favorecer o aumento do controle exercido sobre os desempenhos dos trabalhadores, provocando fadiga, superexploração, ansiedade, acidentes e uma série de doenças. Ou seja, fragmentando o próprio trabalhador.

A hierarquização e a divisão de tarefas constituem aspectos essenciais na organização do trabalho. Do ponto de vista dos interesses do capital, deverão funcionar de modo a garantir, simultaneamente, a máxima eficácia do processo de produção e a máxima sujeição possível dos (as) trabalhadores (as). Segundo Seligmann-Silva (1994), os dispositivos e processos psicológicos e psicossociais utilizados como forma de pressionar os trabalhadores são de toda ordem. As tecnologias de controle como a disciplinarização dos mecanismos de trabalho, a gestão dos afetos realizados pelos serviços de Recursos Humanos e as novas formas mais sofisticadas de controle - introjeção da dominação, controle recíproco, etc. - têm importante peso para a vida psíquica dos (as) trabalhadores (as), quer em termos de cansaço físico, mental e de tensão, quer no efeito alienante. Observamos ainda a ocultação do desgaste aos (as) trabalhadores (as) através da monetarização dos riscos no trabalho. Tal prática leva o (a) trabalhador (a) a aceitar condições de insalubridade e risco de vida (periculosidade) pagos em dinheiro, ao invés de exigir a transformação das condições de trabalho. Pela ação do aparelho ideológico institucional, fica em segundo plano a questão da saúde e da integridade física e mental do (a) trabalhador (a). A monetarização dos riscos, desse modo, irá se articular aos mecanismos psicológicos e psicossociais de negação do próprio risco.

Tecnologias e Riscos

A difusão de processos de trabalho industriais teve como consequência a criação e expansão de diversos riscos para a saúde dos (as) trabalhadores (as). Isto porque um grande número de tecnologias industriais de fabricação envolvem riscos para a saúde, pois concentram energias e materiais que o corpo humano está despreparado para enfrentar sem mecanismos especiais de proteção. Embora de forma dinâmica e flexível, o ser humano possui limites para enfrentar determinadas alterações ambientais que impedem ou desfavorecem à manutenção e expressão de sua vida. O uso de novas tecnologias tornam maiores as exigências de concentração mental e a tendência é tornar o trabalho mais intenso e complexo. O acidente com máquinas e instrumentos de trabalho associados a material biológico e o desgaste físico e mental decorrentes de ritmos elevados de trabalho e mecanismos rígidos de coerção, são alguns dos exemplos de casos onde o (a) trabalhador (a) pode adoecer em função do trabalho.

I.2 Cargas de trabalho, Carga Psíquica e a Organização de Trabalho

Laurell e Noriega (1989), no intuito de distanciarem-se do conceito de Risco, por considerarem-no insuficiente para apreender a lógica global do processo de trabalho, utilizam-se do que denominam Carga de Trabalho abarcando tanto as físicas, químicas e mecânicas quanto as fisiológicas e psíquicas que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do (a) trabalhador (a). Assinalam que estas últimas “não têm materialidade visível externa ao corpo humano”. Noriega (1993) passa a atribuir às exigências - enquanto requerimentos decorrentes da organização do trabalho e da atividade do (a) trabalhador (a) - um papel relevante na conformação dos perfis de saúde-doença dos coletivos de trabalhadores (as), ao distingui-las dos riscos, relacionados aos objetos e meios de trabalho.

“ A categoria “carga de trabalho” pretende alcançar uma conceituação mais precisa do que temos consignado até o momento com a pré-noção de “condições ambientais” no que diz respeito ao processo de trabalho. Dessa forma busca-se ressaltar na análise do processo de trabalho os elementos deste que interatuam dinamicamente entre si e com o trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica. Vale dizer, o conceito de carga possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de modo importante o nexo biopsíquico dos trabalhadores e confere a estes um modo histórico específico de “andar a vida”(Laurell,1987:110).

Dejours (1994), propõe reservar aos elementos afetivos e relacionais da carga mental um referencial específico denominado carga psíquica do trabalho. O rebaixamento de tensão, a descarga da energia pulsional segundo o modelo freudiano é a origem e a fonte mesma do prazer, isto é, do alívio da carga psíquica de trabalho. Se o trabalho permite essa descarga ele passa a ser um instrumento de equilíbrio para o (a) trabalhador (a).

A organização do trabalho é de certa forma, a vontade de outro, ela determina não somente a divisão do trabalho, mas também a divisão dos homens. A carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do (a) trabalhador (a), que possui uma história pessoal, motivações e necessidades psicológicas que confere a cada indivíduo características únicas, à injunção do empregador contida na organização do trabalho. Quando não há mais arranjo possível da organização do trabalho pelo (a) trabalhador (a), quando a relação do (a) trabalhador (a) com a organização do trabalho (conflito com a tarefa) é bloqueada, o sofrimento começa. Para transformar um trabalho desgastante em um trabalho prazeroso, precisa-se flexibilizar a organização do trabalho, de modo a deixar maior liberdade ao (a) trabalhador (a) para rearranjar seu modo operatório.

Análise das cargas em seu conjunto e o marco da lógica global do processo de trabalho

É na interação entre as cargas dos diferentes grupos que se começa a vislumbrar plenamente a necessidade de analisá-las em seu conjunto e no marco da lógica global do processo de trabalho. Tomando a questão dos acidentes como exemplo, torna-se evidente que a perspectiva que somente contempla as condições (as cargas mecânicas) e os atos inseguros (o “descuido do (a) trabalhador (a)”) tem uma baixa capacidade explicativa e é, ademais, mistificadora. Se, pelo contrário, se analisa a dinâmica do acidente a partir da lógica do processo de produção, aparecem novos elementos “causais” e uma articulação totalmente distinta entre eles. Entendendo as cargas como os elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do (a) trabalhador (a), a dinâmica do acidente quase sempre envolve várias delas. Essa combinação de cargas tem em cada caso uma conformação singular. Como exemplo, poderíamos ilustrar um profissional de saúde trabalhando numa posição incômoda (carga fisiológica), fatigado porque alterna turnos (carga fisiológica e psíquica), com tensão nervosa pela pressão da chefia imediata e pelo alto ritmo de trabalho (cargas psíquicas); atravessado por uma série de cargas que, por seu turno, não só se somam como se potencializam entre si e dão concretude ao processo de trabalho de modo singular. O “ato inseguro”, ou seja, a conduta equivocada ou o “descuido” do profissional de saúde, nessas condições, dificilmente pode ser considerada como sendo exclusivamente de sua responsabilidade, mas como produto de uma combinação de cargas determinada pela lógica global do processo de trabalho.

A situação de trabalho constitui-se num conjunto complexo que inclui as condições físicas, químicas, biológicas e psíquicas do ambiente de trabalho, os aspectos técnicos, a organização prescrita e a organização real das atividades de trabalho, bem como a gestão das mesmas; a caracterização dos canais formais de comunicação e das relações interpessoais. O regime de trabalho em turnos alternados (muito comum na área hospitalar), também conhecido como turnos de revezamento, tem sido bastante estudado internacionalmente pelos agravos que acarreta para a saúde física, psíquica e social, transtornando, principalmente, os biorritmos naturais do sistema nervoso, da área endócrina (glandular) e do aparelho digestivo. No caso do ritmo do trabalho, os (as) trabalhadores (as)

geralmente consideram que o próprio processo de trabalho condiciona o ritmo acelerado. A ansiedade relacionada às "pressões de tempo" geralmente são indissociáveis das tensões "por pressão de chefia". A ocorrência de fadiga, muitas vezes, está associada a exigências específicas determinadas pelo conteúdo das tarefas. Quando a função desempenhada é complexa e exige simultaneidade de focos de atenção e de atuação prática (como no caso dos (as) profissionais de saúde que lidam diretamente com os pacientes), a fadiga mental se torna perceptível em menor espaço de tempo. Por exemplo, quando à complexidade da função exercida se acrescenta o esforço de manter a atenção voltada para a possibilidade de sofrer acidente.

Podemos encontrar interrelações entre a fadiga e a tensão com as condições gerais de vida. A acumulação do cansaço que conduz à fadiga patológica pode ser facilitada quando a distância entre o local de trabalho e local de moradia são extensos. Torna-se ainda mais penoso quando não existem meios de transporte suficientes ou providos de um mínimo conforto. Acrescenta-se a necessidade de despertar várias horas antes da entrada no horário do turno, tendo em vista a espera e o tempo de condução ou mesmo, o tempo a ser gasto com uma longa caminhada e a violência urbana.

As circunstâncias laborais, em situações bastantes variadas no hospital, podem conduzir à constituição de sentimentos de culpa. Tendo cometido uma falha de desempenho ou se acidentado, o (a) trabalhador (a), muitas vezes, volta a acusação contra si mesmo (a), incorporando pontos de vista do Programa de Biossegurança ("ato inseguro" como fator causal) e deixando de considerar causas como o próprio processo e organização hospitalar.

I.3 Ergonomia

Para melhor compreender como riscos ou cargas e exigências se manifestam concretamente nos processos de trabalho, é pertinente o instrumental desenvolvido pela corrente da Ergonomia Situada (Daniellou, 1989 & Vidal 1995). Esta considera a atividade humana de trabalho seu objeto de estudo principal onde uma das origens básicas da carga de trabalho está relacionada às discrepâncias entre o trabalho prescrito e o real. Projetistas, planejadores e gerentes tendem a gerar condições e metas de trabalho muitas vezes incompatíveis com as

necessidades humanas de saúde e satisfação dos (as) trabalhadores (as). Como consequência dessa contradição/inadequação, surge a carga de trabalho, onde as esferas física, cognitiva e psíquica do ser humano individual e coletivo que efetiva um dado trabalho gera um processo de adaptação desestruturante da pessoa ao nível de saúde, a curto, médio ou a longo prazos. Assim, a carga de trabalho pode desencadear processos patológicos mais sutis ou objetiváveis, articuladas às características das condições de vida e da história de cada pessoa. A distinção entre tarefa prescrita e atividade real, previsível diante da variabilidade de condições de trabalho, ocorre sobretudo em face de situações que exigem a interferência constante dos trabalhadores para manter a continuidade da produção ou prevenir eventos acidentários.

I.4 Psicopatologia e Psicodinâmica de Trabalho

Quando o foco de atenção volta-se prioritariamente para os aspectos ligados à organização do trabalho, aparecem com maior significância os efeitos de caráter psicossocial. Os postulados da Psicopatologia do Trabalho e, mais recentemente, da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 1994) abrem novas perspectivas, superadoras da visão monolítica e restritiva da nocividade do trabalho que induz o caminhar pelo terreno do sofrimento mental. Em contrapartida, buscam desvelar na organização real do trabalho as estratégias adaptativas intersubjetivas, de defesa/oposição, latentes na tensão entre a procura de prazer/reconhecimento dos sujeitos e os constrangimentos externos advindos das situações de trabalho.

Como fazem os (as) trabalhadores (as) para resistir aos ataques ao seu funcionamento psíquico provocados pelo seu trabalho? O que fazem para não ficarem loucos?

A existência de um estado compatível com a normalidade, o sofrimento no trabalho, implica em uma série de mecanismos de regulação. Implica, antes de tudo, em um estado de luta do sujeito contra forças que o estão empurrando em direção à doença mental. É na organização do trabalho que devem ser procuradas estas forças. De acordo com Dejours (1988), a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas circunstâncias, surge um sofrimento que pode ser atribuído ao conflito entre

uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização de trabalho que os ignora. Esse sofrimento de natureza mental inicia quando o (a) trabalhador (a), já não pode fazer nenhuma mudança na sua tarefa no sentido de torná-la mais de acordo com suas necessidades fisiológicas e seus desejos psicológicos, isso é, quando a relação do indivíduo com o trabalho é interrompida, impedida de movimento.

A organização do trabalho é entendida não só como a divisão do trabalho (divisão das tarefas entre os (as) trabalhadores (as), os ritmos impostos e os modos operatórios prescritos) mas também, e sobretudo, a divisão de homens para garantir a divisão de tarefas, representada pelas hierarquias, as repartições de responsabilidade e os sistemas de controle.

Sofrimento psíquico, trabalho e sistemas de defesas coletivas

O sofrimento é inerente ao ser humano e à vida em sociedade, estando presente na realidade do trabalho. Pode contudo, Ter uma trajetória patológica, daí que o sofrimento mental no trabalho vem preocupando especialistas do mundo inteiro. O impacto da globalização na organização do trabalho, as exigências crescentes de maior qualificação profissional, a competitividade, a precarização do trabalho e a ameaça constante do desemprego têm causado os mais diversos efeitos sobre a saúde mental dos (as) trabalhadores (as).

No caso da atividade real de trabalho, muitas vezes a percepção de riscos gera medo. Entretanto, a necessidade de ter que executar as tarefas contrapõe-se à emergência de manifestações deste medo. Nas situações em que o trabalho é exigido em ritmo intenso e rápido, há um considerável incremento de ansiedade, pois, à medida que o cansaço cresce, o (a) próprio (a) trabalhador (a) vai percebendo a dificuldade de dividir sua atenção entre a execução da tarefa e os cuidados para evitar acidente. O esforço para controlar o medo gera enorme tensão. Esta tensão diz respeito também, muitas vezes, aos esforços para utilizar incômodos EPI's (equipamentos de proteção individual) ou aos conflitos e riscos assumidos para recusar o seu uso. Como exemplo temos as máscaras que prejudicam a visão e, por conseguinte, ao invés de protegerem, aumentam os riscos de acidente. O medo é causado pela necessidade de administrar e conviver com as mais variadas situações de risco. Dejours (1988) alerta que o medo relativo

ao risco pode ficar sensivelmente amplificado pelo desconhecimento dos limites desse risco ou pela ignorância dos métodos de prevenção eficazes. Além de ser um coeficiente de multiplicação do medo, a ignorância também aumenta o custo mental ou psíquico do trabalho. O inesperado durante a atividade do trabalho causa uma certa impotência pelo fato do (a) trabalhador (a) não saber o que se passa em outras áreas. Isso traz um grande desgaste psíquico, pois exige maior controle para que sua atitude não piore a situação.

Em suas primeiras investigações, Dejours (1988) demonstrou que os (as) trabalhadores (as) em grupo são capazes de reconstruir a lógica das pressões de trabalho que os fazem sofrer. E, também, podem fazer funcionar sistemas defensivos coletivamente construídos para lutar contra os efeitos desestabilizadores e patogênicos do trabalho. “Contra o sofrimento, a ansiedade e a insatisfação os trabalhadores constroem sistemas defensivos” (Dejours, 1988:36).

O conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico pôde ser reconhecido como fonte de sofrimento, mas este também suscita sistemas defensivos. Essas defesas levam à modificação, transformação e, em geral, à minimização da percepção que os (as) trabalhadores (as) têm da realidade que os (as) fazem sofrer. De vítimas passivas, os (as) trabalhadores (as) colocam-se na posição de agentes ativos de um desafio, de uma atitude provocadora ou de uma minimização diante da dita pressão patogênica. Os sistemas defensivos funcionam como regras e como toda regra, eles supõe um consenso ou um acordo partilhado. Os sistemas coletivos de defesa só se sustentam se for por consenso, dependendo de condições externas e atuam sobre a percepção da realidade.

Por outro lado, estes sistemas coletivos de defesas também podem chegar a configurar-se em verdadeiras ideologias defensivas. Estas funcionam inteiramente desvinculadas de qualquer perspectiva política libertadora e respondem unicamente à necessidade de suportar a penosidade do trabalho e, acima de tudo, ao medo e à ansiedade de conviver cotidianamente com os riscos de acidente e de vida. Favorecem, portanto, à dominação e à exploração, pois estão voltadas exclusivamente para a negação coletiva dos riscos.

Os (as) trabalhadores (as) constróem também, verdadeiras regras de trabalho (ou de ofício) que não estão de acordo com a organização do trabalho

oficial. Elaboram verdadeiros princípios reguladores para a ação e para a gestão das dificuldades ordinárias e extraordinárias observadas no curso do trabalho (Cru, 1987). O (a) trabalhador (a) desenvolve um tipo de inteligência em constante ruptura com as normas e as regras, uma inteligência fundamentalmente transgressiva denominada “inteligência astuciosa”. Esta inteligência funciona sempre em relação a uma regulamentação feita anteriormente (pela organização oficial do trabalho) que ela subverte para dar conta da variabilidade, pelas falhas da prescrição, pelas necessidades do trabalho e para atender os objetivos com procedimentos mais eficazes, ao invés da utilização estrita dos modos operatórios prescritos. Ela não leva somente à atenuação do sofrimento, mas a atingir, como contrapartida de seu exercício bem sucedido, o prazer (Dejours, 1994). O maior desafio é saber quais são as ações possíveis de modificar a trajetória para o sofrimento patogênico em outra direção, a do sofrimento criativo. Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, quando há margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade do (a) trabalhador (a), aumentando a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho passa então a funcionar como mediador para a saúde (Dejours, 1994). De outra forma, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo ou o sentimento de impotência, temos o sofrimento patogênico.

1.5 Efeitos colaterais e fenômenos psicossomáticos: As relações entre saúde e Normalidade

A normalidade pressupõe uma construção feita por cada um dos sujeitos, uma luta incessante para reconquistar o que se perde, refazer o que se desfaz, reestabilizar o que se desestabiliza. A normalidade é freqüentemente conquistada a custo de certas patologias crônicas, notadamente patologias somáticas, para onde submerge uma parte do sofrimento que não consegue encontrar soluções adequadas, isto é, soluções que passem pela transformação da situação concreta de maneira a adequá-las melhor às necessidades e aos desejos do sujeito.

As doenças evoluem por avanços, por crises, na vida das pessoas e, muitas vezes, elas acontecem quando alguma coisa de penoso ocorre na vida psíquica e

afetiva do indivíduo. São conhecidos numerosos exemplos onde a doença física pode ser desencadeada por ocasião de uma situação afetiva insustentável, ou seja, no momento em que o sujeito está, de certa forma, pressionado por um impasse psíquico. No centro da relação saúde-trabalho, a vivência do (a) trabalhador (a) ocupa um lugar particular que lhe é conferido pela posição privilegiada do aparelho psíquico na economia psicossomática. Neste contexto, a insatisfação em relação ao conteúdo significativo da tarefa em uma organização de trabalho rígida e imposta, pode engendrar um sofrimento cujo ponto de impacto é antes de tudo mental. Todavia, o sofrimento mental resultante de uma frustração a nível de conteúdo significativo da tarefa, pode igualmente levar a somatizações. A somatização é o processo pelo qual um conflito que não consegue encontrar uma resolução mental, desencadeia no corpo desordens endócrino-metabólicas que é o ponto de partida de uma doença somática.

O Caminho da Somatização

A Psicossomática é uma das mais fecundas áreas de interface para o desenvolvimento da pesquisa sobre o fenômeno humano. Nos últimos setenta anos surgiu um grande número de trabalhos que levantaram questões para a compreensão dos vários aspectos que tangem os processos do ser humano, na saúde, na doença e na condução de sua experiência concreta de ser vivo, social e culturalmente determinado.

O corpo não é o exterior, sendo a mente seu interior. Os processos psíquicos não se dão “dentro” do homem. O corpo não lhe é um mero veículo, ou uma veste, ou um calçado. O corpo e a mente interpenetram-se. Não há processos puramente orgânicos e nem unicamente mentais. Embora se devam respeitar as especificidades dos registros, havendo assim uma esfera biológica, uma esfera físico-química, dimensões simbólicas organizadas por esferas sociais e culturais, e uma esfera própria ao psiquismo, há contudo, uma continuidade no fenômeno humano (Ávila, 1997).

As diferentes situações de oposição da vida comum constituem autêntico estado de conflito, provocando tensões progressivas. O limiar de aceitação dessas tensões é específico para cada pessoa. Quando essa capacidade defensiva de elaboração do processo mental se esgota, as cargas psíquicas transbordam,

desaguando no corpo. É onde começa o desvio da saúde, pela leitura desarmoniosa e desequilibrada precedida pelas instâncias do aparelho mental, na mediação dos acontecimentos do mundo externo que afligem o indivíduo, simultaneamente com os objetos do seu mundo interno. O homem necessita enfrentar, operar e resolver fenômenos sucessivos em diferentes períodos. Ele só pode se desenvolver, estando em equilíbrio com suas estruturas psíquicas e somáticas, através da mediação da mente (Capisano, 1997).

De acordo com Dejours (1988), a somatização pode atingir tanto um sujeito com estrutura neurótica quanto psicótica, e estes episódios ocorrem geralmente quando o funcionamento mental do sujeito é momentaneamente colocado fora do circuito. Seguindo essa linha de raciocínio, os fenômenos psicossomáticos podem ocorrer em qualquer trabalhador (a), não dependendo dele (a) apresentar ou não uma estrutura psíquica denominada psicossomatose (Mc Dougall, 1991) para poder somatizar.

A saúde mental não é, seguramente, a ausência de angústia, nem o conforto constante e uniforme. A saúde é a existência da esperança, das metas, dos objetivos que podem ser elaborados: é quando há o desejo. O que faz as pessoas viverem é o desejo e não só as satisfações (Dejours, 1993).

Psicossomática e Trabalho

O (a) trabalhador (a) não chega ao seu trabalho como uma máquina nova. Ele tem uma história pessoal, que se concretiza por uma certa qualidade de aspirações, de desejos, motivações e necessidades psicológicas. Isto confere a cada indivíduo características únicas e pessoais que combatem o mito do (a) “trabalhador (a) médio (a)” tão ao gosto do Taylorismo. O (a) trabalhador (a), em função de sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais, que não são as mesmas para todos e que participam daquilo que se chama estrutura da personalidade.

Sem a pretensão de medir a carga psíquica, Dejours (1993) propôs um modelo para explicar o processo de vias de descargas preferenciais, e no caso específico de nosso tema, a via visceral. Ou seja, submetido a excitações vindas do exterior (informações visuais, auditivas, táteis etc.) ou do interior (excitações instintuais e pulsionais, inveja, desejo) o trabalhador retém energia. A excitação

quando se acumula, torna-se a origem de uma tensão psíquica, popularmente chamada de tensão nervosa. Para liberar esta energia, o (a) trabalhador (a) dispõe de muitas vias de descarga, que são, esquematicamente a via psíquica, via motórica e via visceral. Quando a via mental e a via motórica estão fora de ação, a energia pulsional não pode descarregar senão pela via do sistema nervoso autônomo e pela desregulação das funções somáticas (é a via visceral).

Dentro destas proposições, concordando com Dejours (1993), precisamos avaliar se a tarefa à qual está afetado o (a) trabalhador (a), oferece um escoamento conveniente da sua energia psíquica. Neste sentido, no caso da carga psíquica, o perigo principal será o da subutilização ou o da repressão das aptidões psíquicas, fantasiosas ou psicomotoras, que ocasiona uma retenção de energia pulsional (“tensão nervosa”).

O bem-estar psíquico não provém da ausência de funcionamento, mas ao contrário, de um livre funcionamento em relação ao conteúdo da tarefa. Se o trabalho favorece esse livre funcionamento, ele será fator de equilíbrio, se ele se opõe, será fator de sofrimento e doença.

Os efeitos colaterais e a relação terapêutica

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

De acordo com Michael Balint (1975), a droga mais frequentemente usada na prática médica é o próprio médico. Sabe-se que inúmeros fatores podem interferir iatrogenicamente no relacionamento médico-paciente, sobretudo aqueles que dizem respeito à formação do profissional, às condições de trabalho do local da consulta e aos perfis de personalidade dos protagonistas desse encontro (Sougey & Carvalho, 1997).

Discutindo a consulta médica do ponto de vista sócio-psicossomático, Pontes e col. (1986) afirmam que “todos os atos do homem ocorrem correlatamente nas três áreas do seu existir: corpo, mente e mundo exterior”. É comum pacientes apresentarem fantasias em relação ao médico, ao medicamento e à própria evolução do tratamento. Os pacientes devem, portanto, ser esclarecidos sobre as características e objetivos do tratamento, informados sobre os possíveis efeitos indesejáveis e sobretudo sobre as razões que motivaram aquela prescrição.

I.6 Vulnerabilidade do profissional de saúde ao HIV

O Brasil ainda não conta com um sistema de vigilância nacional de doenças ocupacionais relacionadas a agentes de risco biológico. Em decorrência de fatores culturais, psicossociais, institucionais e do próprio Sistema de Saúde brasileiro, o número de subnotificações ainda é muito grande em nosso país. Acreditamos que estes fatores também contribuem para a vulnerabilidade dos (as) profissionais de saúde ao HIV.

Segundo o conceito de vulnerabilidade, para o vírus HIV o risco de infecção está mais associado a fatores sociais, econômicos e culturais que aos biológicos. Desde os *“trabalhos pioneiros de Jonathan Mann e outros investigadores da Universidade de Harvard, EUA, este conceito busca explicar a maior ou menor possibilidade de infecção de determinado grupo humano através da conjunção de fatores individuais, sociais, econômicos e políticos em uma dada sociedade. Esse conceito, portanto, implica avançar além de um enfoque limitado que considere somente os comportamentos individuais como determinantes do risco. E mais, coloca em questão a própria concepção de risco tradicionalmente adotada pela epidemiologia (Villela, 1998)”* (Barbosa, 1999:16).

De acordo com Ayres (1997), a vulnerabilidade ao HIV/AIDS pode ser definida como o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento. Como horizonte teórico e instrumental conceitual, a vulnerabilidade surge, em

síntese, como um modo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam cada um de nós expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para nos protegermos a todos.

“O conceito de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais (como os profissionais de saúde) e até mesmo nações à infecção pelo HIV e suas consequências indesejáveis (doença e morte)” (Ayres,1997:32).

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

Segundo Mann e demais colaboradores da Coalizão Global de 1992, para a avaliação da vulnerabilidade ao HIV/AIDS existem três planos interdependentes de apreensão da maior ou menor vulnerabilidade: comportamento pessoal, ou vulnerabilidade individual, contexto social, ou vulnerabilidade social e programa nacional de combate à AIDS ou vulnerabilidade programática.

Para o caso dos (as) trabalhadores (as) de saúde, indicadores específicos falam sobre situações sociais e programáticas que extrapolam os limites da percepção e possibilidade de transformação de cada indivíduo isoladamente.

Há parcerias entre a coordenação do Programa de Biossegurança dos hospitais e os (as) trabalhadores (as) de saúde? Existem bases racionais e democráticas para a definição dos conteúdos dos programas? Há fonte suficiente, estável e bem administrada de recursos materiais? Há monitoramento do desenvolvimento do programa, retroalimentando igualmente objetivos e metas? Até que ponto podem diminuir essa vulnerabilidade? O que podem fazer para gerar mudanças nos serviços e na instituição para diminuir a vulnerabilidade? Como suas atitudes individuais e coletivas podem facilitar essas mudanças?

I.7 Gênero, trabalho e hospital geral

Este tema no decorrer da pesquisa de campo apareceu em diversos momentos no contato com os (as) trabalhadores (as) de saúde (categorias profissionais predominantemente femininas) que sofreram algum tipo de acidente com material biológico no HSE. Esta peculiaridade demonstrou a necessidade da inclusão da questão de gênero na discussão e análise da multiplicidade de fatores envolvidos na vivência subjetiva do (a) trabalhador (a) após o acidente.

O hospital é um lugar de concentração de trabalho feminino e este é um tema que precisamos incorporar na análise, já que quase a totalidade dos (as) profissionais de saúde que mais se acidentaram, segundo o Boletim Epidemiológico de 1997 e 1998 do HSE, é constituída de mulheres (auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicas). No hospital, normalmente, os homens ocupam espaços masculinos “clássicos”, concentrados nos serviços de obras e manutenção e, nos grandes complexos hospitalares, nos serviços de engenharia, carpintaria, nos serviços de segurança, no setor de compras e de estoques de material. No setor administrativo, pode-se dizer que os homens ocupam o postos de maior qualificação dos setores de informática e de custos, especialmente.

No setor assistencial é a profissão médica que concentra o sexo masculino, apesar de já terem ocorrido grandes mudanças deste perfil nas últimas décadas. Em certas especialidades e em certos setores do exercício médico há uma tendência à concentração feminina. As mulheres estão predominantemente nos setores assalariados e nas especialidades da saúde pública e da pediatria, por exemplo. Os argumentos geralmente utilizados são os já clássicos, como os relacionados às “qualidades femininas” (como para a pediatria).

A feminização do trabalho de enfermagem, articula-se com a visão de desqualificação dessa profissão e com os baixos salários das profissionais e a formação de enfermeiras que não contempla a crítica à própria naturalização do trabalho feminino. A relação existente entre maternagem/cuidados e trabalho de enfermagem, ao se tornar natural, insiste em se burocratizar e endurecer, impedindo-as de experimentar outras formas de pensar e viver o trabalho na área de saúde. *“No caso das enfermeiras, se a qualificação se expressa na aquisição legítima do diploma de formação, a desvalorização desse mesmo diploma é influenciado não só pela “profissão de mulher”, mas também pela hierarquia dos*

saberes na sua relação com a medicina, que atesta a articulação ao nível do sistema organizado de saúde - sobretudo hospitalar - da divisão sexual e sócio-técnica do trabalho” (Lopes, 1996:78).

Dessa forma quais as questões relativas as relações de gênero que permeiam a vivência subjetiva das trabalhadoras após o acidente? Como as representações do “papel da mulher” com os seus parceiros podem interferir no sentimento de discriminação, uso da camisinha e na vida sexual da trabalhadora após o acidente? Até que ponto a “jornada dupla de trabalho” pode estar se constituindo num fator de vulnerabilidade ao acidente?

Acreditamos que o manejo desse conjunto de conceitos e noções mediadoras nos dará maiores condições para melhor compreender a dimensão psicossocial da exposição ocupacional a material Biológico sofrido pelos Profissionais de Saúde no HSE-RJ.

CAPÍTULO II

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

II.1 A Metodologia Qualitativa

Utilizamos a metodologia qualitativa por considerarmos ser esta a mais adequada para compreender as dimensões psicossociais do acidente com material biológico através das experiências dos (as) trabalhadores (as) de saúde envolvidos (as) neste processo.

A metodologia qualitativa é o caminho ideal para penetrar e compreender o significado e a intencionalidade das falas, vivências, valores, percepções, desejos, necessidades e atitudes dos (as) trabalhadores (as) de saúde após o acidente com material biológico.

Segundo Minayo (1992:10), *“a metodologia qualitativa é aquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. O estudo qualitativo pretende apreender a totalidade coletada visando, em última instância, atingir o conhecimento de um fenômeno histórico que é significativo em sua singularidade”*. Para Barbosa (1999:58) esta metodologia “pressupõe que um número limitado de casos é expressivo de uma situação social mais abrangente. Portanto, a lógica da pesquisa qualitativa é diferente dos métodos quantitativos”.

O campo de realização da pesquisa

O HSE-RJ foi a primeira instituição do Rio de Janeiro a criar um plantão de atendimento a acidentes com material biológico para funcionários desta e outras unidades vizinhas. O profissional acidentado é recebido pelo plantão do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) que avalia o caso, orienta e medica, providenciando teste rápido de HIV da fonte, a ser confirmado pelo Banco de Sangue. No primeiro dia útil, o funcionário procura a Comissão de Infecção Hospitalar (CIFH) onde será acompanhado e a Comissão de Saúde do Trabalhador (CST) para notificação. Os três serviços desenvolvem juntos atividades de educação e prevenção.

Com objetivo de analisar as dimensões psicossociais dos profissionais de saúde que sofreram acidente com material biológico nos anos de 1997 e 1998 demos início a esta pesquisa através de um estudo piloto realizado em janeiro de 1998 (onze entrevistas). Na etapa complementar deste trabalho, entrevistamos mais dez profissionais de saúde acidentados do universo de cinquenta e três que se acidentaram em 1997 e cento e sessenta e um em 1998. Utilizamos como método para obtenção de dados, entrevistas individuais, sigilosas e anônimas através de um questionário com perguntas fechadas e abertas (com gravação), realizadas no local de trabalho, acompanhadas de um diário de campo e de observação participante no ambiente hospitalar. O roteiro para as entrevistas teve conteúdo baseado em sondagem de campo visando a livre expressão das experiências do sujeito, a partir de perguntas formuladas de modo a facilitar suas descrições. Todos os trabalhadores foram informados do propósito da pesquisa para participarem de forma voluntária.

A pesquisa obteve a contribuição do Serviço de DIP, Serviço da CIFH, Serviço de Epidemiologia e da C.S.T. do HSE-RJ. O trabalho de campo se deu durante dois turnos (manhã e tarde) buscando acompanhar o dia a dia do HSE-RJ.

Torna-se importante ressaltar que a minha entrada em campo foi facilitada pela minha inserção no Serviço de DIP desde 1992. Inicialmente como estagiário em psicossomática, depois como psicólogo voluntário e nos últimos três anos, através de um convênio com uma pesquisa de prevenção a DST/AIDS da FIOCRUZ na qual trabalhava como pesquisador. Esse longo período de trabalho no HSE-RJ certamente contribuiu bastante para a realização das entrevistas e contatos com os Serviços do hospital.

Em janeiro de 1999 apresentei o meu projeto à Comissão de Saúde do Trabalhador e ao Serviço de DIP, além de passar a comparecer semanalmente (duas vezes por semana) no HSE-RJ. No mês de fevereiro, incluí as questões de hepatite B e C nas entrevistas e comecei a participar das reuniões semanais com a CST. Em março deste ano, apresentei o projeto ao Comitê de Ética do HSE-RJ e finalmente, na primeira quinzena de abril, recebi a autorização deste Comitê para a realização das entrevistas. No mês de maio, entrei em contato com as chefias das enfermarias e clínicas do hospital e recebi a permissão para freqüentar os locais de trabalho e realizar as entrevistas com os profissionais de saúde.

No decorrer da pesquisa, pretendia criar alguns espaços de discussão para ampliar a reflexão sobre os acidentes de trabalho e suas conseqüências psicossociais no âmbito individual e coletivo. Esta proposta acabou tornando-se quase que inviável por razões políticas, administrativas e pelo próprio processo de desenvolvimento da tese resultando, inicialmente, num sentimento de frustração. Posteriormente, compreendi que estas frustrações se deram muito por idealizações que foram revistas após a análise da minha "implicação" (Lourau, 1993) no processo de pesquisa no HSE-RJ. Os meus desejos estavam esbarrando em diversas limitações como, o tempo da pesquisa, a inserção no hospital, disponibilidades e demandas dos profissionais de saúde, interação com os Serviços envolvidos e no próprio contexto político-institucional do HSE-RJ.

Já como forma de retorno aos trabalhadores de saúde, divulgamos os resultados da pesquisa preliminar através da distribuição do artigo publicado no XII Congresso Mundial de AIDS/1998 aos Serviços do HSE-RJ envolvidos na pesquisa, além do Centro de Estudos do Hospital. Conseguimos também realizar uma palestra no Serviço de DIP (divulgado para todo hospital) com a participação da CST sobre os aspectos psicossociais do acidente com material biológico.

Por fim, pretendemos apresentar os resultados finais da pesquisa aos (às) trabalhadores (as) em forma de palestras com debate, com a ajuda dos Serviços que participaram da mesma.

Os instrumentos de pesquisa

Utilizamos a técnica de entrevistas porque nos possibilita focalizar os temas já apontados, embora deixe os informantes livres para se expressarem. Desenvolvemos também registros em diário de campo e observação participante, a fim de ampliarmos nosso campo de análise sobre as condições de biossegurança, processo e organização do trabalho hospitalar e suas relações com os acidentes.

A observação participante, se justifica para que o pesquisador possa coletar dados através da participação na vida cotidiana do grupo em questão por um período de tempo determinado. O pesquisador observa as pessoas para ver como se comportam, conversa para descobrir as interpretações que têm sobre as situações vividas, podendo comparar e interpretar as respostas dadas em diferentes situações (Goldenberg, 1997).

Para seleção dos trabalhadores entrevistados, inicialmente, baseamo-nos em dados do Boletim Epidemiológico de 1997 e 1998 do HSE-RJ, onde estão caracterizados os profissionais que mais se acidentaram, juntamente com os Serviços onde esses acidentes mais ocorreram, a fim de que haja um nível satisfatório de representatividade.

Na segunda etapa do estudo, a utilização do diário de campo e da observação participante propiciou o estabelecimento de relações informais, significativamente valiosas no tratamento qualitativo dos dados que foram obtidos. Os questionários aplicados foram estruturados com questões fechadas e abertas. As questões fechadas incluíram dados pessoais como sexo, idade, estado civil, religião, profissão, tipo de vínculo com a instituição, tempo de trabalho, tempo na função referida e fatores presentes no ambiente de trabalho. Outras referem-se a atitudes e conhecimentos relacionados ao vírus HIV e situações específicas após exposição ocupacional a fluidos biológicos como risco potencial, manipulação de material biológico, utilização de material perfuro-cortante, dirigindo-se também à existência e ao fornecimento de equipamentos de proteção individual e coletiva. As questões abertas serviram de base para identificar as impressões gerais sobre as condições de trabalho e as possíveis situações conjunturais que interferem na percepção das cargas físicas e psíquicas. Questões relacionadas à percepção dos trabalhadores sobre a organização e processo de trabalho como, ritmo acelerado, acúmulo de tarefas, pressão da chefia, repetitividade das tarefas, jornada de trabalho, entre outras, foram também contempladas. Analisamos também as repercussões do acidente na vida social (profissional, pessoal, familiar, comunidade) e as conseqüências psíquicas, físicas e sociais pós-profilaxia (efeitos colaterais, psicossomáticos etc.). Em relação aos riscos, combinaram-se questões de caráter geral sobre sua existência no local de trabalho à outras mais específicas referentes à exposição a material biológico e ao atendimento oferecido pela equipe de plantão após a exposição ocupacional.

Preocupamo-nos, também, em analisar as normas relativas à Biossegurança e AIDS apresentadas no Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico (CNDST/AIDS,1997) que são utilizadas pelo HSE-RJ.

II.2 A Análise dos Dados

Os profissionais de saúde estão sendo devidamente informados sobre os riscos e possibilidades de se contaminarem no ambiente de trabalho? O atendimento dado respeita suas necessidades, decisões e desejos? Que suporte está sendo dado do ponto de vista clínico, emocional e social quando sofrem o acidente com material biológico? O que pode estar se constituindo num fator de vulnerabilidade ao HIV? Qual a relação dos efeitos colaterais pós- profilaxia com os fenômenos psicossomáticos? Quais os sistemas defensivos utilizados pelos profissionais de saúde?

Percebemos algumas contradições e diferenças entre o discurso oficial apresentado pelos coordenadores do Programa de Biossegurança e a fala dos (as) trabalhadores (as) de saúde que sofreram acidente com material biológico. Estas diferentes percepções e respostas às perguntas apontadas acima serão discutidas no capítulo VI, onde apresentamos os resultados da pesquisa de campo.

Privilegiamos a experiência subjetiva dos (as) trabalhadores (as) sobre o acidente de trabalho, suas repercussões psicossociais, a percepção sobre a atividade que desenvolvem, bem como o ambiente de trabalho em geral.

Com objetivo de realizarmos a análise dos dados desenvolvemos os seguintes passos:

- 1) Uma leitura de todo material onde destacamos os temas e subtemas mais relevantes da pesquisa.
- 2) Classificação dos dados em temas e separação do material a partir de uma leitura do núcleo de significados mais recorrentes, tentando na medida do possível, realizar intercorrelações com outros temas afins;
- 3) A análise “final” foi o resultado de reflexões em todas as etapas desse processo, articulando o trabalho empírico com algumas inferências teórico-conceituais.

“(...) As idéias, os pensamentos e os conhecimentos são, de certa forma, sempre provisórios, sempre relativos a um determinado momento do processo”
(Barbosa,1999:62).

II.3 História e Curso da Pesquisa de Campo

O acidente com material biológico e as questões que surgem após o acidente refletem a pluralidade e a complexidade deste acontecimento. Não podemos separar o que desejamos conhecer acerca do acidente com o que desejamos fazer acerca deste mesmo problema. Os riscos de acidente não envolvem apenas sistemas tecnológicos e agentes perigosos manipulados e produzidos, mas também seres humanos, complexos e ricos em suas naturezas e relações, não apenas biológicas, como também e, principalmente, sociais (Freitas & Minayo Gomes, 1997). Esta constatação vem ratificar a necessidade de incorporação do saber e participação dos que vivenciam e se encontram expostos aos riscos e cargas no seu dia-a-dia, ou seja, os (as) trabalhadores (as).

O homem e sua realidade social, estão em permanente movimento, formação e transformação. E foi com esta concepção que nos permitimos reavaliar e modificar os nossos caminhos durante a pesquisa no HSE-RJ.

Na primeira etapa da pesquisa, estávamos somente preocupados com as repercussões psicossociais dos acidentes com materiais biológicos. No decorrer do processo de construção da tese (encontros e desencontros), através dos meus contatos com os (as) trabalhadores (as) e com as tramas institucionais, percebemos (meus orientadores e eu) que os nossos achados tinham “transbordado” o tema inicial do meu projeto. Os dados da pesquisa foram se acumulando e se entrecruzando e fazendo-me ver vários aspectos que não havia pensado antes, levando-me a rever os meus caminhos e a ampliar o meu campo de ação e escuta. Mesmo que se tenha um limite e um prazo para conclusão, a pesquisa será sempre um processo aberto (Minayo, 1992). Neste sentido, este novo que surge acabou sendo aproveitado nas entrevistas e modificando e/ou ampliando as minhas questões durante as entrevistas. Minha própria escuta foi se modificando e cada vez que percebia mais coisas que não tinha pensado antes, as incluía no meu campo de ação.

A multiplicidade de fatores que surgiam no trabalho de campo acabou nos alertando quanto à impossibilidade de desvendarmos sucessivamente todos seus mistérios, ou seja, passamos a compreender que não tínhamos a necessidade de apreender toda a teia de forças envolvidas no evento acidente, nem buscar um único e específico agente que fundamentasse nossa análise/reflexão. Nesta busca

ia compreendendo que se tratava de uma complexa trama de fatores interligados que certamente esta pesquisa não dará conta plenamente. Minha contribuição deverá ser a identificação de diversos aspectos envolvidos, ainda que não se consiga chegar a um completo entendimento sobre eles. Seja pela complexidade do objeto de estudo, enquanto problema de saúde pública, seja por deficiência do método observacional utilizado, a nossa proposta é a de apresentar os aspectos/fatores/temas/sentimentos que surgem no processo de pesquisa e minha implicação (Loureau, 1993) como pesquisador no campo.

O diário de campo, a observação participante e, principalmente, as entrevistas, compõem um dispositivo de investigação que vai se abrindo e “construindo” o campo. Os acontecimentos e os conhecimentos que surgem neste campo vão sendo utilizados e incorporados nas entrevistas seguintes. O roteiro básico da pesquisa se mantém, mas, por outro lado o que ocorre é sua ampliação, na medida que fatos novos, antes não pensados, vão aparecendo, sendo acumulados e utilizados no curso das novas entrevistas, juntamente com novos instrumentos de intervenção, como as entrevistas com os coordenadores dos serviços envolvidos no atendimento aos acidentes e com um médico da equipe de plantão. As entrevistas nos locais de trabalho não são dissociadas dos acontecimentos e movimentos que acontecem no ambiente de trabalho, inclusive as minhas vivências subjetivas, estas são também aproveitadas durante e nas entrevistas.

Destacamos, fundamentalmente, a experiência daqueles (as) que trabalham no hospital, pois esses tem um saber muito particular que advém da sua prática concreta cotidiana. O contato com os Serviços, principalmente com o DIP, que se constituiu na minha base de ação, levaram-me a participar de palestras sobre o tema, reuniões informais com os membros da equipe de plantão e encontros semanais com a CST (janeiro a março de 1999). No caso da CST, discutíamos desde estratégias de prevenção e avaliação aos acidentes, como também o porquê da alta incidência destes em determinadas clínicas. Como diz Minayo (1994) “o trabalho qualitativo coloca interrogações que vão sendo discutidas durante o processo de trabalho de campo”.

CAPÍTULO III

EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO NO TRABALHO HOSPITALAR

III.1 Hospital

O hospital é um estabelecimento que presta serviços específicos à população em geral e apresenta uma variedade de ações de saúde que expõe seus (suas) trabalhadores (as) a uma ou mais cargas, dentre as quais destaca-se a exposição à doenças infecto-contagiosas e aquelas em contato direto com pacientes e/ou com artigos e equipamentos contaminados com material orgânico. A diversidade de serviços existentes no âmbito hospitalar como: administrativos, lavanderia, refeitório, manutenção, caldeiras, transporte, almoxarifado, laboratório, centro cirúrgico, raio x, isolamento, UTI, etc., impõe uma antecipada tomada de posição face à possibilidade de ocorrência de acidentes e doenças.

A instituição hospitalar é caracterizada como o lugar do exercício de um conjunto de práticas em saúde, configurando uma tecnologia do processo de trabalho que na sua singularidade exige do profissional de saúde respostas individuais e coletivas ao lidar diariamente com a dor, doença e a morte (Pitta, 1989).

Ao retomar a história do pensamento e a função das equipes hospitalares por quatro séculos - de XV a XVIII - nota-se que a cura do doente era voltada especialmente para os poderes divinos e, portanto, espirituais. A capacidade humana, então, era voltada à dedicação ao necessitado, através de cuidados assistenciais e caridosos. Parece que a essência do sentimento que impera até hoje entre os profissionais de saúde tem sua origem neste período. Primeiro, a preocupação e atenção ao doente, depois a luta pela sua própria condição de vida e de trabalho dentro do hospital.

Na Idade Média, o hospital era o lugar destinado apenas aos excluídos da estrutura social e produtiva da época. Até o século XVIII, os médicos assistiam aos chamados “pobres”. No final do século XIX, a revolução industrial transformou a forma do capitalismo. A força de trabalho do homem passou a ser o

foco de atenção em função da produção em grande escala. Para tanto a saúde física e mental passou a requerer cuidados não mais de assistência mas de recuperação da mão-de-obra produtiva. Esta, então, tornou-se a função especial do médico na estrutura hospitalar.

Foi na Inglaterra, no século XIX que a medicina começou a transportar seus instrumentos e fórmulas de cura para garantir a produção econômica de massa. Na história da medicina, com a velocidade das transformações ocorridas para atender as necessidades do capitalismo, houve a troca do modelo artesanal de se praticar a cura para o modelo industrial e coletivo. A divisão do trabalho dentro de um hospital hoje reflete esse cenário. A organização do trabalho em saúde tem uma divisão técnica que tem analogia com as características das indústrias. De acordo com Silva (1999), esta divisão cria obstáculos ao bom atendimento dos usuários e gera insatisfações entre os (as) trabalhadores (as). Estabelece divisões entre profissionais de diferentes categorias profissionais, mas também entre trabalhadores (as) de uma mesma categoria ou setor de trabalho. Algumas especialidades médicas são mais prestigiadas que outras. A distribuição das tarefas parceladas até o absurdo cria dificuldades de comunicação e realização dos objetivos manifestos de um hospital - cuidar da saúde de sua clientela. A organização do trabalho naturalizada, não tem sido colocada em questão.

Segundo o Programa de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro (Silva,1994), os trabalhadores dos hospitais públicos do estado vinham sofrendo um intenso desgaste, produzido em sua relação com o trabalho, que se expressava, ora em doenças passíveis de reconhecimento pelo saber médico, ora em desânimo, irritação e outros sinais de desgaste psíquico acentuado. Uma das características da atual estrutura hospitalar é que, apesar do trabalho intensivo resultante do dinamismo da tecnologia, as funções da força de trabalho precisam da capacidade individual do ser humano e do seu tempo de realização. Por isso, mesmo com a divisão e sentido coletivo do trabalho, ainda se trata de uma atividade individual e por isso de riscos sem precedentes.

O Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE-RJ)

O HSE-RJ foi inaugurado em 1947 quando alguns poucos hospitais de grande ou médio porte funcionavam com serviços clínicos individualizados, separados entre si como núcleos quase autônomos. Foi concebido desde os seus primórdios, para ser uma instituição que viesse a servir aos funcionários públicos e seus familiares. O servidor público deixaria de ser “indigente”, para se erguer como um usuário, com prerrogativas, direitos e deveres em relação ao seu futuro hospital. Um novo hospital para uma nova prática médica hospitalar, atualizada, moderna e inovadora no campo da Previdência Social da época. Um hospital que fosse ao mesmo tempo um órgão de assistência de melhor qualidade, um centro de ensino pós-graduado respeitável e um núcleo de pesquisa médica capaz de criar e descobrir. O complexo hospitalar está hoje instalado em 107.000 m² de área construída, com Centro Cirúrgico de 22 salas e capacidade para 780 leitos de internação. A unidade ambulatorial conta hoje com 186 salas de atendimento e procedimentos especiais, além de um outro Centro cirúrgico com 3 salas para pequenas cirurgias e 2 salas para Cirurgias Oftalmológicas (Morínigo, 1997). O HSE-RJ é um hospital geral de grande porte situado na zona portuária, centro da cidade do Rio de Janeiro com praticamente todas as especialidades médicas representadas chegando a contar com 2686 funcionários.

O HSE-RJ durante muito tempo foi considerado um dos melhores da rede de saúde pública. A boa fama da instituição era tanta que atraía autoridades, principalmente presidentes da república que lá estiveram internado. Ao longo dos anos, uma sucessão de problemas acabou abalando o status do hospital. Em 1992, o HSE-RJ passou pela pior crise desde a sua inauguração. Prejudicado por uma dívida milionária com seus fornecedores, o hospital ficou sem comida, remédios e material hospitalar e acabou interditado pelo Conselho Regional de Medicina. No mesmo ano, chegou a fechar as portas para exames de ambulatório, internação e emergência – só atendendo os casos de risco de vida – por falta de condições de funcionamento.

Dois anos depois, em 1994, o hospital passou por uma “faxina administrativa” ao ser devolvido ao governo federal, após três anos sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde. Em 1995, uma nova direção encontrou várias irregularidades, denunciando um boicote à sua administração liderado por funcionários insatisfeitos com mudanças promovidas. Em janeiro do ano 2000 a atual direção do HSE-RJ abriu duas sindicâncias e pediu auxílio da Polícia Federal para apurar possíveis atos de sabotagem no setor de pediatria. O clima do hospital é de apreensão, embora exista a possibilidade de os incidentes terem ocorridos por outras razões.

Estamos fazendo esse breve histórico do hospital porque entendemos que os acidentes com material biológico no HSE-RJ não podem ser descontextualizados das condições sócio-institucionais do ambiente de trabalho, como veremos nos próximos capítulos.

III.2 Manual de Condutas em Exposição a Material Biológico no trabalho desenvolvido pela CNDST/AIDS

Segundo o Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico da CNDST/AIDS (1999), a orientação a ser seguida nas instituições de saúde de todo o país, nos acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados, é que estes sejam tratados como casos de emergência médica. Considerando que as medidas profiláticas pós-exposição não são totalmente eficazes, enfatiza-se a necessidade de se implementar ações educativas permanentes sobre as precauções universais e a conscientização da necessidade de empregá-las adequadamente.

O risco médio de se adquirir o vírus HIV é de, aproximadamente, 0,3%. A probabilidade de infecção pelo vírus da hepatite B é significativamente maior podendo atingir até 40%, e para o vírus da hepatite C o risco pode variar de 1 a 10%. É importante ressaltar que não existe intervenção específica para prevenir a transmissão do vírus da hepatite C após exposição no trabalho. A utilização de vacina para hepatite B é recomendada para todos os profissionais de saúde. Após a exposição a material biológico, mesmo para profissionais não imunizados, o uso

da vacina, associado ou não a gamaglobulina hiperimune para hepatite B, é uma medida que, comprovadamente, reduz o risco de infecção. Um estudo de caso-controle, com o uso profilático do AZT (zidovudina), demonstrou uma associação entre o uso de quimioprofilaxia e a redução de 81% do risco de soroconversão após exposição.

As Normas de Precauções Universais são medidas de prevenção que devem ser utilizadas na assistência a todos os pacientes na manipulação de sangue, secreções e excreções e contato com mucosas e pele não íntegra. Essas medidas incluem a utilização de equipamentos de proteção individual (E.P.I) e os cuidados específicos recomendados para manipulação e descarte de materiais perfuro-cortantes contaminados por material orgânico. Os E.P.I's recomendados de acordo com as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde são luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção, capotes (aventais) e botas.

Alguns cuidados com materiais perfuro-cortantes devem ser tomados, tais como:

- As agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
- Não utilizar agulhas para fixar papéis;
- Todo material perfuro-cortante (agulhas, scalp, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa;
- Os recipientes específicos para descarte de material não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento.

Para as situações de exposição a fluidos biológicos recomenda-se a lavagem exaustiva com água e sabão em caso de exposição percutânea. Após exposição em mucosas, é recomendada lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica. Procedimentos que aumentam a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído são contra-indicados.

Quimioprofilaxia para o HIV e efeitos colaterais

A indicação do uso de anti-retrovirais deve ser baseada em uma avaliação criteriosa do risco de transmissão do HIV em função do tipo de acidente ocorrido e a toxicidade dessas medicações. Exceto em relação à zidovudina (AZT), existem poucos dados disponíveis sobre a toxicidade das medicações anti-retrovirais em indivíduos não infectados pelo HIV.

Em acidentes em que a quimioprofilaxia anti-retroviral foi iniciada, o acompanhamento clínico deverá ser realizado semanalmente para a avaliação de sinais de intolerância medicamentosa. Os efeitos colaterais da utilização das medicações anti-retrovirais são freqüentes, mas usualmente leves e transitórios. Mesmo os efeitos colaterais mais graves geralmente se resolvem com a suspensão das medicações. O profissional de saúde deve ser orientado para respeitar rigorosamente as doses, os intervalos de uso e a duração do tratamento. Na presença de intolerância medicamentosa, o profissional deve ser reavaliado para a adequação do esquema terapêutico. Na maioria das vezes, não é preciso a interrupção da profilaxia, podendo ser necessária a utilização de medicações sintomáticas. Nessa reavaliação esquemas alternativos de anti-retrovirais podem ser necessários e deverão ser discutidos na tentativa de se manter a quimioprofilaxia durante quatro semanas.

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

O profissional deverá ser orientado durante o período de acompanhamento para adotar medidas para prevenir a transmissão sexual (utilizando preservativos) e através de sangue, e para evitar a doação de sangue/órgãos, gravidez e aleitamento materno.

Quimioprofilaxia para Hepatite B

Uma das principais medidas de prevenção é a vacinação para hepatite B pré-exposição, devendo ser indicado para todos (as) os (as) profissionais da área de saúde. Os efeitos colaterais são raros e usualmente pouco importantes. O intervalo entre as doses preconizado pelo ministério da Saúde, independente da gravidade do acidente deverá ser de zero, um e seis meses.

A maior eficácia na profilaxia é obtida com o uso precoce da gamaglobulina hiperimune (HBIG) dentro do período de vinte quatro horas a quarenta e oito horas após o acidente. Recomenda-se a utilização de teste HBsAg de realização rápida (menor que trinta minutos), quando não há possibilidade de liberação rápida de resultados ELISA, com objetivo de evitar a administração desnecessária de HBIG. Os (as) profissionais de saúde que apresentarem HBsAg positivo (no momento do acidente ou durante o acompanhamento) deverão ser encaminhados a serviços especializados para realização de outros testes, acompanhamento clínico e tratamento quando indicado.

Hepatite C

Não existe nenhuma medida específica eficaz para redução do risco de transmissão após exposição ao vírus da hepatite C. Os (as) profissionais de saúde que apresentarem exame sorológico positivo (no momento do acidente ou durante o acompanhamento) deverão ser encaminhados aos serviços especializados para realização de testes confirmatórios, acompanhamento clínico e tratamento quando indicado.

Registro de acidente de trabalho

Protocolos de registro, avaliação, aconselhamento, tratamento e acompanhamento de exposições ocupacionais que envolvam material biológico devem ser implementados nas diferentes unidades de saúde. A recusa do (a) acidentado (a) para a realização do teste sorológico ou para o uso das quimioprofilaxias específicas deve ser registrada e atestada pelo (a) profissional. O formulário específico de comunicação de acidente de trabalho (CAT) deve ser

devidamente preenchido para devido encaminhamento. As categorias de trabalhadores (as) públicos e privados têm regimes jurídicos diferenciados, mas ambas devem preencher a CAT. No caso da legislação privada a CAT deverá ser feita em 24 horas, enquanto que os (as) funcionários (as) da União poderão apresentar a CAT até dez dias após o acidente. Os (as) funcionários (as) dos estados e dos municípios devem observar Regimes Jurídicos Únicos que lhes são específicos.

III.3 Programa de Biossegurança no HSE-RJ

De acordo com os (as) coordenadores (as) do Programa de Biossegurança do HSE-RJ, esta instituição foi uma das primeiras do município do Rio de Janeiro a vacinar seus (as) profissionais em risco contra a Hepatite B. Até meados de 1996, os acidentes de trabalho com exposição a fluidos biológicos eram atendidos pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que também se encarregava do acompanhamento dos (as) funcionários (as) após o acidente. A partir de novas recomendações, o Serviço de DIP por ter profissionais de plantão vinte quatro horas, assumiu grande parte dos atendimentos imediatos. Foi criado e divulgado no hospital o plantão de atendimento a acidente de trabalho com fluidos biológicos que passou a funcionar integrado com o SCIH e a CST.

Durante o segundo semestre do ano de 1996, um grupo de trabalhadores (as) realizou o II seminário de Saúde do Trabalhador no HSE-RJ. No último tema do seminário deixaram um horário livre para os (as) profissionais apresentarem sugestões e discutirem a implantação da Comissão do Trabalhador e sua proposta de trabalho. A chefe do DIP que tinha chegado recentemente de um congresso em Atlanta informou que a novidade era exatamente a profilaxia dos (as) profissionais (as) que se acidentavam com fluidos biológicos baseado na publicação do CDC da época. No fim de setembro o Serviço de Recursos Humanos convocou uma reunião com os Serviços de DIP, Epidemiologia, SCIH e a Comissão do Trabalhador no sentido de discutir a implantação desse programa de prevenção de acidente e a profilaxia dos (as) profissionais que porventura se acidentam com material cortante. Criaram um fluxo de atendimento e o Serviço de Epidemiologia

ajudou no desenvolvimento da pesquisa, no controle e vigilância epidemiológica em acidente com material biológico. Promoveram reuniões com os segmentos que mais lidavam com o material pérfuro-cortante, principalmente o pessoal da Enfermagem, passando a nova proposta para todas as supervisoras. A Comissão de Saúde do Trabalhador se encarregou de fazer o material de propaganda e divulgação do Programa, juntamente com as normas de prevenção. Instituíram nesta época, a caixa coletora, pois ainda não utilizavam este material de forma sistemática. Atualmente, a CST realiza o seu trabalho de uma forma mais organizada com a inspeção dos vários postos de atendimento, atuando tanto na área médica, como na área da enfermagem.

De acordo com o Programa, um dos tipos de acidentes mais freqüentes é com a agulha de scalp. Quando no uso, ela faz um vácuo e é reutilizada uma das ampolas, o que faz com que o (a) profissional tenha que desconectar a agulha e desprezá-la para usar a ampola do vácuo. Por este motivo, pediram a direção do hospital que comprasse um recipiente próprio para descarte a fim de desconectar a agulha. A CST fez um estudo de quais eram os setores que utilizavam esse sistema e realizaram um treinamento com os (as) profissionais de saúde para que estes (as) pudessem desconectar a agulha de forma adequada. Periodicamente, supervisionam os setores para saberem se estão utilizando o material de forma correta.

Analisando os acidentes, a CST também constatou que muitos deles são com fluídos no rosto, principalmente nos olhos. Muitas vezes, espirra sangue ou secreção na hora de aspirar ou entubar o (a) paciente e por este motivo pediram à Direção que providenciasse óculos de proteção para os (as) trabalhadores (as). A CST passou a controlar o quantitativo de óculos que cada serviço tem direito de utilizar, entregando também uma cópia para o setor de material, deixando sempre uma quantidade reserva para o caso de necessidade de substituição ou quebra eventual de alguns.

O Fluxograma do acidente com material biológico no HSE-RJ

O trabalhador (a) acidentado (a) recebe atendimento a qualquer hora do dia ou da noite pelo (a) médico (a) infectologista de plantão do Serviço de DIP. Neste Serviço o (a) plantonista avalia o risco do (a) acidentado (a) de contrair hepatite ou HIV e realiza uma série de condutas relativas à profilaxia ou somente orientação. A medicação, quando indicada, é oferecida de imediato. Uma ficha é preenchida contendo os dados de identificação do (a) profissional, função e local de trabalho, tempo de serviço e acidentes prévios. Nesta ficha também são anotados o local, a hora e a natureza do acidente, a identificação do (a) paciente-fonte, seu diagnóstico e os resultados de sorologia quando disponíveis. Todos os impressos necessários, bem como a medicação inicial estão ao alcance dos (as) plantonistas em “Kits de acidente”.

Exames da fonte e do (a) profissional de saúde são solicitados sempre que possível. O sangue do (a) paciente-fonte é colhido imediatamente e realizado um teste rápido de alta sensibilidade para o HIV. O sangue é guardado para outros testes e para a confirmação do resultado do HIV pela rotina do Laboratório Central e do Banco de Sangue. O (a) funcionário (a) acidentado (a) recebe a medicação necessária para as primeiras duas ou setenta e duas horas e a orientação detalhada sobre o uso dos medicamentos. Também é orientado (a) sobre a necessidade ou não do uso de vacina e imunoglobulina para a hepatite B e sobre medidas de prevenção ao HIV e à hepatite B e C.

O Serviço de DIP encaminha o (a) profissional acidentado (a) para a CST junto com um formulário contendo informações sobre a conduta tomada e a caracterização do acidente ocorrido. Ao chegar na CST, o (a) profissional é recebido (a) pelo (a) plantonista que registra o acidente de trabalho para proteção futura do (a) trabalhador (a), anexando o atestado médico fornecido pelo DIP, que caracteriza o acidente. Fazem a conexão do acidente com o horário, o local de trabalho e o contracheque do (a) profissional que atesta que ele (a) é funcionário (a) da casa. Caso o (a) profissional esteja substituindo um (a) colega, solicitam que a chefia imediata ou a divisão de enfermagem informe o motivo. Este procedimento é necessário para que no futuro, caso necessite recorrer a justiça, não

haja dúvida de que estava trabalhando no horário do acidente. Por outro lado, com os (as) profissionais terceirizados (as) há um outro formulário que é encaminhado para quem o (a) contratou, porque é a sua empresa que deve fazer a CAT (Comunicação do Acidente de Trabalho) em 24 horas. O atendimento com relação à profilaxia é exatamente o mesmo para qualquer trabalhador (a). Em termos jurídicos, os (as) residentes e estagiários (as) que não tem vínculo, infelizmente não têm nada a recorrer. A cobertura só existe para a doença que porventura advenha daquele acidente, ou seja, se o (a) estagiário (a) ou o (a) residente se acidentar e mais adiante apresentar hepatite B, o INSS cobrirá o tratamento.

O acompanhamento medicamentoso e a realização de exames são feitos no Serviço de DIP, durante um período de seis meses. A CST também tem um Setor de Psicologia que é constituído de uma equipe que não é da “casa”, são profissionais da Universidade Federal Fluminense, que através de um convênio firmado pelo Ministério da Saúde trabalham com a Saúde do Trabalhador. Os (as) profissionais dessa equipe vão ao local do acidente e eventualmente algum (a) dos (as) funcionários (as) da CST participa desta entrevista com o (a) profissional acidentado (a). A função desta entrevista é saber como foi o acidente, o que aconteceu naquele momento para que o (a) profissional se “distraísse” a ponto de se ferir. Utilizam a metodologia de análise de acidentes denominada “Árvore de causas”, onde a partir do acidente fazem as ramificações de tudo que levou a sua ocorrência, no sentido de verificar aonde podem “mexer naquela árvore” para que novos acidentes não aconteçam. Em geral, o que encontram no relato dos profissionais acidentados, como fatores causadores do acidente é: muito trabalho, poucos funcionários, pouco dinheiro, necessidade de dobrar plantões e o cansaço que levam à distração e conseqüentemente ao acidente. Outro serviço que oferecem é esclarecimento ao parceiro, no caso de problemas na área pessoal, porque uma série de medidas têm que ser tomadas a partir do acidente por conta do protocolo, desde ter que usar a medicação para AIDS até a utilização de preservativo.

“As vezes são senhoras que nunca tiveram outro parceiro além do marido e têm que chegar em casa e falar - olha a partir de agora para nossa proteção a gente tem que usar uma camisinha - e a gente tem que chegar para pessoa e orientar e isso representa para pessoa um desgaste muito grande, sem contar com o medo” (Coordenação da CST).

A CST coloca-se à disposição para conversar com o (a) acidentado (a) e para fazer a abordagem, no que for necessário. De todos os profissionais atendidos até o momento, somente dois precisaram de um acompanhamento mais a longo prazo pela equipe de Psicologia, segundo uma das coordenadoras do Setor.

III.4 A visão do Programa de Biossegurança do HSE-RJ sobre os acidentes com materiais biológicos

De acordo com uma médica da equipe de plantonistas que participou desde o início do Programa de Biossegurança implantado no HSE, os (as) profissionais acidentados (as) geralmente pensam primeiro no atendimento dos pacientes, como no caso das parturientes, do que em se proteger. Em outras situações, os profissionais acham que já são muito experientes, então não usam luvas, pois consideram que estão protegidos por “antigüidade”. O tempo de trabalho se tornaria um fator de proteção para estes (as) trabalhadores (as) e por este motivo eles (as) não utilizariam equipamentos de biossegurança.

“Outra coisa que eu vejo é um colega acidentando o outro, entendeu. Estão dividindo um procedimento e um enfia a agulha no outro, quer dizer, uma displicência grande com o próprio colega, isso também se vê bastante” (plantonista do DIP).

Segundo a equipe de plantão do HSE-RJ, todos os servidores têm conhecimento adequado sobre biossegurança. Por outro lado, reconhecem que para um hospital de onze andares não existe um número de educadores (as) suficiente, mas existe divulgação em todos os setores. O atendimento aos (as) profissionais acidentados (as) funciona há quase três anos e a maioria das pessoas já conhece os procedimentos relativos à profilaxia.

“Antes, no início ficavam surpresas: Ai meu Deus, vou ter que tomar isso!” (plantonista do DIP).

Atualmente as pessoas sabem que vão chegar no Serviço de DIP e receberão um atendimento especializado, esta rotina já faz parte da cultura do hospital.

“Primeiro você tá atendendo uma coisa que é um risco que ninguém gosta de correr e segundo que é um colega teu que tá ali trabalhando que nem você, ninguém tá ali pra se expor de todas as maneiras, mas se você pode interromper aquele processo isso é muito gratificante, então todo mundo atende na maior boa vontade” (plantonista do DIP).

No caso específico do acidente, a plantonista do Serviço de DIP relata que existe um desgaste do (a) trabalhador (a) que não está associado somente ao acidente, mas sim a um desgaste do (a) profissional de saúde em termos gerais. Desgaste da imagem do funcionário público. Do ponto de vista financeiro, os funcionários federais não recebem aumento há vários anos e como consequência há uma rotatividade entre os (as) profissionais do HSE-RJ, que vão para “outros plantões”. A estes fatores, junta-se o acidente com material biológico, o que acaba levando à descompensação do profissional. Na sua experiência, o encontro do (a) acidentado (a) com o (a) plantonista acaba sendo um momento em que a pessoa consegue externar todas as suas frustrações vividas no trabalho.

“Eu que sou profissional de saúde e ninguém me respeita, eu não ganho bem e além de tudo fico me expondo a pegar um troço desse que esse pessoal tem e eu não mereço isso” (profissional de saúde acidentado).

“Eu que sou uma pessoa tão boa, se eu ajudo os outros, então a questão do merecimento entra muito” (plantonista do DIP).

“O ser humano é um monte de coisa junto né, não é um sentimento só, ele não é uma pessoa no trabalho e outra em casa não, ele é a conjunção disso tudo, então o acidente pérfuro-cortante, o acidente profissional, a exposição ao corte, qualquer acidente, faz desencadear uma série de problemas que estão acumulados, eu sinto isso” (plantonista do DIP).

No que concerne à forma de atendimento ao (a) acidentado (a), a plantonista considera que é bom deixar a pessoa falar, que desta forma ela poderá assimilar melhor o acidente, falar de outros problemas e perceber que este acontecimento é mais uma contingência na vida dos (as) trabalhadores (as), que escolheram esta profissão e que se expor faz parte de sua rotina.

“O acidente está relacionado com toda uma série de problemáticas ligadas a vida, trabalho e ambiente” (plantonista do DIP).

No que se refere as relações de gênero e o acidente, a plantonista observa que com os parceiros das profissionais de saúde mais novas não existe dificuldade em relatar o acidente.

“Olha, eu tive um acidente pérfuro-cortante, eu tive um acidente profissional, tive uma exposição e você tem que usar camisinha” (médica residente).

Por outro lado, quanto às trabalhadoras mais antigas no hospital, elas apresentam uma grande dificuldade em revelar ao marido que estão tomando anti-retrovirais. Os parceiros acham que a profissional está contaminada, que há um conluio com os médicos para enganá-lo, que não houve nenhum acidente e desconfiam que existe um outro homem. A maioria dessas mulheres faz dupla jornada, trabalha no hospital e em casa e ainda escutam do parceiro que está contaminada. Então, o acidente exacerba outros problemas e diversos conflitos.

“O pessoal que é auxiliar de enfermagem, técnicos em enfermagem que têm cinquenta anos, os seus maridos são daquele tipo que chegam em casa, botam o pé pra cima, a mulher chega da rua, faz a comida do parceiro, e lava a sua roupa” (plantonista do DIP).

Existem muitas trabalhadoras nessa faixa etária que são evangélicas, geralmente auxiliares e técnicas de enfermagem, então, existe um contexto cultural e religioso associado à questão de gênero. Em algumas religiões principalmente as evangélicas e pentecostais há diferenças de comportamentos marcantes nas relações homem-mulher. O homem é o chefe da família e a mulher lhe deve obediência e satisfações. São por exemplo, obrigadas a trabalhar e cuidar da casa e dos filhos mesmo que trabalhem no hospital.

As mulheres mais velhas, as auxiliares que têm religião, aquelas que são evangélicas são vista como uma pessoa que tem que ficar em casa, mas se trabalham na rua também tem que trabalhar em casa. O homem é o cara que vai de terno e gravata pro culto, a mulher é aquela que senta lá atrás, ainda tem muito isso” (plantonista do DIP).

No caso da escolha profissional, as mulheres têm priorizado a área de saúde. Antigamente esta área era vista como a de maior crescimento financeiro e status profissional. O grande cirurgião, o grande médico, eram figuras quase endeusada. Atualmente este quadro mudou e as pessoas procuram mais esta profissão por afinidade. A maioria das mulheres que optaram pela medicina não o fizeram por ascensão financeira, mas porque gostam e se identificam com esta profissão.

Sobre a vulnerabilidade do (a) profissional após o acidente, é muito comum passarem a ficar com receio de realizarem suas atividades com medo da contaminação.

“Puxa eu tô aqui me expondo...” (profissional acidentado).

“Eu tô ali, eu adoro o que eu faço, mas eu não posso me esquecer que a qualquer momento eu posso me contaminar” (profissional acidentado).

No caso da profilaxia após o acidente, os plantonistas prescreviam a medicação e o acidentado ia para farmácia receber o remédio. No início do Programa, essas drogas faltavam em todos os lugares e no HSE não era diferente. Na fila da farmácia o acidentado já começava a se sentir um paciente.

“Pô, eu tô aqui na fila esperando como todo mundo, eu sou paciente de AIDS” (profissional acidentado).

“Eu tô aqui, todo mundo olhando pra minha prescrição, todo mundo sabe o que é AZT, todo mundo sabe o que é DDI, eu sou HIV positivo” (profissional acidentado).

A partir do início de 1999, o Serviço de DIP mudou o fluxo e começaram a fornecer toda a medicação diretamente ao (a) acidentado (a), evitando que o (a) profissional fosse até à farmácia.

“Meu Deus, aquilo só tem 0,3% de chance, mas se eu for aquele, eu vou ter que tomar isso o resto da vida, não eu não quero isso” (profissional acidentado).

De acordo com a plantonista, os efeitos colaterais da medicação são a longo prazo e o acidentado só tomará os remédios, no máximo, durante um mês. Por este motivo a maioria das pessoas não sente nada, toma a medicação sem problema. Em alguns casos a pessoa já está com tanto medo de pegar AIDS que a princípio nem pensa nos efeitos colaterais. Em outros, tanto o paciente quanto o profissional acidentado apresentam efeitos colaterais por causa do aspecto emocional.

Segundo a avaliação da coordenação da CST, no caso do acidente com pérfuro-cortante, a maior causa tem sido por recapeamento de agulha. A categoria profissional que apresenta com maior frequência essa prática é a de enfermagem. Esses profissionais aprenderam durante sua formação que tinham que reencapar a agulha e a mudança desse comportamento é uma das coisas mais difíceis de realizar. Olhando pela lógica do acidente com fluídos nos olhos, os maiores acidentes ocorrem por desobstrução do cateter. Na obstrução do cateter, o profissional pega um pouco de soro glicosado com heparina e tenta desobstruir para não precisar pegar outra veia do paciente. Muitas vezes, a pressão feita é tamanha que rompe aquilo tudo e o sangue sai com toda força para os olhos do profissional. Este procedimento é comum entre os (as) profissionais de saúde para evitar um maior sacrifício do paciente que seria pegar uma nova veia.

“É só a pessoa lembrar de colocar os óculos na hora de fazer essa manobra” (Coord. do CST).

A coordenadora do CST considera que não é só uma questão de cultura, mas também de negação do acidente. O (a) trabalhador (a) não pode reconhecer que o seu trabalho traz algum risco e a utilização dos equipamentos de proteção representaria a aceitação de que o que fazem é perigoso. Então, a negação do risco torna-se uma das grandes causas de acidentes, principalmente entre os (as) médicos (as). Os (as) médicos (as) do Setor de Oftalmologia, por exemplo, não

utilizam luvas na hora da retirada dos pontos e no entanto eles usam material cortante e tem acontecido alguns acidentes dessa natureza.

“Eu não tenho dúvida de que eles continuam não usando luva, porque eu pergunto e eles riem. Não é questão do tato, eu perguntei se a luva tirava o tato, porque realmente a mucosa do olho é uma coisa muito pequenininha, enfim. A questão do tato não é, porque não acham necessidade mesmo. Um deles até falou que se tiver que cortar o dedo corta de qualquer jeito” (Coord. do CST).

Segundo a coordenadora, já está comprovado pela literatura que a luva oferece uma barreira, em torno de 80% de acordo com dados oficiais. Este argumento justifica a posição do Programa de que a não utilização de EPI'S é uma questão de cultura mesmo e não ocorre somente no Brasil mas no mundo inteiro.

“Os profissionais de saúde não vêem que os EPI's podem lhe trazer algum tipo de benefício ou evitar malefícios mais adiante” (Coord. do CST).

De acordo com uma outra representante da CST, até 1986 os (as) profissionais de saúde eram ensinados (as) na sua formação que a agulha usada deveria ser reencapada antes de descartada mas depois do advento da AIDS foi abolido tal conceito.

“O problema é que temos que ensinar o português a não comer bacalhau!” (Coord. do CST).

Sobre os diversos fatores envolvidos no acidente, gostaria de ressaltar que nas duas clínicas onde realizei as primeiras entrevistas, a reclamação geral era sobre a falta de material de Biossegurança, excesso de trabalho e o número reduzido de recursos humanos. Por outro lado, estes relatos contradizem as informações da Coordenação da Saúde do Trabalhador e do Serviço de DIP de que as maiores causas de acidentes são a de que os (as) trabalhadores (as) não utilizam, não gostam ou usam de forma inadequada os EPI's. Este é um problema de necessidade de “educação, fiscalização e disciplina” (Chaves et al., 1999) segundo o Programa de Biossegurança. De outra forma, esta percepção é diferente de uma das plantonistas do Serviço de DIP, que reconhece a multiplicidade de fatores

envolvidos no acidente e a importância da experiência subjetiva neste acontecimento. Neste sentido, ela destaca todo aspecto dinâmico deste episódio como questões culturais, religiosas, de gênero, salariais, “desgaste” de imagem do funcionário público perante a sociedade, além do histórico pessoal, familiar e psicológico, como elementos que interagem e emergem no momento e após o acidente.

A análise dos acidentes segundo o Programa de Biossegurança do HSE-RJ

Segundo o Boletim Epidemiológico do HSE-RJ dos anos de 1997 e 1998, foram registrados em 1997, cinquenta e três acidentes com material biológico, principalmente entre enfermeiros (as), auxiliares de enfermagem e médicos (as). Em 1998, a CST notificou 161 acidentes no HSE. Houve predominância do sexo feminino e a categoria de maior incidência foi a de auxiliar de enfermagem. Destes acidentes, 148 (80%) ocorreram com material perfuro-cortantes e 13 (7,02%) por contato com fluido (sangue ou secreção) e somente 58 (36,02%) profissionais de saúde usavam EPI's, enquanto 92 (57,14%) não estavam utilizando no momento do acidente. Destes acidentes, 74 necessitavam de profilaxia para HIV.

Entre janeiro de 1997 e o mês de agosto de 1998 foram notificados 144 acidentes, sendo quase 90% destes provocados por material perfuro-cortante. Os procedimentos de reencapar as agulhas e o da manipulação do lixo, representaram a maioria dos casos. Os acidentes com fluidos em mucosa e /ou pele ocorreram principalmente na tentativa de desobstruir cateter. Quase 50% dos casos não utilizavam EPI ou usavam proteção inadequada para o tipo de procedimento. Em 35% dos casos, o (a) paciente-fonte era HIV positivo. Em quatro casos a fonte era positiva para hepatite C. Sobre as categorias profissionais que mais se acidentaram, quarenta e dois eram auxiliares de enfermagem, oito enfermeiros (as), dezesseis médicos (as) do “staff”, vinte residentes de medicina e enfermagem e três médicos (as) estagiários (as) e acadêmicos de medicina. O Programa ressalta a importância da implantação de medidas de segurança, como o uso obrigatório das caixas coletoras para material perfuro-cortante, o incentivo ao uso de EPI, além da educação continuada aos trabalhadores do HSE-RJ.

CAPÍTULO IV

DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Neste capítulo apresentaremos os principais resultados encontrados na pesquisa de campo (incluindo a primeira e segunda etapa), através da análise do conjunto de respostas relacionadas aos temas presentes no roteiro de entrevistas.

Inicialmente, mostraremos os dados de identificação dos (as) trabalhadores (as) juntamente com a caracterização da sua inserção na área de saúde e no HSE-RJ. Posteriormente, forneceremos um perfil das atitudes e conhecimentos relacionados ao vírus HIV, exposição ao vírus HIV no trabalho e sua profilaxia e situações específicas após o acidente. Por fim, analisaremos a experiência subjetiva do profissional de saúde frente ao acidente com material biológico.

Em janeiro de 1998, entrevistamos onze profissionais de saúde (cinco médicos, dois enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem) que sofreram acidente no ano de 1997. Estes profissionais estavam trabalhando nos serviços de UTI Neonatal (dois), Pediatria (quatro), Unidade Materno-Infantil (três) e DIP (dois).

No primeiro semestre de 1999, realizamos mais algumas entrevistas. Nesse momento entrevistamos, dois enfermeiros e oito auxiliares de enfermagem que sofreram acidentes no ano de 1997 (cinco) e 1998 (cinco). Estes profissionais trabalhavam nos Serviços de Hemodiálise (cinco), Unidade Materno-Infantil (três) e Clínica Médica (dois), setores que apresentaram um alto número de notificações de acidentes no período supracitado, segundo o boletim epidemiológico do HSE. Inicialmente, entrevistaríamos somente mais nove profissionais acidentados do ano de 1997, que seriam suficientes para complementar nossa amostra em uma pesquisa qualitativa. Ao tentarmos contatar os (as) profissionais de saúde encontramos diversas dificuldades como: licenças, aposentadorias, além da saída dos (as) estagiários (as) e residentes do HSE que já tinham terminado o seu vínculo com a Instituição. Por este motivo resolvemos, complementar nossas entrevistas com profissionais que se acidentaram no ano de 1998, que curiosamente apresentou o triplo de notificações de acidentes (161) em relação ao ano de 1997.

Análise dos resultados segundo a faixa etária, sexo, categoria profissional, estado civil e religião

Os (as) profissionais de saúde entrevistados (as) caracterizam-se por comporem em sua maioria (dezesseis profissionais) uma força de trabalho com faixa etária (tabela 1) acima de trinta anos. Todas as entrevistadas são do sexo feminino (tabela 2) e tinham a característica de serem pessoas mais maduras e com experiência anterior no mercado de trabalho. A grande maioria dos (as) profissionais acidentados (as) são do sexo feminino, tanto no ano de 1997, quanto em 1998. A maioria dos (as) profissionais de saúde entrevistados (as) foi da equipe de enfermagem (enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem) (tabela 3) que, segundo o Boletim Epidemiológico de 1997/1998, apresentou o maior número de notificações de acidentes no HSE-RJ.

As equipes de enfermagem são compostas essencialmente por mulheres, cujo emprego constitui-se na maior (quando não única) fonte de renda da família. Entretanto, apesar delas se apresentarem como provedoras do sustento da casa e da família, permanece muito forte na concepção deste trabalho, a idéia de sacerdócio e de doação. Como as características do trabalho feminino são consideradas próprias da natureza feminina, sem valor, tanto no nível simbólico, quanto no econômico, é minimizada no mercado de trabalho.

Historicamente as atividades de cuidar dos pacientes através da assistência, higiene, alimentação e provê-los dos elementos indispensáveis ao bom desenvolvimento seguindo os padrões da divisão social do trabalho, sempre estiveram delegadas à mulher. A predominância feminina na força de trabalho em saúde vem crescendo cada vez mais até mesmo na categoria médica, reafirmando um tendência à feminização do setor.

“A profissão médica há algum tempo passou a ficar semelhante à dos professores, ou seja, com salários achatados. Por este motivo, os homens vêm abandonando cada vez mais esta profissão, só ficando nas especialidades que ainda dá dinheiro como a cirurgia plástica, por exemplo. Os homens sempre foram muito ambiciosos, querem ficar ricos e com a profissão médica só terão condições de sobreviverem. Sendo assim, as mulheres avançam neste campo porque são muito mais assistencialistas e humanistas” (Comentário de uma médica sobre as questões de gênero no hospital).

De acordo com Mello Filho (1992), por séculos as mulheres foram “doutoras” no atendimento aos doentes, afastadas de livros e leis, aprendendo umas das outras e passando experiência de vizinha a vizinha, de mãe para filha. Foram chamadas de mulheres sábias pelo povo, e bruxas e charlatães pelas autoridades.

Segundo o estado civil (tabela 4), dez trabalhadoras tinham parceiros fixos enquanto onze somente parceiros ocasionais. Este fato é de grande importância ao analisarmos, por exemplo, as repercussões do acidente na vida amorosa destas profissionais, como a necessidade do uso da camisinha e o questionamento de sua fidelidade pelo parceiro.

Chamou a atenção o fato de todas as trabalhadoras entrevistadas afirmarem que tinham religião (tabela 5) sendo a maioria católica (treze), apesar de uma tendência crescente nas últimas décadas de protestantes na população fluminense. Este aspecto torna-se relevante na medida que a religião funciona como suporte psicossocial para lidar com o medo da contaminação pelo vírus da AIDS conforme demonstram as falas abaixo:

“Ah! Meu Deus num tá acontecendo isso! Eu fiquei assim, meu Deus, meu Deus o tempo todo, até me acalmar..!”

“Ah! Diziam que não tinham kit! Mas eu sou funcionária! Aí eu não fui mais. Entreguei a Deus para poder voltar a trabalhar!”

IDENTIFICAÇÃO DOS (AS) ENTREVISTADOS (AS)

1) Número de trabalhadoras segundo a faixa etária

<i>IDADE</i>	<i>Número</i>
20-30	5
31-40	6
41-50	6
51-60	4
Total	21

2) Número de trabalhadoras segundo o sexo

<i>SEXO</i>	<i>Número</i>
Feminino	21
Masculino	-
Total	21

3) Número de trabalhadoras entrevistadas segundo sua categoria profissional

<i>Categoria profissional</i>	<i>Número</i>
Médica	5
Enfermeira	4
Auxiliar de enfermagem	12
Total	21

3.1) Número de trabalhadoras entrevistadas segundo o ano do acidente

<i>Ano do acidente</i>	<i>Número</i>
1997	16
1998	5
Total	21

4) Número de trabalhadoras segundo o estado civil

<i>Estado Civil</i>	<i>Número</i>
Solteira	10
Casada	7
Amigada	3
Separada	1
Total	21

5) Número de trabalhadoras segundo a religião

<i>Religião</i>	<i>Número</i>
Não	-
Sim	21
Católica	13
Espiritualista	4
Candomblé	2
Protestante	2
Total	21

Análise dos resultados sobre o Trabalho em Saúde

As trabalhadoras estão na profissão em sua maioria (tabela 6) há mais de cinco anos (dezesesseis). Treze trabalham no HSE há mais de cinco anos, ou seja, já ultrapassaram o período probatório para escolha de sua profissão (vocação) ou de atividade economicamente mas rentável. Esses dados são importantes porque contradizem o mito de que os acidentes ocorrem em sua maioria entre estagiários (as) e residentes.

Trabalham em turnos fixos ou alternados e sentem como “hora corrida” o tempo destinado a executar as tarefas e quase não fazem pausas. Consideram o trabalho insalubre e perigoso. O ritmo de trabalho acelerado é uma constante entre os (as) trabalhadores (as) de saúde e um dos fatores geradores de desgaste físico e mental que propiciam a diminuição de atenção na atividade do trabalho.

O HSE-RJ oferece serviços de diferentes especialidades, incluindo a quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, além do serviço de emergência. Em relação aos acidentes, procuramos entrevistar os profissionais envolvidos com os Serviços (tabela 7) que apresentaram o maior número de notificações conforme o Boletim Epidemiológico do HSE-RJ.

Doze trabalhadoras estão há mais de cinco anos no seu setor de atividade (tabela 7) e a maioria das entrevistadas já possui vínculo empregatício estabelecido enquanto uma minoria é composta por residentes e estagiários. Todas elas estão envolvidas diretamente no atendimento aos pacientes.

Segundo Valle (1998), os profissionais de saúde que trabalham em hospital percebem como maior risco o ser humano - *“a periculosidade do outro e não somente dos instrumentos do trabalho”*.

Doze trabalhadoras estão no seu setor por opção (tabela 8), enquanto cinco por transferência, para cobrirem a necessidade de pessoal do serviço; três estavam fazendo residência e uma foi trabalhar em seu setor por imposição (conflitos com a chefia). Por outro lado, o que chamou a atenção foi que a maioria gostaria de continuar em seu local de trabalho (tabela 9), apesar de muitas não terem ido para o seu setor por opção. Cinco trabalhadoras gostariam de mudar de setor por questões relativas ao cansaço, sobrecarga de trabalho, falta de estímulo, valorização e respeito ao profissional e por identificação com outro tipo de clientela.

Os dados apresentados da tabela 6 a 9 demonstram que a questão da experiência, tempo de trabalho e identificação com o setor não são fatores de proteção ao acidente como no caso do HSE-RJ. Esta constatação contraria determinadas posições apresentadas por algumas coordenações municipais de DST/AIDS de que a inexperiência seria um dos fatores preponderantes do acidente. Por outro lado, estes dados reforçam nossa discussão sobre a multiplicidade de fatores envolvidos no acidente como a questão de gênero (jornada dupla de trabalho...) por exemplo, que não tínhamos dado conta na primeira etapa da pesquisa.

Cinco profissionais possuem outro trabalho na área de saúde (tabela 10) enquanto que a maioria só trabalha no HSE-RJ. No entanto, desconfiamos que tal informação possa estar distorcida por medo de serem penalizadas, já que pela legislação só podem ter um vínculo único com descanso remunerado.

Torna-se importante ressaltar que todas as trabalhadoras entrevistadas, evidenciaram sua participação no trabalho doméstico. A grande maioria trabalha no horário diurno em regime regular de trabalho e uma minoria em plantões diurnos de 12/36 horas. Encontramos muitos (as) médicos (as) residentes acumulando plantões extras e alguns (as) auxiliares de enfermagem com dois vínculos regulares diários de trabalho, por questões financeiras. A existência de múltiplos trabalhos contribui para o desgaste físico e mental do (a) trabalhador (a), tornando-se mais um fator preponderante para o acidente e na repercussão psicossocial deste na sua vida.

6) Tempo de profissão na área de saúde e no HSE-RJ das trabalhadoras entrevistadas

<i>Tempo de Profissão (Anos)</i>	<i>Número</i>
0 a 5	5
6 a 10	3
11 a 20	7
+ de 20	6
Total	21
No HSE-RJ	Número
1 a 5	8
6 a 10	1
11 a 20	12
Total	21

7) Número de trabalhadoras entrevistadas no HSE-RJ de acordo com sua área de atuação (Setores/Serviços)

<i>ÁREA DE ATUAÇÃO</i>	<i>Número</i>
Hemodiálise	5
Pediatria	4
Unidade Materno-Infantil	6
UTI Neonatal	2
Clínica Médica	2
DIP	2
Total	21

7.1) Tempo em que as trabalhadoras entrevistadas estão em sua área de atuação (Setores/Serviços)

<i>Tempo de atuação?(Anos)</i>	<i>Número</i>
1 a 5	9
6 a 10	2
11 a 20	10
Total	21

8) Motivo pelo qual as profissionais de saúde entrevistadas permanecerem em seu setor de trabalho

<i>Motivo</i>	<i>Número</i>
Opção	12
Transferência	5
Residência	3
Imposição	1
Total	21

9) Número de trabalhadoras, segundo a manifestação de interesse em mudança de Setor

<i>Interesse de mudança de Setor?</i>	<i>Número</i>
Sim	5
Não	16
Total	21

Para onde?

- Clínica Cirúrgica
- Em final de carreira seria para o ambulatório
- DIP
- Cirurgia Pediátrica
- Centro Cirúrgico

10) Número de trabalhadoras, que afirmaram ou negaram trabalhar em outra área/Unidade de saúde

<i>Trabalho em outra área/Unidade</i>	<i>Número</i>
Sim	6
Não	15
Total	21

Qual?

- Enfermaria do Hospital Sousa Aguiar à 22 anos
- Clínica Médica
- Pintura - já fez exposição!
- Consultório
- Posto de Saúde
- Maternidade

V.1 - Atitudes e Conhecimentos relacionados ao vírus HIV

A grande maioria das entrevistadas considera-se vulnerável ao vírus HIV no trabalho (tabela 12) enquanto quase a metade delas (oito) consideram-se protegidas fora do trabalho com o argumento de terem um parceiro fixo. Foi uma surpresa constatar que ainda hoje as profissionais de saúde acreditam que a existência de parceiro fixo significa um meio de prevenção à AIDS, pois sabemos através da CNDST/AIDS (1998) do aumento vertiginoso da incidência de contaminação entre as mulheres com parceiro fixo no Brasil.

Entre as mulheres, a confiança nos parceiros e a falta de diálogo para exigir o uso da camisinha são as afirmações mais frequentes. Muitas trabalhadoras dizem que “os parceiros não querem usar e elas acabam concordando”. Chamamos a atenção que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no ano 2000 a proporção de mulheres e homens contaminados será de um para um (CNDST/AIDS,1998).

“Tinha medo de me contaminar com o meu parceiro porque ele se recusa a usar camisinha”

Ao saberem que um colega do seu setor é soropositivo, as entrevistadas afirmaram, em sua maioria, que consideram uma tristeza, mas que apoiariam e ajudariam o (a) “colega”. O fato de considerarem uma tristeza se deve ao sentimento de que a AIDS é incurável, sem retorno e que a pessoa está condenada a morte. De outra forma, acreditam que com a religião (“a gente só pode se agarrar a Deus”) e um apoio psicológico podem lidar melhor com essa fatalidade.

A AIDS é provavelmente a doença que mais rápido teve sua etiologia e epidemiologia desvendadas e, paralelamente a estas descobertas, foram sendo relatados casos de profissionais de saúde que adquiriram o HIV em decorrência de suas atividades (Nesson-Vernat&Oksenhendler,1986). Esse fato tornou a assistência aos pacientes um grave e sério problema para os (as) profissionais de saúde. Esses (as) profissionais estão constantemente sob pressão na luta contra o HIV. O HIV gera pressões emocionais para o pessoal da área de saúde, como a tristeza de ver os (as) pacientes morrerem, o medo de contrair o vírus e o estigma relacionado ao HIV. Tratar os problemas do HIV sem os conhecimentos necessários, treinamento, supervisão e apoio, pode dificultar ainda mais o atendimento aos pacientes e gerar mais tensão no trabalho. Dificilmente outra

doença contemporânea tem se revelado de modo tão multifacetado quanto a AIDS, trazendo à cena, com evidência, a importância de seus aspectos emocionais, sociais, econômicos, culturais e políticos. Os conhecimentos e experiências dos (das) trabalhadores (as) devem ser valorizados juntamente com a necessidade de sua participação nas decisões em seu trabalho.

Somente seis profissionais de saúde concordaram que a AIDS mudou a conduta sexual das pessoas enquanto quinze discordaram. Segundo a CNDST/AIDS (1998), o comportamento sexual mudou entre os homossexuais, um dos primeiros grupos a ser atingidos pela AIDS no mundo ocidental. Por outro lado, entre os heterossexuais o índice de contaminação vem crescendo assustadoramente. O aumento dos casos entre os heterossexuais faz-se acompanhar de uma expressiva inserção das mulheres no quadro epidemiológico, constado na redução da razão por sexo, entre todas as categorias de exposição, de 23 homens:1 mulher (1984) para 3 homens:1 mulher (1996/97). Mesmo que haja indivíduos ou grupos mais expostos, é toda a sociedade que está imediatamente implicada no processo (Carrara,1996). Esses fatos denotam o quanto é complexa a questão da prevenção ao vírus HIV e que somente a informação não muda comportamento.

A grande maioria das profissionais de saúde consideram que as pessoas com DST's ou HIV deveriam informar seus parceiros sobre sua condição, demonstrando compromisso ético com a questão. Somente uma ficou em dúvida. A grande preocupação é como fazer se o paciente se recusar a contar sua condição. Este fato cria um conflito nos (as) profissionais de saúde porque a legislação não é muito clara sobre este assunto. Neste sentido, ficam com muitas dúvidas e receios de tomarem alguma atitude, apesar do incômodo. O comitê de ética do hospital, por ser muito novo, ainda não teve a oportunidade de aprofundar esse tema entre os (as) trabalhadores (as) do HSE-RJ.

“Considero um crime, quando se omite e nós profissionais de saúde nos omitimos! Tem acontecido muito das mulheres serem portadoras e o parceiro não saber” (auxiliar de enfermagem)!

Em relação aos seus próprios medos, mitos e preconceitos sobre a sexualidade, a maioria das trabalhadoras concordaram que o reconhecimento desses é fundamental para a prevenção da AIDS e as DST's. Esse tema torna-se importante, pois muitas trabalhadoras acidentadas demonstraram o receio de

discriminação dos parceiros e familiares pela desconfiança de infidelidade e promiscuidade. Esses preconceitos impedem por exemplo a utilização do preservativo durante período de profilaxia gerando conflitos entre os casais.

A grande maioria das profissionais considera discriminatória a recusa de trabalho para as pessoas soropositivas e somente uma demonstrou dúvida. Este fato demonstra solidariedade e reconhecimento da cidadania aos portadores do vírus HIV.

“Isso é maldade! Penso sempre que poderia ser com a gente ou um familiar! Nós pedimos a Deus que não aconteça mas é muito triste! Acho que falta muita humanidade nas pessoas!”

“Já tem uma situação triste! Supõe-se que não tem muito tempo e ainda assim vamos privá-lo de uma qualidade de vida!”

Todas as trabalhadoras consideraram que os soropositivos têm direito ao sigilo de seu diagnóstico, desde que não coloquem em risco a vida de outras pessoas.

Doze profissionais já tinham realizado o teste anti HIV (tabela 15) antes de sofrerem o acidente, enquanto nove nunca tinham feito. A maioria das profissionais que já tinham realizado o teste o fizeram porque era rotina no seu setor (risco no trabalho) e outras por falta de confiança no parceiro. No caso das trabalhadoras que não realizaram o teste, justificaram pelo fato de não se considerarem em situação de risco ou não pertencerem a grupo de risco. Duas pessoas tinham medo de fazer o teste e uma única pessoa se considerou irresponsável e displicente por não ter feito. Atualmente, não existe mais a realização do teste no HSE-RJ como rotina, até porque nenhum serviço ou instituição pode exigí-la de seus (as) trabalhadores (as). Por outro lado, sabemos que o teste envolve vários aspectos como o direito ao sigilo, a confidencialidade e um profissional competente que acompanhe a realização do pré e pós-teste, principalmente, por causa das repercussões psicossociais. Neste sentido, muitos profissionais de saúde evitam pensar nesta questão, não somente como um sistema defensivo do reconhecimento de risco de contaminação no trabalho, mas também para não terem que se confrontar com sua vulnerabilidade em sua vida privada.

*“Eu trabalhava na hemodiálise e lá se lida muito com o sangue!
Grande risco!”*

“Tinha medo de me contaminar com o meu parceiro porque ele se recusa a usar camisinha”

“Nunca achei que fosse necessário, apesar de antes não usar as precauções!”

“A gente sabe de tanto caso assintomático!”

12) Percepção da vulnerabilidade ao HIV no trabalho e fora do trabalho

<i>Vulnerável ao HIV</i>	<i>Número</i>
No trabalho	
Sim	17
Não	3
Não sabe	1
Total	21
Fora do trabalho	
Sim	12
Não	8
Não sabe	1
Total	21

15) Número de pessoas que já haviam feito o teste anti - HIV antes de sofrer o acidente

<i>Teste anti - HIV</i>	<i>Número</i>
Sim	12
Não	9
Total	21

IV.2 - Atitudes e Conhecimentos sobre a profilaxia contra a Hepatite

Este tema só foi incluído nas entrevistas da segunda etapa da pesquisa quando entrevistamos mais dez profissionais de saúde.

A maioria das trabalhadoras sabem que a vacinação contra o vírus da hepatite B é um meio de prevenção seguro e eficaz contra a contaminação no trabalho. Neste caso, a conscientização se transformou em atitude, já que quase todas as profissionais de saúde entrevistadas na segunda etapa da pesquisa já tinham se vacinado (tabela 16 e 17). Essas trabalhadoras apresentaram uma alta consciência da necessidade de prevenção, possivelmente devido à implantação do Programa de Biossegurança no HSE que já estava em seu terceiro ano de funcionamento quando realizamos essas entrevistas.

“Porque trabalhamos em hospital, sabemos que é preventivo e nós tomamos, principalmente aqui na clínica médica que têm um número grande de pacientes”.

“Para prevenção pois somos grupo de risco”

Em relação ao esquema de profilaxia pós-exposição ao vírus da hepatite B, somente quatro trabalhadoras demonstraram conhecimento completo. Este fato torna-se mais um complicador quando o profissional tiver que seguir a prescrição, dificultando a aderência ao tratamento.

Obs. As questões 16 e 17 foram introduzidas no questionário de 1999.

16) Número de profissionais que tiveram ou não Hepatite

<i>Hepatite</i>	<i>Número</i>
Sim	-
Não	10

17) Número de profissionais vacinadas contra a hepatite B

<i>Vacina contra hepatite B</i>	<i>Número</i>
Sim	9
Não	1

IV.3 - Situações específicas do acidente e sua profilaxia

Procuramos compreender quais as representações das trabalhadoras sobre a profilaxia medicamentosa após o acidente, desde o seu conhecimento sobre o tema até a percepção sobre a tolerância aos medicamentos.

Sobre a profilaxia medicamentosa, quinze profissionais de saúde concordaram que esta pode reduzir o risco de contaminação, enquanto cinco apresentaram dúvidas, e uma outra não acreditava neste fato. Algumas trabalhadoras ainda não acreditam neste tipo de tratamento ou consideram exagerado ter que tomar medicações para se prevenirem da infecção após o acidente.

“Vi pessoas serem contaminadas após a vacina!”

“ Só vamos saber daqui a uns anos. É muito escuro isso aí!”

Somente seis profissionais consideram que nas doses atuais os medicamentos são bem tolerados pelas profissionais de saúde. Por outro lado, seis discordam e nove têm dúvidas sobre este tema, o que demonstra a existência de uma expectativa, crença ou mesmo a experiência de que estes medicamentos causam efeitos colaterais. Esta percepção também está associada às representações que essas trabalhadoras têm da AIDS (doenças e morte).

“ Acho que não deveria ser usado para dia nenhum pois o efeito colateral é tão grande que eu mesmo interrompi!”

“As pessoas estão estressadas e acham que é uma dose excessiva”.

“Não sei se é efeito psicológico pois as pessoas acham que vão sentir as coisas, no meu caso não ocorreu nada”.

“No meu caso não tive nada mas outras colegas sentiram várias coisas”.

Somente dez trabalhadoras conhecem o período de utilização dos medicamentos no caso de um acidente de risco. Por outro lado nove têm dúvidas e duas discordam. No caso do efeito do AZT na redução de risco (80%) para soroconversão após o acidente, somente dez profissionais de saúde conhecem este fato, enquanto uma discorda e dez demonstraram dúvidas. A falta de conhecimento sobre esse tema dificulta a aderência ao tratamento no momento em que o profissional precisar seguir a prescrição medicamentosa.

Ainda um último aspecto relevante diz respeito à forma como é veiculada a informação sobre a assistência ao acidentado. Como exemplo temos um cartaz com um boneco correndo, informando a necessidade de urgência na comunicação do acidente ao plantonista do serviço de DIP: “Não se desespere! A AIDS e a Hepatite B podem ser evitadas”. Seis profissionais de saúde consideraram que este cartaz dá a impressão de que a falta de rapidez levaria fatalmente a contaminação. Esta associação aumenta a ansiedade e o medo de contaminação após o acidente além de levar a subnotificações como forma de defesa desses sentimentos. Consideramos também necessário repensarmos sobre o impacto restrito das campanhas educativas visando mudanças de normas de comportamento, até porque estudos sobre várias delas apontam para a inadequação da linguagem utilizada com relação ao público-alvo. Somente seis trabalhadoras apresentaram conhecimento completo sobre a profilaxia após o acidente. Esses fatos demonstram a necessidade da participação dos (as) trabalhadores (as) nas campanhas educativas e a inclusão da dimensão psicossocial no tocante às representações sobre o acidente e a sua profilaxia.

IV.4 - Situações específicas após exposição ao vírus HIV no trabalho

De acordo com Dejours (1988), evitar o sentimento de medo no trabalho seria uma das premissas básicas do sistema de defesa coletivo dos (as) trabalhadores (as). Constatamos em nossa pesquisa que um número considerável das profissionais entrevistadas passaram a ficar com medo, durante suas atividades no trabalho, após o acidente. Será que este coletivo “perdeu” seu sistema defensivo? Se for verdade, quais serão as repercussões futuras para essas trabalhadoras em sua saúde biopsicossocial? Entretanto algumas trabalhadoras passaram a apresentar uma postura “pró-ativa” no trabalho, cobrando mais da chefia e da instituição os seus direitos, principalmente relativos a biossegurança.

Dezessete profissionais passaram a utilizar EPI's após o acidente sendo que o restante utiliza somente (dois) algumas vezes ou continuam não utilizando (dois).

“Passei a usar mais as luvas e selecioná-las.”

“Eu agora uso máscara o tempo todo, não quero nem saber, é até ruim para o paciente! É até discriminatório!”

“Passei a tomar um pouco mais de cuidado com a agulha, encapar a agulha! Agora não encapo mais! Fiquei mais cuidadosa. Passei a usar mais os EPI's.”

Treze trabalhadoras passaram a sentir ansiedade e medo em alguns momentos no atendimento aos pacientes enquanto três sempre.

“Hoje em dia temos que considerar que tudo é risco, que todo paciente é de risco”

“Fiquei mais ansiosa mas não passei para eles. Eu sentia a ansiedade dentro de mim.”

A maioria passou a se preocupar bastante com a equipe em relação às técnicas de biossegurança.

“Eu procuro que tenha o material suficiente para a proteção da equipe cobro muito mais né.”

“Passei a chamar mais atenção da chefia pra cobrar mais material.”

“...principalmente essas meninas novas que estão chegando, elas não tem muita noção. É um pessoal vindo da cooperativa! Sempre comento com elas sobre como se protegerem.”

Quatorze trabalhadoras passaram a ficar com medo de se contaminar durante sua atividade de trabalho e três em alguns momentos.

“Fiquei com medo de sofrer outro acidente! Agora o medo de ficar pensando em estar contaminada acho que estou superando”.

“Fiquei traumatizada em relação ao glicoteste que foi o que me furei!...Quando vejo sangue assim, nem tanto as secreções, mas sangue para mim, pô! Antes eu ficava mais tranqüila, como eu sei de outras colegas que ficaram apavoradas e não puncionaram veia mais.”

IV.5 - Atitudes, conhecimentos e condições de Biossegurança

A maioria dos (as) profissionais de saúde concorda que se preocupam com os acidentes mas, paradoxalmente poucos (as) utilizam os EPI's. Reconhecendo a complexidade do evento "acidente" e compreendendo-o como uma multiplicidade de forças interagente e dinâmica, percebemos nesta espiral, também, o sistema defensivo coletivo dos (as) trabalhadores (as). Neste sentido, quando nas entrevistas as trabalhadoras afirmam que poucas utilizam os EPI's, percebemos nesta afirmativa a existência de um sistema de defesa coletivo nesse comportamento. A exposição ao acidente não se dá somente pelas peculiaridades desse trabalho, mas também pelas condições, organização e processo de trabalho hospitalar ilustrada pelas diversas falas das profissionais entrevistadas. Essa complexidade faz com que os (as) trabalhadores (as) vivam uma experiência subjetiva de perigo constante no ambiente hospitalar. Dejours (1988) nos fala da insuportabilidade desse sofrimento psíquico (patogênico) na rotina do trabalho, fazendo com que os (as) trabalhadores (as) coletivamente desenvolvam sistemas defensivos. O problema maior, como nos exemplos abaixo, é quando constroem os sistemas defensivos em forma de ideologias defensivas. Ou seja, ao desafiar o perigo aumentam o risco de sofrerem acidentes. A alternativa ao nosso ver seria que os (as) trabalhadores (as) pudessem criar dispositivos de encaminhamentos criativos do sofrimento, utilizando-se das "regras de ofício"(Cru, 1987) a seu favor.

"Tem pessoas que não acreditam que possa ocorrer com ele acham que têm experiência suficiente para não se acidentar."

"Na época da vacina muitos profissionais de saúde fugiram, ficaram com medo! Tento ter o máximo de calma possível quando atendo paciente HIV para evitar o acidente comigo e com os colegas".

Na pesquisa preliminar, cinco profissionais discordaram e dois ficaram em dúvida se a proteção à exposição ao sangue seria a principal forma de prevenção ao HIV. Estas visões demonstram que muitos (as) trabalhadores (as) nesta época não acreditavam na possibilidade de contaminação no trabalho, como pude constatar em alguns momentos durante meu trabalho de campo.

"Já me acidentei várias vezes, mas nunca tinha procurado a equipe de plantão porque não acreditava na contaminação"

Quando perguntados (as) se o hospital oferecia condições básicas de biossegurança a maioria respondia afirmativamente. No entanto, nas observações feitas nesta e em outras questões, principalmente durante as perguntas abertas, as profissionais de saúde afirmaram o contrário. Inicialmente as entrevistadas ficaram com receio de fazer críticas à instituição, mas aos poucos iam se soltando, adquirindo confiança no entrevistador e acabavam revelando as contradições institucionais.

“Às vezes por falta de luvas guardamos algumas para utilizar no dia seguinte. Acontece muito aqui!”

“A falta de material de proteção é um dos maiores problemas atualmente nos hospitais, é o que anda me estressando!”

“Além da falta de material, a necessidade de atender o paciente imediatamente, mesmo sabendo que é um doente de risco!”

De acordo com as falas das trabalhadoras, em sua maioria, as condições de biosegurança no HSE-RJ são precárias e responsáveis pela insegurança no trabalho e o risco de um acidente. Essas circunstâncias levam ao aumento do estresse no ambiente hospitalar, principalmente nos casos em que elas necessitam prestar atendimento de urgência aos pacientes.

“Na campanha de vacinação da 3^a idade estavam jogando as seringas em sacos plásticos por falta de descartex. Muito pela falha da administração. Não temos aventais plásticos descartável há bastante tempo! Estávamos até improvisando a base do saco de lixo como avental! Depois paramos porque não temos que improvisar!”

“O negócio é mais material, falta uma seringa, falta uma agulha, falta uma medicação, aí fica difícil para o profissional trabalhar...”

“Às vezes falta luvas, falta material. Tem determinadas coisas que você pode fazer depois, mas se o doente passar mal, você tem que socorrer de imediato, né; aí é que vem o risco”

CAPÍTULO V

EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DO (A) PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE AO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Neste capítulo analisamos a experiência subjetiva dos (as) profissionais de saúde após o acidente frente a AIDS, a biossegurança, as condições, organização e processo de trabalho hospitalar. As repercussões psicossociais na vida pessoal, familiar e profissional, juntamente com as reações pós-profilaxia medicamentosa e o atendimento oferecido pelo Programa de Biossegurança, também foram contemplados como temas essenciais para a discussão das dimensões psicossociais desse evento.

Os Programas de Biossegurança geralmente visam somente a aplicação do manual de condutas contra a exposição ocupacional a material biológico desenvolvido pela CNDST/ AIDS. Desta maneira, os (as) trabalhadores (as) não são consultados sobre suas experiências com EPI's e EPC's e sobre as possibilidades de sofrerem acidentes, para que as normas possam adequar-se à sua realidade. A parceria entre os técnicos e os (as) trabalhadores (as) facilitaria a compreensão, participação e desenvolvimento da Biossegurança em sua instituição. Neste sentido, consideramos importante a valorização do conhecimento dos (das) profissionais de saúde para identificarmos os fatores envolvidos no acidente e qual a melhor maneira de intervirmos no ambiente de trabalho.

V.1 Descrição e causas de acidentes

Segundo a Ergonomia Contemporânea, a discrepância entre o trabalho prescrito e o real é uma das origens básicas da carga de trabalho. No caso dos (as) trabalhadores (as) de saúde acidentadas, pudemos perceber que essas discrepâncias tendem a gerar condições e metas de trabalho muitas vezes incompatíveis com suas necessidades humanas de saúde e satisfação no trabalho. Como exemplo, podemos destacar os relatos de estresse por sobrecarga de trabalho, ritmo de trabalho intenso e corre-corre nos plantões.

“Na hora da emergência, na hora que a gente tá fazendo, trabalhando, em teoria é tudo bonitinho mas na prática mesmo, na hora que precisa se pega o primeiro material que tem, a única coisa que você tem que fazer é proteger a mão”.

De acordo com a descrição das trabalhadoras, os acidentes ocorreram por vários motivos. Dentre eles apareceram com maior frequência o recapeamento de agulha, a não utilização de EPI's, a falta de atenção do (a) profissional, o ritmo de trabalho intenso e as condições de trabalho. A inadequação dos EPI's também foi apontado como um dos problemas que causam acidente.

As trabalhadoras, muitas vezes reencapam as agulhas por insuficiência de caixas coletoras (descarpax) e também para evitarem que os (as) trabalhadores (as) da limpeza se acidentem, demonstrando solidariedade com os (as) colegas. Há uma cobrança do Programa de Biossegurança quanto às regras de precauções universais mas, por outro lado, muitas vezes existem insuficiências ou inadequação de EPI's e EPC's nos locais de trabalho. Entretanto, não podemos deixar de apontar que o ato de reencapar a agulha também está relacionado com a cultura hospitalar, principalmente, pelo fato dos (a) trabalhadores (as) da área de enfermagem em sua formação, até o ano de 1986, terem aprendido a realizá-lo em sua atividade de trabalho. Neste sentido, fica claro que essa atitude de reencapar a agulha não pode ser reduzida a um mero “dado frio” de causação dos acidentes, sem uma análise desses outros aspectos intervenientes.

“Eu cuido na enfermaria de dezenove pacientes. Eu tenho uma caixa. Então para não reencapar a agulha eu tenho que jogar no lixo e aí vem um profissional que tem menos conhecimento ainda para manusear o lixo e se contamina!”

“Logo após o acidente, antes a gente nem tinha este descarpax, depois disso é que vieram estas caixinhas coletoras, onde a gente deposita as agulhas usadas. A gente reencapava a agulha porque não tinha onde jogar fora.”

Outro aspecto importante que precisamos refletir é o da associação do acidente com a falta de atenção ou negligência do (a) trabalhador (a), individualizando dessa forma o problema. Nesse contexto, um dos efeitos imediatos que observamos nas trabalhadoras foi o sentimento de culpa por terem

sofrido o acidente. Acreditamos que este sentimento esteja relacionado com a produção da subjetividade do “ato inseguro” como responsável pelo acidente, presente nos discursos dos gestores das organizações hospitalares, programas de biossegurança (inclusive do HSE-RJ) e no Manual de Precauções Universais da CNDST/AIDS (1997,1998 & 1999). Este Manual está voltado eminentemente para os ensinamentos técnicos de como o (a) trabalhador (a) deve se prevenir contra os acidentes com materiais biológicos, privilegiando normas de condutas individuais. Neste, destacam-se as orientações em torno da maneira correta de utilização dos EPI’s, EPC’s e de como realizar o descarte de material contaminado. Consideramos de suma importância essas informações para a orientação e prevenção dos acidentes, no entanto ela só contempla um aspecto do problema, tornando-se ao nosso ver limitada e perigosa. Perigosa porque ao passarem a mensagem de “ato inseguro” reforçam a responsabilidade individual do (a) trabalhador (a) pelo acidente gerando o sentimento de culpa no profissional acidentado. Além disso, a redutibilidade inerente à categoria do ato inseguro não contempla a variabilidade do ser humano já que estas não podem ser enquadradas como parâmetros nos modelos clássicos de prevenção, como nas análises de risco e acabam sendo, ou desprezadas, ou simplificadas por categorias como esta.

“Foi falta de atenção minha mesmo, falta de cuidado”.

Como os (as) trabalhadores (as) de saúde, em sua maioria, conseguem, apesar dos constrangimentos da situação do trabalho hospitalar, preservar um equilíbrio psíquico e manter-se na normalidade?

De acordo com Dejours (1988), o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico pode ser reconhecido como fonte de sofrimento e este sofrimento suscita sistemas defensivos. Esses sistemas levam à modificação, transformação e, em geral, à eufemização da percepção que os (as) trabalhadores (as) têm da realidade que os fazem sofrer. Entre esses sistemas encontramos as estratégias defensivas defesas coletivas e ideologias defensivas de profissão. Essas defesas são construídas pelo coletivo de trabalhadores que, para funcionar, requerem a participação de todos os membros do coletivo. Além disso, elas contribuem para assegurar a coesão e a construção do coletivo de trabalho, com vistas também à atender aos objetivos da organização.

“Fui reencapar a agulha e ela acabou transpassando a capa e furou o meu dedo e eu estava sem luva.”

No caso da não utilização de EPI's pelas trabalhadoras entrevistadas, encontramos justificativas nos fatores relativos à organização de trabalho, além das questões associadas às precárias condições de trabalho. Esses fatores podem ter também como consequência a criação de ideologias defensivas. Essa ideologia entre os (as) trabalhadores (as) é utilizada para evitar o reconhecimento do risco de acidente e de contaminação no cotidiano do trabalho. Esse reconhecimento gera ansiedade e medo no (a) trabalhador (a), tornando quase que insuportável a atividade de trabalho. Ao transformar a percepção da realidade ocultando o perigo, o trabalho torna-se possível. É importante assinalar que os (as) profissionais de saúde, ao longo da história, criam regras de ofício (Cru, 1987) para lidarem com as adversidades do trabalho. Esta riqueza pode ser verificada, como, por exemplo, no caso da falta de material que trocam com os outros setores do hospital ou trazem de outras instituições de saúde, organizando um estoque informal administrado pelos (as) trabalhadores (as). De acordo com Cru, não é suficiente utilizar procedimentos apreendidos e padronizados, é preciso sobretudo recombina-los com precisão em função das circunstâncias, adaptá-los à sua forma do momento, aos seus recursos pessoais, à sua própria história. Cada um passa por uma fase de adoção e de adaptação no trabalho. Uma arte de viver é assim cultivada. Chamamos atenção para o resgate deste saber de ofício acumulado historicamente, que poderia ser utilizado em uma perspectiva preventiva.

V.2 Condições de trabalho no HSE-RJ

Todas as trabalhadoras apontaram a precarização do trabalho - falta de material, falta de recursos humanos e excesso de trabalho - como fator gerador de desgaste físico e mental no ambiente hospitalar.

Como se não bastassem as dificuldades de se enfrentar sérios desafios com a saúde dos (as) pacientes diariamente, agora é preciso também estar alerta com a própria segurança no cotidiano do trabalho hospitalar. As manifestações de desgaste do (a) trabalhador (a) se expressam de diversas formas, como pelo cansaço, alta irritabilidade, desânimo e sono perturbado, caracterizando a fadiga

patológica. Participando efetivamente deste processo, destacamos o medo subjacente à ansiedade, o medo de sofrer o acidente e do esgotamento.

“As condições são precárias, as piores possíveis, tanto em termos de higiene quanto de material de trabalho em comum: roupas de cama, material da própria higiene do paciente, sabão e água! Falta assim muitas coisas, principalmente dar os cuidados básicos ao paciente. Sem contar os medicamentos que acho que isso deve ser geral. Às vezes medicações básicas nós não temos!”.

“Eu estou cansada, desanimada porque nós estamos sobrecarregados no trabalho, temos paciente demais, funcionários de menos, então tá todo o setor, tá todo mundo muito cansado, fica um alto índice de licença médica, porque um tá fazendo trabalho de dois, três, então o que acontece, nós estamos cansados, estressados e desanimados com o setor. As máquinas são de última geração mas o fator humano está cansado”.

Na análise dos serviços envolvidos na Biossegurança são raras as discussões sobre os temas citados acima, sendo que esses tornam-se quase “invisíveis” quando são publicados os dados sobre os acidentes no Boletim epidemiológico do HSE-RJ (1997 e 1998).

No que se refere às condições salariais, a maioria das trabalhadoras conforma-se com o salário pela comparação que fazem com a maioria da população brasileira, apesar de estarem há cinco anos sem receber nenhum reajuste salarial. No entanto, não deixam de associar suas condições salariais como um dos elementos que contribuem para o maior desgaste no trabalho.

“Eu sei que está defasado, mas em relação ao Brasil eu sei que não estou tão mal. Mas sei que meu poder aquisitivo diminuiu. Trabalho em casa e tenho que dar atenção aos meus filhos”.

“O salário caiu pra caramba né, caiu à beça, tá difícil porque já estamos com cinco anos sem aumento. Mas como todo país está assim, a gente vai levando. Agora que a gente merecia mais, isso merecia. Até os pacientes falam que a gente trabalha muito. Porque é estressante, você acaba se envolvendo emocionalmente com os pacientes, é mãe né, porque todas nós somos mães também, então mexe muito com a gente.”

Biossegurança

De acordo com a experiência das trabalhadoras, a falta e a inadequabilidade dos EPI's e a precariedade das informações sobre a biossegurança contribuem para o sentimento de exposição constante ao risco de acidente no local de trabalho.

A falta de conhecimento sobre os mecanismos de transmissão e dos métodos de proteção tem levado muitos (as) profissionais a recusarem o atendimento ao (a) paciente soropositivo (a) e a suspenderem endoscopias, biópsias e até mesmo cirurgias, dentre outros procedimentos invasivos. Quando passam a conhecer o status sorológico do (a) paciente, observamos que estes mesmos profissionais realizam estes procedimentos sem proteção adequada.

“Péssima! Péssima! Um dia tem luva outro dia não. Você fica exposto 24 horas por dia. Quem trabalha no reuso precisa ter capote de plástico grosso até aqui, com luva grossa e bota, precisa de superproteção. Nós trabalhamos com o lado humano e a máquina!”

“Nós tínhamos avental no começo, pra oferecer ao médico, pra botar em cima do capote e não temos mais. Às vezes as luvas são insuficientes e você tem que ter cuidado para não usar e gastar muito. Acho que essas luvas não são de boa qualidade porque muitas arrebentam, estouram. Esse é um motivo de estresse pra gente também”.

V.3 Processo e organização do trabalho

A atual divisão de trabalho no HSE-RJ cria obstáculos ao bom atendimento e insatisfações entre os (as) trabalhadores (as). A distribuição das tarefas parceladas até o seu máximo cria dificuldades de comunicação e realização dos objetivos manifestos de um hospital – cuidar da saúde de sua clientela (Silva,1998).

De acordo com as profissionais de saúde entrevistadas o tempo reduzido para a realização das tarefas, o ritmo intenso de trabalho e a necessidade de realizar várias atividades simultaneamente são características da rotina de trabalho no HSE-RJ. Esses fatos, somados à inexistência de espaços de trocas, planejamentos das atividades e à insuficiência de pausas de trabalho, conforme nossas observações, acabam sobrecarregando física e psiquicamente os (as) trabalhadores (as).

“Tem uma pessoa cuidando de dezenove pacientes. Então tem dias que a medicação dá para levar mas tem outros que tem pacientes com três, quatro a cinco antibióticos, você tem que correr, você não para, é direto, não precisa nem de relógio. Começa a trabalhar, faz a medicação de manhã e quando você parou, tá na hora de almoçar. Acabou de almoçar, tá na hora da medicação das quatorze horas e assim sucessivamente. Você termina e já esta chegando a janta e aí tem os testes (a imoglicoteste...) você tem que preparar a insulina e aí quando você termina já está na hora da medicação das dezoito horas. Quando você vê, os colegas já estão chegando, não tem tempo nem de pensar, de modo geral não. É bastante trabalhoso”.

A crise econômica que o país atravessa também vem atingindo o HSE-RJ há algum tempo, levando-o a um processo gradativo de sucateamento dos seus serviços. No processo de observação dos serviços constatamos que na Hemodiálise, que atende pacientes renais crônicos com prognóstico difíceis, os (as) profissionais de saúde apresentam uma sobrecarga emocional e afetiva alta frente a dor e o sofrimento dos pacientes graves. A presença de criança nesta unidade também é freqüente. Apesar disso, foi um dos locais onde mais encontramos integração entre os membros da equipe. Na UMI encontramos uma série de dificuldades no plano da organização do trabalho e das relações de poder. A maioria das trabalhadoras consideraram insuficiente e corrido o tempo disponível para o desempenho das atividades. Na Clínica Médica, a falta de coordenação e interação da chefia com a equipe de enfermagem ampliava em muito as ansiedades advindas da falta de suporte técnico administrativo para que as trabalhadoras pudessem corresponder as inúmeras demandas dos pacientes e familiares.

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

“Muito trabalho, muita coisa pra fazer, então eu acredito que quando a gente tá com muita ocupação ao mesmo tempo acaba acontecendo um acidente, ...então quando você vai fazer, vai executar o seu trabalho, você não executa com precisão, você aplica porque tem muita coisa pra fazer, têm uma porção de injetáveis pra preparar...”

V.4 Repercussões psicossociais na vida pessoal, familiar e profissional

As trabalhadoras apresentaram um sofrimento psíquico intenso logo após o acidente e durante o tratamento pelo medo de estarem contaminadas com o vírus HIV. Em alguns casos, esse sofrimento repercutiu no corpo através de reações psicossomáticas que se confundiam com os efeitos colaterais da medicação.

“Eu me senti a própria doente. É uma coisa muito ruim, péssima! Na hora eu quis engolir cloro, queria lavar a boca com cloro! É claro que iria queimar tudo! A vontade é sair e sei lá! Na hora a gente fica louca!”

“No primeiro acidente fiquei muito angustiada, muito tensa, consegui emagrecer bastante, pela tensão que eu vinha sofrendo”

As repercussões psicossociais após o acidente estão intimamente ligadas às representações que o (a) profissional e o círculo social têm da AIDS, geralmente como algo aterrorizante associado à morte – “o grande mal do século”. Nesses momentos a religião demonstrou exercer uma função importante de suporte psicossocial somado ao apoio familiar, quando esse é possível.

“Aí meu Deus num tá acontecendo isso!” Eu fiquei assim, “Meu Deus”, “Meu Deus” o tempo todo!”

“Eu fiquei durante seis a sete meses com aquela preocupação, de apresentar algum sintoma, ficar com alguma pneumonia, um resfriadinho; não fiquei totalmente certinha não! Com aquela certeza não, atualmente estou mais tranqüila. Já fiz outro HIV, mas até pouco tempo atrás isso ainda repercutia muito na minha cabeça!”

Quanto 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 evitavam

contar aos familiares sobre o acidente e como conseqüência sentiam-se sozinhas e sem apoio. No caso dos parceiros, o maior temor era de incompreensão e acusação de infidelidade, o que chegou a acontecer com três trabalhadoras. *“Nesse mundo de contradições, mentiras e meias-verdades, as mulheres estão constantemente sujeitas à culpa e à vergonha, e forçadas ao silêncio sobre seu sofrimento, mesmo quando procuram tratamento, e mesmo quando suspeitam que contraíram o vírus HIV”*(Giffin & Lowndes, 1998:286).

“Minha mãe ficou muito preocupada falou que eu tinha que tomar cuidado, pra ser mais atenta e me cobrando né!”

“ Pô, tu vê lá, tu tem certeza, como é que foi? Não o médico falou que o risco é mínimo, não teve perigo. O meu companheiro ficou nervoso, como fica até hoje. Olha você vê lá! você está usando luvas, está de máscara, pelo amor de Deus! Eu nem chego com a roupa do hospital perto dele, ele fica apavorado.”

“Eu nem falei nada para ninguém, porque só tenho os meus filhos e eles são pequenos, iam ficar abalados e no momento eu estou separada do meu marido. É por isso que eu sofri logo que me acidentei, não tinha com quem me desabafar! Não podia falar nada com os meus filhos se não iam ficar apavoradas, são crianças!”

Torna-se importante ressaltar que a relação saúde e trabalho não diz respeito apenas às pessoas diretamente engajadas no processo de trabalho, isto é, aos (as) trabalhadores (as). Com efeito, percebemos que a linha divisória entre espaço de trabalho e espaço privado é muito tênue. Toda família é requisitada pelo (a) trabalhador (a) em seu esforço em enfrentar as dificuldades no trabalho, como no caso do acidente com material biológico. O cônjuge, os filhos e às vezes até os pais do (a) trabalhador (a) são atingidos indiretamente pelos efeitos da situação do trabalho sobre aquele (a) que nela se encontra exposto.

Repercussões no Trabalho

Em alguns casos as entrevistadas tiveram o apoio dos (as) colegas para enfrentar as dificuldades pós-acidente, enquanto em outras relataram a dificuldade de trabalhar por causa do medo de sofrerem um novo acidente.

A cobrança das normas de precauções pelo Programa de Biossegurança deixou alguns serviços “estressados”. Esse fato ocorreu principalmente após a

publicação no Boletim Epidemiológico do HSE-RJ, informando os setores que apresentavam a maior incidência de acidentes no hospital. No entender de algumas entrevistadas, o seu local de trabalho ficou estigmatizado e esse fator contribuiu para um maior número de acidentes e subnotificações. As cargas de trabalho já são tão grandes para os (as) trabalhadores (as) no ambiente hospitalar, que a comunicação do acidente só faria aumentar a ansiedade gerando outros sofrimentos, tais como o enfrentamento do teste anti-HIV, a expectativa do resultado, o tratamento associado à AIDS e as reações dos familiares e colegas de trabalho.

“Nos primeiros dias eu fiquei com medo, quase não conseguia nem trabalhar direito, fiquei desmotivada, preocupada, ficava pensando nisso o tempo todo. Cobrando da chefia o resultado dos exames... (acidente em 1997)”

“Ficou todo mundo chateado, preocupados e tudo, parece que estressou geral, todo dia era um que se acidentava, teve até gente que furou o dedo e não foi procurar o plantão. A gente sabe que não têm cura, então se tiver eu não vou procurar não. Tavam falando que o pessoal da maternidade não sabia trabalhar por causa do Boletim, que informou que a maior incidência era no nosso setor”.

Após o acidente, as informantes passaram a utilizar mais os EPI's e redobram o cuidado na execução do trabalho e com a equipe. Entretanto, algumas trabalhadoras ainda utilizam o diagnóstico do (a) paciente para usar os EPI's, revelando com essa atitude um sistema de defesa ideológico. As transformações ocorridas no trabalho após o acidente fizeram com que as trabalhadoras passassem a se sentir discriminando os (as) pacientes, o que também aumentou a preocupação com o risco de contaminação da equipe de limpeza por desprezarem as agulhas nas latas de lixo.

“Agora tenho muito mais cuidado, fica até ruim, a gente deixa de fazer muita coisa, com o paciente. Eu agora uso máscara o tempo todo, não quero nem saber, é até ruim para o paciente! É até discriminatório! Sem máscara, luvas, roupão eu não entro, mesmo que o paciente fique constrangido”.

“Eu parei de reencapar a agulha, tenho pena dos serventes, de vez em quando sou chamada atenção. Ah! Eu posso me furar, fazer o quê? A obrigação é a chefe colocar as caixas aqui adequadas. Parei de reencapar e falo com as colegas a mesma coisa”.

Contudo, todas as informantes reivindicam maiores informações e proximidade do Programa de Biossegurança com os (as) trabalhadores (as) nos locais de trabalho.

“A gente tinha que ter mais acesso às informações novas, até pra se sentir mais seguro e lidar melhor com os pacientes, ter menos medo e ansiedade. Talvez o melhor fosse que vocês viessem ao local dar a palestra, distribuir material novo porque temos outros empregos e filhos e não temos tempo”.

No contato com os pacientes, uma das maiores mudanças verificadas foi a de passarem a percebê-los como uma ameaça potencial de contaminação. Essas mudanças tiveram como efeito imediato um aumento de ansiedade nas profissionais de saúde. Uma das funções do sistema defensivo coletivo (Dejours,1988) criado por essas trabalhadoras no ambiente hospitalar era evitar esse sentimento na rotina de trabalho. Na medida que “perdem” esse sistema defensivo de que forma lidarão com essa ansiedade no trabalho? Quais serão as consequências para a sua saúde no trabalho? Outro aspecto importante que constatamos entre as trabalhadoras acidentadas foi a substituição da ideologia de sacrifício e doação pelos pacientes, uma característica da identidade dessas profissionais de saúde (Silva,1998), por uma postura mais técnica e “profissional”.

“Hoje em dia temos que considerar que tudo é risco, que todo paciente é de risco. Temos que reconhecer que não podemos mais fazer as coisas pensando só no paciente! Temos que nos proteger de todas as maneiras! Mesmo que como consequência o paciente se sinta discriminado!”

“Fiquei mais ansiosa, mas não passei para eles. Eu sentia a ansiedade dentro de mim !”

“Senti assim uma ansiedade, de não querer fazer... A gente vive direto com os pacientes, é a enfermagem quem cuida dessas secreções todas, quem fica no “front”!”

A maioria das profissionais de saúde passaram a ficar com medo de sofrer outro acidente no trabalho, sendo que algumas (três) destas, até hoje, demonstram preocupação com a possibilidade de contaminação pelo acidente que sofreram. Atualmente, a maioria dessas trabalhadoras considera-se grupo de risco e alguns setores do hospital ficaram com o estigma de maior risco de pegar AIDS, através do acidente com material biológico. Esses aspectos relatados revelam a

intensidade das repercussões psicológicas e sociais do acidente no ambiente de trabalho. Neste sentido, reforçam a necessidade do reconhecimento e inclusão das dimensões psicossociais nos programas de prevenção e assistência aos acidentes nas Instituições de Saúde.

“Fiquei com medo de sofrer outro acidente. Agora, o medo de ficar pensando em estar contaminada, acho que estou superando. Só me lembro quando alguém me chama para fazer exame”.

“Eu faço parte de um grupo de risco, mas não que eu tenha ficado com mais medo. Passei a observar mais, ficar mais atenta, precavida, esse é o termo certo”.

“...Quando vejo sangue assim, nem tanto as secreções, mas sangue para mim, pô! Antes eu ficava mais tranqüila, como eu sei de outras colegas que ficaram apavoradas e não puncionaram a veia mais”.

“Eu vejo assim, muitas pessoas têm medo desse setor. O fato de nós trabalharmos aqui com paciente que faz hemodiálise acham que nós temos mais probabilidade de adquirir a AIDS do que eles, entendeu. Olha, cuidado, heim!”

V.5 Repercussões do uso da medicação

Hoje em dia sabemos que a associação de duas ou mais drogas é muito mais eficiente contra o HIV, tornando o vírus praticamente indetectável no sangue. Sabemos que essas drogas (AZT, Videx, Crixivan, Epivir, etc) são bem toleradas e todas as evidências sugerem que os efeitos colaterais, se surgirem, regridem espontaneamente com a suspensão dos medicamentos (CNDST/AIDS, 1997).

A indicação de tratamento representa, para muitos (as) profissionais de saúde, a gravidade do acidente, pois associam esse fato diretamente com a contaminação pelo vírus da AIDS. A possibilidade de aceitar e reconhecer o tratamento como necessário dependerá de vários fatores, dentre eles o significado e representação que o (a) trabalhador (a) tem desse tipo de acidente em sua vida. As questões relativas ao surgimento de efeitos colaterais parecem depender de vários elementos, como a maneira como são atendidos (as), o conhecimento prévio da profilaxia, a representação que fazem das medicações (*“vai cair o cabelo, vou ficar roxo, ter diarréia...”*), do sentimento de estar com AIDS e do medo da discriminação social (família, amigos e colegas de trabalho). O sofrimento

psíquico aumenta de acordo com as fantasias relacionadas à AIDS, como por exemplo, o sentimento de “ser uma pessoa suja”, vinculada à questões morais e preconceitos ligados a área sexual (promiscuidade, homossexualismo). Muitos (as) passam a sentir-se com AIDS e dizem que ficarão iguais “*àqueles paciente cadavéricos*”. Outros (as) iniciam a profilaxia com a certeza de que apresentarão reações às medicações e esse pensamento já está se tornando parte da cultura hospitalar. Esses aspectos ainda são de difícil manejo para os profissionais que atendem e acompanham os (as) acidentados (as).

“A gente sente um calor como se estivesse fervendo o sangue, muito calor mesmo dos pés a cabeça! Um calor terrível! Aí tomei um de manhã e outro a noite. Aí, quando eu vim conversar, não precisou mais, a médica disse que foi de baixo risco, disse que aqueles dois comprimidos foram o bastante! Me deu muito calor, a gente sente muito calor! Uma queadura mesmo no corpo assim de modo geral, não era um calor natural!” Parei de tomar o remédio e os sintomas passaram!”

“Vem assim o pânico, uma vontade de sair gritando ao mesmo tempo que você sai pensando que já está com a doença. É um monte de conflitos juntos. Em casa no primeiro dia me senti enojada de mim. Continuo com as minhas dúvidas sobre a capacidade do remédio de impedir a infecção! “

“Na hora deram o AZT e um outro remédio que eu não lembro mais! Pra mim foi um preventivo, um medicamento preventivo, tomei bem, acho que foi até por isso que eu não tive nada, não senti nada. É pra evitar, então eu vou tomar. Eu acredito que eu não tenha sentido nada por isso”.

Algumas trabalhadoras relataram um sentimento de discriminação e desconfiança, principalmente da parte dos parceiros, de que tinham pego AIDS com outro homem. Ficavam com medo de contar sobre a medicação aos familiares porque eles não entenderiam ou ficariam bastante preocupados. Quando conseguem o apoio de familiares e/ou colegas de trabalho conseguem enfrentar melhor o período da profilaxia.

Segundo Giffin & Lowndes (1998), as atitudes e valores dos (as) profissionais de saúde, especialmente os (as) médicos (as), são forjados no contexto das crenças sociais e culturais e, portanto, marcados pelas ideologias de gênero (assim como as de classe e de raça/etnia). Os parceiros das profissionais de

saúde não são esclarecidos sobre o acidente pelos médicos com a justificativa de não se envolverem em problemas da esfera privada de um casal, entre outros. Com isso grande parte dos parceiros não comparecem aos serviços para compartilharem do tratamento e muitos inclusive, desconfiam do acidente, acusando-as de serem infiéis.

Não podemos deixar de mencionar as dificuldades de negociação sexual e a divisão de responsabilidades entre o casal, principalmente porque uma das orientações básicas no período da profilaxia é a utilização da camisinha com o parceiro. *“Negociar o preservativo com o parceiro, recusar o sexo inseguro ou exigir o uso de proteção são posições muito difíceis de serem assumidas pela maioria das mulheres, especialmente as que estão em relações estáveis. Podem inclusive, implicar na possibilidade de agressão física, na desconfiança e recriminação, no abandono e, conseqüentemente, na perda do sustento econômico e emocional. A situação se agrava quando as mulheres têm filhos”*(Barbosa, 1997:17).

“Poderiam pensar o quê? Ah! Ela fez um sexo por aí e pegou a doença, tá enganando né! Tá querendo culpar o doente dizendo que foi contaminada! Até o colega de trabalho mesmo, se não falam isso pensam né! Fica a mesma coisa por isso eu não falei”.

“A impressão é de que você está com a doença. Logo eu que a minha preocupação é toda com a minha família! Fiquei com receio de contato, né! Por isso não contei. Com as colegas de trabalho comentei as minhas sensações, do calor pelo meu corpo e elas começaram a me encarnar!”

V.6 Atendimento da equipe de plantão

A grande maioria das trabalhadoras mostrou-se abalada emocionalmente após o acidente e expressaram a necessidade de um suporte psicossocial no primeiro momento do atendimento. Consideraram que o atendimento é muito técnico e sem a preocupação com o “lado humano” do (a) profissional acidentado. O despreparo de alguns médicos (as) no atendimento foi apontado como mais um reforço ao sofrimento psíquico do (a) acidentado (a). Em alguns casos, estes (as) chegaram a levar “brincas” por não seguirem as normas de biossegurança, sendo culpabilizados (as) pelo acidente.

Difícilmente os (as) plantonistas contemplam a multiplicidade de fatores envolvidos no acidente como aqueles que envolvem o processo e a organização do trabalho hospitalar. O atendimento técnico acaba mascarando todas as expectativas, fantasias e ansiedades sofridas pelo (a) trabalhador (a) após o acidente. Entretanto, as subnotificações, muitas vezes, expressam uma estratégia de defesa coletiva das experiências citadas acima que reforçam o sentimento de angústia no (a) acidentado (a).

Em relação aos exames e seus resultados, algumas trabalhadoras sentiram-se discriminadas durante o atendimento após o acidente por serem funcionárias do hospital. Segundo seus relatos, o Banco de Sangue dá prioridade aos pacientes, em relação a realização dos exames, deixando os funcionários em segundo plano. Outras ficaram traumatizadas com o teste anti-HIV, que por si só já é um fator ansiogênico, pela demora no resultado ou sumiço do exame, reforçando o sentimento de descaso e revelando a precariedade do sistema público de saúde.

Como sugestões, as profissionais de saúde consideram importante a existência de uma equipe treinada e especializada no atendimento e acompanhamento psicossocial aos que sofrem o acidente. Sobre os resultados dos exames, acham que deveriam ser entregues com mais rapidez e de forma organizada. Reclamaram de um espaço e atenção maior aos (as) trabalhadores (as) no que concerne a sua identidade profissional e reconhecimento institucional. Nesse aspecto, o (a) profissional de saúde considera que ainda não tem o seu lugar de cidadão respeitado e valorizado em sua instituição. Sobre o tema da biossegurança reivindicam maiores informações e esclarecimentos.

“Fui bem orientada tecnicamente! Mas a outra parte psicologicamente foi zero, zero, zero. Nada. O ser humano não têm apoio nenhum!”

“No DIP foi ótimo, o médico de lá foi residente daqui, conhece o pessoal, já conhecia a gente, atendeu muito bem, fez aquele questionário, todas aquelas perguntas! Passou todas as orientações, o que era necessário”.

“...a gente ainda leva uma bronca porque não estava usando luva! Eu não tenho condições de fazer medicação, isso é subhumano! Não tem como fazer medicação com luva numa enfermaria de dezenove pacientes, ninguém faz! Ai você vai levar uma bronca porque tem que fazer com luvas!”

V.7 Associação do acidente com a AIDS

Todas as trabalhadoras associaram o acidente com a possibilidade de contaminação pelo vírus da AIDS. De acordo com elas, isso acontece porque a AIDS é mais perigosa que as hepatites, não têm cura e a medicação não resolve o problema, só adia o momento da morte. Acreditam que esses pensamentos ocorrem por causa da mídia que cria alarde em torno da AIDS. Após a contaminação imaginam que o paciente terá uma sobrevida sofrida e pouco tempo de vida. Consideram que para lidarem com a existência da AIDS, só mesmo através da religião. A religião é vista como um fator de proteção de todos os males que a AIDS pode causar. O vírus HIV carrega a morte anunciada e somente a religião pode protegê-las.

Em relação à biossegurança, as entrevistadas associaram a probabilidade de contaminação pelo vírus HIV à morte. A falta de informação sobre biossegurança também contribui para essas percepções.

As concepções sobre a AIDS que as profissionais de saúde possuem são muito semelhantes às da sociedade em geral, que ainda discrimina e contribui para a morte social dos (as) portadores ao vincular o vírus HIV com a “grande peste e as sujeiras do mundo” - as drogas, a promiscuidade e o homossexualismo. Nesse sentido, quando sofrem o acidente vivenciam todas essas discriminações existentes em si próprios, aumentando o sofrimento psíquico e a dificuldade de elaborarem e superarem essa fase.

“...Então é como se você estivesse no corredor da morte! Esperar a morte! A morte têm que ser uma coisa para mim inesperada! Agora você ficar contando os minutos, os dias será que é hoje ou amanhã...”

“Eu acho que isso vem da mídia que põe muito mais pavor no HIV, talvez por causa da promiscuidade, o tóxico, por alguma coisa nesse sentido e não dá ênfase nenhuma a Hepatite. Eles fazem propaganda, falam muito mais, botam um pavor, um cuidado muito maior”.

“Só mesmo Deus para dar graça, não deve ser mole não! A pessoa pode até tá saudável, portadora sã, mas só em saber que carrega o vírus, já é para acabar com a pessoa. Acho que para segurar mesmo só a nível espiritual “.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÃO

De acordo com os (as) profissionais de saúde entrevistados (a), não há informações suficientes sobre a Biossegurança no trabalho apesar da existência de um Programa de Prevenção e Assistência ao acidente com material biológico. Percebem este Programa ainda muito distante dos (as) trabalhadores (as) e reivindicam a aproximação deste aos locais de trabalho através, por exemplo, da produção e distribuição de prospectos e cartilhas.

“Falta informação, falta orientação aos terceirizados que são os menos orientados! Os acidentes têm relação com os fatores emocionais, estresse, cansaço, o nosso ambiente de trabalho e as nossas condições de trabalho! Eles deveriam estudar mais os lugares... Avaliar cada setor, os acontecimentos, por exemplo o nível de estresse do DIP, da Clínica Médica...etc.” (enfermeira)

No caso do atendimento oferecido aos (as) acidentados (as), esses são precisamente técnicos e distantes do lado humano não contemplando as necessidades, decisões e desejos – a experiência subjetiva dos (as) trabalhadores (as). Entretanto precisamos reconhecer todo o esforço dos serviços envolvidos no Programa de Biossegurança de oferecerem um atendimento integrado e de qualidade aos (as) trabalhadores (as). Esse esforço esbarra em diversos obstáculos institucionais, como a precarização do trabalho que se expressa através de um número reduzido de recursos humanos, materiais e infraestrutura. Outro aspecto importante são as resistências e dificuldades da gestão hospitalar de se engajarem nessa proposta, apesar da boa vontade de alguns setores ligados à direção do hospital. Questões políticas ligadas a poder e corporativismo existente em diversos serviços também foram verificadas como fonte de resistências ‘invisíveis’. Sobre esse tema perpassam a própria concepção, formação e história das instituições hospitalares caracterizada por uma estrutura verticalizada, hierarquizada e rígida que alimentam resistências as mudanças. Entretanto não podemos deixar de assinalar o esforço dos (as) profissionais de saúde na busca da horizontalidade, integração e participação por um novo modelo hospitalar. Todo esse movimento ainda é muito tímido, pois precisariam mexer com tradições e concepções profundamente arraigadas, apesar do HSE-RJ carregar em sua história características inovadoras e progressistas. A passagem de

uma ideologia de trabalho multidisciplinar e verticalizada para a interdisciplinariedade ou melhor ainda a transdisciplinariedade tem pouca probabilidade de ser desenvolvida entre os setores hospitalares, apesar do interesse de muitos trabalhadores (as). No caso do Programa de Biossegurança, acreditamos que a incorporação da interdisciplinariedade em sua rotina de trabalho facilitaria a inclusão da dimensão psicossocial na prevenção e assistência ao acidente com material biológico. Como extensão dessa proposta seria necessário incluir a participação dos (as) trabalhadores (as) de saúde no desenvolvimento dos projetos do Programa de Biossegurança no HSE-RJ.

“...Acho que cada membro da equipe, do setor, deve ser escutado para representar o Programa, são as pessoas que estão sujeitas a isso! Os representantes de cada categoria, para sabermos os medos de cada um, o grau de possibilidade de contaminação;...”(enfermeira)

O suporte oferecido pelo Programa de Biossegurança aos (as) acidentados (as) ainda é eminentemente clínico e o aspecto social resume-se a questões trabalhistas, como o registro da CAT. O Serviço de Psicologia da CST tem como uma das atividades básicas a utilização de uma metodologia de análise de acidentes denominada “árvore de causas”, onde a partir do acidente fazem as ramificações de tudo que levou aquele evento, no sentido de ver aonde podem “mexer naquela árvore” para que novos acidentes não aconteçam.

O atendimento as repercussões psicossociais do acidente não é uma prioridade, excetuando o caso de uma plantonista do serviço de DIP que demonstrou atenção a esses aspectos e o manejo dos mesmos no pronto-atendimento. Muitas vezes os atendimentos acontecem sem a privacidade e o tempo de escuta necessário para que haja uma boa resolutividade principalmente na fase de acompanhamento.

Ao nosso ver a equipe de plantão deve mostrar-se sensível às várias formas de comunicação do (a) profissional que sofre o acidente e com atenção e perspicácia procurar entender que a sua prescrição está integrada a um contexto que inclui a experiência subjetiva do (a) trabalhador (a) sobre esse acontecimento e suas conseqüências.

... “Os testes sorológicos têm de ser repetidos várias vezes. É comum que o profissional passe por situações de estresse. De acordo com os dados da secretaria municipal de Saúde/R.J, cerca de 70% dos acidentados tiveram de tomar medicamentos de combate ao HIV” (Raparinni, 1998).

Entretanto precisamos esclarecer o pioneirismo do Programa de Biossegurança deste hospital, cujos responsáveis perceberam a angústia dos (as) trabalhadores (as) após o acidente e reconhecendo sua deficiência em atender essa demanda, resolveu realizar uma pesquisa que avaliasse o impacto psicossocial dos (as) profissionais de saúde que sofrem acidente com material biológico. Essa pesquisa, da qual participei, se transformou em uma das etapas de minha dissertação de mestrado. Essa iniciativa foi da chefe do serviço de DIP que sempre se mostrou sensível a essas questões além de ser co-responsável pela implantação e estruturação do Programa de Biossegurança no HSE-RJ.

No que tange à vulnerabilidade do (a) trabalhador (a) ao acidente e à contaminação pelo HIV no hospital, observamos um processo dinâmico e complexo de múltiplos elementos envolvidos nas condições, organização e processo de trabalho hospitalar. Esses elementos vão desde a falta de materiais necessários para execução do trabalho, até os aspectos ligados a questões de gênero e da cultura hospitalar. A sobrecarga de trabalho no hospital é intensa, com condições de trabalho distantes das ideais e ainda assim os (as) trabalhadoras (as) precisam se preocupar em evitar a exposição ao vírus HIV.

No caso do sofrimento do (a) profissional de saúde (a) no ambiente hospitalar, percebemos alguns sistemas de defesa coletivos como a não utilização de EPI's e o recapeamento de agulha. Entretanto a afirmação da existência desses sistemas defensivos não são fáceis de serem defendidos já que as atitudes supracitadas ocorrem por diversos fatores. São motivadas pela falta ou inadequabilidade de EPI's, pelo ritmo de trabalho intenso e taylorizado que muitas vezes impede o (a) trabalhador (a) de pensar em se proteger e a precarização de trabalho. Muitas vezes o recapeamento de agulha ocorre para proteger a equipe de limpeza, já que na falta de caixas coletoras em alguns locais de trabalho, a única alternativa seria desprezá-la na lata de lixo. Outro aspecto importante dessa atitude está relacionada à cultura hospitalar, já que antes do advento da AIDS os (as) profissionais de saúde eram ensinados (as) a reencapar a agulha na sua formação.

Quanto aos fenômenos psicossomáticos pós-profilaxia, percebemos que muitas vezes eles ocorrem entre os (as) trabalhadores (as) de saúde e em outras concomitantes aos efeitos colaterais que são potencializados ou mesmo, desencadeados por uma situação afetiva insustentável. Os aspectos psicológicos e sócio-culturais associados à AIDS e às medicações anti-retrovirais fazem com que o (a) trabalhador (a) experimente um sofrimento psíquico intenso e de difícil elaboração, que acaba sendo descarregado no corpo.

A normalidade é freqüentemente conquistada através da somatização, para onde submerge uma parte do sofrimento que surge após o acidente. O acidente muitas vezes gera um impasse psíquico que é vivido como algo penoso. Um processo no qual um conflito que não consegue encontrar uma resolução mental, desencadeia, no corpo, desordens endócrino-metabólicas. O limiar de aceitação dos conflitos e tensão é específico para cada pessoa. Quando essa capacidade defensiva de elaboração do processo mental se esgota as cargas psíquicas transbordam desaguando no corpo (Dejours, 1988).

De acordo com Balint (1975), a droga mais freqüentemente utilizada na prática médica é a do (a) próprio (a) médico (a). No entanto fatores iatrogênicos podem ser desencadeados como, as condições de trabalho no local da consulta, a formação profissional e os perfis de personalidade dos protagonistas do encontro. Fantasias em relação ao (a) médico (a), ao medicamento e à própria evolução do tratamento podem contribuir para os efeitos colaterais.

A experiência subjetiva dos (as) trabalhadores (as) frente ao acidente também demonstrou está intrinsecamente associada às representações que eles (as) fazem da AIDS. Os (as) profissionais de saúde apresentam padrões morais e preconceitos semelhantes ao da sociedade em geral e esses são revividos no momento do acidente e período de tratamento. A não existência de cura da AIDS e a sua associação com a morte e a promiscuidade exacerbam o sentimento de impotência e sofrimento após o acidente. Vivem um sentimento intenso de vítimas psicossociais da AIDS no ambiente de trabalho pelo medo de contaminação. Apresentam ansiedade, depressão e medo da morte na expectativa do resultado do teste anti-HIV que necessitam repetir algumas vezes no período de seis meses quando o acidente é considerado de risco.

No campo social apareceu com freqüência o medo de discriminação no trabalho, na família e com o parceiro. No caso desse último o medo principal era da acusação de infidelidade pois muitos não acreditariam no risco de contaminação através de um “acidente com agulha”.

“As pessoas nunca vão acreditar que você se contaminou no serviço, essa eu acho que é a maior preocupação das pessoas que trabalham. Isso nós vemos no paciente HIV, é uma coisa muito sofrida, muito dolorida! Acho que teria medo desta discriminação” (médica plantonista).

A experiência subjetiva do (a) profissional acidentado (a) é carregada de todas as representações que ele (a) tem do vírus HIV e do que ele (a) imagina que é uma pessoa com AIDS.

Tanto no município do Rio de Janeiro quanto no HSE-RJ, a grande maioria dos acidentados (1997 e 1998) são constituídas de mulheres. Esse fato torna relevante a necessidade de um aprofundamento da discussão de gênero e acidente que não foi possível realizarmos. No entanto tivemos a oportunidade de apontarmos alguns aspectos importantes envolvidos nesse tema, como a jornada dupla de trabalho, a “feminização” do trabalho hospitalar, as dificuldades das trabalhadoras acidentadas em negociar o uso da camisinha com o parceiro e a suspeita de infidelidade quando necessitam utilizar as medicações anti-retrovirais.

As reações dos (as) trabalhadores (as) após o acidente também não passariam pelas relações de gênero?

No caso das subnotificações, observamos como um dos elementos propiciadores desse comportamento dos (as) trabalhadores (as) o pouco tempo de existência do Programa de Biossegurança no HSE-RJ. Esse fato pode ser constatado quando apuramos a incidência no ano de 1997, 53 acidentes, contra 161 acidentes no ano de 1998 período em que o Programa completava seu segundo ano de existência. As conseqüências psicossociais da comunicação do acidente também contribuem para subnotificação como a necessidade de realização do teste anti-HIV e o confronto com sua vida sexual passada, presente e futura, uso de medicações, medo de reações dos familiares, parceiro e colegas de trabalho e todo sofrimento psíquico envolvido nessas circunstâncias. Por fim, a discussão sobre a Biossegurança no Brasil ainda é muito recente e voltada

basicamente para as questões relacionadas aos Organismos Geneticamente Modificados (OGM's).

O processo de trabalho no HSE-RJ ainda é bastante taylorizado, fragmentando a relação entre o (a) profissional de saúde (a), o processo de tratamento e os resultados obtidos com o paciente. O trabalhador não detém o processo de trabalho e a fragmentação do trabalho resulta na intensificação do ritmo de atividades, favorecendo o aumento do controle sobre o desempenho de suas atividades. As exigências de trabalho decorrentes da organização hospitalar e a atividade que desenvolvem são fatores relevantes para a constituição dos perfis de saúde e doença dos coletivos de trabalho. As discrepâncias entre o trabalho prescrito e real demonstraram serem fatores agravantes da carga de trabalho. Os gerentes dos serviços do HSE-RJ tanto quanto o Programa de Biossegurança demonstraram gerar condições e metas de trabalho incompatíveis com as necessidade humanas de saúde e satisfação dos (as) trabalhadores (as). O Programa de Biossegurança ao cobrar dos (as) trabalhadores (as) as Normas de Precauções Universais, acabam reforçando as exigências dos gestores do HSE-RJ e em conseqüência contribuindo para um processo de adaptação desestruturante do (a) trabalhador (a) a curto, médio ou longo prazo. O Programa contribui para esta desadaptação, na medida em que utiliza o Manual de Biossegurança do CNDST/AIDS como uma prescrição voltada basicamente para as normas de conduta individual e na utilização correta de EPI's e EPC's, individualizando a análise do acidente. Nesse contexto, todo o trabalho acaba girando em torno da conscientização dos (as) trabalhadores (as) para evitar o "ato inseguro". Essa política de biossegurança perpetua a "teoria da culpa" implícita nas análises de riscos desenvolvidas pela Medicina do Trabalho. Não é coincidência que muitos dos (as) trabalhadores (as) acabam introjetando essa ideologia ao associarem o acidente com a "falta de atenção sua ou do colega" ou a "negligência no trabalho". Essas reações e percepções dos (as) trabalhadores (as) confirmam a eficácia da produção da subjetividade do "ato inseguro" gerado pelo modelo supracitado, ainda hoje vigente nos hospitais brasileiros.

Um grande número de tecnologias hospitalares envolvem maiores riscos para a saúde e concentram energias e materiais que o (a) trabalhador (a) está despreparado para enfrentar. Tornam maiores as exigências de concentração mental tornando o trabalho mais intenso e complexo.

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

“...ao invés de você atender um você tem que atender três pacientes no mesmo espaço de tempo. Você não pode ter uma qualidade boa, prestar muita atenção porque você está num nível de estresse maior, físico também. ...você cansa muito fisicamente, é um período que você anda muito, fica muito em pé, e tem que tá toda hora atento a tudo”. (auxiliar de enfermagem)

A dinâmica e a complexidade do acidente e a experiência subjetiva dos (as) trabalhadores (as) envolvidos (as) nesse evento revelam a interação entre cargas de diferentes grupos. Essas cargas devem ser analisadas em seu conjunto e no marco da lógica global do processo de trabalho. São a expressão da multiplicidade de um campo de forças interdependentes.

Dentro dessa perspectiva esse campo de forças envolve as condições adversas de trabalho, excesso de trabalho, ter que atender os pacientes rapidamente e a falta de recursos humanos necessários, riscos concretos de contaminação, fadiga, múltiplos empregos, falta de esclarecimento sobre biossegurança e o estresse que servem para aumentar a vulnerabilidade do (a) trabalhador (a) ao acidente e ao vírus HIV no ambiente hospitalar.

Após nossa experiência com essa pesquisa, consideramos que as vivências subjetivas do (a) profissional de saúde sobre o acidente devem ser o foco de atenção principal, a qual revela sua dimensão psicossocial. No centro da relação de saúde e trabalho a vivência do (a) trabalhador (a) ocupa um lugar particular.

Destacamos dentre as estratégias de prevenção e assistência aos acidentes com material biológico a ação dos (as) trabalhadores (as) de saúde organizados (as) para que os recursos disponíveis para o controle do acidente sejam justos e efetivamente explorados. Acreditamos que o Programa de Biossegurança no hospital deva privilegiar a experiência subjetiva dos (as) trabalhadores (as) sobre o acidente de trabalho, suas repercussões psicossociais, a percepção sobre a atividade que desenvolvem, bem como o ambiente de trabalho em geral.

Por fim, somado às questões já colocadas, uma das principais funções desse Programa deve ser acolher e propiciar espaços para o resgate e desenvolvimento de “regras de ofício” pelos (as) trabalhadores (as). Reconhecer e incentivar a inteligência astuciosa, pois essa funciona para o (a) trabalhador (a) como princípios reguladores para a ação e gestão das dificuldades pelas necessidades do trabalho, tornando-os mais eficazes a fim de atingir o prazer e não somente a atenuação do sofrimento. Contribui para transformar o sofrimento patogênico em criatividade, contribuindo e beneficiando para a construção da identidade do (a) trabalhador (a), aumentando a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática.

“As pessoas que trabalham no posto de enfermagem, a maioria, trabalha em dois ou três lugares! Então quando falta aqui, você traz um pouquinho dos outros lugares! Luvas, algodão, traz alguma coisa! A gente sabe que tem que usar, vai ficar como? A gente tem que dar um jeitinho. Muitas vezes quando não aparece, alguns compram!” (auxiliar de enfermagem)

O trabalho pode funcionar como mediador para a saúde. Ao contrário, quando não há nada, somente pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência, temos o sofrimento patogênico no trabalho (Dejours, 1988;1997).

Estudos sobre saúde e trabalho em hospital, a despeito de alguns trabalhos importantes (Pitta, 1989; Rego, 1993; Silva, 1994; Lopes, 1996; Tarso, 1998) ainda são muito recentes e pontuais. A visão da Medicina do Trabalho ainda é predominante nas análises dos acidentes em hospitais, individualizando-os e prevalecendo a concepção de “ato inseguro”. O campo da Biossegurança Hospitalar é muito novo no Brasil, principalmente se considerarmos a incorporação da dimensão psicossocial como mais um aspecto operante neste campo.

Parece não haver uma cultura entre os (as) trabalhadores (as), de reação ou mobilização para modificação das forças que geram o acidente. Não há ainda uma preocupação e investimento das chefias, organizações hospitalares e sindicatos em aprofundarem a discussão sobre esse tema, as reações ainda são muito individualizadas. Um dos grandes problemas é que há uma grande distância entre o conhecimento gerado e o conhecimento incorporado entre os (as) trabalhadores (as). Isso justifica a necessidade de maior difusão de conhecimento e formação de trabalhadores (as) na área de Biossegurança Hospitalar.

BIBLIOGRAFIA

ABIA & HEALTHLINK WORLDWIDE., 1997. O HIV e seu impacto sobre os profissionais de saúde In: Boletim Internacional sobre prevenção e assistência à AIDS. ABIA:Rio de Janeiro (38).

ANTUNES, R., 1995. Fordismo, Toyotismo e Acumulação Flexível In: Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. ed. Cortez:São Paulo.

ATHAYDE, M.R.C., 1996. Gestão de Coletivos de Trabalho e Modernidade. Questões para a Engenharia de Produção. Tese de Doutorado, COPPE/UFRJ:Rio de Janeiro, pp.54-57.

ÁVILA, L.A., 1997. A Alma, o corpo e a Psicanálise In: Psicologia – Ciência e Profissão, ed. CFP:Brasília, 17 (3): 35-39.

AYRES, J.R.C.M. et al., 1997. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção In: Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS, II Seminário, ABIA:Rio de Janeiro.

BALINT, M., 1975. O Médico, seu Paciente e a Doença, ed. Atheneu::Rio de Janeiro.

BARBOSA, R.H.S., 1999. AIDS, Gênero e Maternidade. Projeto de Tese de Doutorado, ENSP/FIOCRUZ:Rio de Janeiro.

BAREMBLIT, G., 1995. Roteiro para uma Intervenção Institucional Padrão, ed. Rosa dos Ventos:Rio de Janeiro, pp.101-119.

BRAVERMAN, H., 1974. Trabalho e Capital Monopolista: A degradação do Trabalho no Século XX, Zahar:Rio de Janeiro.

BRITO, J.C. & PORTO, M.F., 1992. Processo de Trabalho, Riscos e Cargas à Saúde. mimeo, Rio de Janeiro.

BRITO, J.C. et al., 1998. Saúde e Trabalho na Escola. Textos apresentados na I Oficina Saúde e Trabalho nas Escolas Públicas, CESTE/ENSP/FIOCRUZ:Rio de Janeiro.

CAMARGO JR, K.R., 1995. A Construção da AIDS In: AIDS, Medicina e Biotecnologia (org. CZERESNIA, D. et al.) HUCITEC-ABRASCO:São Paulo-Rio de Janeiro.

CANGUILHEM, G.O., 1995. Normal e o Patológico, Forense Universitária:Rio de Janeiro.

CAPISANO, H.F., 1997. Somatização Crônica In: Revista Brasileira de Medicina Psicossomática, ecn:Rio de Janeiro, 1(2).

CARRARA, S., 1996. A AIDS e a história das doenças venéreas no Brasil, IMS/ UERJ: Rio de Janeiro, mimeo.

CDC (Center for Disease Control and Prevention), 1987. Recommendations for prevention of HIV transmissionn health care settings. MMWR, 36 (SUPPL.2):51.

___,1988.Update universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus and other bloodborne pathogens in health care setting. MMWR,37:377-382, 87-88.

___,1991.Update: Transmission of HIV during dental procedures. MMWR; 40:377-81.

___,1993.NIH. Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories 3 rd edition.

___,1995.Case-control study of HIV seroconversion in health-care Worker percutaneous exposure to HIV-infected blood – France, United Kingdom and United States. January 1988 – august 1994 MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 44:929-33.

___,1996.Update: Provisional Public Health Services Recomendations for Chemoprophylaxis after Occupational Exposure to HIV. MMWR; 45: 468-72.

___,1998. Public Health Service Guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR 47(RR-7)1-33.

CHAVES, S. et al., 1999. Experiência de 16 meses de atendimento integrado a profissionais de saúde que sofreram exposição a fluidos biológicos num hospital geral, XV Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho, abstract, São Paulo.

COLLON, A., 1995. A Etnometodologia. ed. Vozes:Rio de Janeiro.

CNDST/AIDS., 1989. Normas de Biossegurança - AIDS O Desafio é Nosso, vídeo, Ministério da Saúde:Brasília.

___, **1996.** Boletim Epidemiológico sobre AIDS, Ministério da Saúde:Brasília, (março/maio):IX(2).

___, **1997.** Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico, Ministério da Saúde:Brasília.

___, **1997.** A Epidemia da AIDS no Brasil – Situações e Tendências, Ministério da Saúde:Brasília.

___, **1997/1998.** Boletim Epidemiológico sobre AIDS, Ministério da Saúde:Brasília, XI(01).

___, **1998.** Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico, Ministério da Saúde:Brasília.

___, **1998.** AIDS no Brasil - Um Esforço Conjunto Governo e Sociedade, Ministério da Saúde:Brasília.

___, **1999.** Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico, Ministério da Saúde:Brasília.

CORRÊA, O., 1992. Somatização, Histeria e Hipocondria In: Psicossomática Hoje (Org. MELLO FILHO, J.), ed. Artes Médicas:Rio de Janeiro.

CRU, D. & DEJOURS, C., 1987. Saberes de Prudência nas Profissões da Construção Civil In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, (jul./ Ago./ Set): 15(59):30-34.

___, **1987.** Plaisir et souffrance dans le travail. Séminaire Interdisciplinaire de Psychopathologie du Travail. Paris; AOCIP, Tome I:43-49.

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

DEJOURS, C., 1988. A loucura do Trabalho: Estudo da psicologia do Trabalho, 3a.edição, Oboré:São Paulo.

___, **1993.** Normalidade, Trabalho e Cidadania - Três aspectos presentes no novo conceito de saúde discutido por Christophe Dejours, pp.13-17, Cadernos CRP-06:São Paulo.

___, **1993.** Por Um Trabalho, Fator de Equilíbrio In Revista de Administração de Empresa, pp.98-104, São Paulo.

___, **1994.** A Psicodinâmica do Trabalho - Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho, ed.Atlas:São Paulo.

___, **1997.** O Fator Humano, ed. Fundação Getúlio Vargas: Rio de Janeiro.

DUARTE, F.J.C.M. et al., 1994. Análise Ergonômica do Trabalho e a Determinação de Efetivos: Estudo da Modernização Tecnológica numa Refinaria de Petróleo no Brasil, Tese de Doutorado, cidade: faculdade:Universidade.

FLEURY, A.C. & VARGAS, N., 1994. Aspectos Conceituais da Organização do Trabalho. A obra de Taylor e a Administração Científica do Trabalho e a obra de Ford e a linha de Montagem In: A Organização do Trabalho, Edições Loyola:São Paulo.

FOUCAULT, M., 1977. O Nascimento da Clínica, Forense-Universitária:Rio de Janeiro.

___, **1982.** O nascimento da Medicina Social In: Microfísica do Poder, Cap. V, Graal:Rio de Janeiro.

GAMA, A. S., 1997. Gênero e AIDS: Um Estudo dos Aspectos Sócio-Culturais e Geracionais da sexualidade Feminina em camadas de Baixa Renda, Dissertação de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ.

GIFFIN, K.M. & LOWNDES, C.M., 1998. “Gender, Sexuality and the Prevention of Sexually Transmissible Diseases: a brazilian study of clinical practice”. *Social Sciences and Medicine*, 48 (3): 283-292.

GOMEZ, C.M. & MACHADO, J.M.H., 1995. Acidentes de Trabalho: Concepções e dados In: *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80* (Minayo, M. C. S., org.), Hucitec/Abrasco:São Paulo/Rio de Janeiro.

GOMEZ, C.M & THEDIM-COSTA, S.M.F. 1997. A construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percursos e dilemas. In: *Cadernos de Saúde Pública - Novas Perspectivas em Saúde do Trabalhador*, Fiocruz:Rio de Janeiro, 13(Supl.2): 21-32.

GRANATO, C., 1997. Transmissão de HIV para Profissionais de Saúde: Prevenção Medicamentosa In: *Revista de Medicina - Conselho federal de Medicina:Rio de Janeiro*, X(88): 12.

GUATTARI, F., 1990. *As Três Ecologias*, Ed. Campinas & Papyrus:São Paulo.

___, 1997. Fundamentos Ético-Políticos da Interdisciplinariedade In: *Revista Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro, 108: 19-26.

HARVEY, D., 1994. Do Fordismo à Acumulação Flexível In: *Condição Pós-Moderna*. Edições Loyola:São Paulo.

HSE-R.J., 1997. *Boletim Epidemiológico*, ano X N.o 18 - 2o.semestre, Rio de Janeiro.

___, 1998. *Boletim Epidemiológico*, ano XI - No.19 - 1o. semestre, Rio de Janeiro.

___, 1998. *Boletim Epidemiológico*, ano XI - No.20 - 2o. semestre, Rio de Janeiro.

HULAK, S., 1997. Ética no relacionamento da equipe de saúde In: *Revista Brasileira de Psicossomática*, Vol.1, No.1, ecn:Rio de janeiro.

LACAZ, F.A.C., 1996. Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva:Campinas.

___, 1997. Saúde dos Trabalhadores: Cenários e Desafios In: Cadernos de Saúde pública, Fiocruz:Rio de Janeiro, 13 (Supl.2).

LAURELL, A.C., 1981. Processo de Trabalho e Saúde In: Revista Saúde em Debate. Ed. Muro:Rio de Janeiro, (11).

___, 1987. O estudo do Processo de Trabalho e Saúde: análise crítica de quatro propostas metodológicas, In: Processo de Produção e Saúde, Hucitec, São Paulo.

LAURELL, A.C & NORIEGA, M., 1989. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. Hucitec, São Paulo.

LEI No. 8080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde.

LIMA, M.E.A., 1998. A Psicopatologia do Trabalho - Origens e desenvolvimentos recentes na França In: Psicologia - Ciência e Profissão, ed. Conselho Federal de Psicologia:Brasília, 18(2).

LOPES, M.J.M., 1996. O Sexo no hospital In Gênero & Saúde (org. LOPES, M. J. M., MEYER, D.E.& WALDOW, V.R.), Ed. Artes médicas:Porto Alegre.

LOURAU, L. A,1975. Análise Institucional, ed. Vozes:Petrópolis.

___,1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa In: René Lourau na UERJ, Ed. UERJ:Rio de Janeiro.

LUZ, M.T., 1988. Natural, Racional e Social: razão médica e racionalidade científica moderna, ed. Campus:Rio de Janeiro.

MACHADO, J.M.H., 1997. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador In: Cadernos de Saúde pública, Fiocruz:Rio de Janeiro, 13(Supl.2).

MACHADO, R., 1982. Ciência e Saber: Uma Arqueologia do olhar, Cap.2, Graal:Rio de Janeiro.

MACHADO, A.C.S., CRUZ FILHO. D.D. & AGUIAR, W.M., 1997. Indústrias – Divisão de Trabalho e Saúde Mental In: Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, ecn:Rio de Janeiro, (Agost.): 1(2).

MACHADO, J.M.H., 1997. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador In: Cadernos de Saúde Pública, Fiocruz:Rio de Janeiro, 13(Supl.2).

MALBERGIER, A. et al., 1997. Os médicos diante do paciente com AIDS: atitudes, preconceitos e dificuldades In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, ecn:Rio de Janeiro, 46(5).

MANN, J., TARANTOLA, D.J.N. & NETTER, T.W., 1993. Como Avaliar a Vulnerabilidade à Infecção pelo HIV e AIDS In: A AIDS no Mundo (org. PARKER, R., GALVÃO, J. & PEDROSA, J. S.), ed. Relume-Dumará: ABIA:IMS/UERJ:Rio de Janeiro.

MARINHO, C.L.C., 1997. Aspectos de Biossegurança na Pesquisa e Produção Biotecnológica: Riscos e sua Percepção. Tese de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

MARX, K. A, 1980. Mercadoria, In: O Capital, Civilização Brasileira:Rio de Janeiro, Livro I:1(Cap.I).

___, **1980.** Processo de trabalho e Processo de Produzir mais-valia In: O Capital, Civilização Brasileira:Rio de Janeiro, Livro I: I (Cap.V).

___, **1983.** Introdução à Crítica da Economia Política. A Introdução (produção, consumo, distribuição, troca), In: Contribuição à Crítica da Economia Política. Ed. Martins Fontes:São Paulo.

___, **1983.** A produção de mais-valia absoluta. Processo de Trabalho e Processo de Valorização In: O Capital, Ed. Abril Cultural:São Paulo, Livro I: III(Cap.V).

____, 1983. A produção de mais-valia relativa In: O Capital , ed. Abril Cultural:São Paulo, Livro I: IV(Cap.X).

____,1989. A Origem do Capital - A Acumulação Primitiva, 6a.edição, Coleção Bases 3: São Paulo.

Mc DOUGALL, J., 1991. Teatros do Corpo – O Psicossoma em Psicanálise, ed. Martins fontes:São Paulo.

MELLO FILHO, J. et al., 1992. Psicossomática Hoje, ed. Artes Médicas:Rio de Janeiro.

MENDES, E.V., 1993. O Processo de Construção do Sistema Único de Saúde: Reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária In: Planejando a Saúde no Município – Proposta metodológica para capacitação, Fundação Nacional de Saúde: Brasília.

MENDES, R. & DIAS, E.C., 1991. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. Revista de Saúde Pública, São Paulo.

MINAYO, C.S., 1994. O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde, Hucitec-Abrasco:São Paulo- Rio de Janeiro.

MONETTI, D.H., 1999. Medo no trabalho – Fator psicológico potencializa o risco In: Revista Fundacentro, Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e medicina do Trabalho:São Paulo, III(11).

MONTAGNIER, L. et al., 1983. Isolation of a Lymphotropic retrovirus from a patient a risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS), Science, 220: 868-870.

MORÍNIGO, F.C., 1997. A inquietude do trabalho médico – 50 anos do HSE, AACEA, HSE:Rio de Janeiro.

- NEISSON-VERNAT, C. et al., 1986.** Needlestick HIV seroconversion in a nurse. Lancet (2): 814.
- NORIEGA, M., 1993.** Organización Laboral, exigencias y enfermedad In: Para la Investigación de la Salud de los Trabajadores (Laurell, A.C. org.), pp.167-188, Organización Panamericana de la Salud. Série Paltex, Salud y Sociedad 2000, No.3, Washington.
- NUNES, E.D., 1980.** Medicina Social: “origens e desenvolvimento” In: Revista de Cultura Vozes, (3).
- ODONNE, I.; MARRI, G. & GLÓRIA, E., 1986.** Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde, ed. Hucitec:São Paulo.
- ODA, L.M. et al., 1998.** AIDS como doença ocupacional In: Biossegurança - Uma Abordagem Multidisciplinar (org. Valle, S. & Teixeira, P.), pp.239-256, Fiocruz: reimpressão:Rio de Janeiro.
- ___, 1998.** Manual para Identificação da percepção dos riscos em Laboratórios de saúde Pública, Ministério da Saúde:Brasília.
- OKSENHENDLER, E. et al., 1986.** HIV infection with seroconversion after a superficial needlestick injury to the finger. New Eng J Med, (315): 582.
- OLIVEIRA, J. (org.), 1988.** Constituição Federal, Título VIII, Capítulo II, Seção II, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde.
- ONU, 1992.** Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, Rio de Janeiro.
- OPAS, OEA, PNUD, PNUMA, BID & Banco Mundial., 1995.** Américas en Armonía - La salud y el Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible. Washington.
- PITTA, A.M.F., 1989.** Trabalho Hospitalar e Sofrimento Psíquico, Tese de Doutorado, USP:São Paulo.

PONTES, J.F. et al., 1986. Apostila do Curso de Medicina Psicossomática, IBEPEGE:São Paulo.

RAPPARINI, C., 1998. Acidentes ocupacionais por material biológico In Saúde Em foco, ano VII, No. 17, Secretaria de Saúde:Rio de Janeiro.

REGO, M.P., 1993. Trabalho Hospitalar e Saúde Mental - O Caso de um hospital Geral e Público no Município do Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, IMS/UERJ:Rio de Janeiro.

ROCHA, G., 1997. Medicina do Trabalho - Operárias “diagnosticam e tratam doenças” In: Prodoctor Digest, edição 13, Ano 3, No.5, ed. Aché Laboratórios farmacêuticos:Brasília.

ROSEN, G., 1983. A Evolução da Medicina Social em Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos, ed. Global:São Paulo.

SELIGMANN, E., 1994. Desgaste Mental no Trabalho Dominado, ed.UFRJ & Cortez: Rio de Janeiro.

SILVA, C.O., 1994. Curar Adoecendo - Um Estudo do Processo de Trabalho Hospitalar em Busca da Saúde da Inventividade e da Vida, Dissertação de Mestrado, CESTE/ENSP/FIOCRUZ:Rio de Janeiro.

___,1998. Trabalho e Subjetividade no Hospital Geral In: Psicologia - Ciência e Profissão, Ed. Conselho Federal de Psicologia:Brasília, 18(2).

SILVA FILHO, J.F. & JARDIM, S. orgs., 1997. A Danação do Trabalho - Organização do Trabalho e Sofrimento Psíquico, Te Corá:Rio de Janeiro.

SILVA, M.L., 1991. A comunicação como processo interativo do relacionamento terapêutico enfermeiro - cliente In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, ecn:Rio de Janeiro, 40(7).

SILVA, M.G.R., 1976. Prática Médica: Dominação e submissão - Uma Análise Institucional. Zahar editores:Rio de Janeiro.

SILVA, M.V., 1997. Trabalho, HIV e Profissionais de Saúde. In: Boletim Internacional sobre prevenção e assistência à AIDS, ABIA:Rio de Janeiro, (18).

SOUGEY, E.B. & CARVALHO, T.F.R., 1997. Iatrogenia dos medicamentos. In: Revista Brasileira de Medicina Psicossomática, ecn:Rio de Janeiro, 1(2).

STARLING, P., SENNA, A.L., TERRA, G.M.F., MENEZES, J., 1998. Psychosocial impact of occupational exposures on health care workers in a general hospital, Ed. Monduzzi:Bologna:Italy.

STARLING, P., 1994. A AIDS no contexto biopsicossocial In: Boletim de Psicossomática, Vol. 1, Instituto de Medicina Psicossomática:Rio de Janeiro.

___, **1995.** O poder psicológico x A compreensão Biopsicossocial In: Boletim de Psicossomática, Vol. 2, Instituto de Medicina Psicossomática:Rio de Janeiro.

___, **1997.** Identidade e comportamento sexual numa coorte de homens que fazem sexo com homens (“Projeto Rio”) - V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Abstract, Águas de Lindóia /São Paulo.

___, **1997.** Impacto Psicossocial nos Profissionais de Saúde que lidam diretamente com os pacientes HIV/AIDS - V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Abstract, Águas de Lindóia:São Paulo.

TAMBELLINI, A.T. et al., 1986. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: Análises e Perspectivas, CESTEHE /ENSP:Rio de Janeiro, Mimeo.

TARSO, P., 1998. O Sofrimento Psíquico e o Trabalho Hospitalar: um estudo de caso realizado em um hospital Público no Pará, Dissertação de Mestrado, CESTEHE/ENSP/FIOCRUZ:Rio de Janeiro.

VALLE, S. & TEIXEIRA, P. (org.), 1998. Biossegurança – Uma Abordagem Multidisciplinar, Fiocruz:reimpressão:Rio de Janeiro.

VIDAL, M.C., 1995. Conceitos Básicos para uma Engenharia do Trabalho, ou seja, uma Ergonomia Contemporânea, Grupo de Engenharia do Trabalho e Ergonomia, COPPE/UFRJ:Rio de Janeiro.

VILLELA, W., 1998. Vulnerabilidad de las mujeres respecto del VIH In: Gómes. A (org.) Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Um enfoque desde los derechos humanos. Cuadernos Mujer y Salud/RSMLAC, (3): 92-97.

WHO., 1972. International Drug Monitoring – The Role of National Centres. Technical Report: Geneva, Series(498).

___, 1995. Prevention, HIV and transmission in health facilities.

WUNSCH, V., BETTINI, M.M. & CARMO, J.C., 1992. Vigilância em Saúde do Trabalhador. São Paulo, mimeo.

ANEXOS

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:
(Primeira etapa da pesquisa)

Diante do número crescente de profissionais de saúde que sofrem algum tipo de exposição ocupacional a fluidos biológicos, resolvemos realizar uma pesquisa com o intuito de avaliarmos o impacto psicossocial que estes profissionais sofrem ao passarem por este tipo de experiência, a fim de podermos lhes oferecer maior assistência e prevenção no ambiente de trabalho.

Utilizaremos um questionário anônimo e sigiloso em que o profissional de saúde não será identificado. Este questionário visa colher informações gerais e específicas sobre os aspectos psico-emocionais e sócio-culturais relativos a biossegurança e exposição ocupacional ao vírus HIV.

página 2

I

IDENTIFICAÇÃO

(1) Idade:

(2) Sexo : masculino feminino (3) Estado civil: solteiro casado outro:
(qual?.....)(4) Religião: não sim qual?.....

(5) Cargo que ocupa (não é necessário responder a este item se você não quiser):

médico (a) enfermeiro (a) auxiliar de enfermagem outro

se outro, qual?

(6) Tempo de profissão na área de saúde: no HSE:.....

(7) Área de atuação (serviço ou setor):

Há quanto tempo?.....

(8) Porque está neste serviço/setor? Opção transferência outro (qual?)

.....

(9) Teria interesse em mudar de serviço/setor? sim não

Para onde?

Por quê?.....

(10) Trabalha em outra área/especialidade/ unidade de saúde? sim não

qual?.....

ATITUDES E CONHECIMENTOS RELACIONADOS AO VIRUS HIV

(11) Tem algum contato - convivência - com pessoas portadoras do vírus HIV fora do local de trabalho (amigos, parentes, vizinhos)? Sim não

(12) Você se considera vulnerável ao HIV? (isto é, você acha que poderia contrair o vírus?)

no trabalho? sim não

fora do trabalho? sim não

(13) O que você faria se você soubesse que um colega do seu setor é soropositivo?

.....
.....

(14) Marque sim (1), não (2), às vezes (3) ou não sei (4) :

a () A AIDS mudou a conduta sexual da maioria das pessoas

b () Pessoas com DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) ou HIV deveriam informar seus parceiros de sua condição

c () Reconhecer os próprios medos, mitos ou preconceitos relacionados à sexualidade é fundamental para se prevenir contra DSTs e HIV

d () Recusar aos soropositivos um emprego, um alojamento, uma assistência ou privá-los disso deve ser considerado discriminatório

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A FLUIDOS BIOLÓGICOS COM RISCO POTENCIAL:

(15) Você já tinha feito o teste anti-HIV antes de sofrer exposição ocupacional no seu local de trabalho? Sim não

Por quê?.....

(16) Responda concordo (1) discordo (2) tenho dúvidas (3) :

a () O hospital não oferece condições básicas de proteção aos profissionais de saúde no exercício de sua profissão

b () A proteção a exposições ao sangue é uma medida importante para evitar a infecção pelo vírus HIV

c () O tratamento adequado pós-exposição a sangue ou fluidos biológicos é um elemento importante para a segurança no local de trabalho

d () Medicamentos como o AZT e outros, usados após um acidente profissional, podem reduzir o risco de transmissão do vírus HIV

e () Nas doses atualmente usadas, estes medicamentos são geralmente bem tolerados pelos profissionais de saúde

f () Os medicamentos contra o HIV, no caso de um acidente de risco -fonte positiva- deveriam ser usados por quatro semanas.

g () O uso de AZT após acidentes profissionais mostrou reduzir em 80% a chance de soroconversão para o HIV

h () Às vezes, a falta de material disponível faz com que ocorram acidentes durante o exercício de nossa profissão

i () O cartaz com o “boneco” correndo dá a impressão aos profissionais de saúde de que, se não houver extrema rapidez no atendimento, não haverá mais chance de evitar a contaminação

j () Grande parte dos profissionais de saúde se preocupam com a exposição profissional mas, por outro lado, poucos se protegem

EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE À EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO

B -1 Você poderia descrever o acidente que você sofreu? Como aconteceu e principalmente a que você atribui a ocorrência do acidente?

B - 2 Comente sobre suas condições de trabalho no HSE e em outra Instituição (no caso de ter outro emprego).

- (a) durante os plantões
- (b) com a equipe
- (c) com a chefia
- (d) ambiente
- (e) salário
- (f) condições de Biossegurança
- (g) diversos trabalhos (se este for seu caso)

B - 3 Quais foram as repercussões do acidente na sua vida profissional, pessoal, familiar, social? Alguma coisa mudou em você? A curto, a médio, a longo prazo?

B - 4 Depois do acidente houve mudanças relativas:

- (a) ao uso de EPIs
- (b) ao contato com os pacientes (medos e ansiedades durante os contatos com os pacientes e durante os procedimentos invasivos)
- (c) à equipe em relação ao uso de técnicas de biossegurança
- (d) à possibilidade de contaminação no trabalho (ficou com medo)
- (e) à percepção das condições de trabalho

B - 5 Quando o acidente foi considerado de risco, como foi ter que tomar a medicação? Houve alguma mudança em seu organismo? Quais foram seus sentimentos? Houve repercussões no seu relacionamento com seus familiares, parceiros (as), amigos, colegas de trabalho...?

B - 6 Como foi o atendimento pela equipe de plantão?
Considerou que foi bem atendido? Saiu esclarecido sobre as condutas a serem tomadas?
Sentiu-se acolhido (a) pela equipe? Acha que deveriam mudar ou acrescentar alguma coisa para que o profissional se sinta melhor atendido?

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:
(Segunda etapa da pesquisa)

Diante do número crescente de profissionais de saúde que sofrem algum tipo de exposição ocupacional a fluidos biológicos, resolvemos realizar uma pesquisa com o intuito de avaliarmos o impacto psicossocial que estes profissionais sofrem ao passarem por este tipo de experiência, a fim de podermos lhes oferecer maior assistência e prevenção no ambiente de trabalho.

Utilizaremos um questionário anônimo e sigiloso em que o profissional de saúde não será identificado. Este questionário visa colher informações gerais e específicas sobre os aspectos psico-emocionais e sócio-culturais relativos a biossegurança e exposição ocupacional ao vírus HIV.

página 2

I

IDENTIFICAÇÃO

(1) Idade:

(2) Sexo : masculino feminino (3) Estado civil: solteiro casado outro:
(qual?.....)(4) Religião: não sim qual?.....(5) Cargo que ocupa (não é necessário responder a este item se você não quiser):
médico(a) enfermeiro(a) auxiliar de enfermagem outro
se outro, qual?

(6) Tempo de profissão na área de saúde: no HSE:.....

(7) Área de atuação (serviço ou setor):
Há quanto tempo?.....(8) Porque está neste serviço/setor? Opção transferência outro (qual?)
.....(9) Teria interesse em mudar de serviço/setor? Sim não
Para onde?
Porquê?.....(10) Trabalha em outra área/especialidade/ unidade de saúde? Sim não
qual?.....

página 3

I

ATITUDES E CONHECIMENTOS RELACIONADOS AO VIRUS HIV

(11) Tem algum contato - convivência - com pessoas portadoras do vírus HIV fora do local de trabalho (amigos, parentes, vizinhos)? Sim não

(12) Você se considera vulnerável ao HIV? (isto é, você acha que poderia contrair o vírus?)

no trabalho? sim não
fora do trabalho? sim () não ()

(13) O que você faria se você soubesse que um colega do seu setor é soropositivo?

.....
.....

(14) Marque sim (1), não (2), às vezes (3) ou não sei (4) :

a () A AIDS mudou a conduta sexual da maioria das pessoas

b () Pessoas com DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) ou HIV deveriam informar seus parceiros de sua condição

c () Reconhecer os próprios medos, mitos ou preconceitos relacionados à sexualidade é fundamental para se prevenir contra DSTs e HIV

d () Recusar aos soropositivos um emprego, um alojamento, uma assistência ou privá-los disso deve ser considerado discriminatório

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A FLUIDOS BIOLÓGICOS COM RISCO POTENCIAL:

(15) Você já tinha feito o teste anti-HIV antes de sofrer exposição ocupacional no seu local de trabalho? Sim Não

porquê?.....

(16) Você já teve algum tipo de hepatite? Sim () Não ()

por quê?.....

página 4

I

(17) Já tomou a vacina contra hepatite B? Sim () Não ()

Por quê?.....

(18) Responda concordo (1) discordo (2) tenho dúvidas (3) :

a () O hospital não oferece condições básicas de proteção aos profissionais de saúde no exercício de sua profissão

b () a proteção a exposições ao sangue é uma medida importante para evitar a infecção pelo vírus HIV

c () O tratamento adequado pós-exposição a sangue ou fluidos biológicos é um elemento importante para a segurança no local de trabalho

d () Medicamentos como o AZT e outros, usados após um acidente profissional, podem reduzir o risco de transmissão do vírus HIV

e () Nas doses atualmente usadas, estes medicamentos são geralmente bem tolerados pelos profissionais de saúde

f () Os medicamentos contra o HIV, no caso de um acidente de risco -fonte positiva- deveriam ser usados por quatro semanas.

g () O uso de AZT após acidentes profissionais mostrou reduzir em 80% a chance de soroconversão para o HIV

h () A aplicação da imunoglobulina hiperimune (HBIG) seguida de vacinação de três doses conforme o esquema determinado pelo fabricante, é um tratamento eficaz como profilaxia pós-exposição ao vírus da hepatite B.

i () A infecção pelo HBV é um fator de maior risco ocupacional na área de saúde, contudo, é um dos poucos que podem ser prevenidos e controlados através de vacinas seguras e eficazes.

j () Às vezes, a falta de material disponível faz com que ocorram acidentes durante o exercício de nossa profissão

k () O cartaz com o “boneco” correndo dá a impressão aos profissionais de saúde de que, se não houver extrema rapidez no atendimento, não haverá mais chance de evitar a contaminação

l () grande parte dos profissionais de saúde se preocupam com a exposição profissional mas, por outro lado, poucos se protegem

página 5

I

EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE À EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO

B - 1 Você poderia descrever o acidente que você sofreu? Como aconteceu e principalmente a que você atribui a ocorrência do acidente?

B - 2 Comente sobre suas condições de trabalho no HSE e em outra Instituição (no caso de ter outro emprego).

- (a) durante os plantões
- (b) com a equipe
- (c) com a chefia
- (d) ambiente
- (e) salário
- (f) condições de Biossegurança
- (g) diversos trabalhos (se este for seu caso)

B - 3 Quais foram as repercussões do acidente na sua vida profissional, pessoal, familiar, social? Alguma coisa mudou em você? A curto, a médio, a longo prazo?

B - 4 Depois do acidente houve mudanças relativas:

- (a) ao uso de EPIs
- (b) ao contato com os pacientes (medos e ansiedades durante os contatos com os pacientes e durante os procedimentos invasivos)
- (c) à equipe em relação ao uso de técnicas de biossegurança
- (d) à possibilidade de contaminação no trabalho (ficou com medo)
- (e) à percepção das condições de trabalho

página 6

I

B - 5 Quando o acidente foi considerado de risco, como foi ter que tomar a medicação? Houve alguma mudança em seu organismo? Quais foram seus sentimentos? Houve repercussões no seu relacionamento com seus familiares, parceiros (as), amigos, colegas de trabalho...?

B - 6 Como foi o atendimento pela equipe de plantão? Considerou que foi bem atendido? Saiu esclarecido sobre as condutas a serem tomadas? Sentiu-se acolhido (a) pela equipe? Acha que deveriam mudar ou acrescentar alguma coisa para que o profissional se sinta melhor atendido?

B - 7 Apesar da hepatite B (17 a 30%) e C (0 a 3%) terem uma probabilidade muito maior de contaminação no acidente com material biológico as pessoas geralmente associam o acidente com o vírus HIV (0,3% a 0,5%).

Por que isso acontece?