

Vivências pós-acidente com material biológico por profissionais de saúde de um serviço especializado em HIV/Aids: contribuições para Educação Permanente

Post-accident experiences with biological material by health professionals of a specialized HIV/Aids service: contributions to Continuing Education (abstract: p. 17)

Vivencias post accidente con material biológico por parte de profesionales de la salud de un servicio especializado en VIH/SIDA: Contribuciones para la educación permanente (resumen: p. 17)

Gustavo Barbosa Parola^(a)

<gbparola@unifesp.br> 

Karina Franco Zihlmann^(b)

<karina.zihlmann@unifesp.br> 

Maria Cristina Mazzaia^(c)

<mcmazzaia@unifesp.br> 

- ^(a) Pós-graduando do Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde (Doutorado), Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Campus Baixada Santista. Rua XV de novembro, 195, 5º andar, Centro. Santos, SP, Brasil. 11010-908.
- ^(b) Instituto de Saúde e Sociedade, Unifesp, Campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil.
- ^(c) Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Enfermagem, Unifesp. São Paulo, SP, Brasil.

O acidente de trabalho com material biológico de profissionais de saúde em serviços especializados em HIV/Aids é uma demanda complexa. O objetivo desta pesquisa foi compreender as vivências pós-acidente com material biológico por profissionais de saúde que trabalham em um serviço especializado em HIV/Aids. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com sete profissionais de saúde que atuam nesse contexto, abordando as vivências dessa experiência por meio de entrevistas semiestruturadas. Os discursos foram categorizados pelo método de análise de conteúdo temática. Foram observados sentimentos de medo da infecção e do estigma perante o ocorrido. Demonstrou-se o impacto dessa experiência nas relações familiares, sociais e profissionais, além do insuficiente acolhimento e apoio emocional no serviço onde trabalhavam e foram atendidos. Evidencia-se a necessidade de repensar protocolos e processos de cuidado desses profissionais mediante a Educação Permanente, considerando a complexidade de suas vivências diante do acidente.

Palavras-chave: Pessoal de saúde. Profilaxia pós-exposição. HIV. Integralidade em saúde. Educação permanente.

Introdução

A assistência em saúde à pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA) pode implicar desgaste físico e emocional aos profissionais de saúde envolvidos, considerando que se trata de um contexto que os expõe a diversas demandas complexas como o acidente com material biológico¹⁻³.

De acordo com as estatísticas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), 313 milhões de trabalhadores sofrem lesões ocupacionais não fatais todos os anos, ou seja, 860 mil pessoas são feridas no trabalho diariamente em todo o mundo⁴. Segundo o último Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho do Ministério da Previdência Social, quando o motivo do registro corresponde ao contato com doenças transmissíveis e a exposição a elas, representado pelo código Z20 da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), foram computados 15.961 acidentes de trabalho com exposição a material biológico potencialmente contaminado no ano de 2021 no Brasil, sendo 8.983 somente na região Sudeste⁵.

Quando ocorre um acidente de trabalho com material biológico e risco à infecção pelo HIV, existem recomendações contidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de risco à Infecção pelo HIV, IST e hepatites virais, conhecido pela sigla PCDT-PEP⁶. Porém, o foco dessas recomendações está em ações de ordem objetiva e biomédica, com pouca atenção aos aspectos emocionais decorrentes de tal situação.

Na literatura nacional e na internacional existem diversas referências sobre acidentes de trabalho com material biológico⁷⁻⁹, mas carecem de estudos que valorizem as vivências desse acontecimento com profissionais de saúde que atuam especificamente nesses serviços especializados em HIV/Aids.

Um dos aspectos relevantes da avaliação dos serviços de saúde é o de profissionais não preparados para lidar com as dimensões subjetivas que envolvem sua prática na área da Saúde. Diante dessa questão, a Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, por meio de seus princípios norteadores, preconiza a avaliação das dimensões subjetivas e sociais em toda ação de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), reforçando, com isso, o compromisso com os direitos humanos da população¹⁰.

Assim, perante a necessidade de buscar reflexões teóricas que pudessem contribuir para a compreensão das complexidades dos fenômenos estudados nesta pesquisa, foram utilizadas as concepções de Ayres¹¹ sobre o Cuidado. Para esse autor, esse conceito – cunhado com letra maiúscula – permite abordar a questão estudada para além dos aspectos técnicos ou biomédicos, ou seja, para a obtenção do Cuidado integral em saúde deve-se levar em conta também a subjetividade dos envolvidos. Ou seja, para Ayres¹¹ o Cuidado é mais do que apenas construir um objeto e intervir nele. Diante das mudanças do mundo moderno, os profissionais de saúde devem pensar criticamente, possuir competências de compromisso ético e cívico, autonomia, resolução de problemas, reflexão e transformação da sua prática, pois as competências técnicas por si só não serão suficientes para a humanidade¹¹.

Desse modo, para lidar com tal temática, a Educação Permanente em Saúde¹² é uma excelente ferramenta. Recomendada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em 1980, tornando-se política pública do SUS em 2003, ela nasce como uma proposta de integração ensino-saúde e de educação reflexiva dos atores da saúde. No Brasil, apesar de irromperem alguns movimentos isolados para o seu enfraquecimento, ela resiste, pois existem evidências de que ela leva a mudanças positivas das práticas de saúde, o que se traduz na melhoria da produção de Cuidado¹². Nesse aspecto, a Educação Permanente em Saúde surge como referencial neste estudo por se basear em diálogos e escutas entre profissionais de saúde para resoluções de problemas, favorecendo a ampliação da noção de Cuidado e apostando na criatividade local para possíveis rearranjos nesses espaços¹².

As pesquisas sobre acidentes de trabalho visam fornecer subsídios ao planejamento de estratégias que possam prevenir e lidar com lesões e doenças. A avaliação nessa conjuntura oferece às pessoas uma nova compreensão sobre esses acidentes por meio da identificação prévia dos riscos e da realização das mudanças necessárias⁷.

Dessa forma, de acordo com Ayres¹¹, no contexto do HIV, enquanto o risco integra as chances de um indivíduo (ou grupo) de adoecer, o conceito de vulnerabilidade traz elementos mais abstratos aos processos de adoecimento. Assim, é preciso falar em “vulnerabilidades” (individual, programática ou social), no plural, em que a exposição ao vírus HIV é considerada decorrente de uma gama de desfechos, não somente individual, mas coletiva e contextual¹¹.

Cabe destacar também que, após a experiência pessoal de acidente de trabalho com material biológico do pesquisador principal (primeiro autor) – cirurgião-dentista de um serviço especializado em HIV/Aids –, se desencadeou a necessidade de maior compreensão de tal experiência que o levou à proposição desta pesquisa.

A partir disso, apesar de todo acidente com material biológico poder levar à preocupação e ao sofrimento, é plausível supor que um acidente envolvendo um profissional de saúde que cuida especificamente de PVHA possa ser uma experiência de angústia mais significativa, aumentando as chances de repercussões negativas na vida do afetado. Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender as vivências pós-acidente com material biológico por profissionais de saúde que trabalham em um serviço especializado em HIV/Aids.

Metodologia

A presente pesquisa foi elaborada pela tese de Doutorado¹³ do autor principal, desenvolvida no Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo. Utilizou-se da abordagem qualitativa para acessar as vivências dos participantes, pois, conforme Minayo *et al.*¹⁴, esse tipo de estratégia possibilita a valorização do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa foi realizada na Coordenadoria de Controle de Doenças Infectocontagiosas (CCDI), um serviço especializado em HIV/Aids que atua desde 1989 na cidade de Santos - SP. Esse serviço possui atualmente em torno de 3.500 PVHA cadastradas, que são assistidas por uma equipe multiprofissional de saúde composta de setenta profissionais¹⁵.

Desse modo, foi realizado um levantamento mediante contato pessoal, em que cada membro da equipe (setenta profissionais) foi indagado se sofreu ou não algum acidente com material biológico. Com esse processo foram identificados sete profissionais de saúde. Nota-se que, de acordo com o objetivo da pesquisa, foram considerados somente os profissionais de saúde que trabalhavam nesse serviço durante o período da coleta de dados (entre junho e setembro de 2020) e sofreram acidentes com material biológico entre 2000 e 2019. Essa última delimitação temporal foi necessária visto que, antes dos anos 2000, os protocolos de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV estavam em uma fase primária e de estruturação⁶. Outro critério de exclusão, pelas características da própria pesquisa, foi o acidente ocorrido com o próprio pesquisador principal (primeiro autor).

Em seguida a essa etapa de identificação e aceite dos profissionais de saúde, que satisfizeram os critérios preconizados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas¹⁶, gravadas com autorização deles, por meio de um roteiro temático de perguntas elaborado pelos pesquisadores (todos os autores), tendo como base o objetivo da pesquisa e as concepções sobre o Cuidado propostas por Ayres¹¹. Para isso, foram realizados sete encontros, um com cada participante, de cerca de quarenta minutos cada, em sala reservada do próprio serviço durante o horário de trabalho. As entrevistas foram realizadas somente pelo pesquisador principal (primeiro autor) e foram transcritas por ele com os nomes dos participantes preservados, mencionados por uma sigla "P" e um número de referência para a garantia do sigilo.

As transcrições das falas foram realizadas na forma literal de linguagem, para que pudessem expor a veracidade das emoções, dos pensamentos, características e personalidades dos sujeitos da pesquisa. Após essa dinâmica, os discursos foram analisados e categorizados pelos pesquisadores (todos os autores) pelo método de análise de conteúdo temática¹⁷. Para tal propósito, foram realizadas leituras flutuantes dos relatos transcritos, destacando-se os núcleos de sentido, os núcleos temáticos mais frequentes e os temas relevantes e singulares, de forma que permitiram a construção de categorias temáticas representativas do conteúdo dos discursos, caminhando dos aspectos mais específicos para os mais gerais e abstratos, o que ampliou a complexidade das categorias.

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Prefeitura Municipal de Santos - SP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob o n. CAAE 28823620.6.0000.5505 e parecer final n. 3.853.456.

Resultados e discussão

Devido ao fato de os participantes da pesquisa serem provenientes de um equipamento de saúde com um universo baixo de profissionais, a caracterização deles está apresentada de uma forma ampla e geral, pois poderiam quebrar o acordo de privacidade se fossem expostos de forma específica. Desse modo, seguem algumas informações: a idade dos participantes variou de trinta a 59 anos, com cinco pessoas que se autodeclararam brancas, uma preta e uma parda. Participaram uma pessoa que se identifica com o sexo masculino/heterossexual e seis pessoas que se identificam com o sexo feminino/heterossexual. Todas se declararam cisgênero. As profissões identificadas no presente estudo foram da área da Enfermagem (auxiliar e técnico de enfermagem) e Odontologia (auxiliar de saúde bucal e cirurgião-dentista). Importante frisar também que todos os participantes são servidores públicos estatutários da Prefeitura Municipal de Santos - SP, que estavam vinculados profissionalmente à Coordenadoria de Controle de Doenças Infectocontagiosas (CCDI) no período da realização da coleta de dados, e nenhum dos participantes se infectou com o vírus HIV ou quaisquer outras afecções decorrentes de seus respectivos acidentes de trabalho com material biológico.

Visto isso, após a coleta e a transcrição dos dados, foram construídas três categorias de análise com base na técnica de análise de conteúdo temática¹⁷: 1) Vivências imediatas do acidente de trabalho com material biológico; 2) Vivências pós-acidente de trabalho com material biológico; 3) Experiências de discriminação, preconceito e/ou estigmatização em relação ao acidente de trabalho com material biológico.

Vivências imediatas do acidente de trabalho com material biológico

A primeira reação relatada pelos participantes da pesquisa foi de medo, fato que corrobora os estudos que abordam acidentes de trabalho com material biológico e risco de infecção ao HIV, e apontaram o medo de se infectar como preponderante entre os profissionais de saúde envolvidos em tal situação^{18,19}, como indicam os discursos a seguir.

Como me senti? Ai mal, desamparada! E... com medo, né? De ter uma doença e... não saber como agir! Bem, mexe muito com o psicológico da pessoa! (P3)

Péssima! Péssima! Achei que já estava contaminada! [...] E cheguei lá desesperada! Chorando... foi horrível! (P5)

Ai! Eu fiquei com medo! Por eu achei que já está... Mesmo trabalhando aqui [...]! Por ele ser um paciente que estava com uma carga viral muito alta! O CD4 dele estava muito baixo! Então eu fiquei assustada! A gente fica! Passam mil coisas na cabeça! (P6)

No discurso de P1 a seguir, existe o conhecimento de que se tratava de um acidente com uma PVHA não aderente ao tratamento, o que tornava o risco de infecção mais significativo, em que a preocupação se tornou mais agravada quando o usuário em questão veio a falecer.

Peguei o prontuário e já falei: ‘Você toma remédio?’. E ele falou que nunca ia tomar remédio na vida dele! Aí eu fui desesperada falar com o Doutor. [...] fiquei nervosa, mas continuei trabalhando. Aí esse paciente veio a falecer uns 15 dias depois, o que me deixou mais desesperada, lógico! (P1)

Atualmente o tratamento com antirretrovirais pode ser visto como uma forma de prevenção da transmissão do vírus, o que é conhecido na área como “tratamento de prevenção”²⁰. Diante disso, P1 – ciente de que o usuário em questão não adotava os cuidados necessários para seu próprio tratamento – vê-se diante do risco aumentado de ser infectada. Nesse sentido, Rasweswe *et al.*¹⁹ apontam que esse medo de testar positivo é tão grande em alguns profissionais de saúde que sofrem esse tipo de acidente podendo levá-los a não reportar o ocorrido, o que poderia lhes gerar um grande prejuízo.

Durante o acolhimento de P1, percebe-se que o médico parece tentar fazer uma “brincadeira”, mas a situação clínica do paciente envolvido no acidente – não aderente ao tratamento – fez com que ela ficasse ainda mais ansiosa.

[...]Aí o Doutor falou: ‘Minha filha, você foi se furar logo com esse paciente!’ E aí eu fiquei meio desesperada! [...] (P1)

Baffour²¹, em um estudo etnográfico sobre acidente com material perfurocortante, também refere tentativas de colegas de trabalho em relativizar o ocorrido, as quais, da mesma forma, não surtiram efeitos positivos sobre o estado emocional do acidentado.

No relato de P5 também se nota o impacto do momento do acidente que se deu em um atendimento domiciliar de um usuário do serviço. Em um primeiro momento, tomou uma conduta que não é preconizada pelo PCDT-PEP⁶ – o ato de “espremer o dedo” –, além de expressar seu profundo sentimento de medo.

[...]. Mas ali eu fiquei com muito medo. Tanto que acabei ficando espremendo o dedo... Eu sei que isso daí não resolve nada, mas na hora só vem isso na cabeça! E cheguei no serviço desesperada! Chorando! (P5)

Porém, em contrapartida, sua fala também denota uma profunda preocupação com o outro, pois ela relatou que, embora apavorada, procurou “disfarçar” seu sofrimento na frente do paciente, indo embora chorando.

Eu ainda consegui fazer um *fake* lá na casa da paciente. Ela nunca nem soube que eu me furei com ela. [...] Eu saí de lá plena: “Tchau! Até a próxima!”. E aí eu comecei a chorar no carro [...] (P5)

Em relação ao acolhimento inicial, Baffour²¹ relata em seu estudo um certo sentimento de desamparo no atendimento pós-acidente. Da mesma forma, um aspecto marcante dos relatos desta pesquisa foi o do momento imediato ao acidente, em que alguns participantes referiram que não foram suficientemente acolhidos no serviço. Eles alegaram desorganização do atendimento, que contribuiu com o tormento experienciado. P1 relatou que nesse momento ninguém parecia saber o que fazer e coube a ela ter de preencher os “papéis” de seu próprio acidente.

Péssimo! Eu que tive que correr atrás! [...]. Eu que comuniquei à enfermeira. Aí comuniquei à chefe na época. E já fui atrás do médico, que era o médico do próprio paciente. E ninguém sabia do formulário. Aí eu que tive de baixar no computador e ligar lá no [...] para poder fazer os papéis, preencher os papéis! (P1)

P3 também relatou algumas lacunas no processo de acolhimento e manejo de informações necessárias para a continuidade do acompanhamento, pois, em sua opinião, não foi adequado.

Me senti totalmente desamparada do serviço aqui! [...]. Foi confuso! Foi bastante confuso! Porque.... Não tinha falado, quem me ajudou mais foi a [...] que trabalhava aqui na época. E ela não era nem daqui da sala! Era de outro setor. E o [...], veio falar comigo, mas assim mais para... ‘Ah, fica tranquila, vamos te...’ Já me deram um remédio na mão! Eu tomei sem nem saber o que era! Eu tomei! Mas assim, sabe, uma preparação, um passo a passo... ‘Olha, agora você vai fazer isso! Agora você vai fazer aquilo!’. Sabe essa orientação certinha? Isso não teve! Achei que foi total despreparo mesmo! (P3)

Foi constatado que P3 sentiu falta de uma assistência estruturada e mais apoio da equipe de saúde. Ela percebeu que as pessoas pareciam estar confusas e despreparadas. Destaca que “lhe deram” algum antirretroviral (ARV) sem maiores explicações e orientações. Por conta disso, em seu ponto de vista, faltou treinamento apropriado, algo digno de nota, considerando que se trata de um serviço especializado.

O PCDT-PEP preconiza que o acolhimento inicial seja realizado em local adequado, garantindo a privacidade do profissional acidentado, recomendado também pela PNH^{6,10}. Porém, diante dos relatos, torna-se legítimo considerar que essa orientação parece insuficiente. Nesse sentido, é preciso que, para além da adoção de ações protocolares, exista um olhar que sustente a atenção aos aspectos emocionais dos profissionais acidentados que trabalham em serviços de HIV/Aids, tomando como ponto balizador a construção de um Cuidado integral e humanizado, como evidenciam as contribuições de Ayres¹¹. Evidentemente, a organização prática dos serviços é fundamental, mas há necessidade de uma tomada de posição firme e explícita que garanta o Cuidado emocional desses profissionais, visando minimizar possíveis danos diante do impacto dessa experiência. Assim, tanto o acolhimento quanto o próprio PCDT-PEP podem ser amplamente trabalhados em processos de Educação Permanente em Saúde nos serviços, visando à potencialização da reflexão sobre o Cuidado.



Vivências pós-acidente de trabalho com material biológico

De um modo geral, os discursos dos participantes revelaram que a experiência do acidente com material biológico foi marcante e diferentes sentimentos e atitudes interferiram no modo pelo qual cada um reagiu posteriormente ao ocorrido. Os medos (de se infectar, de infectar o parceiro sexual, entre outros), sentimentos que paralisam o profissional, continuaram sendo os aspectos predominantes em suas vivências, indo na mesma direção da literatura^{18,19}.

Dessa maneira, as vivências de medo de infecção do HIV foram intensas, em especial nos momentos dos retornos para o acompanhamento clínico laboratorial.

Ah, é muito angustiante! É muito angustiante! Você abrir... O envelope ele vinha lacrado né? E toda vez que abria era um desespero né? E um alívio também depois! Mas tudo é bem ruim! (P3)

A abertura de cada né? Do “papelzinho” lá do diagnóstico né? Do exame anti-HIV. Eu tinha uma ansiedade... (P1)

O segundo, que é o de 30 dias, eu fiquei meio apreensiva! (P2)

Um ponto marcante, após o choque inicial, foi que P5 relatou ter adotado uma postura de profunda racionalização como mecanismo de enfrentamento, ou seja, procurou confiar nas orientações médicas e na PEP⁶. Mas, do ponto de vista subjetivo, adotou a posição de “não pensar mais no assunto”. Pode-se, portanto, evidenciar uma contradição interna do sujeito, pois de um lado adota, de forma objetiva, os procedimentos necessários para evitar a infecção e, por outro lado, adota uma postura de negação como modo de enfrentar sua apreensão.

Fiz! Tudo certinho! Fiquei morrendo de medo de pegar alguma coisa! [...]. Por mais que falem que não tem... que a literatura é zero, zero ponto um... De alguém que se contaminou em acidente de trabalho... você acha que você pode ser a estatística, você né? Que o zero, zero vírgula um pode ser você né? Então tomei direitinho, tudo que me mandavam fazer eu fiz... isso aí eu fiz tudo certinho! Mas não queria pensar nisso tudo não! (P5)

Tal relato revela a importância de as pessoas que vivenciam essas experiências poderem ser atendidas pelo ponto de vista emocional^{21,22}, uma vez que suas preocupações nem sempre são conscientes ou evidentes no comportamento cotidiano, mas interferem na sua capacidade de lidar com a vida de modo saudável.

O discurso de P6 evidenciou outro aspecto: que a experiência do acidente fica “guardada” na memória e o sujeito “cria” explicações e justificativas para lidar com o sofrimento. Porém, esse sofrimento ressurgue quando algo da experiência objetiva acontece. Nesse sentido, P6 referiu que sentiu medo após o acidente somente quando houve uma testagem “de rotina” no serviço, mas procurou se tranquilizar afirmando para si mesma que “o tempo de contaminação já teria passado”.

É... Depois de um tempo... Assim uns três, quatro meses, eu ainda fiquei meio assustada né! Fiquei mesmo! Foi até no periódico! Eu fui... eles pediram para eu autorizar para poder colher o HIV. E aí eu fiquei meio assustada! Mas aí depois acabou! Porque eu falei assim: “O tempo de contaminação já passou, então...” [...] (P6)

O trecho citado de P6 revela que, mesmo sendo uma profissional com conhecimentos da área, procurou elaborar uma explicação para não entrar em contato com a agonia gerada pela experiência do acidente, pois não há sentido a ideia de que o “tempo de contaminação já passou”, porque após a infecção efetiva, independentemente do tempo, a pessoa se torna soropositiva para o HIV mesmo que não saiba⁶.

Nesse sentido, Mabwe *et al.*¹² ressaltam ainda que esse medo de testar positivo pode estar associado ao medo de uma infecção pelo HIV preexistente. Assim, o relato dessa participante evidencia mais uma vez a necessidade do Cuidado nos moldes de Ayres¹¹ e do suporte emocional^{21,22} ao longo do tempo, para que os profissionais possam elaborar suas aflições sem adotar comportamentos sintomáticos substitutivos ou mecanismos de defesa que possam interferir no autocuidado.

Isso foi também evidenciado nos relatos de P1, referindo que, para lidar com sua dor, adotou comportamentos compensatórios ou mecanismos de defesa como “descontar na comida” e “deixar de fazer exercícios físicos”. Chama a atenção mais uma vez que, mesmo sendo uma profissional da área, ela assume uma lógica própria para justificar esse afastamento das atividades físicas, pois referiu medo de infectar outros com seus fluidos corporais, o que, evidentemente, não procede.

Descontei na comida! [Risos] [...] E naquela época eu treinava... então até fiquei com medo de treinar e acontecer alguma lesão e alguma coisa expor... então eu só fui no treino para ver as pessoas treinando... (P1)

Outro aspecto revelado pela pesquisa: o protocolo não foi seguido na íntegra, especificamente na profilaxia com uso de ARVs. Nesses casos, a literatura aponta que o não cumprimento desse passo do protocolo pode estar ligado não somente aos efeitos adversos dos ARVs, mas também ao próprio medo desses efeitos^{23,24}.



Olha, eu não consegui fazer completo! Consegui fazer durante quatro dias! E aí eu me senti muito mal por causa da medicação [...]! (P3)

O meu primeiro dia tomando o antirretroviral eu quase desmaiei na rua. Eu achei muito pesado! Tomei uma semana e falei: “Não vou tomar mais!” [...] Aí eu não tomei mais. (P4)

Levei a medicação para tomar, mas eu fiquei muito mal! Foi numa sexta-feira, e aí passou o final de semana [...]. Na segunda eu já trouxe de volta e falei que não ia tomar! (P6)

Assim, essas vivências do período pós-acidente são pontos importantíssimos que denotam a necessidade de um suporte emocional especializado, além de poderem ser tratados em processos de Educação Permanente em Saúde, pois permitem uma pronta reflexão dos profissionais sobre a temática e um incremento consequente de suas práticas.

Experiências de discriminação, preconceito e/ou estigmatização em relação ao acidente de trabalho com material biológico

O medo do estigma esteve presente na maioria das narrativas dos participantes. Esse aspecto também é destaque em estudos que tratam de acidentes de trabalho com material biológico e risco de infecção ao HIV e da profilaxia pós-exposição^{25,26}.

Nessa perspectiva, P1 referiu intensa preocupação em se expor socialmente, manifestada pelo receio de julgamentos e culpabilizações.

[...] comecei falando de uma coleta de sangue dos pacientes... E aí eu já emendei para falar! Tipo um “soco” assim! Supetão! [...] “Ah, sabe o que que aconteceu comigo? Acabei me furando com uma pessoa!” [...] E aí não dei muita ênfase para pessoa também falar: “Nossa! Será que ela tem, será que ela não tem?” Porque gera uma ansiedade da pessoa te julgar se você deu positivo [...]. (P1)

Embora P2 tenha se sentido apoiada pelo cônjuge, o seu relato apontou medo do preconceito, pois decidiu contar sobre a situação do acidente apenas para seu círculo de amizades após ter certeza de que não havia se infectado, o que permite identificar que houve, por algum tempo, um silenciamento de sua parte como uma forma de autoproteção.



Na verdade, só conversei com meu esposo, para ter apoio familiar né? Teria que conversar com ele que o risco existia! Então apenas ele [...]. Fiquei um pouco apreensiva da reação dele! [...]. Depois eu contei para amigos. Acho que sei lá, pelo risco de que se acabasse me contaminando.... Para me preservar mesmo! Do preconceito! [...] Sempre há um olhar, mais assim, interrogativo das pessoas! “Ah, mas será que num acidente perfuro cortante ela não se contaminou?” Tem esses questionamentos. Você nota no rosto das pessoas! Nas “entrelinhas”! Evidente não! (P2)

O relato de P3 também indica medo do preconceito, pois disse ter comunicado o ocorrido somente a um familiar que, porém, a aconselhou a esconder a situação, justificando que isso seria necessário para poupar o outro.

Contei para um familiar [...]. Ela ficou bastante preocupada né! Mas ela falou para eu não contar nem para minha mãe, porque ela ia ficar bem preocupada né? E eu não queria deixar mais ninguém preocupado! Então eu só contei pra ela. [...] Aí eu procurei não falar né? Principalmente em casa! Porque a minha mãe já tem esse receio [...]. (P3)

Mushambi *et al.*²⁵ referem o medo dos profissionais de saúde que vivenciam essa situação em relação à possibilidade da falta de confidencialidade, do estigma e da discriminação no local de trabalho. Njemanze²⁶ destaca ainda que esse medo do estigma e do preconceito após um acidente com material biológico com risco de infecção do HIV também pode interferir na prática da PEP pelo profissional acidentado.

Nesse ínterim, apesar de P4 não trazer narrativas de conflitos no ambiente de trabalho, não deixa de demarcar um “afastamento” quando relata que não quis contar o ocorrido aos colegas de trabalho por medo de ser alvo de preconceito dos próprios colegas.

Como as pessoas sempre falaram demais né? Isso acaba te perturbando. Se você conta para determinadas pessoas dentro do serviço, quando você vê as pessoas já estão te dando prognósticos terminais. Então eu preferi ficar na minha, fazer todo o procedimento na minha [...]. Estar falando para o povo e as pessoas te perturbando com opiniões né? [...] E isso vai te dando muito mais problema psicológico. (P4)

Dessa maneira, a discriminação, o preconceito e a estigmatização, em relação ao contexto do HIV/Aids de uma forma geral, podem e devem ser trabalhados com profissionais em ambientes de Educação Permanente em Saúde, a fim de complexificarem suas concepções sobre o tema.

Considerações finais

O perigo do adoecimento nos coloca em contato direto com a condição de finitude humana. Desse modo, o profissional de saúde, quando se acidenta com material biológico em serviços de HIV/Aids, necessita não somente dos cuidados objetivos/técnicos disponíveis para evitar uma possível infecção, mas também do Cuidado subjetivo e emocional. Embora cada participante tenha reagido conforme seus próprios valores e modos de ser – mediante as singularidades de cada um –, todos destacaram que a experiência do acidente com material biológico foi marcante e os afetou em vários aspectos: familiar, social e profissional.

Em um cenário no qual se conhece e domina a maior parte dos aspectos biomédicos envolvidos no tratamento do HIV/Aids, é preciso reconhecer que o fator humano tem trazido a necessidade de aprofundar reflexões sobre as concepções de um modelo idealizado de ser humano, ou seja, o SUS tem oferecido tratamento universal e gratuito, porém nem sempre oferece uma lógica de Atenção à Saúde que realmente faça sentido e atenda às demandas complexas das pessoas²⁷.

Nesse sentido, os discursos dos participantes evidenciaram que, por vezes, o profissional de saúde não percebe nem reconhece de imediato as repercussões do acidente vivenciado. Assim, a pessoa pode ter uma demanda subjetiva de Cuidado e isso não aparecer em seu discurso inicial, mas pode aparecer depois no seu comportamento ou em outros sintomas (físicos, psicossomáticos). Eis, portanto, a necessidade de uma avaliação profissional especializada, o que é ressaltado por Baffour²¹ e Aigbodion *et al.*²², que destacaram a necessidade de apoio psicológico e emocional para profissionais de saúde que foram expostos a material biológico com risco de infecção ao HIV.

Em relação aos aspectos prévios ao acidente, cabe aqui trazer uma reflexão sobre as diferentes dimensões de vulnerabilidade propostas por Ayres¹¹. No estudo, foi possível detectar vulnerabilidades individuais, pois nem todos os participantes tiveram a compreensão exata do comportamento que levou à ocorrência do acidente. Nesse ponto, há que se evidenciar que questões de ordem individual, como situações psicossociais estressantes, psico-organizacionais, entre outras, poderiam ser trabalhadas em espaços de Educação Permanente em Saúde como fatores de prevenção de acidentes.

Já a vulnerabilidade programática se expressou no contexto das políticas públicas, pois a proposta do PCDT-PEP⁶ como uma norma institucional, ainda que traga benefícios inequívocos, não abarca suficiente determinação quanto ao acolhimento inicial e ao Cuidado emocional. Nesse sentido, as discrepâncias entre as proposições expressas em manuais e os contextos efetivos de atenção aos interessados levam a lacunas importantes que precisam ser evidenciadas.

Finalmente, a vulnerabilidade social mostrou-se pelo estigma do HIV/Aids, quando reações e comportamentos de esquiva e isolamento por parte de alguns profissionais foram identificados. O medo do preconceito interferiu não apenas nas relações profissionais, mas também no silenciamento da vivência do acidente perante familiares e pessoas próximas. Essa é uma demanda que poderia ser trabalhada previamente em espaços de Educação Permanente em Saúde, inclusive sobre eventual discriminação pelo fato de trabalharem com pessoas vivendo com HIV/Aids.



Apesar das limitações do estudo, principalmente no que diz respeito aos aspectos qualitativos e suas características de amostra muitas vezes restrita, a pesquisa tem o potencial de indicar a necessidade de formação dos profissionais de saúde nos serviços especializados em HIV/Aids para ampliarem seus conceitos sobre essa temática. Desse modo, as capacitações tradicionais, fortemente voltadas a aspectos técnicos, não são capazes de abarcar as necessidades complexas envolvidas nesse contexto. Para garantir um processo de formação realmente envolvente, reflexivo e que faça sentido às pessoas, para além dos processos educacionais tradicionais, a Educação Permanente em Saúde é uma demanda que precisa ser evidenciada nos serviços pela possibilidade de trazer mudanças positivas ao permitir repensar o acidente com material biológico e o próprio PCDT-PEP de forma coletiva.

Cabe destacar ainda que, embora o número restrito de participantes possa parecer uma limitação da pesquisa, é preciso considerar que a população estudada tem características importantes, visto que são profissionais de saúde que atuam na área de HIV/Aids, têm informações técnicas e acesso aos serviços de saúde. Mas, ainda assim, suas experiências foram penosas, o que nos permite refletir sobre o impacto desse tipo de acidente entre pessoas leigas.

Por último, considerando a necessidade de dar voz a essas pessoas, espera-se que a presente pesquisa possa oferecer subsídios para repensar protocolos e processos de Cuidado desses profissionais. Para isso, é preciso que se assumam ações de Educação Permanente em Saúde nos serviços especializados em HIV/Aids, como política que garanta um olhar mais sensível para “cuidar de quem cuida”, levando em conta não só os aspectos biomédicos da exposição, mas também as vivências dessa experiência comovente e excepcional. Uma proposta que vai além da objetividade do Cuidado, pois na prática, de acordo com Ayres¹¹, a interferência subjetiva em tais processos foge ao escopo das diretrizes vigentes.



Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Aos profissionais de saúde da Coordenadoria de Controle de Doenças Infectocontagiosas da Prefeitura Municipal de Santos - SP, participantes da pesquisa, pela contribuição em compartilhar suas experiências do acidente com material biológico no contexto estudado.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Denise Martin Coviello

Editor associado

Carlos Eduardo Carrusca Vieira

Submetido em

31/08/23

Aprovado em

01/03/24

Referências

1. Tong H, Li X, Qiao S, Zhou Y, Shen Z, Yang X, et al. Sources and impact of work-related stress among HIV/AIDS health care providers in Guangxi, China: a qualitative research. *Workplace Health Saf.* 2020; 68(2):81-91.
2. Kim MH, Mazenga AC, Yu X, Simon K, Nyasulu P, Kazembe PN, et al. Factors associated with burnout amongst healthcare workers providing HIV care in Malawi. *PLoS One.* 2019; 14(9):e0222638.
3. Pan C, Wang H, Chen M, Cai Y, Li P, Xiao C, et al. Stress and coping in nurses taking care of people living with HIV in Hunan, China: a descriptive qualitative study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2022; 18:303-15.
4. Organização Internacional do Trabalho. Segurança e saúde no trabalho [Internet]. Lisboa: Organização Internacional do Trabalho; 2023 [citado 28 Abr 2023]. Disponível em: https://www.ilo.org/lisbon/temas/WCMS_650864/lang-pt/index.htm
5. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho – AEAT 2021 [Internet]. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2021 [citado 16 Mar 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/saude-e-seguranca-do-trabalhador/acidente_trabalho_incapacidade/arquivos/copy_of_AEAT_2021/aeat-2021
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
7. Fernandes AT, Nery AA, Matos Filho AS, Moraes RLGL, Oliveira JS, Oliveira YNS. Sentimentos vivenciados por trabalhadores de saúde na ocorrência de acidentes com material biológico. *Rev Paul Enferm.* 2018; 29(1-3):56-67.
8. Pleśniak R, Kocór S, Kuźniar K, Oboz-Adaś A, Ziojła K. Assessment of the state of knowledge of bloodborne infections, occupational exposure and post-exposure prophylaxis and study of exposure to potentially infectious materials among students of selected medical faculties in Poland. *Eur J Clin Experimental Med.* 2021; 19(2):153-61.
9. Eyong EM, Ngwe NY, Nfuksai CN, Niba LL, Jane-Francis A. Prevalence of occupational exposure to HIV and factors associated with compliance with post-exposure prophylaxis among health workers of the Biyem-Assi, Buea, and Limbe Health Districts of Cameroon Maternal and Child Health and AIDS. *Int J MCH AIDS.* 2022; 11(1):e557.
10. Nascimento JAS, Costa RS, Almeida RSM, Abadessa RS. Compreendendo a política nacional de humanização em saúde. *Rev Multidiscip Saude.* 2021; 2(4):102.
11. Ayres JR. Vulnerabilidade, cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saude Debate.* 2023; 46 Spec No 7:196-206.
12. Carvalho MS, Merhy EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface (Botucatu).* 2019; 23:e190211. doi: 10.1590/Interface.190211.
13. Parola GB. Um homem também chora: vivências pós-acidente com material biológico de profissionais de saúde que trabalham em um serviço especializado em HIV/Aids de Santos - São Paulo [tese]. Santos (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2023.
14. Minayo MCS, Costa AP. Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ludomedia; 2019.



15. Prefeitura Municipal de Santos. Atendimento a doenças infectocontagiosas ganha nova sede em Santos [Internet]. Santos: Prefeitura de Santos; 2020 [citado 22 Maio 2021]. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/atendimento-a-doencas-infectocontagiosas-ganha-nova-sede-em-santos>
16. Guazi TS. Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. *Rev Educ Pesqui Inclusao*. 2021; 2:1-20.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
18. Mabwe P, Kessy AT, Semali I. Understanding the magnitude of occupational exposure to human immunodeficiency virus (HIV) and uptake of HIV post-exposure prophylaxis among healthcare workers in a rural district in Tanzania. *J Hosp Infect*. 2017; 96(3):276-80.
19. Rasweswe MM, Peu MD. Occupational exposure to blood and body fluids and use of human immunodeficiency virus post-exposure prophylaxis amongst nurses in a Gauteng province hospital. *Health SA*. 2020; 25:1252.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pré-exposição (PREP) de risco à infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
21. Baffour PK. Of fear and hope. A reflexive ethnography of uncertainty following a needle stick injury. *J HIV AIDS Infect Dis*. 2019; 5:1-7.
22. Aigbodion SJ, Motara F, Laher AE. Occupational blood and body fluid exposures and human immunodeficiency virus post-exposure prophylaxis amongst intern doctors. *South Afr J HIV Med*. 2019; 20(1):958.
23. Degavi G, Adola SG, Panari H, Pawar S, Dereso CW. Prevalence of occupational exposure to HIV and utilization of HIV post-exposure prophylaxis among health staff at Bule Hora General Hospital, Bule Hora, Ethiopia. *Pan Afr Med J*. 2020; 37:333.
24. Tarimo EA, Mashoto KO. A qualitative study of perceived risk of occupational exposure to HIV and use of post exposure prophylaxis services among health-care workers in Tanzania. *East Afr Health Res J*. 2019; 3(2):96-104.
25. Mushambi F, Timire C, Harries AD, Tweya H, Goverwa-Sibanda TP, Mungofa S, et al. High post-exposure prophylaxis uptake but low completion rates and HIV testing follow-up in health workers, Harare, Zimbabwe. *J Infect Dev Ctries*. 2021; 15(4):559-65.
26. Njemanze U. Factors Impacting HIV post exposure prophylaxis among healthcare workers [tese]. Minneapolis: Walden University; 2017.
27. Zihlmann KF, Moreira FA. Desafios atuais da prevenção do HIV/Aids e o olhar da Psicanálise diante das estratégias de prevenção combinada. In: Quayle J, organizadora. *O adoecer*. São Paulo: Editora dos editores; 2019. p. 61-84.



The work accident with biological material of health professionals in specialized services in HIV/Aids is a complex demand. This research objective was to understand the post-accident experiences with biological material by health professionals working in a service specialized in HIV/Aids. Qualitative research was conducted with seven health professionals who work in this context, approaching their experiences through semi-structured interviews. The discourses were categorized by thematic content analysis method. Feelings of fear of the infection and stigma were observed. The impact of this experience on family, social and professional relationships was demonstrated. There was lack of receptiveness and emotional support in the service where they worked and where they received care. There is an evident need to rethink protocols and care processes for these professionals, through Permanent Education, considering the complexity of their experiences in the face of the accident.

Keywords: Health personnel. Post-exposure prophylaxis. HIV. Comprehensiveness in health. Permanent education.

El accidente de trabajo con material biológico de profesionales de la salud en servicios especializados en VIH/SIDA es una demanda compleja. El objetivo de esta investigación fue comprender las vivencias post accidente con material biológico por parte de profesionales de la salud que trabajan en un servicio especializado en VIH/SIDA. Se realizó una encuesta cualitativa con siete profesionales de la salud que actúan en ese contexto, abordando las vivencias de esa experiencia por medio de entrevistas semiestructuradas. Los discursos se categorizaron por el método de análisis del contenido temático. Se observaron sentimientos de miedo de la infección y del estigma ante lo ocurrido. Se demostró el impacto de esa experiencia en las relaciones familiares, sociales y profesionales. Se constató la insuficiente acogida y el apoyo emocional en el servicio en donde trabajaban y fueron atendidos. Resulta evidente la necesidad de volver a pensar protocolos y procesos de cuidados de estos profesionales, por medio de la Educación Permanente, considerando la complejidad de sus vivencias ante el accidente.

Palabras clave: Personal de la salud. Profilaxis post exposición. VIH. Integralidad en salud. Educación permanente.