

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JANETE SILVA PORTO

**Construção e validação de vídeo educativo para adesão às
precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem
expostos a material biológico**

RIBEIRÃO PRETO
2017

JANETE SILVA PORTO

Construção e validação de vídeo educativo para adesão às precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador: Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale

RIBEIRÃO PRETO
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Porto, Janete Silva

Construção e validação de vídeo educativo para adesão às precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico. Ribeirão Preto, 2017.

204 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale

1. Risco biológico. 2. Enfermagem. 3. Precauções universais. 4. Acidente de trabalho. 5. Mídia audiovisual.

PORTO, Janete Silva

Construção e validação de vídeo educativo para adesão às precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A Deus.

“Tu és Senhor o meu pastor, por isso nada em minha vida faltará” (Sl 23).

Ao meu esposo Ricardo.

Amor, carinho, compreensão, dedicação, companheirismo, paciência e apoio incondicional são apenas algumas palavras que expressam o que significa em minha vida. Sem você eu não teria concretizado este sonho.

Às minhas filhas Gabriela e Marina.

“Eu não existo longe de você, a solidão é meu pior castigo, eu conto as horas pra poder te ver, mas o relógio tá de mal comigo...” (Cacá Moraes e Abdullah).

Esta música simboliza alguns dos mais difíceis momentos que vivenciei neste percurso, nos quais precisei estar fisicamente distante de vocês.

Ao meu filho Tiago (in memoriam).

Alimento para minha fé. Com você, aprendi o verdadeiro significado da expressão: “nada acontece por acaso.”

AGRADECIMENTOS

*À minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Maria Helena Palucci Marziale**, a quem agradeço pela atenção, paciência, carinho, dedicação e ensinamentos. Destaco, como uma de suas várias grandes virtudes, acreditar e desenvolver o potencial de seus alunos.*

*Aos professores doutores **Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi, Ageo Mário Cândido da Silva, Maria Lucia Zanetti e Fernanda Ludmilla Rossi Rocha**, pelas contribuições ao longo da construção deste trabalho.*

*À **Prof^a. Dr^a. Marília Valim**, por disponibilizar os instrumentos para a coleta de dados e por esclarecer minhas dúvidas.*

*À **Enf^a. Dr^a. Maria Verônica Ferrareze**, por conceder os instrumentos para validação do roteiro e do vídeo educativo e pelo interesse em contribuir com o estudo.*

*À **Camila, Dnieber, Heloisa, Rafael, Gracielle, Bete, Rafaela, Laís, Lara, Willy, Grazieli, Alex e Alisson**, pelo convívio, aprendizado e apoio.*

*À amiga **Concy**, companheira em tantos momentos, exemplo de fé e superação.*

*À **Lilian Fleck**, amiga de longa data, que desde o processo seletivo me acolheu, incentivou e apoiou.*

Aos diretores dos hospitais participantes do estudo, por me abrirem as portas para o trabalho de campo, e aos supervisores, pelo apoio na coleta de dados.

*Aos profissionais que me receberam para a coleta de dados, oferecendo todo o suporte para a pesquisa. **Viviane, Diana, Clébia, Luciana, Maria**, vocês foram essenciais neste processo.*

*Aos **trabalhadores** que se disponibilizaram a participar, dedicando-se a me ouvir e a responder aos questionários da pesquisa.*

*Às enfermeiras **Gisely e Andressa**, pelo apoio logístico e participação na simulação das situações de trabalho para o vídeo educativo.*

*À **Priscilla, Creonice e Juliana**, por disponibilizarem os profissionais para participação no vídeo e pela viabilização dos espaços de gravação.*

A todos os que participaram das gravações do vídeo educativo, especialmente à “Gallega”, Viviane, “Bira”, Dayana, Gisele, Indira, Iracema, João Pedro, Milena, Odemir, Oliver, Rahuan, Ricardo, Rogério, Tereza, Thaismari, Gabriela e Marina.

À Profª. Drª. Irene Kretuz, pelas valiosas dicas para gravação das situações de trabalho.

Aos parceiros Cláudio e Joel que abraçaram comigo o projeto de produção do vídeo. Pessoas íntegras, honestas, entusiasmadas, parceiras, profissionais e muito pacientes.

Ao Luciano Bortoluzzi, ator e apresentador, por aceitar o desafio de narrar um material tão específico, e especialmente por partilhar conosco um depoimento tão íntimo sobre sua experiência.

Aos pesquisadores que compuseram o comitê de especialistas para a validação do roteiro e do vídeo educativo, por suas contribuições preciosas.

A Flávia e Edilaine, pelo apoio constante nas minhas angústias vividas a distância. Um apoio essencial no Programa de Pós-Graduação.

Aos meus pais Nivaldo e Iracema, por me ensinarem o caminho da justiça, da honestidade, da fé, da perseverança e, pelo apoio incondicional desde as minhas primeiras decisões na vida.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio e carinho e pela compreensão durante minhas ausências.

A Nilda, amiga querida, que revezou com minha mãe os cuidados às minhas pequenas Gabriela e Marina durante as viagens e aos fins de semana de estudo.

À Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e à Universidade Federal de Mato Grosso, pela liberação para realização do curso.

À CAPES, pela concessão da bolsa de doutorado.

A todos, minha eterna gratidão!

RESUMO

Porto, J. S. **Construção e validação de vídeo educativo para adesão às precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico.** 2017. 204 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Os trabalhadores de enfermagem estão expostos a diversos riscos ocupacionais, sendo que os de natureza biológica se destacam pelos prejuízos causados aos trabalhadores e às instituições. Como parte das medidas de prevenção aos riscos biológicos, as Precauções-Padrão (PP) são mundialmente recomendadas, ainda que apresentem baixa ou apenas parcial adesão em vários países. **Objetivo:** construir e validar um vídeo educativo com o intuito de estimular a adesão às PP pelos trabalhadores de enfermagem. **Método:** investigação realizada em duas fases: 1) estudo descritivo com abordagem quantitativa; 2) estudo metodológico. Na primeira, participaram 197 trabalhadores de enfermagem atuantes em dois hospitais de Cuiabá/Mato Grosso, os quais responderam às perguntas dos *Questionnaires for Knowledge and Compliance with Standard Precaution* - versão traduzida para o português falado no Brasil. Os dados foram coletados em junho de 2016, armazenados em planilhas e analisados por meio do programa *Epi Info*, versão 7.2. Na segunda fase, com base nos dados obtidos na etapa anterior e em evidências científicas, construiu-se o vídeo educativo “Segurança no trabalho em serviços de saúde: adesão às precauções-padrão”, estruturado segundo o referencial teórico do Modelo Revisado de Promoção da Saúde de Nola Pender. Nesta etapa, participaram 13 especialistas que validaram o vídeo com base na técnica Delphi. **Resultados:** a amostra foi composta predominantemente por mulheres (91,88%), com média de idade de 36,6 anos, 79,19% técnicos de enfermagem e 20,81% enfermeiros. Dos participantes, 37,57% referiram um ou mais acidentes de trabalho com exposição a material biológico. A não notificação de acidentes foi informada por 29,72% dos trabalhadores; 90,36% dos pesquisados eram imunizados contra a hepatite B. Quanto ao conhecimento sobre as PP, os índices de acertos variaram de 6,1% a 99%, com média de 79,19% (DP±25,77), sendo que os itens que apresentaram maior déficit de conhecimento foram os relativos aos objetivos e ao uso das PP na prestação de cuidados a pacientes com tuberculose, varicela, sífilis e hepatite B. A maioria trabalhadores referiu o desejo de participar de treinamentos sobre o uso das PP. O percentual de adesão às precauções-padrão variou de 36,04% a 95,43%, com média de 78,40% (DP±16,39), sendo os itens de baixa adesão: uso adequado de alguns equipamentos de proteção individual, ao não encape de agulhas usadas e às condutas pós-exposição a material biológico. No processo de validação o roteiro obteve 92,31% e o vídeo 92,86% de consenso, mostrando-se válido para ser utilizados por profissionais de saúde para estimular o uso das PP. **Conclusões:** de maneira geral, constatou-se “bom conhecimento” e “boa adesão”, porém evidenciou-se déficit de conhecimento em algumas questões e adesão parcial às PP, apesar de a maioria ter referido participação em treinamentos, demandando revisão das estratégias educativas das instituições pesquisadas. O vídeo estruturado com base na realidade e nas evidências científicas, validado com consenso superior a 90% se mostra uma ferramenta para ser utilizada para estimular a adesão às PP e ser inserida em programas de educação permanente de promoção da saúde no trabalho.

Palavras-chave: Risco biológico. Enfermagem. Precauções universais. Acidente de trabalho. Mídia audiovisual.

ABSTRACT

Porto, J. S. **Construction and validation of educational video for adherence to standard precautions by nursing workers exposed to biological material.** 2017. 204 p. Thesis (PhD) – University of Sao Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, 2017.

Nursing workers are exposed to various occupational hazards, and those of a biological nature stand out for the damages caused to workers and institutions. As part of the measures to prevent biological risks, the Standard Precautions (SP) are recommended worldwide, even if there are low or only partial adherence in several countries. **Objective:** to construct and validate an educational video in order to stimulate adherence to PP by nursing workers. **Method:** research carried out in two phases: 1) a descriptive study with a quantitative approach; 2) methodological study. The first one was attended by 197 nursing workers working in two hospitals in Cuiabá / Mato Grosso, who answered the questions of the *Questionnaires for Knowledge and Compliance with Standard Precaution* (translated in Portuguese). The data were collected in June 2016, stored in spreadsheets and analyzed using the *Epi Info* program, version 7.2. In the second phase, based on the data obtained in the previous stage and on scientific evidence, the educational video "Workplace Safety in health services: adherence to standard precautions" was built according to the theoretical framework of the Health Promotion Model (Revised) of Nola Pender. In this stage, 13 experts participated who validated the video based on the Delphi technique. **Results:** the sample consisted predominantly of women (91.88%), with a mean age of 36.6 years, 79.19% of nursing technicians and 20.81% of nurses. Among the participants, 37.57% reported one or more occupational accidents with exposure to biological material. The non-notification of accidents was informed by 29.72% of the workers; 90.36% of the respondents were immunized against hepatitis B. Concerning the knowledge about PP, the hit rates ranged from 6.1% to 99%, with an average of 79.19% (SD $\pm$ 25.77), and the items that presented the greatest knowledge deficit were those related to objectives and the use of PP in caring for patients with tuberculosis, chickenpox, syphilis and hepatitis B. Most workers mentioned the desire to participate in training on the use of SP. The percentage of adherence to standard precautions ranged from 36.04% to 95.43%, with a mean of 78.40% (SD $\pm$ 16.39), with low compliance items: adequate use of some individual protection equipment, to avoid the encapsulation of used needles and the procedures after the exposure to biological material. In the validation process the script obtained 92.31% and video 92.86% of consensus, being valid to be used by health professionals to stimulate the use of SP. **Conclusions:** in general, "good knowledge" and "good adherence" were found, but lack of knowledge on some issues and partial adherence to SP, although most of them mentioned participation in training, demanding a review of the educational strategies of the researched institutions. The video constructed and based on reality and scientific evidence, validated with a consensus of more than 90%, is a tool to be used to stimulate adherence to SP and be inserted in programs of permanent education to promote health at work.

Key-words: Risk of biological agents. Nursing. Universal precautions. Occupational accidents. Audiovisual media.

RESUMEN

Porto, J. S. **Construcción y validación de vídeo educativo para adhesión a las precauciones estándar por los trabajadores de enfermería expuesto al material biológico**. 2017. 204 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2017.

Los trabajadores de enfermería están expuestos a diversos riesgos ocupacionales, siendo que los de naturaleza biológica se destacan por los perjuicios causados a los trabajadores y a las instituciones. Como parte de las medidas de prevención a los riesgos biológicos, las precauciones estándar (PE) son mundialmente recomendadas, aunque presenten baja o sólo parcial adhesión en varios países. **Objetivo:** construir y validar un vídeo educativo con la intención de estimular la adhesión a las PE por los trabajadores de enfermería. **Método:** investigación hecha en dos fases: 1) estudio descriptivo con abordaje cuantitativa; 2) estudio metodológico. En la primera, participaron 197 trabajadores de enfermería activos de dos hospitales de Cuiabá/Mato Grosso, los cuales respondieron a las preguntas de los *Questionnaires for Knowledge and Compliance with Standard Precaution* - versión traducida para el portugués hablado en el Brasil. Los datos fueron cosechados en junio de 2016, almacenados en planillas y analizados por medio del programa *Epi Info*, versión 7.2. En la segunda fase, con base en los datos obtenidos en la etapa anterior y en evidencias científicas, se construyó el vídeo educativo “Seguridad en el trabajo en servicios de salud: adhesión a las precauciones estándar”, estructurado segundo el referencial teórico del Modelo Revisado de Promoción de la Salud de Nola Pender. En esta etapa, participaron 13 especialistas que validaron el vídeo con base en la técnica Delphi. **Resultados:** la muestra fue compuesta predominantemente por mujeres (91,88%), con media de edad de 36,6 años, 79,19% técnicos de enfermería y 20,81% enfermeros. De los participantes, 37,57% mencionaron uno o más accidentes de trabajo con exposición a material biológico. La no notificación de accidentes fue informada por 29,72% de los trabajadores; 90,36% de los investigados eran inmunizados contra la hepatitis B. Cuanto al conocimiento acerca las PP, los índices de aciertos variaron de 6,1% a 99%, con media de 79,19% (DP±25,77), siendo que los puntos que presentaron mayores déficit de conocimiento fueron los relativos a los objetivos y al uso de las PP en la prestación de cuidados a pacientes con tuberculosis, varicela, sífilis y hepatitis B. La mayoría de los trabajadores demostró interés em participar de entrenamientos acerca el uso de las PP. El porcentaje de adhesión a las precauciones estándar varió de 36,04% a 95,43%, con media de 78,40% (DP±16,39), siendo los puntos de baja adhesión: uso adecuado de algunos equipajes de protección individual, la no protección de agujas usadas y las conductas post-exposición a material biológico. En el proceso de validación el guión obtuvo 92,31% y el vídeo 92,86% de consenso, mostrándose válido para utilización por profesionales de salud para estimular el uso de las PP. **Conclusiones:** se constató “buen conocimiento” y “buena adhesión”, pero se evidenció déficit de conocimiento en algunas cuestiones y adhesión parcial a las PP, apesar de la mayoría haber mencionado participación en entrenamientos, concluye que habrá necesidad de revisión de las estrategias educativas de las instituciones investigadas. El vídeo estructurado con base en la realidad y en las evidencias científicas, validado con consenso superior a 90% se mostró una herramienta para estimular a adhesión a las PP y ser introducida en programas educativos permanentes de promoción de la salud en el trabajo.

Palabras clave: Riesgos biológicos. Enfermería. Precauciones universales. Accidente de trabajo. Medios audio visuales.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama do Modelo Revisado de Promoção da Saúde.....	41
Figura 2	Procedimentos adotados no estudo.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Pontuação utilizada para seleção dos especialistas, conforme Fehring (1987).....	63
Quadro 2	Resultados obtidos por meio do questionário de adesão às precauções-padrão pelos trabalhadores de enfermagem (n=197). Cuiabá, MT, 2017.....	87
Quadro 3	Caracterização dos especialistas de acordo com a classificação de Fehring (1987), Cuiabá, MT, 2017.....	89
Quadro 4	Demonstrativo do consenso obtido na primeira e segunda rodada, em cada item avaliado do instrumento de validação do roteiro, Cuiabá, MT, 2017.....	92
Quadro 5	Sugestões do comitê de especialistas nas duas rodadas de avaliação do roteiro, Cuiabá, MT, 2017.....	96
Quadro 6	Demonstrativo do consenso obtido entre as respostas dos especialistas segundo cada item avaliado do vídeo educativo, Cuiabá, MT, 2017.....	99
Quadro 7	Sugestões dos especialistas na avaliação do vídeo educativo, Cuiabá/MT, 2017.....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo sexo, faixa etária e escolaridade (n=197). Cuiabá, MT, 2017.....	70
Tabela 2	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo características relacionadas ao trabalho (n=197). Cuiabá, MT, 2017.....	71
Tabela 3	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo setores de atuação profissional (n=197). Cuiabá, MT, 2017.....	72
Tabela 4	Distribuição dos participantes da pesquisa que referiram mais de um vínculo empregatício (n=197). Cuiabá, MT, 2017.....	72
Tabela 5	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo informação sobre a ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado (n=197). Cuiabá, MT, 2017.	73
Tabela 6	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo o tipo de exposição e número de acidentes de trabalho com material biológico (n=55; n=40). Cuiabá, MT, 2017. ..	74
Tabela 7	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo notificação de acidente de trabalho com material biológico (n=74). Cuiabá, MT, 2017.....	75
Tabela 8	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo participação em treinamento e desejo de receber treinamento sobre as precauções-padrão (n=197). Cuiabá, MT, 2017.....	75
Tabela 9	Distribuição dos participantes da pesquisa quanto ao descarte de perfurocortantes (n=197). Cuiabá, MT, 2017..	76
Tabela 10	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo cobertura vacinal para hepatite B (n=197). Cuiabá, MT, 2017.....	76
Tabela 11	Distribuição dos participantes segundo informações sobre o conhecimento das precauções-padrão (n=197). Cuiabá, MT, 2017.....	77
Tabela 12	Demonstrativo do número e percentual de acertos sobre o conhecimento sobre as precauções-padrão (n=197). Cuiabá, MT, 2017.....	80

Tabela 13	Distribuição dos participantes (n=197), segundo adesão às medidas de precaução-padrão. Cuiabá, MT, 2017.....	83
-----------	--	----

LISTA DE SIGLAS

AT	Acidente de Trabalho
ATMB	Acidente de Trabalho com Material Biológico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
DP	Desvio-Padrão
DVD	Disco Digital Versátil
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
GEST	Gerenciamento de Engenharia e Segurança do Trabalho
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HM	Higienização das Mãos
MBPC	Material Biológico Potencialmente Contaminado
MRPS	Modelo Revisado de Promoção da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NIEPS	Núcleo Integrado de Educação Permanente em Saúde
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PCMSO	Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional
PP	Precauções-Padrão
QCPP	Questionário de conhecimento sobre as precauções-padrão
QAPP	Questionário de adesão às precauções-padrão
REPAT/USP	Rede de Prevenção de Acidentes do Trabalho com Material Biológico em Hospitais Brasileiros/Universidade de São Paulo
SEP	Serviço de Educação Permanente

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnicos de Enfermagem
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO E PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO.....	25
3.	OBJETIVOS.....	27
3.1	Objetivo Geral.....	28
3.2	Objetivos Específicos	28
4.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
4.1	Exposição ocupacional de trabalhadores de enfermagem a material biológico.....	30
4.2	Comportamento de trabalhadores de enfermagem diante da adesão às precauções-padrão.....	32
4.3	Modelo Revisado de Promoção da Saúde.....	35
4.4	Uso do vídeo como estratégia pedagógica.....	42
5.	MATERIAL E MÉTODOS.....	47
5.1	Tipo de estudo.....	48
5.2	Local.....	49
5.3	População e amostra.....	54
5.3.1	Cálculo da amostra.....	54
5.4	Procedimentos.....	56
5.4.1	Fase 1 – Estudo Descritivo.....	56
5.4.1.1	Coleta de dados.....	56
5.4.1.2	Análise dos dados	59
5.4.2	Fase 2 – Estudo Metodológico.....	59
5.4.2.1	Desenvolvimento do roteiro/ <i>script</i> do vídeo educativo.....	61
5.4.2.2	Confecção do <i>storyboard</i>	62
5.4.2.3	Validação do Roteiro/ <i>Script</i> do vídeo educativo.....	62
5.4.2.3.1	Instrumento de avaliação do roteiro do vídeo educativo.....	65
5.4.2.4	Gravação do vídeo educativo.....	65
5.4.2.5	Pós-produção do vídeo educativo.....	66
5.4.2.6	Validação do vídeo educativo.....	67
5.5	Aspectos éticos da pesquisa.....	68
6	RESULTADOS.....	69
6.1	Resultados da Fase 1.....	70
6.1.1	Caracterização sociodemográfica.....	70
6.1.2	Conhecimento dos trabalhadores de enfermagem em relação às precauções-padrão.....	77
6.1.3	Adesão dos trabalhadores de enfermagem às precauções-padrão.....	82
6.2	Resultados da Fase 2 – construção e validação do vídeo educativo.....	87
6.2.1	Caracterização dos especialistas.....	87
6.2.2	Construção do roteiro/ <i>script</i> do vídeo.....	89

6.2.3	Validação do roteiro/ <i>script</i> do vídeo.....	91
6.2.4	Validação do vídeo educativo.....	98
7	DISCUSSÃO.....	104
7.1	Adesão às precauções-padrão	105
7.2	Construção e validação do vídeo educativo.....	117
7.3	Limites do estudo.....	123
8	CONCLUSÃO.....	125
	REFERÊNCIAS.....	127
	APÊNDICES.....	146
	ANEXOS.....	194

1 INTRODUÇÃO

Os ambientes de trabalho, de maneira geral, oferecem riscos ocupacionais aos trabalhadores, em maior ou menor grau e intensidade, quando medidas de proteção individual e/ou coletiva são negligenciadas. Aspectos relacionados com a organização do ambiente de trabalho, as características das tarefas executadas e a qualidade e quantidade de material disponível são fatores interferentes na ocorrência de acidentes de trabalho e no adoecimento pelo trabalho de enfermagem (MARZIALE et al., 2014; RIBEIRO et al., 2012; VALIM et al., 2013).

De acordo com a Portaria nº 3.214 do Ministério do Trabalho do Brasil, de 1978 (BRASIL, 1978), os riscos ocupacionais são classificados em: riscos físicos (diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, como ruído, calor, frio, pressão, umidade, radiações ionizantes e não ionizantes, vibração); riscos químicos (substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, gases, neblinas, névoas ou vapores, ou que, possam ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão); riscos biológicos (bactérias, vírus, fungos, parasitos, entre outros); riscos ergonômicos (qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde, como: levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho); e, por fim, riscos de acidentes ou mecânicos (considerados como qualquer fator que coloque o trabalhador em situação vulnerável e possa afetar sua integridade, seu bem-estar físico e psíquico, por exemplo, uso de máquinas e equipamentos sem proteção, probabilidade de incêndio e explosão, arranjo físico inadequado, armazenamento inadequado).

Dos diversos riscos ocupacionais, interessa-nos os biológicos, pois nos serviços de atenção à saúde os acidentes de trabalho decorrentes da exposição a esses agentes são os mais frequentes, principalmente nos hospitais. São também mais frequentemente identificados e estudados devido ao seu potencial gerador de periculosidade e insalubridade. No ambiente hospitalar, há contato direto e indireto com pacientes e objetos potencialmente contaminados por patógenos responsáveis por doenças letais como Hepatite C (transmitida pelo vírus HCV), Hepatite B (transmitida pelo vírus HBV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (transmitida pelo vírus HIV) (BORBA BRUM et al., 2013; CUTTER; JORDAN, 2012; VALIM; MARZIALE, 2011; YÉLAMOS et al., 2012).

O Ministério do Trabalho do Brasil (BRASIL, 2008) classifica os riscos biológicos como aqueles que compreendem as exposições ocupacionais aos agentes biológicos (micro-organismos geneticamente modificados ou não; culturas de células; parasitas; toxinas e príons).

A exposição ocupacional por material biológico é entendida como a possibilidade de contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho. As formas de exposição incluem inoculação percutânea, por intermédio de agulhas ou objetos cortantes, e o contato direto com pele e/ou mucosas (PINHO; RODRIGUES; GOMES, 2007). Cutter e Jordan (2012) enfatizam que esta exposição ocorre entre os profissionais de saúde de todo o mundo, mas varia de acordo com as funções e atividades que desempenham.

Nesse sentido, verifica-se que trabalhadores de enfermagem se expõem rotineiramente a riscos biológicos em virtude da peculiaridade do trabalho que realizam na assistência direta e ininterrupta aos pacientes, pelo contato com sangue, secreções e excretas e pela manipulação de objetos contaminados durante o processo de limpeza, desinfecção e esterilização (CHALYA et al., 2015; PINHO; RODRIGUES; GOMES, 2007; LIMA; PINHEIRO; VIEIRA, 2007; SANTOS; COSTA; MASCARENHAS, 2013; SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008).

Estudos apontam maior ocorrência de acidentes entre os trabalhadores de enfermagem, o que, segundo eles, pode ser explicado pelas características do trabalho e pelo fato de a categoria constituir o maior contingente de trabalhadores de uma unidade hospitalar (CHALYA et al., 2015; GONÇALVES et al., 2014; MACHI JUNIOR et al., 2014).

Hosoglu et al. (2014) assinalam que as equipes de enfermagem e médica estão mais expostas aos riscos biológicos, porém a intensidade da exposição varia de acordo com as atividades que desenvolvem, a exemplo das salas de parto e cirurgias.

Devido à importância e dimensão da exposição ocupacional aos riscos biológicos entre profissionais de enfermagem, esta questão tem sido objeto de investigação a fim de propor o controle deste tipo de exposição e prevenir acidentes. No Brasil, vários estudos têm sido realizados com os mesmos propósitos e indicam que a exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado ainda representa um sério risco aos profissionais da área da saúde, e, portanto, demanda medidas de biossegurança (PAIVA; OLIVEIRA, 2011; PEREIRA et al., 2013; REZENDE et al., 2012; SOARES et al., 2013; ZHOU et al., 2014).

Ressalta-se que:

A Biossegurança é um conjunto de ações voltadas para prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, riscos que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou da qualidade dos trabalhos desenvolvidos. (TEIXEIRA; VALLE, 1996, p.13).

A avaliação das atividades de risco e a identificação precoce das medidas de prevenção a exposição, além da monitorização constante da ocorrência de Acidentes do Trabalho com Exposição a Material Biológico (ATMB), são ações permanentemente necessárias.

Dentre as ações de biossegurança estão as precauções-padrão (PP), que são recomendações essenciais para prevenir a transmissão dos patógenos provenientes da exposição a material biológico no local de trabalho. As medidas de precaução-padrão compreendem: o uso rotineiro de barreiras (luvas, óculos de proteção, avental) sempre que houver contato com sangue ou fluidos corporais; higienização das mãos e outras superfícies da pele antes e após a realização de qualquer procedimento que apresente possibilidade de contato com material potencialmente contaminado; manuseio e descarte correto/cuidadoso dos instrumentos durante e após o uso; utilização correta dos dispositivos de segurança existentes nos objetos perfurocortantes; descarte adequado das seringas e agulhas e outros objetos perfurocortantes em recipientes específicos; não encape ativo de agulhas; imunização contra hepatite B, cujo esquema vacinal consiste em uma série de três doses; recomendações específicas para visitantes e familiares dos pacientes; recomendações específicas para profissionais de saúde quanto ao manuseio e descarte de materiais potencialmente contaminados (GARNER, 1996; SIEGEL et al., 2007).

Embora as PP sejam recomendadas desde a década de 90, ainda há trabalhadores de saúde que não as utilizam, fato extremamente preocupante diante do elevado número de ATMB nas instituições de saúde. Segundo dados divulgados pela Previdência Social, foram registrados no Brasil, no período de 2011 a 2013, 182.589 acidentes de trabalho envolvendo profissionais do atendimento hospitalar e ambulatorial, o que corresponde a aproximadamente 4% do total de acidentes registrados no país, considerando todas as categorias profissionais. Cabe destacar que esses dados não demonstram a real magnitude do problema, pois se restringem

aos trabalhadores segurados da previdência social (BRASIL, 2015).

Entretanto, dados da Rede de Prevenção de Acidentes do Trabalho com Material Biológico em Hospitais Brasileiros da Universidade de São Paulo (REPAT/USP)¹ mostram que, no período de 2003 a 2015, mais de mil ATMB foram registrados nos sete hospitais de diferentes regiões do país que integram a referida rede. O maior número envolveu auxiliares e técnicos de enfermagem, com lesão percutânea durante manuseio de agulhas, em que houve contato com sangue potencialmente contaminado.

No estado de Mato Grosso, onde estão localizados os hospitais participantes deste estudo, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET)² registrou, no período de 2013 a 2015, o total de 1.910 ATMB entre os profissionais de saúde.

Nos Estados Unidos da América, de acordo com o *Massachusetts Department of Public Health* (2010), mais de meio milhão de lesões por objetos perfurocortantes ocorrem anualmente, o que chama a atenção para a elevada subnotificação, que pode variar de acordo com a realidade regional, o tipo de hospital e a ocupação. O estudo ressalta a importância de se considerar o problema da subnotificação como parte integrante das atividades de prevenção dos acidentes desta natureza.

Estudo multicêntrico envolvendo 15 hospitais integrantes do *National Surveillance System for Health Care Workers* (NaSH) e 45 hospitais incluídos no *Exposure Prevention Information Network* (EPINet), realizado no período de 1997 a 1998, estimou 385.000 casos/ano de acidentes com material perfurocortante envolvendo trabalhadores de saúde nos hospitais americanos - média de 1000 acidentes/dia (PANLILIO et al., 2004).

Estudos revelam como causas ou fatores predominantes para a ocorrência dos ATMB: sobrecarga de trabalho, problemas na organização do trabalho como supervisões deficientes e insuficiente capacitação do trabalhador, pressa para realizar o procedimento, dificuldades em utilizar o Equipamento de Proteção Individual (EPI), ausência de EPI, déficit de conhecimento sobre riscos e medidas de proteção, falta

¹ Disponível em: <http://repat.eerp.usp.br/resultados>. Acesso em: 01/03/2016.

² Extraído do Sistema DwWeb/SES-MT - Repositório de dados dos Sistemas de Informação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Disponível em: <<http://appweb3.saude.mt.gov.br/dw>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

de atenção, materiais inadequados, descarte de materiais em locais impróprios (recipientes superlotados e superfícies) e baixa adesão às precauções-padrão (GESSNER et al., 2013; MARZIALE et al., 2014; SOARES et al., 2013; REDA et al., 2010; SREEDHARAN; MUTTAPPILLYMYALIL; VENKATRAMANA, 2011).

A ocorrência dos ATMB é multicausal. Nessa direção, investigação realizada em um hospital de ensino evidenciou que, além das características do trabalho, as condições de como ele é organizado, ou seja, o processo de trabalho, constituíram fatores para ocorrência dos ATMB. Revelou ainda que a falta de supervisão e planejamento da assistência de enfermagem pelos enfermeiros constitui fator causal para a ocorrência dos ATMB (SOARES et al., 2013).

Na década de 90, o *Centers for Disease Controle and Prevention* (CDC) criou o conceito de Precauções Universais, posteriormente denominadas Precauções-Padrão (PP), com o objetivo de reduzir as infecções relacionadas com a assistência à saúde e assegurar maior proteção à saúde dos trabalhadores expostos a material biológico potencialmente contaminado (GARNER, 1996). Destaca-se que as PP, quando corretamente implementadas, são a principal estratégia de proteção ao trabalhador diante deste tipo de exposição (CDC, 2011).

Valim et al. (2013) ressaltam que as PP são medidas de prevenção primária que minimizam a exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado e previnem as infecções relacionadas à assistência em saúde, no entanto, a adesão a essas medidas é um problema entre os profissionais de enfermagem.

Dos inúmeros fatores envolvidos na ocorrência dos ATMB, a baixa adesão às precauções-padrão pelos trabalhadores de saúde, em especial profissionais de enfermagem, tem chamado a atenção dos estudiosos para a importância do desenvolvimento de estratégias que favoreçam a adoção de medidas preventivas pelos trabalhadores e a implementação de políticas de segurança pelas instituições de saúde (PORTO; MARZIALE, 2016).

Estudo de revisão integrativa mostrou que as causas dos ATMB ocorridos entre os trabalhadores de enfermagem são diversas e incluem as condições inadequadas de trabalho, a não adoção das precauções-padrão pelos trabalhadores, a falta de material com dispositivos de segurança e as atividades insuficientes de educação em saúde (PORTO; MARZIALE, 2016).

Exemplos de baixa adesão são apresentados nos estudos realizados por

Gessner et al. (2013), Julio, Filardi e Marziale (2014), Oliveira e Paiva (2013) e Valim e Marziale (2014), os quais identificaram que a cobertura vacinal contra hepatite B entre os trabalhadores de enfermagem vítimas de acidentes não é a desejada, o que gera a necessidade de usar imunoglobulina. Além disso, em cerca de 20% dos acidentes ocorridos, foi necessário utilizar quimioprofilaxia para o vírus HIV. Os estudos alertam para a subnotificação dos acidentes e para as lacunas no preenchimento dos formulários de notificação.

Os fatores que podem estar associados com a baixa ou não adesão às PP são diversos, entre os quais se destacam o treinamento recebido quanto ao uso dessas medidas, o clima organizacional, o número de pacientes versus a quantidade de profissionais disponíveis para a prestação do cuidado, a percepção de obstáculos para seguir as PP e a autoeficácia percebida e a percepção de benefícios pelo uso das medidas recomendadas (EFSTATHIOU; PAPASTAVROU, 2011; NOWAK et al., 2013; PEREIRA et al., 2013; LUO et al., 2010).

Melo et al. (2006) ressaltam que aspectos subjetivos também contribuem para a baixa adesão às PP, e a sua implementação ainda constitui um desafio, apesar das medidas serem de fácil compreensão. Isto reforça a ideia de que ações de intervenção nos locais de trabalho com a participação e o envolvimento dos trabalhadores podem prevenir a exposição acidental a material biológico.

O estudo de McCoy et al. (2001) destaca os fatores organizacionais que devem ser considerados ao se planejar intervenções no local de trabalho, pois são considerados potenciais influências na não adesão às medidas de PP. Os autores sublinharam correlações positivas encontradas em instituições comprometidas com a segurança dos trabalhadores e a conformidade com as PP, assim como trouxeram autorrelatos de trabalhadores sobre a disponibilização adequada de EPI, fiscalização do uso das medidas de precaução, treinamentos e outros itens que favorecem a adesão às medidas de precaução.

Sabe-se que a exposição ocupacional a material potencialmente contaminado pode ser evitada se um conjunto de ações preventivas for adotado por empregadores e trabalhadores, o que inclui o cumprimento das PP. Cabe aos empregadores a oferta de adequadas condições de trabalho, assim como a revisão de práticas e formas de organização. Já os profissionais devem seguir práticas seguras na execução de suas atividades laborais. Nesse sentido, os programas educativos têm sido relevantes para mudança de comportamentos de riscos no

ambiente de trabalho, principalmente os relativos a tal adesão e, conseqüentemente, para a redução da exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado (KAGAN; OVADIA; KANETI, 2009; PEREIRA et al., 2013; PARMEGGIANI et al., 2010; ZHOU et al., 2014).

A promoção da saúde no trabalho vem sendo amplamente discutida e divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), pois se considera que um ambiente de trabalho saudável é essencial para a saúde do trabalhador, tornando-se um suporte positivo para a produtividade, a motivação, o espírito de trabalho, a satisfação no trabalho e a qualidade de vida em geral (OMS; OPAS, 2000). Assim, o espaço de trabalho mostra-se prioritário para o desenvolvimento das ações voltadas para a promoção da saúde.

A Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou a Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030 (ONU, 2015) que recomenda, em seu objetivo 8.8, o desenvolvimento de estratégias para proteger os direitos laborais e promover o trabalho seguro e um ambiente com proteção à saúde dos trabalhadores, assim reforçando a importância de conferir maior atenção para a saúde e segurança no trabalho.

Nesse contexto, com o intuito de colaborar para a adoção de práticas seguras de execução do trabalho de enfermagem no que se refere à prevenção de exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado, este estudo propôs a construção e validação de um vídeo educativo estruturado segundo o referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde Revisado (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2006) e as Precauções-Padrão (GARNER, 1996; SIEGEL et al., 2007).

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO E PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

A exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado demanda a adoção rotineira de condutas que evitem acidentes de trabalho ou, ao menos, reduzam os danos por eles causados. Assim, as medidas de precaução-padrão são recomendadas a todos os profissionais de saúde expostos a estes riscos. No entanto, a adesão a essas medidas é abaixo do desejável em quase todo o mundo.

Na experiência profissional na área de saúde do trabalhador e por meio de evidências científicas constatou-se que a baixa adesão às precauções-padrão decorre de uma série de fatores organizacionais, psicossociais e ambientais, que precisam ser trabalhados para maximizar essa adesão. Assim, com o propósito de potencializá-la, são recomendadas intervenções no local de trabalho, de formas diversas, que manejem os vários aspectos envolvidos nesta baixa adesão.

Diante deste cenário, buscou-se nesta pesquisa, por meio da identificação dos fatores intervenientes na adesão de trabalhadores de enfermagem às PP, construir e validar um vídeo educativo para ser utilizado pelos profissionais de enfermagem expostos a material biológico.

Perguntas de investigação:

- a) o conhecimento dos trabalhadores de enfermagem sobre as precauções-padrão é satisfatório?
- b) a adesão dos trabalhadores de enfermagem às precauções-padrão na prática diária de enfermagem é adequada?
- c) o vídeo educativo é um recurso pedagógico para ser utilizado como uma ferramenta nos programas de educação permanente para estimular a adesão às precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Construir e validar um vídeo educativo com o intuito de estimular a adesão às precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar os trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais;
- b) Identificar o conhecimento sobre as precauções-padrão entre trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico;
- c) Identificar a adesão às precauções-padrão de trabalhadores expostos a material biológico;
- d) Construir um vídeo educativo estruturado com base no conhecimento sobre os fatores que interferem na adesão às precauções-padrão e no Modelo Revisado de Promoção da Saúde de Nola Pender;
- e) Validar o vídeo educativo.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Exposição ocupacional de trabalhadores de enfermagem a material biológico

Os trabalhadores de enfermagem, no espaço hospitalar, estão expostos a uma multiplicidade de riscos ocupacionais que podem ocasionar acidentes e doenças, a saber: físicos, químicos, ergonômicos, mecânicos e biológicos. Os riscos físicos são provenientes de radiações, vibrações, ruídos, temperatura extrema (alta ou baixa), iluminação inadequada e eletricidade. Já os químicos estão presentes principalmente na manipulação de substâncias, como medicamentos e produtos de limpeza, e desinfecção de artigos e superfícies capazes de provocar doenças alérgicas (dermatites, problemas respiratórios, etc.) e moléstias graves como neoplasias. Os riscos ergonômicos decorrem, sobretudo, da postura inadequada em procedimentos como movimentação de pacientes, realização de curativos, punções venosas, de trabalho em pé por longos períodos, flexões de coluna frequentes, entre outros (BRASIL, 2001). Os riscos biológicos, por sua vez, são responsáveis por infecções agudas e crônicas, ocasionadas por vírus, fungos e bactérias, e estão presentes principalmente em fluidos corpóreos dos pacientes (sangue, secreções, excretas) e em artigos hospitalares potencialmente contaminados por utilização em pacientes portadores de doenças transmitidas por agentes desta natureza. Conforme a Norma Regulamentadora (NR) número 32 do Ministério do Trabalho do Brasil, entende-se por risco biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos (BRASIL, 2011).

Em relação aos riscos presentes no ambiente de trabalho da enfermagem, a exposição a agentes biológicos é mais frequente e ocasiona acidentes, principalmente por materiais perfurocortantes e pelo manuseio inadequado de artigos contaminados e resíduos hospitalares. A exposição pode ser: percutânea, havendo lesões por objetos perfurocortantes como agulhas e lâminas de bisturi contaminadas; mucocutânea, em que há o contato com respingos na face, olhos, boca e nariz; cutânea, na qual a pele tem contato com dermatites, lesões, ou ainda por mordeduras de pacientes (BRASIL, 2004; RESNIC; NOERDLINGER, 1995).

Dos patógenos transmissíveis presentes no ambiente hospitalar, destacam-se os vírus HIV, VHB, VHC, pela gravidade e pelo potencial de transmissão por contato direto ou indireto, sendo o sangue uma das principais vias de transmissão

(BRASIL, 2004). A exposição direta ocorre quando há transmissão do agente sem a intermediação de veículos ou vetores, por exemplo, por gotículas ou contato com a mucosa dos olhos ou via aerossóis. Já a exposição indireta acontece por meio de algum veículo ou vetor (mãos, luvas, roupas, instrumentos, objetos perfurocortantes, entre outros) (CARVALHO et al., 2016).

Em 1984 houve o primeiro registro de transmissão do HIV por exposição ocupacional e, após este evento, de acordo com os dados mais recentes divulgados e datados de dezembro de 2013, registrou-se e confirmou-se um total de 58 casos e outros 150, tratados como possíveis casos de transmissões, tinham sido relatados ao CDC nos Estados Unidos (JOYCE; KUHGAR; BROOKS, 2015).

Destaca-se que a exposição por perfuração com agulha envolvendo sangue infectado pelo HIV apresenta um risco aproximado de 0,3% de infecção e pode ser letal. Na exposição ocupacional ao vírus da hepatite B, o risco de infecção varia de 6% a 30%, dependendo do estado do paciente-fonte e da situação vacinal do trabalhador, ou seja, varia de seis a 30 casos de contaminação a cada 100 exposições. Quanto ao vírus da hepatite C, o risco de transmissão após um acidente percutâneo, com agulha por exemplo, é de aproximadamente 1,8%, ou seja, quase dois casos de contaminação a cada 100 exposições (CDC, 2015).

A exposição ocupacional acidental a material biológico é considerada um importante problema não apenas para o trabalhador, mas também para as instituições empregadoras e governamentais pois, além de causar danos à saúde dos profissionais, gera absenteísmo, necessidade de reorganização no trabalho, consequências de ordem financeira, sobrecarga de trabalho e insatisfação aos demais membros de equipe, que acabam assumindo as atividades dos trabalhadores acidentados. Além disso, quando não há possibilidade de prover a cobertura necessária, o absenteísmo pode levar à descontinuidade do trabalho, o que compromete a qualidade da assistência de enfermagem (OLIVEIRA, 2014; YENDE, 2005).

Importante assinalar também que os trabalhadores vítimas de ATMB vivenciam sentimentos de medo, angústia, ansiedade, preocupação, desespero e tristeza, pela possibilidade de infecção pelo vírus HIV, vírus HBV e HCV, assim como enfrentam os efeitos colaterais do tratamento quando a quimioprofilaxia é indicada (MARZIALE et al., 2014; LIMA; PINHEIRO, VIEIRA, 2007).

Estudo realizado em um hospital universitário de Brasília identificou, no

período de 12 meses, 70 ATMB, dos quais 27% envolveram profissionais de enfermagem, acarretando 149 dias de afastamento. Embora os custos das faltas dos trabalhadores acidentados não tenham sido contabilizados, elas geram a necessidade de cobertura por outros profissionais para a realização do trabalho (PINHO; RODRIGUES; GOMES, 2007). O custo financeiro do acidente de trabalho e os transtornos gerados são fatores que vêm impulsionando estudos sobre possíveis estratégias para a redução dos ATMB (MARZIALE et al., 2014; GIANCOTTI et al., 2014).

4.2 Comportamento de trabalhadores de enfermagem diante da adesão às precauções-padrão

Uma das principais estratégias para reduzir a exposição ocupacional aos agentes biológicos se dá pela utilização das precauções-padrão, cujo objetivo é proteger os trabalhadores de possíveis contaminações ocupacionais e prevenir infecções durante a assistência aos pacientes (SIEGEL, 2007).

Entretanto, por meio de revisão integrativa da literatura, identificamos 30 artigos científicos nacionais e internacionais publicados no período de 2005 a 2014 sobre a adesão às PP, os quais evidenciaram que a adesão parcial às PP por trabalhadores da saúde assim como os motivos que a influenciam negativamente relacionam-se a fatores individuais do trabalhador, organizacionais e a condições de trabalho (PORTO; MARZIALE, 2016).

Do ponto de vista individual, os aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais, como o comportamento de risco assumido pelo trabalhador, a percepção reducionista das PP, o julgamento de que o paciente oferece baixo risco e o excesso de autoconfiança daquele que presta a assistência, são apontados como causas da baixa adesão às PP (CIRELLI; FIGUEIREDO; ZEM-MASCARENHAS, 2007; MELO et al., 2006; PEREIRA et al., 2013). Estudo realizado nos Emirados Árabes evidenciou que menos da metade dos profissionais concordou que as PP objetivam proteger profissionais e pacientes e uma parcela significativa referiu a necessidade de utilizá-las somente em pacientes diagnosticados ou suspeitos de doenças transmissíveis, julgando que apenas estes oferecem risco (SREEDHARAN;

MUTTAPPILLYMYALIL; VENKATRAMANA, 2011).

No entanto, Reda et al. (2010) destacam que essas atitudes são discriminatórias e relacionam-se ao déficit de conhecimento dos profissionais sobre o assunto. Para Kagan, Ovadia e Kaneti (2009), os preconceitos e valores interferem na adesão às PP, tendo o conhecimento, nesses casos, um efeito de pequena significância sobre a conformidade com as PP, o que requer a abordagem do aspecto psicoeducacional nos programas de treinamento.

Ainda no aspecto individual, outros motivos podem ser elencados para explicar a baixa adesão às PP, como EPI desconfortável, interferência negativa nas habilidades de enfermagem, conflito entre a necessidade de prestar o cuidado e a autoproteção (EFSTATHIOU; PAPASTAVROU, 2011).

Em relação ao aspecto organizacional, os motivos que influenciam na adesão às PP são, principalmente, a deficiente supervisão do trabalho, ausência de uma gestão eficaz para implementação das PP, falta de um calendário de reuniões periódicas com as equipes, gestão de segurança no trabalho inexistente ou deficiente (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2009; LOPES et al., 2008).

No que diz respeito às condições de trabalho, fatores como a falta ou o insuficiente investimento nas condições de trabalho, recursos limitados, qualidade e quantidade de equipamentos de proteção individual e materiais inadequados impactam diretamente na adesão a tais medidas por parte dos trabalhadores (AMIN; AL WEHWDY, 2009; LUO et al., 2010; ASKARIAN; MEMISH; KHAN, 2007). Estudo realizado no Chile por Ferrer et al. (2009) destacou a falta de materiais como o motivo mais observado em relação à baixa adesão às PP.

Assim como o ritmo intenso de trabalho e a jornada excessiva, as equipes reduzidas e a urgência em realizar o procedimento também comprometem o uso adequado das PP na rotina dos trabalhadores (CIRELLI; FIGUEIREDO; ZEM-MASCARENHAS, 2007; NOWAK, 2013).

Em relação ao conhecimento sobre o assunto, os estudos ressaltam que a deficiência na formação, capacitação insuficiente, déficit de conhecimento sobre as PP e biossegurança impactam diretamente no cumprimento dessas medidas de prevenção (EFSTATHIOU, PAPASTAVROU, 2011; JEONG; CHO; PARK, 2008; LUO et al., 2010; SILVA et al., 2012; ZHOU et al., 2014). Para Atif et al. (2013), as atividades devem focar no descarte de materiais perfurocortantes e nas barreiras de proteção adequadas.

Verifica-se que o aspecto organizacional influencia na adesão às PP, sendo de fundamental importância que as instituições ofereçam condições de trabalho seguras, o que inclui fornecimento adequado de materiais e equipamentos, definição e divulgação de normas e rotinas sobre saúde e segurança no trabalho, implementação de programas de educação permanente, entre outras ações. Dessa forma, será possível reduzir a exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado (PORTO; MARZIALE, 2016).

Essas estratégias, que devem ser implementadas pela instituição, contribuem para redução dos obstáculos e, portanto, impactam positivamente na adesão às PP (CHAN; HO; DAY, 2007). Assim, quanto mais obstáculos o trabalhador perceber, menor será a sua adesão às PP. Todavia, como nem sempre é possível eliminá-los, mas sim reduzi-los, deve-se criar estratégias que possibilitem ao trabalhador desenvolver habilidades cognitivas, psicomotoras e comportamentais para superar os obstáculos por ele percebidos (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2009).

Além disso, é preciso potencializar a percepção tanto dos benefícios advindos do cumprimento das PP quando dos riscos a que os trabalhadores estão expostos, para que melhor reconheçam as situações de perigo e adotem as medidas de proteção necessárias (PEREIRA et al., 2013).

Uma vez que a percepção de risco e a personalidade de risco são fatores que podem interferir na adesão às PP, reforça-se a importância de estratégias pautadas na mudança de atuação dos trabalhadores, passando de um comportamento de risco para outro mais seguro, sem, contudo, culpabilizá-los pelas posturas assumidas (CUTTER; JORDAN, 2012).

Finalizando, a percepção de risco pode influenciar positivamente na adesão às PP, pois quando o trabalhador percebe melhor o risco a que está exposto, mais irá aderir às PP, diferentemente do que ocorre quando ele identifica um elevado número de obstáculos. Quanto à personalidade de risco, esta prejudica a adesão (PEREIRA et al., 2013; CUTTER; JORDAN, 2012). Válido destacar também que o comportamento de risco pode estar relacionado a crenças em saúde do próprio trabalhador (MELO; DAMASCENO, 2006; NEVES et al., 2011).

4.3 Modelo Revisado de Promoção da Saúde

A Organização Mundial de Saúde, em seu Ato de Constituição de 1946, estabeleceu que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a simples ausência de doença ou enfermidade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). No entanto, este conceito sofreu críticas e modificações ao longo do tempo em virtude de seu caráter dicotômico, passando a ser defendido outro que englobasse a singularidade de cada sujeito, a doença, a família, considerando o contexto histórico, cultural e social, para se compreender a doença e elaborar estratégias de intervenção em direção à promoção da saúde da população (ARAÚJO; XAVIER, 2014).

O conceito de que a saúde não é apenas ausência de doença vem sendo reforçado em conjunto com o conceito de promoção da saúde. A Promoção da Saúde, enquanto conceito, envolve a percepção de que saúde não é um fenômeno puramente biológico, e que as condições de vida dos indivíduos desempenham um importante papel no processo de adoecimento e prevenção de doenças. Políticas e Programas de saúde que objetivem a Promoção da Saúde devem adotar estratégias e ações concretas para evitar que os indivíduos fiquem expostos aos fatores de adoecimento, assim como promover o bem-estar e a melhoria na qualidade de vida (NAIDOO; WILLS, 2009).

A promoção da saúde está relacionada ao comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida e ao desenvolvimento de políticas públicas e condições favoráveis à saúde. Conforme estabelece a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) do Ministério da Saúde do Brasil, a promoção da saúde envolve estratégias e formas de produzir saúde individual e coletiva, por meio de articulação das redes de atenção, de proteção social e demais políticas que objetivem equidade e qualidade de vida, a fim de reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde de origem social, econômica, política, cultural e ambiental (BRASIL, 2014).

O conceito de promoção da saúde surgiu e foi valorizado com o sanitarismo médico-social do século XIX, direcionado às relações entre condições de vida e saúde, e também como uma resposta a uma crescente medicalização da saúde do século XX. Inicialmente definida pelo modelo de Leavell & Clark, na década de 40, tal concepção passou a englobar a medicina preventiva, embora ainda centrada na

doença. O conceito de promoção da saúde evoluiu a partir de meados da década de 70, aproximando-se do estágio atual, em que se busca centrar a promoção da saúde, pelo menos no campo teórico, nas questões de determinação social e econômica da saúde – e não da doença (HEIDMANN et al., 2006).

Desses esforços surgiram o Relatório Lalonde (1974) e a Declaração de Alma-Ata (1978). O Informe Lalonde foi o primeiro documento oficial a utilizar o termo “promoção da saúde” e enfatizou conceitos como “determinantes de saúde” e a decomposição do campo da saúde nos componentes de biologia humana (genética e função humana), o ambiente (social e natural), o estilo de vida (comportamento individual) e a organização dos serviços de saúde. No entanto, esta visão sofreu críticas por enfatizar o estilo de vida e o comportamento, com reduzido peso das interações políticas, sociais e econômicas fora da governabilidade dos indivíduos, o que abria espaço para a “culpabilização das vítimas”. A partir da Declaração de Alma-Ata, surgiu uma vertente complementar em promoção da saúde que também evidenciou os seus determinantes sociais (HEIDMANN et al., 2006).

Já a partir de meados da década de 80, e após a Carta de Ottawa (1986), diversas conferências internacionais e regionais foram realizadas, sempre de forma a reiterar o conceito de promoção da saúde e a interação de seus determinantes comportamentais e sociais, assim como as estratégias elencadas na Carta de Ottawa no que diz respeito à promoção da saúde. Essas estratégias envolvem a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, a reorientação dos seus serviços, a valorização da ação comunitária e a capacitação das pessoas no desenvolvimento das habilidades pessoais (HEIDMANN et al., 2006).

Considerando esse histórico conceitual, a promoção da saúde pode ser definida como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, tanto na dimensão individual quanto coletiva, com articulação na Rede de Atenção à Saúde e demais redes de proteção social, visando à equidade e qualidade de vida da população. Tais estratégias permitem reduzir as vulnerabilidades e os riscos provenientes dos diversos determinantes: sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014) propõe que as intervenções tomem como objeto os problemas e as necessidades de saúde, seus condicionantes e determinantes, e que envolvam simultaneamente as

ações e os serviços voltados para saúde e adoecimento. Trata-se de uma atuação que deve extrapolar o atendimento no âmbito das unidades de saúde e incidir sobre as condições de vida da população.

O referencial da promoção da saúde tem sido usado na análise e compreensão dos fatores determinantes das condições de saúde de indivíduos e comunidades, subsidiando a implantação de ações voltadas à satisfação das necessidades por meio de diversas teorias e modelos (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

Os espaços de trabalho, assim como todos os ambientes em que os indivíduos se inserem, necessitam, sob a ótica da promoção da saúde, tornarem-se a ela favoráveis tanto do ponto de vista individual como coletivo. Dessa forma, trata-se de um tema relevante no campo da saúde, pois um ambiente de trabalho saudável é essencial não só para a saúde do trabalhador, mas também à promoção de um suporte positivo para produtividade, motivação, espírito de trabalho, satisfação no trabalho e a qualidade de vida em geral (OMS; OPAS, 2000).

Dos referenciais teóricos que abordam a Promoção da Saúde no ambiente de trabalho de enfermagem, o Modelo de Promoção da Saúde proposto por Nola Pender (PENDER, 1996) tem sido muito utilizado. O modelo foi revisado por Pender, Murdaugh e Parsons (2006) e passou a ser denominado Modelo Revisado de Promoção da Saúde. Segundo as autoras, engloba ideias e conceitos das teorias social cognitiva e da avaliação das expectativas. Assim, no modelo de Promoção da Saúde são explorados os determinantes do comportamento individual em relação à saúde, à luz dos fatores cognitivos e de percepção, e sua interação com o ambiente social e laboral, a fim de desvendar os complexos processos que podem levar os indivíduos à adesão a práticas e comportamentos de promoção da saúde. Por essas características, o referido modelo foi selecionado para estruturar o presente estudo sobre a adesão de trabalhadores de enfermagem às precauções-padrão.

O modelo é um guia para exploração dos complexos processos biopsicossociais que motivam as pessoas a assumir comportamentos em prol da melhoria da saúde; tem a intenção de ilustrar a natureza multidimensional dos indivíduos que interagem com seu meio ambiente em busca da saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2006) e, de acordo com as referidas autoras, é composto pelas seguintes categorias:

a) Características individuais e experiências

O indivíduo tem características e experiências únicas, capazes de afetar suas ações e seus comportamentos.

- Comportamento prévio

Segundo o Modelo, os comportamentos prévios impactam a probabilidade de o indivíduo aderir ou não a comportamentos de promoção da saúde, seja por execução descuidada, seja pela “percepção de autoeficácia”.

- Fatores pessoais

Os fatores pessoais no Modelo de Promoção da Saúde classificam-se em biológicos, psicológicos e socioculturais, e os fatores elencados em um estudo devem ser teoricamente coerentes com o comportamento que se pretende estudar. Além disso, há aspectos pessoais que não podem ser incorporados em intervenções de mudança de comportamento quando não existe a possibilidade de modificá-los. Os fatores pessoais são classificados como biológicos, cujas variáveis são idade, sexo, índice de massa corporal, capacidade aeróbica, força, agilidade e equilíbrio. Fatores pessoais psicológicos incluem variáveis como autoestima, motivação, competência pessoal, estado de saúde e definição de saúde. Já os fatores pessoais socioculturais contemplam variáveis como raça, etnia, cultura, educação e estado socioeconômico.

b) Percepções e sentimentos específicos do comportamento

As percepções e os sentimentos desempenham relevante papel na motivação para um determinado comportamento, sendo as categorias de maior importância e significado no Modelo de Promoção da Saúde. Configuram-se, portanto, como foco central das intervenções e estão sujeitos a modificações por meio de nossas ações.

- Percepção dos benefícios da ação

A percepção dos benefícios motiva o comportamento de acordo com as conquistas e os resultados esperados. Esta percepção deriva dos benefícios alcançados em experiências anteriores ou da observação das vivências de outros indivíduos. No entanto, embora tal percepção seja pré-requisito, não constitui condição suficiente para adoção de determinada conduta de saúde. Os benefícios ainda podem ser

classificados como intrínsecos (diretos à saúde) e extrínsecos (outras recompensas que não benefícios diretos à saúde). Os extrínsecos agem melhor sobre a adesão, e os intrínsecos sobre a manutenção de determinado comportamento.

- Percepção de barreiras para a ação

As barreiras são percebidas como bloqueios mentais ou dificuldades para a adoção de determinados comportamentos. Incluem percepções sobre a inviabilidade, inconveniência, custo, dificuldade e tempo gasto com uma ação. Assim, as barreiras percebidas podem influenciar as intenções de realização e a adesão do indivíduo a um determinado comportamento. A realização ou não da ação depende, portanto, do maior ou menor grau de percepção das barreiras e dos benefícios advindos da ação ou do comportamento.

- Percepção de autoeficácia

A percepção de autoeficácia é, antes de tudo, um julgamento pessoal. O indivíduo avalia a si mesmo quanto à sua capacidade de realizar uma ação. Não possui necessariamente relação com suas habilidades e, portanto, quanto melhor for seu julgamento sobre a sua capacidade de realizar uma ação, maior será o encorajamento para executá-la.

- Sentimento relacionado à atividade

O modelo propõe o conceito de que os sentimentos positivos relacionados a um comportamento motivam o indivíduo a repeti-lo e, de maneira inversa, sentimentos negativos sobre um comportamento reduzem as chances de realizá-lo novamente. Dessa forma, para qualquer comportamento motivado existe a necessidade de se delinear e medir os sentimentos negativos e positivos de maneira adequada, em seus três componentes de respostas afetivas: resposta emocional à execução da própria ação, autorrealização com o ato e a resposta emocional ao contexto da ação ou ambiente em que este ocorre.

- Influências interpessoais

Influências interpessoais são definidas no modelo como percepções sobre comportamentos, crenças e condutas de outros indivíduos. Essas percepções não necessariamente correspondem à realidade, mas dizem respeito a normas, apoio

social e modelos.

- Influências situacionais

O contexto no qual deve ocorrer o comportamento possui o poder de facilitá-lo ou impedi-lo de acordo com as percepções e cognições individuais relacionadas à situação. Os ambientes e as situações onde o indivíduo se sente tranquilo e seguro propiciarão o desempenho de tarefas e ações de modo mais competente. Assim, ambientes motivadores facilitam a execução da ação e a adoção de bons comportamentos em saúde.

c) Resultado comportamental

A primeira etapa do resultado comportamental é o compromisso com um plano de ação que se inicia pela conduta. Esse compromisso motivará o indivíduo a assimilar a importância do comportamento de promoção da saúde e adotá-lo, salvo se em direção contrária existirem demandas que não puderem ser por ele ignoradas ou preferências contrárias que o impeçam de resistir.

- Compromisso com o plano de ação

O comprometimento do indivíduo com o plano de ação revela-se um duplo compromisso. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de uma ação específica, em um tempo e lugar, com outras pessoas ou sozinho, não importando as preferências contrárias e o delineamento de estratégias, para dar continuidade ao comportamento desejado.

- Exigências e preferências contrárias e imediatas

As exigências envolvem situações e influências ambientais e sociais que pressionam para a não adoção de determinados comportamentos. Da mesma forma, preferências contrárias são percepções e sentimentos individuais negativos em relação a determinada ação que dificultam sua execução.

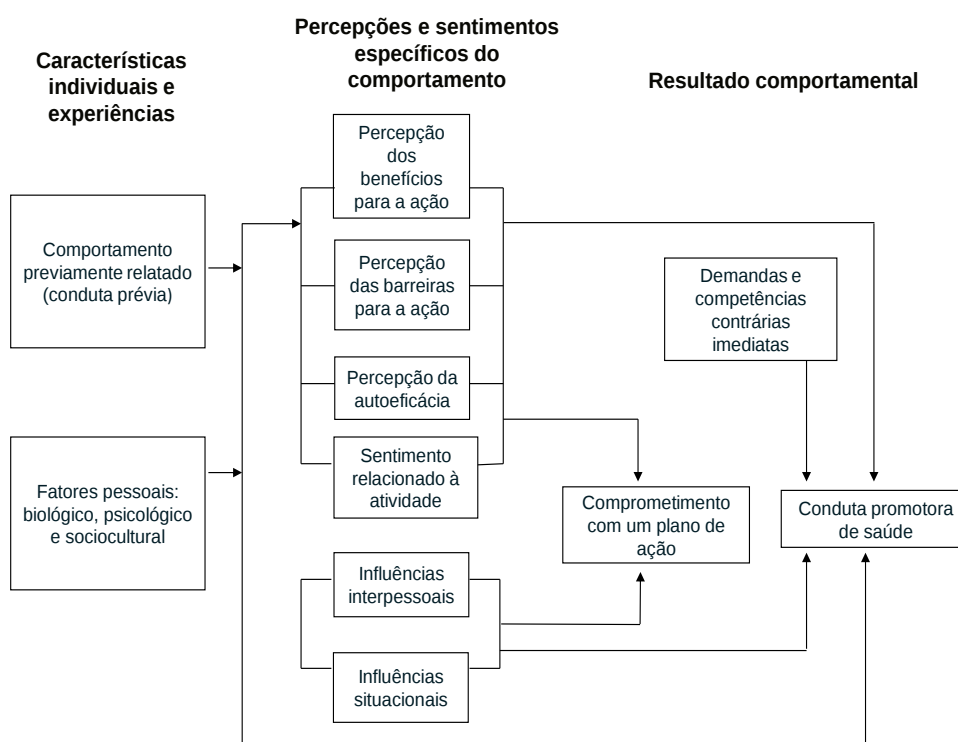
- Comportamento de promoção da saúde

O comportamento de promoção da saúde é o resultado final do Modelo Revisado de Promoção da Saúde que visa, justamente, à obtenção de resultados de saúde positivos. Os comportamentos de saúde devidamente integrados a um estilo de vida

saudável, em todos os aspectos, resultam em melhoria da saúde, habilidade e qualidade de vida.

As categorias do Modelo Revisado de Promoção da Saúde podem ser visualizadas na Figura 1.

Figura 1 - Modelo Revisado de Promoção da Saúde (MRPS)



Fonte: Pender, Murdaugh e Parsons (2006).

Esse modelo vem sendo aplicado em diversas situações para fundamentar a intervenção com foco na adoção de comportamentos de promoção da saúde. Em estudo com pessoas portadoras de obesidade e coronariopatia, as pesquisadoras Santos, Soares e Berardinelli (2013) concluíram, após a aplicação do Diagrama de Pender, que as ações interativas de educação em saúde podem levar à reflexão, à tomada de consciência, às interferências sobre o estilo de vida e à autonomia para o autocuidado. Zapparoli (2009) utilizou o referido referencial para estudar a adesão ao uso de luvas de proteção por trabalhadores de enfermagem na punção venosa, e os resultados evidenciaram as variáveis que motivam a mudança de comportamentos, sendo as principais: percepção da luva como uma barreira protetora para prevenir a

ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a sangue, autoeficácia do uso de luvas como equipamento de proteção individual, carga de trabalho adequada, reação positiva do paciente ao uso de luvas pelo trabalhador, preocupação dos empregadores com a saúde e o bem-estar da equipe de enfermagem e incentivo dos supervisores. Já os fatores que influenciaram negativamente o uso de luvas na punção venosa foram: diminuição da sensibilidade tátil, dificuldade para fixar o cateter, tamanho inadequado, falta de conhecimento sobre quando usar luvas, má qualidade e tamanho das luvas oferecidas pelo serviço (ZAPPAROLI, 2009, p. 84).

Em pesquisa com cortadores de cana-de-açúcar, Rocha (2007) analisou as situações de trabalho e de vida dos trabalhadores tendo o Modelo Revisado de Promoção Saúde de Pender como referencial. Os resultados revelaram interação entre os fatores ambientais, individuais e sociais, destacando-se as inadequadas condições de trabalho e moradia dos trabalhadores, a ocorrência de acidentes e doenças do trabalho, com predominância de problemas psicológicos entre os trabalhadores do setor de corte mecanizado.

Assim, diante do exposto e por meio da identificação de fatores que influenciam positiva e negativamente um comportamento, considerou-se que, a exemplo do comportamento de adesão às PP, estratégias podem ser elaboradas para a adoção de comportamento seguros capazes de evitar a exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado.

4.4 O uso do vídeo como estratégia pedagógica

Os programas educativos apresentam relevância na mudança de comportamentos de riscos no ambiente de trabalho, por serem capazes de incentivar a adoção das medidas de precaução e, conseqüentemente, reduzir a exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado (KAGAN; OVADIA; KANETI, 2009; PARMEGGIANI et al., 2010; PEREIRA et al., 2013; ZHOU et al., 2014).

Estudos analisados por Porto e Marziale (2016) em revisão integrativa, destacaram a necessidade de capacitação dos trabalhadores e recomendaram o uso de estratégias pedagógicas inovadoras em serviço que extrapolem a transmissão de informações e despertem a atenção, estimulem a reflexão e a adoção de

comportamentos seguros.

Nesse sentido, ressalta-se que a identificação dos fatores que influenciam na adesão às PP é essencial para o sucesso das estratégias educativas, assim como é necessário avaliar a percepção tanto dos benefícios para a ação quanto da autoeficácia (JOVENTINO, 2013). Essa autora enfatiza que, das práticas pedagógicas utilizadas, o vídeo educativo emerge como uma estratégia que possibilita contemplar os conceitos expostos. Trata-se de uma abordagem alternativa que envolve os sujeitos nas dimensões cognitiva, social e cultural, ultrapassando a mera transmissão de informações, sendo eficaz para a promoção da saúde.

No vídeo educativo é possível sintetizar a linguagem combinando diversos elementos audiovisuais como imagens, sons e texto, o que facilita a apresentação do conteúdo de forma compreensível, mais do que na forma textual verbal, e desperta o interesse e a motivação do público (GOMES, 2008). Além disso, segundo Cinelli (2003), o vídeo mostra-se de fácil manuseio, com possibilidade de avanços, recuos, repetições e pausas, conforme interesse e necessidade, de modo que estimula a curiosidade e possibilita a discussão e interação entre os participantes. Trata-se de uma ferramenta que valoriza o conhecimento prévio, as experiências individuais e potencializa a eficácia da aprendizagem.

Salina et al. (2012) reforçam que a possibilidade de interromper o filme, rever o conteúdo diversas vezes e retroceder partes de acordo com suas necessidades oferece ao usuário a vantagem de se manter com um alto nível de atenção, aspecto que contribui para maior aprendizagem. Entretanto, ressaltam que o vídeo deve ser tratado como uma ferramenta de apoio, parte de um programa permanente de educação, ou seja, deve integrar o plano educativo permanente da instituição.

Fleming, Reynolds e Wallace (2009) acrescentam que o vídeo confere ao usuário o controle sobre o conteúdo que deseja selecionar, dar pausa, avançar, retornar e, portanto, possibilita que participe ativamente do processo ensino-aprendizagem. Além disso, estimula a concentração e, por consequência, amplia as possibilidades de maior retenção das informações.

O aprendizado obtido por meio deste recurso audiovisual pode ser explicado por razões diversas, sobretudo por algumas características que lhe são próprias. Para Gutierrez (1978), a linguagem audiovisual tem uma força capaz de dizer muito mais do que captamos, chega por muito mais caminhos do que

conscientemente percebemos, e encontra, dentro de nós, uma repercussão em imagens básicas, centrais, simbólicas, arquetípicas, com as quais nos identificamos, ou que conosco se relacionam de alguma forma.

Basso e Amaral (2006) destacam que a linguagem audiovisual está presente em nosso cotidiano, pois a nossa experiência com o mundo sempre esteve permeada por imagens e sons e, portanto, desenvolvemos uma habilidade maior para lidar com situações que envolvam tais elementos.

Prado, Peres e Leite (2011) reforçam que o vídeo educativo facilita o aprendizado e permite retê-lo por mais tempo se comparado aos meios tradicionais de ensino. Isto ocorre porque a visão é veloz e compreensiva, ao mesmo tempo em que é analítica e sintética e permite à mente receber e reter grande quantidade de informações em uma fração de segundos (WOHLGEMUTH, 2005).

Outro ponto relevante em relação ao vídeo educativo reside no fato de possibilitar atividades educativas de curto tempo de duração. De acordo com Candeia (1981), o tempo gasto nos processos ensino-aprendizagem que utilizam o vídeo como estratégia é reduzido em até 50% se comparado com as modalidades tradicionais. Em se tratando da realidade hospitalar, onde o trabalho ocorre de forma ininterrupta e há dificuldades tanto para a saída do trabalhador do seu posto de trabalho por longos períodos quanto para o desenvolvimento de atividades educativas fora do ambiente laboral com todos os membros da equipe, o uso do vídeo revela-se um recurso de fácil manuseio, que pode alcançar um grande número de trabalhadores da instituição.

Entretanto, apesar de todas as vantagens, Carneiro (2002) destaca que, quando se utiliza este recurso, raramente se explora o seu potencial de aprendizagem, com pouca preocupação em despertar o interesse do público e não priorizando o alcance dos objetivos propostos. Frequentemente limita-se à aplicação das técnicas de transmissão, o que torna necessário atentar a essas questões ao propor e construir este tipo de material.

Segundo Souza, Torres e Amaral (2010), ao construirmos um vídeo educativo, podemos fazer com que as vivências e experiências pessoais produzam compreensões e significações diversas e, com isto, contribuamos para melhor nível de conhecimento e elaboração de novos conteúdos. Porém, como ressaltado por Carneiro (2002), é necessário extrapolar as técnicas de transmissão.

Estudo realizado por Salina et al. (2012) para verificar a eficácia do uso de um vídeo educativo a fim de atualizar uma técnica de enfermagem entre alunos de

enfermagem comprovou a eficácia do recurso audiovisual para o desempenho da técnica, mostrando ser uma ferramenta importante para consolidar a aprendizagem anterior.

Outro estudo que apontou o uso do vídeo educativo como estratégia pertinente foi desenvolvido por Stina, Zamariolli e Carvalho (2015), os quais verificaram sua eficácia para mudança de comportamento de alunos de enfermagem quanto ao conhecimento cognitivo e procedimental da higiene bucal.

No campo da saúde, a utilização de recursos audiovisuais como o vídeo educativo vem sendo cada vez mais frequente, com resultados satisfatórios, tal como demonstrado nas pesquisas recentemente desenvolvidas por Joventino (2013) sobre promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, Gentil (2013), a respeito de uma tecnologia educativa desenvolvida pelo autor para cuidados pós-operatórios de cirurgia cardíaca, e por Ferreira (2013), que produziu um vídeo educativo sobre curativo do cateter venoso central. Além desses autores, Barbosa e Bezerra (2011) mostraram resultados favoráveis entre as mães soropositivas submetidas a intervenção após elaboração de um vídeo educativo para a promoção do apego entre mãe e filho, Cucick (2016) trabalhou a aprendizagem do autocateterismo vesical intermitente e Moreira et al. (2013) desenvolveram um vídeo sobre a detecção de câncer de mama. Razera et al. (2014) também exploraram as vantagens deste recurso e produziram um vídeo para pacientes em quimioterapia. Já Interaminense (2016) investigou, por meio da utilização desta ferramenta, a adesão à vacinação do *papilomavirus humano*. Esses são alguns exemplos de vídeos construídos e validados para uso nos serviços de saúde.

Em relação à utilização de vídeos educativos voltados para a adesão às precauções-padrão por trabalhadores de saúde em geral, verificou-se, nas bases de dados científicas, somente um sobre o uso de luvas (REPAT/USP)³. Na rede Youtube, foram encontrados vídeos institucionais de natureza informativa e desenvolvidos para demonstração das técnicas de uso das precauções-padrão, além de vídeos “caseiros” de alunos de graduação.

Assim, diante da pequena disponibilidade de materiais educativos sobre a temática, no formato vídeo educativo, optou-se por propor neste estudo a construção e validação do vídeo educativo intitulado “Segurança no trabalho em serviços de

³ <http://repat.eerp.usp.br/>

saúde: adesão às precauções-padrão”, alicerçado no referencial teórico do Modelo Revisado de Promoção da Saúde e com foco na adesão às precauções-padrão.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

No estudo foram adotados os delineamentos descritivo-exploratório (Fase 1) e metodológico (Fase 2).

- Fase 1. Estudo descritivo-exploratório. Desenvolvido para caracterizar e identificar o conhecimento e a adesão dos trabalhadores de enfermagem às medidas de precaução-padrão.
- Fase 2. Estudo metodológico. Realizado com a finalidade de construir e validar um vídeo educativo sobre precauções-padrão estruturado segundo o Modelo Revisado de Promoção da Saúde de Nola Pender e com base nas informações obtidas sobre o comportamento adotado pelos trabalhadores de enfermagem e apreendido na primeira fase do estudo e em evidências científicas sobre tais medidas.

Segundo Burns e Grove (2005), o estudo descritivo permite ao pesquisador observar, descrever e documentar diversos aspectos de determinado fenômeno, sem, contudo, manipular variáveis em busca da relação causa e efeito; ele apenas descreve o fato, a frequência com que o mesmo ocorre e, assim, pode categorizar a informação.

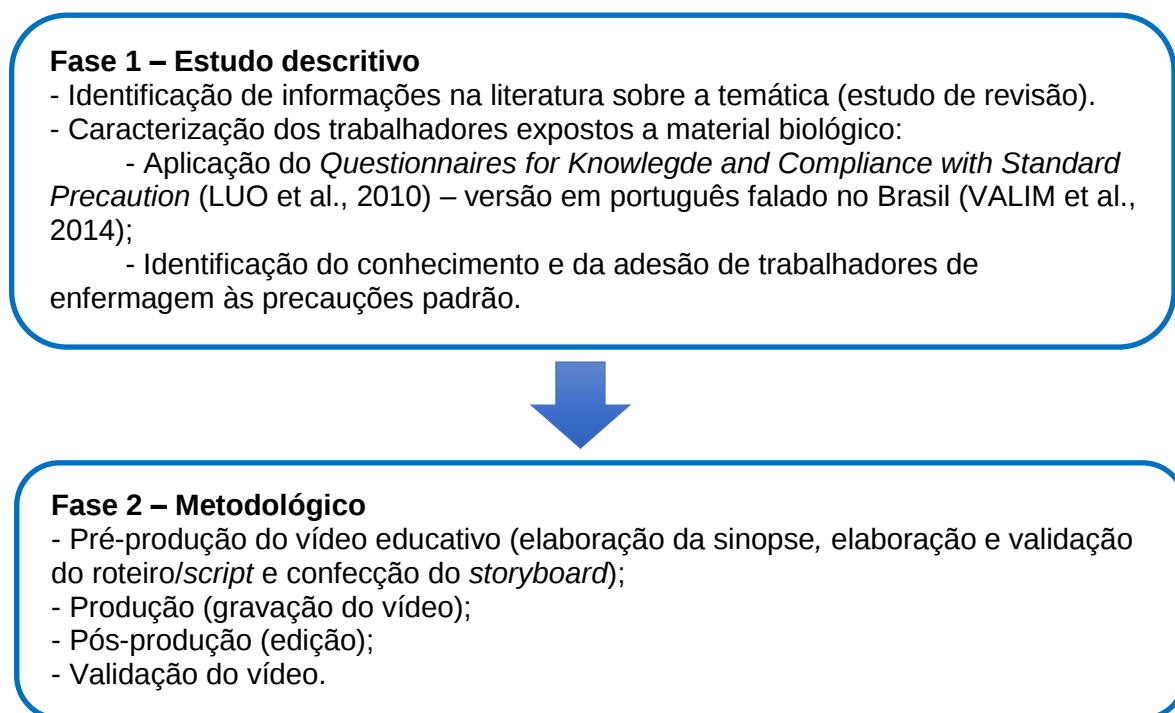
Para Polit e Beck (2011), no estudo metodológico são adotados métodos para obtenção, organização e análise dos dados. Esta modalidade de estudo contempla a elaboração e validação de instrumentos em busca de novos significados e interpretações de fenômenos, com o propósito de construir um instrumento preciso e confiável que possa ser utilizado em outras pesquisas. Rodrigues (2007) acrescenta que este tipo de estudo é denominado como de desenvolvimento, pois consiste na construção e no desenvolvimento de estratégias tecnológicas que podem ser utilizadas tanto no ambiente educacional quanto no assistencial, o que o torna uma importante ferramenta nas ações de educação em saúde.

Em relação à metodologia de produção de vídeos, Fleming, Reynolds e Wallace (2009) destacam três fases principais: pré-produção, produção e pós-produção. Na primeira, desenvolvem-se a sinopse/*storyline* e o roteiro/*script*, na segunda são gravadas as cenas e imagens descritas na pré-produção e, na terceira, faz-se o processo de montagem de todos os elementos do vídeo, editando-o e

formatando-o conforme planejado, acrescentando, se desejável, efeitos, gráficos, música e outros recursos sonoros.

A figura 2 apresenta os procedimentos adotados neste estudo para elaboração do vídeo educativo.

Figura 2 – Procedimentos adotados no estudo.



5.2 Local

A primeira fase do estudo foi desenvolvida em dois hospitais selecionados aleatoriamente e localizados no município de Cuiabá/Mato Grosso, denominados, respectivamente, de Hospital A e Hospital B (autorização da instituição constam nos Anexos A e B). Na segunda fase, de construção do vídeo educativo, foram utilizados diversos espaços, de acordo com o previsto no roteiro (ambiente hospitalar, estúdio de gravação, residências, consultórios médicos e sala de atendimento de enfermagem).

Hospital A

O Hospital A é uma instituição privada, possui 141 leitos, sendo 106 de internação e 20 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, 15 de Unidade Coronariana, além de sete salas cirúrgicas e um pronto-atendimento com 11 leitos. É considerado hospital geral e maternidade, e dentre os serviços que direta ou indiretamente estão voltados para o suporte ao atendimento aos trabalhadores dispõe de um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), um setor denominado Gerenciamento de Engenharia e Segurança do Trabalho (GEST) e um Serviço de Educação Permanente (SEP).

O SCIH, composto por uma enfermeira e duas médicas, está vinculado à Diretoria Técnica e tem como foco principal atuar no controle de infecções, entretanto, é parceiro nas ações de prevenção e, às vezes, intervém nos casos de acidentes por exposição a material biológico.

O GEST é composto por dois técnicos de segurança do trabalho que atuam com carga horária de 44 horas semanais e um médico do trabalho, cuja jornada é de 10 horas semanais. Este setor é responsável por todas as ações previstas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), suporte às ações da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), entre outras. Ou seja, está encarregado dos exames médicos ocupacionais, da notificação, investigação e acompanhamento dos acidentes de trabalho, do programa de imunização dos trabalhadores, da provisão, entrega, supervisão e treinamentos para uso de equipamentos de proteção individual (EPI), bem como promove a Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT) e outras atividades educativas para prevenção de acidentes de trabalho. Ressalta-se que algumas ações educativas são desenvolvidas em parceria com a Educação Permanente e o SCIH.

O GEST registrou, em 2016, 58 acidentes de trabalho, dos quais 17 envolveram exposição a material biológico, 16 deles com profissionais de enfermagem e apenas um com funcionário da equipe de limpeza hospitalar.

O SEP conta apenas com uma enfermeira, cuja responsabilidade é desenvolver atividades para todos os trabalhadores do hospital. Segundo os relatórios do Serviço, foram realizados no trimestre de março a maio/2016 uma média mensal de 73 treinamentos, atingindo aproximadamente 509 trabalhadores/mês. Os referidos

treinamentos têm curta duração e são desenvolvidos no próprio setor de trabalho, exceto os mais extensos, que são realizados no auditório da instituição. Os temas são diversos e abrangem aspectos motivacionais, de humanização da assistência, liderança e assistenciais, estes com foco em técnicas específicas para área de enfermagem. O GEST e o SEP são vinculados ao serviço de Gestão de Pessoas da instituição.

A instituição possui aproximadamente 800 trabalhadores registrados, porém divididos em duas empresas: uma para a área de apoio (limpeza, recepção e segurança) e a outra responsável pelos trabalhadores ligados à assistência e administração. O quadro de profissionais de saúde é composto por prestadores de serviço (médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros), exceto equipe de enfermagem e médicos proprietários.

No período da coleta de dados, a equipe de enfermagem contava com um total de 299 trabalhadores: 45 enfermeiros e 254 técnicos de enfermagem. A equipe da gerência de enfermagem era composta pela gerente, uma secretária e sete enfermeiros supervisores que se revezavam nos turnos diurno e noturno. À época, a escala da gerência totalizava 348 profissionais, mas 299 deles pertenciam ao corpo de enfermagem e os demais eram condutores de paciente, secretários de unidade e técnicos de gesso.

Os trabalhadores do hospital recebem os seguintes benefícios: subsídio no plano de saúde e vale-alimentação.

A gerência de enfermagem desenvolve atividades de gerenciamento, como avaliação dos serviços, reuniões periódicas de acompanhamento e orientação das equipes, avaliação de desempenho dos trabalhadores e controle dos processos.

Com exceção da gerente de enfermagem e de quatro enfermeiros, os demais profissionais de enfermagem estão expostos a material biológico.

Hospital B

O Hospital B é uma instituição filantrópica, especializada no diagnóstico e tratamento de câncer, considerada referência no estado de Mato Grosso neste tipo de assistência. Quase a totalidade dos atendimentos ocorre via convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). Há 102 leitos distribuídos em 92 leitos de internação e dez de UTI, além de cinco salas cirúrgicas e cinco unidades de observação no pronto-

atendimento. Conta com um Núcleo Integrado de Educação Permanente em Saúde (NIEPS), um Setor de Segurança do Trabalho e uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

O NIEPS é um setor de cunho científico/acadêmico vinculado à Diretoria de Estudos, Ensino e Pesquisa em Saúde e ligado diretamente à Presidência da Instituição. Conta com quatro profissionais: diretora, coordenadora (enfermeira), secretária e estagiária. Suas atividades variam de acordo com as diretrizes dos contratos do hospital com o SUS, que designa a realização de uma atividade mensal para os trabalhadores. Entretanto, este número é quase sempre extrapolado em virtude das demandas dos setores que, em sua maioria, são atendidas. De acordo com a Coordenadora do NIEPS, são realizadas aproximadamente 50 ações/ano, sendo cada uma delas repetida oito vezes para atingir a totalidade de turnos e setores, somando 400 atividades/ano e envolvendo aproximadamente 1.100 participantes.

As atividades são realizadas de formas diversas: rodas de conversas em parceria com a CCIH, treinamentos no auditório, atividades nos próprios setores de trabalho e campanhas. Em 2016 foi desenvolvido um vídeo educativo sobre a importância da higienização das mãos, tendo como atores os trabalhadores do próprio hospital.

O setor é responsável por acompanhar os convênios e as parcerias que envolvem estágios, treinamentos ou qualquer atividade relativa à educação. Funciona como um prestador de serviços para o hospital, e os trabalhadores não possuem vínculo empregatício.

No SST trabalham dois técnicos de segurança do trabalho que gerenciam as atividades do setor, notificam e acompanham os acidentes de trabalho, recebem os atestados médicos e orientam sobre as licenças médicas. Além disso, realizam treinamentos, supervisões e são responsáveis pela provisão e entrega dos EPI de controle individual.

O Hospital B conta com um total de 464 funcionários, sendo desobrigado de manter o próprio Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), segundo a Norma Regulamentadora número 4 (BRASIL, 1978; 1987). O programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO) e o programa de prevenção de riscos ambientais (PPRA) são terceirizados, bem como a execução dos exames médicos ocupacionais. Não é oferecido programa de imunização, mas, de acordo com os profissionais do setor, no ato da admissão são

exigidas as carteiras de vacinação e os trabalhadores são orientados sobre o esquema vacinal. O setor possui fluxograma de atendimento de acidentes com material biológico. Registra, aproximadamente, 200 dias perdidos/mês por problemas de saúde (licenças médicas e comparecimentos a consultas), das quais cerca de 30/mês são relativas ao pessoal de enfermagem.

A CCIH é direcionada para a prevenção das infecções, tendo como foco o paciente, embora também oriente os profissionais de saúde sobre o controle das infecções hospitalares, o que contribui para reduzir a exposição ocupacional a material biológico. Na equipe trabalham três profissionais: uma médica, um técnico de enfermagem e uma enfermeira.

No período da coleta de dados, a equipe de enfermagem contava com 158 trabalhadores de enfermagem, sendo 130 técnicos de enfermagem e 28 enfermeiros atuantes nas diversas unidades da instituição, um deles no cargo de gerente de enfermagem e cinco na função de supervisores.

À época, a equipe da gerência de enfermagem era composta pela gerente, uma secretária e cinco enfermeiros supervisores que se revezavam nos turnos diurno e noturno. A escala da gerência totalizava 197 profissionais, pois se responsabilizava também pelos secretários de unidade, condutores de paciente e pelo setor de qualidade do hospital. Os benefícios concedidos aos trabalhadores de enfermagem se relacionavam a folga no dia do aniversário e subsídio no plano de saúde.

A gerência de enfermagem desenvolve atividades de capacitação/treinamentos, reuniões periódicas em parceria com o NIEPS, setor de qualidade e comissão de feridas e atua conjuntamente na padronização de materiais. Os supervisores cumprem carga horária distribuída em atividades de supervisão e assistência de enfermagem direta ao paciente.

Com exceção da gerente de enfermagem, todos os trabalhadores de enfermagem desenvolvem atividades com exposição a material biológico em suas rotinas laborais.

5.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pela equipe de enfermagem do Hospital A e Hospital B (técnicos de enfermagem e enfermeiros). Constava apenas um auxiliar de enfermagem na escala de um dos hospitais e o mesmo não se encontrava em atividade.

Constituíram critérios de inclusão para seleção da amostra: ser trabalhador de enfermagem, estar exposto a material biológico e em atividade no período da coleta de dados. Excluíram-se os trabalhadores de enfermagem em férias ou licença médica neste período.

5.3.1 Cálculo da amostra

Realizou-se o cálculo da amostra por hospital participante, considerando o número de trabalhadores em atividade no período da coleta de dados (Hospital A: N=278 e Hospital B: N=151), utilizando a seguinte fórmula (TRIOLA, 1999):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde: n – amostra calculada, N – população, Z – variável normal padronizada associada ao nível de confiança (1,96 para o nível de confiança 95%), p – probabilidade do evento (0,5); e – erro amostral (0,5).

Assim, **271** trabalhadores de enfermagem foram incluídos na amostra do estudo, sendo 162 do Hospital A e 109 do Hospital B.

Tendo em vista a possibilidade de recusa e desistência foram abordados aproximadamente 8% (21) a mais de trabalhadores além do previsto no cálculo amostral, o que totalizou um *n* inicial de **292** trabalhadores, dos quais **283** assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando em participar do estudo (Apêndice A). Destes, **197** preencheram os questionários e os devolveram à pesquisadora e, portanto, compuseram a amostra do estudo (72,7% dos participantes incluídos inicialmente na amostra pretendida).

Outras pesquisas realizadas com profissionais de enfermagem e da área

da saúde por meio da aplicação de instrumentos também relataram taxas de participação próximas às obtidas no presente estudo. Silva et al. (2012) obtiveram adesão de 78% dos profissionais em estudo sobre conhecimento e utilização de medidas de precaução-padrão; Brevidelli e Cianciarullo (2009) conseguiram 70,4% de participação no estudo sobre fatores organizacionais e psicossociais relacionados com a adesão às precauções-padrão.

A seguir, apresenta-se o detalhamento da amostragem de participantes segundo o hospital onde trabalhavam.

Amostra do Hospital A

Do total de 299 trabalhadores de enfermagem, cinco enfermeiros desenvolviam atividades exclusivamente administrativas, 15 estavam de férias (12 técnicos de enfermagem e três enfermeiros) e um técnico estava em licença médica, resultando em 37 enfermeiros e 241 técnicos expostos a material biológico e em atividade no período da coleta de dados. Portanto, a população (N) deste local totalizava, à época, 278 trabalhadores de enfermagem.

Para este estudo, a amostra (n) calculada para o Hospital A foi de 162 trabalhadores de enfermagem, sendo 13,30% (22) enfermeiros e 86,70% (140) técnicos de enfermagem, proporcionalmente.

Foram abordados 181 trabalhadores de enfermagem, dos quais seis se recusaram a participar e 175 assinaram o TCLE, porém, destes, 50 não preencheram o questionário, o que totalizou uma amostra de 125 questionários preenchidos (n=125): 23 enfermeiros e 102 técnicos de enfermagem.

Amostra do Hospital B

Do total de 158 trabalhadores de enfermagem, um enfermeiro desenvolvia atividades exclusivamente administrativas, sete estavam de férias (6 TE e 1 Enf) e nenhum em licença médica, resultando em 26 enfermeiros e 125 técnicos expostos a material biológico e em atividade no período da coleta de dados. A população (N) deste local totalizou, portanto, 151 trabalhadores de enfermagem.

A amostra (n) calculada para o Hospital A foi de 109 trabalhadores de enfermagem: 18,72% (19) enfermeiros e 82,78% (90) técnicos de enfermagem,

respectivamente.

Foram abordados 111 trabalhadores de enfermagem, dos quais dois se recusaram a participar e 108 assinaram o TCLE (consentindo participar da pesquisa), porém, destes, 36 não preencheram o questionário, o que totalizou uma amostra de 72 questionários preenchidos ($n=72$), sendo 18 enfermeiros e 54 técnicos de enfermagem.

No que se refere à adesão dos trabalhadores ao estudo, verificou-se receptividade superior no Hospital B em relação ao Hospital A, tendo em vista o quantitativo de trabalhadores que assinaram o TCLE. Porém, com relação à devolutiva, ou seja, a resposta aos questionários, ocorreu o inverso: foi maior no Hospital A em relação ao B.

A coleta de dados ocorreu de forma agradável, sem intercorrências que fugissem ao esperado pela dinâmica própria do trabalho de enfermagem. Ambos os hospitais foram acolhedores e disponíveis e forneceram o apoio necessário para o desenvolvimento do estudo.

5.4 Procedimentos

A Fase 1 do estudo envolveu a coleta de dados com os trabalhadores de enfermagem de ambos os hospitais participantes da pesquisa para realização do estudo descritivo. Já a Fase 2 compreendeu a construção e validação do vídeo educativo.

5.4.1 Fase 1 – Estudo Descritivo

5.4.1.1 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio do *Questionnaires for Knowledge and Compliance with Standard Precaution* (LUO et al., 2010) – versão traduzida para o português e validada por Valim et al. (2014). Este instrumento foi selecionado porque possibilita medir a adesão e o conhecimento sobre as precauções-padrão, apresenta boas propriedades psicométricas e foi construído segundo o referencial teórico da

promoção da saúde. A autorização da autora para o uso do instrumento nesta pesquisa encontra-se no Apêndice B.

O instrumento é dividido em três questionários:

- a) **Questionário para caracterização sociodemográfica:** contém informações sobre as variáveis: sexo; setor de trabalho; data de nascimento; estado civil; grau de escolaridade; local de atuação profissional; tempo de experiência profissional; vacinação para hepatite B e conhecimento da presença do anticorpo anti-HBs; participação em treinamento e desejo de treinamento sobre as medidas de precauções-padrão; ocorrência de acidente do trabalho com material biológico; notificação do acidente com material biológico; realização da troca do recipiente de descarte de material perfurocortante. Este questionário (Anexo C) foi validado quanto ao conteúdo por Valim (2014);
- b) *Questionnaires for Knowledge and Compliance with Standard Precaution* (LUO et al., 2010; VALIM et al., 2014) – composto pelo **Questionário de conhecimento sobre as precauções-padrão** (Anexo D) e **Questionário de identificação de adesão às precauções-padrão** (Anexo E).

O **Questionário de conhecimento sobre as precauções-padrão** contém questões relacionadas ao conhecimento das PP que se referem a conceito básico, conteúdo e exigências práticas com relação às PP, abrangendo 20 questões. As respostas possíveis são “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”. No processo de validação da versão original do questionário Luo et al. (2010) obtiveram validade de conteúdo de 0,98; confiabilidade por meio do teste-reteste de 0,86 e consistência interna pelo alfa de Cronbach de 0,92. No processo de validação do questionário para uso no Brasil realizado por Valim (2014), o instrumento obteve concordância variando entre 0,632 e 1,000 pelo coeficiente Kappa e estabilidade de 0,91, avaliada por meio do teste-reteste.

O **Questionário de adesão às precauções-padrão** contém 20 questões relacionadas à adesão do profissional de saúde. As respostas possíveis são “sempre”; “frequentemente”; “às vezes”; “raramente”; e “nunca”. No processo de validação da versão original, o referido questionário obteve validade pelo conteúdo de 0,98; confiabilidade por meio do teste-reteste de 0,87 e consistência interna de 0,93,

alcançada pelo alfa de *Cronbach* (LUO et al., 2010). No processo de validação do questionário para uso no Brasil, o instrumento mostrou consistência interna de 0,80 alcançada pelo alfa de *Cronbach* e estabilidade de 0,97 avaliada por meio do teste-reteste (VALIM, 2014). Esses instrumentos são autoaplicáveis, portanto foram preenchidos pelos próprios trabalhadores em seus locais de trabalho.

Ressalta-se que houve atualização das recomendações internacionais quanto ao uso de uso de gorros e propés, uma vez que deixaram de ser tratados como Equipamentos de Proteção Individual nas PP (CDC, 2016). Entretanto, para fins deste estudo, foram preservadas todas as questões do instrumento original construído e validado por Luo et al. (2010) e traduzido e validado por Valim (2014), de modo que as informações sobre uso de gorros e propés foram mantidas.

Considerando que a versão original dos questionários foi desenvolvida na China e aplicada em uma amostra composta por enfermeiros, realizou-se um estudo-piloto para avaliar se as perguntas dos questionários eram compreensíveis também pelos técnicos de enfermagem. Destaca-se que esta categoria não existe na China, país onde o instrumento foi desenvolvido, mas foi incluída neste estudo porque a literatura mostra que os profissionais que a integram também apresentam índices de baixa adesão às PP e por ser uma categoria numerosa da enfermagem em nosso país.

Seguindo as recomendações de Gil (2002), para verificar se o vocabulário usado nos questionários traduzidos e validados por Valim (2014) era compreensível também aos técnicos de enfermagem, selecionou-se, por meio de amostragem aleatória por sorteio, 30 técnicos de ambos os hospitais estudados, aos quais foram aplicados os questionários. Ressalta-se que os participantes assinaram termo concordando em participar do estudo e foram orientados a pontuar as dificuldades por eles encontradas para entendimento das perguntas dos questionários. Os dados foram coletados no mês de maio de 2016.

Como resultado do teste-piloto, obteve-se que a maioria dos técnicos de enfermagem não apresentou dificuldades no preenchimento dos questionários, sendo que apenas a questão de número 18, sobre adesão às PP, deixou de ser respondida por um deles. Calculou-se o coeficiente alfa de *Cronbach* para o questionário de conhecimento sobre adesão às PP, alcançando o resultado de $\alpha=0,67$ ($n=30$), e para o questionário de adesão às PP, alcançando $\alpha=0,65$ ($n=30$). Segundo Landis e Koch (1977), valores de alfa de *Cronbach* entre 0,80 a 0,61 correspondem a uma

consistência substancial. Assim, considerou-se que os questionários também podem ser usados com técnicos de enfermagem. Diante dos resultados obtidos, os participantes do teste-piloto foram incluídos na amostra final do estudo.

Os questionários são autoaplicáveis e foram entregues aos enfermeiros e técnicos de enfermagem pela pesquisadora após apresentação do TCLE e fornecimento de orientações sobre a pesquisa. Os trabalhadores responderam aos questionários em seus locais de trabalho, e foram disponibilizadas duas formas para coleta dos questionários preenchidos: 1) caixas (tipo arquivo) identificadas, com abertura mínima necessária para depósito dos questionários, foram fixadas nos setores; 2) envelopes para colocação dos questionários (quando não havia possibilidade de utilizar as caixas).

As caixas foram recolhidas ao término da coleta de dados, e os envelopes retirados diariamente no Setor de Educação Continuada (local definido nos hospitais para entrega dos envelopes), sendo entregues fechados, sem acesso às informações por terceiros.

5.4.1.2 Análise dos dados

Os instrumentos foram aplicados e, posteriormente, fez-se a codificação dos dados, com dupla digitação, no programa estatístico *Epi Info* versão 3.5.1, para efetuar o pareamento das informações e identificar possíveis inconsistências, bem como fazer as correções necessárias.

Em seguida, realizou-se, com auxílio do programa estatístico *Epi Info* versão 7.2, a análise estatística dos dados, mediante cálculo da distribuição de frequência para as características sociodemográficas e ocupacionais e de média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas, o que possibilitou reunir informações para caracterização dos trabalhadores quanto ao conhecimento e à adesão às precauções-padrão.

5.4.2 Fase 2 – Estudo Metodológico

Com base nas informações coletadas na fase 1, em evidências científicas sobre os fatores interferentes na adesão às precauções-padrão e no referencial do Modelo Revisado de Promoção da Saúde (MRPS) – (PENDER; MURDAUGH;

PARSONS, 2006), foi desenvolvido e validado o vídeo educativo **“Segurança no trabalho em serviços de saúde: adesão às precauções-padrão”**.

Este vídeo foi construído segundo o referencial de Fleming, Reynolds e Wallace (2009) e de acordo com as etapas de construção de vídeo educativo utilizadas por Ferreira (2013):

- a) pré-produção do vídeo educativo (elaboração e validação do roteiro/*script* e confecção do *storyboard*);
- b) produção (gravação do vídeo);
- c) pós-produção (edição);
- d) validação do vídeo.

Na etapa de pré-produção, elaborou-se também a sinopse do vídeo, conhecida como *storyline*, ou seja, um resumo geral do que seria exibido (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Para Wohlgemuth (2005), a sinopse deve conter, no máximo, cinco linhas e considerar o conhecimento tanto científico/acadêmico quanto empírico (popular) da sociedade.

Dessa forma, para elaborá-la, foram utilizadas evidências científicas sobre o tema, assim como dados obtidos por meio da pesquisa realizada previamente com trabalhadores de enfermagem (Fase 1). Contou-se, ainda, com a vivência da pesquisadora no campo da saúde do trabalhador, especialmente no ambiente hospitalar.

A sinopse do vídeo é apresentada a seguir:

“O vídeo aborda os riscos biológicos a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem e como prevenir os acidentes ocupacionais deles decorrentes por meio da adesão às precauções-padrão. Construído com base nas situações reais de trabalho, na literatura científica e no Modelo Revisado de Promoção da Saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2006), objetiva estimular a adesão às precauções-padrão e minimizar os danos causados pelos acidentes aos trabalhadores e às instituições envolvidas”.

Em seguida, analisou-se a viabilidade da produção do vídeo sob os aspectos financeiro, de abrangência do público, retornos almejados, disponibilidade

de atores e técnicos e autoria (capacidade e talento para desenvolver o que foi sugerido na sinopse), a fim de avaliar se seria possível prosseguir com o desenvolvimento do roteiro.

5.4.2.1 Desenvolvimento do roteiro/script do vídeo educativo

Um esboço do conteúdo pretendido para o vídeo educativo foi construído com linguagem própria. O texto foi dividido em cenas, de modo que o roteiro orientasse a produção das gravações e informasse o leitor sobre aquilo que o espectador veria/ouviria no vídeo, de acordo com as recomendações de Kindem e Musburger (2005).

Distribuiu-se o conteúdo em colunas: narração, imagens/cenas/áudio e categorias do Modelo Revisado de Promoção da Saúde, sendo que esta última foi importante para o direcionamento do conteúdo do roteiro de acordo com o referencial teórico adotado.

O conteúdo do vídeo é composto por informações sobre ambientes de trabalho em saúde e exposição aos riscos biológicos, acidentes do trabalho com material biológico potencialmente contaminado, medidas de precaução-padrão, comportamentos de risco, condutas seguras no trabalho e condições laborais inadequadas, em consonância com as categorias do MRPS, relacionando-as com a adesão às precauções-padrão como conduta prévia, influências situacionais, influências interpessoais, benefícios da ação, barreiras para a ação, percepção de autoeficácia e conduta promotora de saúde.

A duração prevista para o vídeo foi de 12 minutos.

O roteiro final foi disponibilizado para a equipe de produção, a qual planejou, em conjunto com a pesquisadora, os passos para a produção do vídeo. Neste momento, desenvolveu-se o *storyboard*.

Nos Apêndices C e D encontram-se as versões inicial e final do referido roteiro.

5.4.2.2 Confecção do *Storyboard*

Após construção do roteiro, elaborou-se o *storyboard* (Apêndice E). Trata-se da representação das cenas sob forma de desenhos que se assemelham a uma história em quadrinhos (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Ele permite a visualização das cenas antes da gravação, pois há uma descrição das cenas e de imagens do vídeo e dos aspectos relativos ao áudio (narração, efeitos de som ou música).

Considerando que o vídeo seria apresentado sob forma de documentário, o *storyboard* foi construído prevendo a inserção de imagens, figuras, infográficos, cenas, depoimentos e narração, porém sem especificar *a priori* quais imagens seriam utilizadas, pois isto dependeria do contexto em que seriam produzidas e da disponibilidade dos atores voluntários (em relação aos locais de gravação), sendo difícil prever algumas situações. Assim, o conteúdo da narração foi seguido com rigor, e a gravação dos depoimentos e captação das imagens sofreram ajustes para que fossem mais condizentes com a narração, preservando o conteúdo, bem como os objetivos do material.

5.4.2.3 Validação do roteiro/*script* e do vídeo educativo

Para validação do roteiro e do vídeo educativo foi utilizada a Técnica *Delphi*, a qual permite, por meio da avaliação de um grupo de profissionais, considerados *experts* no assunto, obter julgamento consolidado e consensual sobre determinado fenômeno ou evento futuro (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Neste estudo adotou-se a referida técnica para validação do roteiro e do vídeo educativo. Fez-se um total de três rodadas de avaliação, sendo duas para validação do roteiro e uma do vídeo. Considerou-se o nível de consenso nas respostas dos avaliadores a partir de 80%, ou seja, pelo menos 80% de concordância entre os especialistas em todos os itens avaliados. Para referir-se aos *experts*, optou-se por utilizar o termo especialistas.

A literatura descreve que o número de especialistas deve ser determinado de acordo com o fenômeno investigado, podendo variar de 7 a 12 ou mais, de acordo com a necessidade (CUNHA; PENICHE, 2007). Teixeira e Mota (2011) recomendam que o comitê seja formado entre 9 a 15 especialistas.

Os mesmos especialistas participaram das etapas de validação do

roteiro/*script* e do vídeo. Os respectivos consentimentos de participação foram obtidos por meio de assinatura ao TCLE (Apêndice F).

A seleção dos especialistas norteou-se pelos seguintes critérios:

- a) ser profissional de enfermagem;
- b) ter conhecimento e experiência em desenvolvimento e/ou utilização de vídeo educativo;
- c) ter experiência profissional na área de promoção da saúde no trabalho;
- d) ter experiência e conhecimento em construção e validação de vídeo educativo;
- e) ter experiência na área da saúde do trabalhador;
- f) ter experiência com práticas educativas.

Adotando a classificação de Fehring (1987), considerou-se, para inclusão dos especialistas, a pontuação mínima de cinco pontos, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1 – Pontuação utilizada para seleção dos especialistas, conforme Fehring (1987).

Especialistas	Pontuação
Titulação de Mestre em Enfermagem	4 pontos
Titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação na área de interesse do estudo	1 ponto
Tese de doutorado na área de interesse do estudo	2 pontos
Prática mínima de um ano no tema de interesse de estudo	1 ponto
Especialização no tema de interesse do estudo	2 pontos
Publicação de pesquisa relevante para a área de interesse do estudo	2 pontos
Publicação de artigo sobre a área de interesse do estudo em periódico de referência	2 pontos

A identificação dos especialistas ocorreu por meio de grupos de pesquisa relacionados ao tema da pesquisa e de levantamento em artigos científicos, teses e dissertações acessados durante o curso de doutorado. Todos os nomes identificados nesta fase foram consultados na plataforma *Lattes* para conferir se atendiam aos critérios de inclusão adotados no estudo e para fins de complementação das informações.

O primeiro contato com os possíveis especialistas foi realizado por convite (Apêndice G) enviado eletronicamente, o qual continha uma descrição sucinta dos objetivos e das etapas da pesquisa. Após o aceite dos especialistas, foram enviados o TCLE, o instrumento de caracterização dos especialistas, o instrumento de validação do roteiro e o roteiro do vídeo.

No mês de novembro de 2016 foram enviados convites para 40 pesquisadores, porém apenas dez retornaram após este contato, de modo que outros 12 convites foram encaminhados a especialistas, dos quais sete retornaram com a avaliação solicitada. A primeira rodada de avaliação contou com 17 especialistas e, na segunda, três não retornaram a avaliação, apesar de ter sido estendido o prazo e enviados lembretes aos mesmos. Assim, 14 juízes compuseram o Comitê de Especialistas na segunda rodada da avaliação do roteiro. Na terceira, houve a desistência de um especialista, o que fez com que o processo de avaliação fosse finalizado com 13 pessoas. Em síntese, do total de 52 especialistas convidados, 23 aceitaram participar do estudo, porém, seis não devolveram o material com a avaliação. Dos 17 especialistas que iniciaram o processo, 13 participaram de todas as etapas. Assim, o comitê foi composto pelos 13 que efetivamente participaram de todas as rodadas de avaliação.

O processo de validação ocorreu via *e-mail*, entre novembro/2016 e fevereiro de 2017, para fins de validação do roteiro, e entre 25 de abril e 22 de maio de 2017 para validação do vídeo educativo.

Na primeira rodada de avaliação foi enviado o roteiro (proposta) para o Comitê de Especialistas e, na segunda, o roteiro com as alterações por eles sugeridas, sendo que neste momento se alcançou o consenso superior a 90% em todos os itens avaliados, o que permitiu concluir esta validação. Em seguida, na terceira rodada, enviou-se o vídeo educativo, o qual alcançou nível de consenso superior a 90%, suficiente para encerrar a avaliação, realizando apenas as modificações sugeridas pelos especialistas.

Ao término do processo de validação, os especialistas receberam, por *e-mail*, uma declaração de participação (Apêndice H), e posteriormente um DVD com o vídeo em alta resolução, por correio.

5.4.2.3.1 Instrumento de avaliação do roteiro do vídeo educativo

Para validação do roteiro, utilizou-se um modelo adaptado do instrumento proposto e validado por Ferreira 2013 (Apêndices I e J) para avaliação de um vídeo educativo sobre curativo do cateter venoso central e assistência de enfermagem. A autorização para uso do referido instrumento encontra-se no Anexo F.

Os especialistas foram solicitados a opinar sobre aspectos pertinentes aos objetivos, ao conteúdo, à relevância, ao ambiente, à linguagem verbal e à necessidade, ou não, de incluir alguns tópicos. Adotou-se a escala de opinião com cinco alternativas de respostas para registro das avaliações sobre cada item do instrumento. Os especialistas foram orientados a assinalar aquela que melhor representasse suas opiniões: Concordo Fortemente (CF), Concordo (C), Não concordo Nem discordo (NN), Discordo (D) e Discordo Fortemente (DF). Disponibilizou-se, em cada um dos itens, espaço para comentários e sugestões.

5.4.2.4 Gravação do vídeo educativo

O vídeo foi gravado por empresa especializada, a fim de assegurar boas condições acústicas, de iluminação, o melhor ângulo das câmeras e uma boa qualidade das imagens. Foram utilizados recursos para simulação das práticas de precauções-padrão, imagens dos ambientes de trabalho, depoimentos, animações, fotos e efeitos audiovisuais condizentes com o objetivo do vídeo, de modo a despertar e reter a atenção dos participantes, bem como facilitar a fixação das informações.

As gravações ocorreram em estúdio profissional, espaços de um dos hospitais participantes da fase 1, sala de atendimento à saúde do trabalhador do Ministério da Saúde (núcleo Cuiabá), salas de atendimento à saúde do servidor da Universidade Federal de Mato Grosso e residências dos participantes.

Para utilização dos espaços para gravação, fez-se contato prévio com os responsáveis pelos serviços para apresentação da proposta e obtenção de autorização (Apêndices K e L).

Participaram das gravações das cenas e dos depoimentos voluntários que se dispuseram a contribuir com o estudo: médico, enfermeiros, técnica de enfermagem, psicóloga e assistente social. A escolha dos participantes norteou-se por suas familiaridades com o tema abordado no vídeo e disponibilidade em participar.

Somente para a apresentação e narração do vídeo contratou-se um ator profissional, experiente na área de produção deste tipo de material.

Durante a abordagem dos participantes, foram apresentados os objetivos do estudo e os papéis a serem por eles desempenhados. O conteúdo das gravações (àqueles que tinham falas previstas no roteiro) foi entregue com antecedência de alguns dias, para que pudessem conhecer e se inteirar do que iriam reproduzir.

As gravações foram conduzidas pela pesquisadora e pelo diretor de filmagem e fotografia da agência contratada. Ao chegar ao local de gravação, o conteúdo era conferido, e os participantes preparados com maquiagens leves (apenas para remover o brilho da pele), posicionados de acordo com o melhor ângulo para filmagem. Os conteúdos foram gravados repetidas vezes para compor um banco de cenas, imagens e depoimentos, os quais posteriormente foram selecionados no processo de edição.

Antes das gravações, os participantes assinaram o Termo de Autorização para Uso de Imagens de adultos e crianças (Apêndices M e N, respectivamente), estando cientes do teor das gravações, da finalidade do material, da necessidade de autorização para uso das imagens e de sua ampla divulgação. Todos concordaram, exceto uma participante que aceitou gravar apenas as cenas que não mostrassem seu rosto, o que foi respeitado.

As fotos e imagens utilizadas no vídeo foram captadas por profissional da área de fotografia e imagens. A pesquisadora participou de todos os momentos da gravação do vídeo. Esta etapa ocorreu no período de 23 de março a 22 abril de 2017.

5.4.2.5 Pós-produção do vídeo educativo

De posse do roteiro de narração, imagens, cenas, fotos, animações, música, textos, depoimentos, fez-se a edição da primeira versão do vídeo educativo, a qual foi então avaliada pelo comitê de especialistas. Como o nível de consenso foi superior a 80% em todos os itens, encerrou-se o processo de validação do vídeo e foram efetuadas as modificações sugeridas.

O vídeo foi formatado para divulgação ao público-alvo e disponibilização na Rede de Prevenção de Acidentes do Trabalho (REPAT- USP) e em sites públicos das áreas de saúde e segurança no trabalho. Para despertar o interesse do público, produziu-se uma “chamada” de aproximadamente 22 segundos (Apêndice O), na qual, após a fala do apresentador, visualiza-se o link de acesso ao vídeo.

Gravou-se o vídeo também no formato *Disco Digital Versátil* (DVD) com encarte (Apêndice P), para que acompanhasse os volumes da tese entregues aos membros da banca julgadora deste estudo e fosse distribuído aos participantes.

5.4.2.6 Validação do vídeo educativo

No período de 25 de abril a 22 de maio de 2017, os 13 especialistas, membros do comitê, receberam o vídeo em formato mp4 e alta resolução por e-mail, juntamente com o instrumento de validação, para que o avaliassem.

O instrumento utilizado para validação do vídeo seguiu a mesma estrutura daquele usado na validação do roteiro anteriormente descrita. Utilizou-se um roteiro (Apêndice Q) adaptado do instrumento proposto e validado por Ferreira (2013) que possibilitou orientar os especialistas para que avaliassem o vídeo em seus aspectos de funcionalidade, usabilidade e eficiência, bem como no que diz respeito à técnica audiovisual, ao ambiente e aos procedimentos adotados para alcance dos objetivos.

As respostas dos especialistas no instrumento foram registradas de acordo com as seguintes opções: Concordo Fortemente, Concordo, Não concordo Nem discordo, Discordo e Discordo Fortemente. Os dados obtidos foram organizados, digitados e tabulados em planilha do *Microsoft Excel* em formato XLSX.

Para a validação do vídeo, estabeleceu-se nível de consenso a partir de 80% nas respostas dos especialistas em todos os itens avaliados (PEREIRA; ALVIM, 2015; SCARPARO et al., 2012).

5.5 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) atendendo à Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013), sendo aprovado sob o protocolo CAAE 53488816.7.0000.5393, em 18 de maio de 2016 (Anexo G).

As instituições envolvidas na coleta de dados (Fase 1) e na gravação do vídeo (Fase 2) emitiram autorização para realização do estudo.

Os participantes de todas as fases procedimentais foram informados dos objetivos da pesquisa, do tratamento e posterior divulgação dos dados, e todos assinaram o TCLE.

Aos participantes do vídeo foi apresentado o Termo de Uso de Imagens. Após sua leitura e preenchimento, tiveram início as gravações das cenas e imagens.

6.1 Resultados da Fase 1

Compuseram a amostra 197 trabalhadores de enfermagem, dos quais 125 atuavam no Hospital A (102 técnicos de enfermagem e 23 enfermeiros) e 72 no Hospital B (54 técnicos de enfermagem e 18 enfermeiros).

6.1.1 Caracterização sociodemográfica

A tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o sexo, a faixa etária e escolaridade.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo sexo, faixa etária e escolaridade (n=197). Cuiabá, MT, 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	181	91,88
Masculino	16	8,12
Faixa Etária (anos)		
30 – 39	93	47,21
40 – 49	53	26,90
20 – 29	38	19,29
50 – 59	13	6,60
Escolaridade		
Técnico de enfermagem	156	79,19
Superior em enfermagem	41	20,81

A tabela 1 permite observar que 181 (91,88%) participantes eram do sexo feminino. A média de idade encontrada foi de 36,6 anos ($DP \pm 7,42$), idade mínima de 21 anos e máxima de 55 anos. Quanto à escolaridade, 156 (79,19%) eram técnicos de enfermagem e 41 (20,81%) enfermeiros. Do total de enfermeiros, 14 (34,15%) possuíam curso de especialização e 3 (7,31%) referiram estar cursando especialização na área de enfermagem. Nenhum participante referiu ter cursado mestrado ou doutorado.

A tabela 2 apresenta dados sobre as características relacionadas ao trabalho.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo características relacionadas ao trabalho (n=197). Cuiabá, MT, 2017.

Variáveis	n	%
Exerce função exclusivamente administrativa		
Não	188	95,43
Não informado	9	4,57
Sim	-	-
Tempo de atuação profissional		
6 - 10anos	70	35,53
1 - 5 anos	65	32,99
6 meses - 1 ano	19	9,64
11 - 15 anos	19	9,64
16 - 20 anos	13	6,60
Não informado	5	2,54
21- 25 anos	3	1,52
26 - 30 anos	3	1,52
Tempo de atuação no setor		
1 - 5 anos	106	53,81
< 1 ano	53	26,90
6 - 10anos	26	13,20
11 - 15 anos	5	2,54
Não informado	5	2,54
16 - 20 anos	2	1,02

Do total da amostra, 188 (95,43%) informaram não exercer função exclusivamente administrativa e 9 (4,57%) não responderam a essa pergunta. Todos os participantes estavam expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados. Cerca de 70% deles possuíam tempo de serviço entre 1 a 10 anos, com média de 7,32 anos, (DP±5,91).

Na tabela 3 verificam-se os setores de atuação dos participantes nos respectivos hospitais.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo setores de atuação profissional (n=197). Cuiabá, MT, 2017.

Setores	n	%
Clínica cirúrgica	45	22,84
Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI)	32	16,24
Clínica médica	29	14,72
Pronto-atendimento (PA)	26	13,20
Centro cirúrgico	22	11,17
Não informado	12	6,09
Central de Material Esterilizado (CME)	9	4,57
Clínica cirúrgica e clínica médica	5	2,54
Clínica pediátrica	5	2,54
Unidade coronariana (UCO)	3	1,52
Recuperação pós-anestésica	2	1,02
UCO e UTI	2	1,02
Clínica cirúrgica e CME	1	0,51
Clínica médica e clínica pediátrica	1	0,51
Clínica médica, clínica cirúrgica e CME	1	0,51
PA e Clínica cirúrgica	1	0,51
Clínica pediátrica e centro cirúrgico	1	0,51

Observa-se, na tabela 3, maior concentração dos trabalhadores de enfermagem na clínica cirúrgica (22,84%), UTI adulto (16,24%), clínica médica (14,72%), pronto-atendimento (13,20%) e centro cirúrgico (11,17%), somando 78,17% do total da amostra.

Alguns participantes referiram atuar em mais de um setor na mesma instituição. A tabela 4 apresenta informações quanto à distribuição dos vínculos empregatícios.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes da pesquisa que referiram mais de um vínculo empregatício (n=197). Cuiabá, MT, 2017.

Possui mais de um vínculo empregatício	n	%
Não	129	65,48
Sim	68	34,52
Total	197	100

Constata-se, na tabela 4, que 68 (34,52%) trabalhadores referiram possuir mais de um vínculo empregatício, dos quais 4 (5,88%) referiram três vínculos e 1 (1,47%) quatro vínculos.

A tabela 5 apresenta os dados relacionados aos acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo informação sobre a ocorrência de acidentes do trabalho com material biológico potencialmente contaminado (n=197). Cuiabá, MT, 2017.

Acidentes de trabalho	n	%
Não	123	62,43
Sim	74	37,57
Total	197	100

Do total de 197 participantes, 74 (37,57%) referiram a ocorrência de acidentes de trabalho envolvendo material biológico no decorrer de suas trajetórias profissionais. Os trabalhadores mencionaram acidentes envolvendo lesões com objetos perfurocortantes e contato com mucosas e/ou pele não íntegra com materiais biológicos potencialmente contaminados.

A tabela 6 apresenta os dados relativos à ocorrência de acidentes de trabalho e ao tipo de exposição.

Tabela 6 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo tipo de exposição e número de acidentes de trabalho com material biológico (n=55; n=40). Cuiabá, MT, 2017.

Número de exposições	n. trabalhadores	%
Material perfurocortante		
1	37	67,27
2	8	14,55
3	4	7,27
Não informado	3	5,45
4	2	3,64
5	1	1,82
Total	55	100
Exposição de mucosa e/ou pele não íntegra		
1	16	40,00
2	10	25,00
3	5	12,50
Não informado	6	15,00
4	1	2,50
6	1	2,50
9	1	2,50
Total	40	100

Verifica-se, na tabela 6, que 55 profissionais foram acometidos por acidentes com perfurocortantes, sendo que 37 (67,27%) se acidentaram uma vez, 15 (27,27%) informaram entre duas a cinco exposições e três não informaram quantas vezes se acidentaram com objetos perfurocortantes. Os acidentes envolvendo contato de mucosa e/ou pele não íntegra foram referidos por 40 trabalhadores, destes 16 (40%) referiram uma exposição, 18 (45%) relataram entre duas e nove exposições e seis não informaram o número de exposições.

A tabela 7 apresenta dados sobre a prática de registro dos acidentes de trabalho com material biológico (ATMB).

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo notificação de Acidente do Trabalho com Material Biológico (n=74). Cuiabá, MT, 2017.

Notificação dos ATMB	n	%
Sempre	48	64,86
Na maioria das vezes	7	9,46
Às vezes	6	8,11
Raramente	6	8,11
Não informado	4	5,41
Nunca	3	4,05
Total	74	100

Do total de trabalhadores acometidos por ATMB, 48 (64,86%) informaram sempre tê-los notificado, no entanto 9 (12,16%) raramente ou nunca os notificaram.

Na tabela 8 verifica-se a distribuição dos participantes quanto à participação em treinamentos sobre as precauções-padrão.

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo a participação em treinamento e desejo de receber treinamento sobre as precauções-padrão (n=197). Cuiabá, MT, 2017.

Variáveis	n	%
Participação em treinamento sobre as PP		
Sim	153	77,66
Não	34	17,26
Não informado	10	5,08
Desejo de receber treinamento sobre as medidas de PP		
Sim	185	93,91
Não	7	3,55
Não informado	5	2,54

A maioria dos participantes, 153 (77,66%), referiu ter participado de treinamentos oferecidos pela instituição, em maior frequência nos anos 2015 e 2016. Da amostra, 185 (94%) referiram o desejo de receber treinamentos sobre a temática.

A Tabela 9 apresenta os dados sobre a rotina do uso correto do recipiente de descarte de perfurocortantes.

Tabela 9 - Distribuição dos participantes da pesquisa quanto ao descarte de perfurocortantes (n=197). Cuiabá, MT, 2017.

Troca do recipiente de descarte de material perfurocortante com 2/3 do preenchimento é rotina no local de trabalho	n	%
Sim	173	87,82
Não	20	10,15
Não informado	4	2,03

A situação vacinal dos trabalhadores para hepatite B pode ser visualizada a seguir (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo cobertura vacinal para hepatite B (n=197). Cuiabá, MT, 2017.

Variáveis	n	%
Esquema completo de vacinação contra hepatite B		
Sim	178	90,36
Não	15	7,61
Não informado	4	2,03
Resultado do anticorpo superficial para hepatite B (anti-HBs)		
Presença de anticorpo	43	21,83
Ausência de anticorpo	118	59,90
Desconhecido	26	13,20
Não informado	10	5,08

Observa-se que 178 (90,36%) referiram vacinação com esquema completo de três doses. Com relação à sorologia anti-HBs, o percentual de “ausência de anticorpo” totalizou 118 (59,9%) participantes. Resultados “desconhecido” e “não informado” somaram 36 (18,28%). Aqueles que referiram “presença de anticorpo” totalizaram 43 (21,83%).

6.1.2 Conhecimento dos trabalhadores de enfermagem em relação às precauções-padrão

Por meio da aplicação do instrumento QCPP verificou-se o conhecimento dos trabalhadores de enfermagem sobre as precauções-padrão. Calculou-se o coeficiente alfa de *Cronbach* para conhecer a consistência interna do instrumento na amostra, obtendo-se o resultado de $\alpha=0,71$, indicando consistência interna substancial do instrumento para esta população (LANDIS; KOCH, 1977).

O percentual de acertos variou de 6,09% a 99%, conforme apresentado nas tabelas 11 e 12. A média do percentual de acertos foi de 79,19% (DP $\pm$ 25,77), e a mediana ficou em 88,32.

Tabela 11 - Distribuição dos participantes segundo as informações sobre o conhecimento das precauções-padrão (n=197). Cuiabá, MT, 2017.

Itens do questionário conhecimento sobre as PP	n	%
Sabe o que são medidas de PP		
Verdadeiro	158	80,20
Não informado	23	11,68
Não sei	13	6,60
Falso	3	1,52
As PP só devem ser aplicadas em pacientes com diagnóstico de infecção ou em período de incubação para uma determinada infecção		
Verdadeiro	53	26,90
Falso	126	63,96
Não sei	11	5,58
Não informado	7	3,55
A adesão às medidas de PP tem como objetivo principal proteger a equipe de saúde		
Verdadeiro	156	79,19
Falso	36	18,27
Não informado	4	2,03
Não sei	1	0,51
Ao entrar em contato com sangue ou quaisquer outros materiais potencialmente contaminados, deve-se lavar as mãos imediatamente		
Verdadeiro	190	96,45
Não informado	4	2,03
Falso	2	1,02
Não sei	1	0,51

continua...

Itens do questionário conhecimento sobre as PP	n	%
A higienização das mãos deve ser realizada entre a prestação de cuidados a pacientes diferentes		
Verdadeiro	174	88,32
Falso	17	8,63
Não sei	2	1,02
Não informado	4	2,03
Uma vez que o uso de luvas pode evitar a contaminação das mãos, não é necessário higienizar as mãos depois de retirar as luvas		
Falso	174	88,32
Verdadeiro	22	11,17
Não informado	1	0,51
Não sei	-	-
Deve ser evitado o contato de objetos, equipamentos, roupas e indivíduos com EPI contaminado		
Verdadeiro	173	87,82
Falso	16	8,12
Não informado	6	3,05
Não sei	2	1,02
O uso do EPI não deve ser compartilhado		
Verdadeiro	174	88,32
Falso	17	8,64
Não sei	3	1,52
Não informado	3	1,52
Ao realizar os procedimentos de cuidado oral ou outros procedimentos que podem envolver contato com mucosas do paciente, o uso de luvas não é obrigatório		
Falso	177	89,85
Verdadeiro	19	9,64
Não sei	1	0,51
Não informado	-	-
Nos procedimentos de coleta de sangue ou punção venosa, o uso de luvas é necessário		
Verdadeiro	193	97,97
Falso	4	2,03
Não sei	-	-
Não informado	-	-
Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de contato das mãos com secreção ou excreção de pacientes, o uso de luvas é necessário		
Verdadeiro	191	96,95
Falso	5	2,54
Não informado	1	0,51
Não sei	-	-

continuação...

Itens do questionário conhecimento sobre as PP	n	%
Deve-se realizar a troca das luvas na prestação de cuidados a pacientes diferentes		
Verdadeiro	195	98,98
Falso	1	0,51
Não informado	1	0,51
Não sei	-	-
Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue, fluidos corporais, secreção e excreção, deve-se usar máscara de proteção facial ou protetor facial		
Verdadeiro	190	96,45
Falso	3	1,52
Não sei	2	1,02
Não informado	2	1,02
Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue e outros fluidos corporais, secreção ou excreção, deve-se usar óculos de proteção ou protetor facial		
Verdadeiro	186	94,42
Falso	4	2,03
Não sei	4	2,03
Não informado	3	1,52
Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue e outros fluidos corporais, secreção ou excreção, deve-se utilizar o avental de proteção		
Verdadeiro	189	95,94
Falso	5	2,54
Não informado	2	1,02
Não sei	1	0,51
Nas situações em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue e outros fluidos corporais, secreção ou excreção, deve-se utilizar gorros e propés descartáveis		
Verdadeiro	166	84,26
Falso	18	9,14
Não sei	9	4,57
Não informado	4	2,03
É proibido dobrar, entortar ou realizar o encape ativo de agulhas. Quando necessário, realizar encape passivo com apenas uma das mãos. Os recipientes para descarte devem ficar próximos à área de manipulação		
Verdadeiro	157	79,70
Falso	37	18,78
Não informado	2	1,02
Não sei	1	0,51

continuação...

Itens do questionário conhecimento sobre as PP	n	%
Ao prestar assistência de enfermagem a pacientes com hepatite C ou sífilis, é necessário adotar apenas as medidas de PP		
Verdadeiro	139	70,56
Falso	47	23,86
Não sei	6	3,05
Não informado	5	2,54
Ao prestar assistência de enfermagem a pacientes com tuberculose ativa ou varicela, é necessário adotar as medidas de PP, além de medidas de precaução de gotículas		
Verdadeiro	184	93,40
Falso	12	6,09
Não informado	1	0,51
Não sei	-	-
Ao prestar assistência de enfermagem a pacientes com infecções intestinais ou infecções de pele, é necessário adotar as medidas de PP, além de medidas de precaução de contato		
Verdadeiro	183	92,89
Falso	9	4,57
Não sei	3	1,52
Não informado	2	1,02
conclusão.		

Na tabela 12 verifica-se a distribuição do número e percentual de acertos sobre o conhecimento relativo às precauções-padrão.

Tabela 12 - Demonstrativo do número e percentual de acertos sobre o conhecimento relativo às precauções-padrão (n=197). Cuiabá, MT, 2017.

Itens do questionário conhecimento sobre as PP	n (acertos)	% (acertos)
Você sabe o que são as medidas de PP.	158	80,20
As PP só devem ser aplicadas em pacientes com diagnóstico de infecção ou pacientes que se encontram no período de incubação para uma determinada infecção.	126	63,96
A adesão às PP tem o objetivo principal proteger a equipe de saúde.	36	18,27
Ao entrar em contato com sangue ou quaisquer outros materiais potencialmente contaminados, deve-se lavar as mãos imediatamente.	190	96,45
A higienização das mãos deve ser realizada durante a prestação de cuidados a pacientes diferentes.	174	88,32
Uma vez que o uso de luvas pode evitar a contaminação das mãos, não é necessário higienizar as mãos depois de retirar as luvas.	174	88,32
Deve ser evitado o contato de objetos, materiais, equipamentos, roupas e indivíduos com EPI contaminado.	173	87,82
continua...		

Itens do questionário conhecimento sobre as PP	n (acertos)	% (acertos)
O uso de EPI não deve ser compartilhado.	174	88,32
Ao realizar os procedimentos de cuidado oral ou outros procedimentos que podem envolver contato com mucosas do paciente, o uso de luvas não é obrigatório.	177	89,85
Nos procedimentos de coleta de sangue ou punção venosa, o uso de luvas é necessário.	193	97,97
Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de contato das mãos com secreção ou excreção de pacientes, o uso das luvas é necessário.	191	96,95
Deve-se realizar a troca das luvas na prestação de cuidados a pacientes diferentes.	195	98,98
Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue, fluido corporal, secreção ou excreção, deve-se usar máscara de proteção ou protetor facial.	190	96,45
Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue, fluido corporal, secreção ou excreção, deve-se usar óculos de proteção individual ou protetores faciais.	186	94,42
Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue, fluido corporal, secreção ou excreção, deve-se utilizar o avental de proteção	189	95,94
Nas situações em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue, fluido corporal, secreção ou excreção, deve-se utilizar gorros e propés descartáveis.	166	84,26
É proibido dobrar, entortar ou realizar o encape ativo de agulhas. Quando necessário, realizar o encape passivo com apenas uma das mãos. Os recipientes para descarte devem ficar próximos à área de manipulação.	157	79,70
Ao prestar assistência de enfermagem a pacientes com hepatite C ou sífilis, é necessário adotar apenas as medidas de precauções-padrão.	139	70,56
Ao prestar assistência de enfermagem a pacientes com tuberculose ativa ou varicela, é necessário adotar as medidas de precauções-padrão, além das medidas de precaução de gotícula.	12	6,09
Ao prestar assistência de enfermagem a pacientes com infecções intestinais ou infecções de pele, é necessário adotar as medidas de precauções-padrão, além das medidas de precaução de contato.	183	92,89

conclusão.

Verifica-se que alguns itens se destacam com os menores percentuais de respostas corretas, são eles: quando devem ser utilizadas as precauções-padrão; objetivos das precauções-padrão; na prestação de cuidados a pacientes com hepatite B e sífilis deve-se adotar somente as precauções-padrão; na prestação de cuidados a pacientes com tuberculose e varicela deve-se usar também as precauções de gotículas. Ou seja, alguns trabalhadores não dispõem das informações necessárias para prevenir ATMB.

Já os itens com maior percentual de respostas corretas foram relacionados

a: higienizar as mãos após contato com materiais potencialmente contaminados; uso de luvas na coleta de sangue e punção venosa; uso de luvas sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções de pacientes; troca de luvas na prestação de cuidados entre pacientes diferentes; uso de máscaras, óculos e avental, respectivamente, sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções de pacientes; na prestação de cuidados a pacientes com infecções intestinais ou de pele deve-se adotar precauções de contato, além das precauções-padrão.

6.1.3 Adesão dos trabalhadores de enfermagem às precauções-padrão

Verificou-se na população estudada a adesão às precauções-padrão por meio do questionário de adesão às precauções-padrão. Calculou-se o coeficiente alfa de *Cronbach* para conhecer a consistência interna do instrumento na amostra (n=197), obtendo-se o resultado de $\alpha=0,70$, indicando consistência interna substancial do instrumento para esta população (LANDIS; KOCH, 1977).

A seguir estão apresentados os resultados sobre a adesão às PP. A resposta “sempre” remete à adesão a essas medidas todas as vezes em que há exposição a material biológico potencialmente contaminado. A média dos percentuais da resposta “sempre” corresponde a 78,40% (DP $\pm$ 16,39), variando entre 36,04% e 95,43%, e mediana de 81,21. As frequências absolutas e porcentagens podem ser visualizadas na tabela 13 e no quadro 2.

Tabela 13 - Distribuição dos participantes (n=197) segundo a adesão às medidas de precaução-padrão. Cuiabá, MT, 2017.

Itens do questionário adesão às PP	n	%
1 - higienização das mãos entre cuidados a diferentes pacientes		
Sempre	158	80,20
Frequentemente	34	17,26
Às vezes	3	1,52
Não informado	2	1,02
Raramente	-	-
Nunca	-	-
2 - higienização das mãos após retirar as luvas		
Sempre	151	76,65
Frequentemente	31	15,74
Às vezes	13	6,60
Raramente	1	0,51
Não informado	1	0,51
Nunca	-	-
3 - lavagem das mãos imediatamente após contato com materiais biológicos		
Sempre	183	92,89
Frequentemente	13	6,60
Nunca	1	0,51
Às vezes	-	-
Raramente	-	-
Não informado	-	-
USO DE LUVAS		
4 - coleta de sangue		
Sempre	173	87,82
Frequentemente	17	8,63
Às vezes	2	1,02
Nunca	2	1,02
Não informado	2	1,02
Raramente	1	0,51
5 - possibilidade de contato com urina ou fezes		
Sempre	183	92,89
Frequentemente	11	5,58
Raramente	2	1,02
Às vezes	1	0,51
Nunca	-	-
Não informado	-	-
6 - possibilidade de contato com a pele não íntegra		
Sempre	160	81,22
Frequentemente	27	13,71
Às vezes	7	3,55
Não informado	2	1,02
Nunca	1	0,51
Raramente	-	-

continua...

Itens do questionário adesão às PP	n	%
7 - possibilidade de contato com a mucosa do paciente		
Sempre	175	88,83
Frequentemente	17	8,63
Às vezes	4	2,03
Nunca	1	0,51
Raramente	-	-
Não informado	-	-
8 - possibilidade de contato com secreção de vias aéreas		
Sempre	181	91,88
Frequentemente	10	5,08
Às vezes	6	3,05
Nunca	-	-
Raramente	-	-
Não informado	-	-
9 - injeção intramuscular ou subcutânea		
Sempre	149	75,63
Frequentemente	27	13,71
Às vezes	14	7,11
Raramente	5	2,54
Nunca	1	0,51
Não informado	1	0,51
10 - realização de curativos		
Sempre	183	92,89
Frequentemente	11	5,58
Às vezes	2	1,02
Não informado	1	0,51
Raramente	-	-
Nunca	-	-
11 - limpeza para remoção de sangue		
Sempre	181	91,88
Frequentemente	15	7,61
Não informado	1	0,51
Às vezes	-	-
Raramente	-	-
Nunca	-	-
12 - punção venosa		
Sempre	158	80,20
Frequentemente	25	12,69
Às vezes	11	5,58
Não informado	2	1,02
Raramente	1	0,51
Nunca	-	-
13 - contato com amostra de sangue		
Sempre	171	86,80
Frequentemente	16	8,12
Às vezes	5	2,54
Raramente	2	1,02
Nunca	2	1,02
Não informado	1	0,51

continuação...

Itens do questionário adesão às PP	n	%
14 – uso de máscara de proteção na possibilidade de contato com respingos de sangue, fluido corporal, secreção e excreção		
Sempre	160	81,22
Frequentemente	27	13,71
Raramente	5	2,54
Às vezes	4	2,03
Não informado	1	0,51
Nunca	-	-
15 – uso de óculos de proteção na possibilidade de contato com respingos de sangue, fluido corporal, secreção e excreção		
Sempre	117	59,39
Frequentemente	31	15,74
Às vezes	26	13,20
Raramente	15	7,61
Nunca	6	3,05
Não informado	2	1,02
16 – uso de avental de proteção quando há possibilidade de contato com respingos de sangue, fluido corporal, secreção e excreção		
Sempre	131	66,50
Frequentemente	31	15,74
Às vezes	21	10,66
Raramente	8	4,06
Nunca	3	1,52
Não informado	3	1,52
17 – uso de gorros e propés descartáveis quando há possibilidade de contato com respingos de sangue, fluido corporal, secreção e excreção		
Sempre	123	62,44
Frequentemente	28	14,21
Às vezes	23	11,68
Raramente	14	7,11
Não informado	5	2,54
Nunca	4	2,03
18 – não realização do encape ativo ou passivo de agulhas ou realização apenas com uma mão		
Sempre	71	36,04
Nunca	65	32,99
Frequentemente	25	12,69
Às vezes	19	9,64
Raramente	9	4,57
Não informado	8	4,06
19 – descarte de agulhas, lâminas e outros materiais perfurocortantes em recipientes específicos		
Sempre	188	95,43
Frequentemente	8	4,06
Não informado	1	0,51
Às vezes	-	-
Raramente	-	-
Nunca	-	-

continuação...

Itens do questionário adesão às PP	n	%
20 – após acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes contaminados: espreme imediatamente o local, em seguida lava, efetua a antissepsia e coloca um curativo		
Sempre	93	47,21
Nunca	57	28,93
Frequentemente	23	11,68
Não informado	12	6,09
Às vezes	7	3,55
Raramente	5	2,54

conclusão.

Verifica-se, no quadro 2, que os itens com menores percentuais da resposta “sempre” (entre 36% e 75%), foram: 15) uso de óculos de proteção, 16) uso de avental de proteção e 17) uso de gorros e propés em procedimentos com exposição a material biológico; 18) não realização do encape ativo ou passivo de agulhas ou realização com apenas uma mão; 20) procedimento após o acidente do trabalho com perfurocortante.

Com percentuais próximos a 76% destacaram-se os itens: 2) higienização das mãos após a retirada das luvas; 9) uso de luvas na injeção intramuscular ou subcutânea.

Os percentuais maiores se relacionaram ao uso de luvas em situações com possibilidade de contato com secreções de vias aéreas (item 8), realização de curativos (item 10), limpeza para remoção de sangue (item 11) e descarte correto de perfurocortantes (item 19).

Quadro 2 – Resultados obtidos por meio do questionário de adesão às precauções-padrão pelos trabalhadores de enfermagem (n=197). Cuiabá, MT, 2017.

Item	Sempre		Frequentemente		Às vezes		Raramente		Nunca		Não informado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	158	80,20	34	17,26	3	1,52	0	0,00	0	0,00	2	1,02
2	151	76,65	31	15,74	13	6,60	1	0,51	0	0,00	1	0,51
3	183	92,89	13	6,60	1	0,51	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4	173	87,82	17	8,63	2	1,02	2	1,02	1	0,51	2	1,02
5	183	92,89	11	5,58	2	1,02	0	0,00	0	0,00	1	0,51
6	160	81,22	27	13,71	7	3,55	1	0,51	0	0,00	2	1,02
7	175	88,83	17	8,63	4	2,03	0	0,00	0	0,00	1	0,51
8	181	91,88	10	5,08	6	3,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00
9	149	75,63	27	13,71	14	7,11	1	0,51	1	0,51	5	2,54
10	183	92,89	11	5,58	2	1,02	0	0,00	0	0,00	1	0,51
11	181	91,88	15	7,61	1	0,51	0	0,00	0	0,00	0	0,00
12	158	80,20	25	12,69	11	5,58	1	0,51	0	0,00	2	1,02
13	171	86,80	16	8,12	5	2,54	2	1,02	1	0,51	2	1,02
14	160	81,22	27	13,71	5	2,54	1	0,51	0	0,00	4	2,03
15	117	59,39	31	15,74	26	13,20	6	3,05	2	1,02	15	7,61
16	131	66,50	31	15,74	21	10,66	3	1,52	3	1,52	8	4,06
17	123	62,44	28	14,21	23	11,68	5	2,54	4	2,03	14	7,11
18	71	36,04	65	32,99	25	12,69	9	4,57	8	4,06	19	9,64
19	188	95,43	8	4,06	1	0,51	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20	93	47,21	57	28,93	23	11,68	7	3,55	5	2,54	12	6,09

6.2 Resultados da Fase 2 – construção e validação do vídeo educativo

6.2.1 Caracterização dos especialistas

O comitê de especialistas foi composto por 13 mulheres, com média de idade de 42 anos, idade mínima de 27 anos e máxima de 62 anos (DP±10,53). A pontuação obtida pelas especialistas, segundo a classificação de Fehring, no que se refere à sua qualificação para validar os instrumentos propostos neste estudo situou-se entre 9 e 14 pontos, com média de 10,93 (DP±1,81). Suas publicações sobre o tema do estudo somaram 126 artigos científicos, com média de 9 artigos (DP± 9,33), mínimo de um e máximo de 29 por especialista. Quanto à publicação de capítulos de livros, foram informados 17. Entre as especialistas, o número de publicações de capítulos de livro variou entre 0 a 7, com uma média 1,21 capítulos publicados ((DP±1,92). Todas apresentaram publicações relevantes nos últimos cinco anos nos

seguintes conteúdos temáticos: práticas educativas, saúde do trabalhador, produção de vídeo educativo, construção e validação de material educativo.

As participantes possuíam cursos de pós-graduação: 12 especialização (algumas mais de uma especialização), 13 mestrado, 11 doutorado e uma pós-doutorado. As pós-graduações relacionam-se a: especialização em centro cirúrgico e CME, controle de infecção hospitalar, pedagogia em educação profissional, saúde da família, cuidados críticos, MBA em administração, enfermagem assistencial e preventiva e saúde da mulher; mestrado em ciências da saúde, enfermagem, saúde do adulto, sociologia; doutorado em ciências da saúde, enfermagem, saúde do adulto.

Todas as especialistas eram enfermeiras e sempre atuaram na área de enfermagem, exceto uma que também era odontóloga, atuando, portanto, nas áreas de enfermagem e odontologia. Ressalta-se que foram convidados dois médicos e um engenheiro, dos quais dois aceitaram o convite, porém não retornaram a avaliação.

Quanto à atuação profissional, as especialistas referiram o trabalho em pelo menos uma das seguintes áreas: práticas educativas, promoção da saúde no trabalho, produção de vídeo educativo, tecnologia do cuidado, validação de tecnologias educativas, saúde do trabalhador, enfermagem do trabalho, além de atividades na docência, assistência hospitalar, saúde pública, marketing e gestão de serviços de saúde. Referiram ainda atuação de pelo menos um ano em atividades relacionadas ao tema do estudo.

O quadro 3 apresenta as informações sobre os atributos das especialistas, conforme por elas referido no Instrumento de Caracterização dos Especialistas, e complementadas mediante consulta aos seus respectivos currículos na plataforma *Lattes*.

Quadro 3 - Caracterização das especialistas de acordo com a classificação de Fehring (1987), Cuiabá, MT, 2017.

Atributos das especialistas	Número de especialistas
Mestre em enfermagem	13
Mestre em enfermagem com dissertação na área de interesse do estudo	7
Tese de doutorado na área de interesse do estudo	11
Prática de pelo menos um ano no tema de interesse do estudo	13
Especialização no tema de interesse do estudo	5
Publicação de pesquisa relevante para a área de interesse do estudo	13
Publicação de artigo sobre a área de interesse do estudo em periódico de referência	13

6.2.2 Construção do roteiro/script do vídeo

O roteiro/script do vídeo educativo foi construído com base em evidências científicas sobre os fatores que interferem na adesão às PP, nos resultados obtidos na primeira fase do estudo e de acordo com o Modelo Revisado de Promoção da Saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2006). Ao roteiro foram inseridos os seguintes componentes desse modelo teórico:

- **Conduta prévia** ou **comportamento prévio**. Avaliou-se pertinente inserir conteúdos e depoimentos de trabalhadores relacionados com a adoção das medidas de PP, uma vez que a conduta prévia tem efeitos diretos e indiretos sobre a probabilidade de o indivíduo desenvolver comportamentos promotores de saúde. Foram também destacadas no roteiro informações sobre o esquema vacinal completo (três doses) contra a hepatite B e a necessidade do uso de óculos, luvas, calçados fechados, jalecos de mangas longas e outras recomendações das PP consideradas relevantes para um comportamento condizente com o propósito de prevenir a exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado.

- **Benefícios da ação**. Com o objetivo de estimular comportamentos promotores de saúde e enfatizar os benefícios decorrentes desta postura foram abordadas algumas vantagens de prevenir ATMB, evitar comportamentos de risco, adotar as PP, reduzir

as chances dos acidentes e os danos por eles causados, promover um ambiente seguro para si e aos demais e, por meio de comportamento seguro, estimular condutas semelhantes dos colegas e dos gestores. Tais benefícios se estendem aos pacientes, uma vez que a adoção das precauções confere mais qualidade e segurança à assistência de enfermagem, assim como às famílias, aos amigos, pacientes e empregadores, que podem ser poupados do sofrimento decorrente dos acidentes de trabalho.

- **Percepção de barreiras.** Obstáculos que podem levar ao não uso das PP. As barreiras foram representadas por exemplos de condições de trabalho inadequadas, EPI em qualidade e quantidade insuficientes, sensação de redução de habilidades técnicas quando se usa o EPI e desconforto por ser inadequado ou utilizado de forma incorreta.

- **Estratégias de estimular a adesão às PP.** Abordados nos roteiros os seguintes elementos: 1) **Autoeficácia** (julgamento da capacidade pessoal para realizar algo), sendo o conhecimento fundamental para o desenvolvimento deste atributo, pois quanto maior a eficácia, maior o comprometimento do indivíduo com um plano de ação preventivo de ATMB; 2) **Influências interpessoais**, que se referem à relação entre trabalhadores e gestores e entre si diante da importância de um esforço conjunto para prevenção dos ATMB. Nesse sentido, optou-se por inserir cenas e o depoimento do enfermeiro a respeito das influências interpessoais; 3) **Influências situacionais** evidenciadas pelos riscos a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem no ambiente de trabalho em virtude de condições laborais (relacionadas a jornadas de trabalho, ao dimensionamento de pessoal, ao fornecimento de EPI), supervisão do uso das precauções-padrão, notificação e seguimento dos acidentes de trabalho pela instituição; 4) **Condutas promotoras de saúde ou comportamento de promoção da saúde**, que resultam em ótimo bem-estar, conformidade pessoal e vida produtiva, retratadas em cenas sobre como prevenir os ATMB.

No vídeo foram explorados ainda alguns **sentimentos relacionados a atividades** que envolvem percepções positivas e negativas de trabalhadores favoráveis ou desfavoráveis ao uso das PP. O conteúdo seguiu uma sequência lógica para facilitar o processo de ensino-aprendizagem sobre a temática e estimular a

adesão às PP. Para sua elaboração, diversos aspectos foram considerados e especialmente selecionados: adequação da linguagem, cenários, textos, falas, depoimentos, imagens e fotos.

6.2.3 Validação do roteiro/script do vídeo

Validou-se o roteiro por meio de um instrumento direcionado aos seguintes aspectos: objetivos, conteúdo, relevância, ambiente, linguagem e inclusão de tópicos. As respostas foram assinaladas de acordo com os graus de concordância que melhor representassem a opinião das especialistas: Concordo Fortemente (CF), Concordo (C), Não concordo Nem discordo (NN), Discordo (D) e Discordo Fortemente (DF), com registro de sugestões e comentários em espaço disponibilizado abaixo de cada um dos tópicos avaliados.

Foram obtidos consensos entre 82,35% e 100% na primeira rodada de avaliação, e de 92,86% a 100% na segunda. Ressalta-se que o nível de consenso resulta da soma dos graus de concordância Concordo Fortemente e Concordo (CF+C).

Apesar de na primeira rodada o roteiro ter atingido o consenso mínimo de 80%, considerou-se plausível fazer as correções sugeridas e submetê-lo novamente a avaliação das especialistas, pois, no que se refere ao conteúdo, muitas sugestões foram encaminhadas pelo comitê, o que alterou significativamente o roteiro.

O quadro 4 apresenta os resultados obtidos no processo de validação do roteiro nas duas rodadas de avaliação.

Quadro 4 - Demonstrativo do consenso obtido na primeira e segunda rodada, em cada item avaliado do instrumento de validação do roteiro, Cuiabá, MT, 2017.

Itens	Consenso primeira rodada (%)	Consenso segunda rodada (%)
1 Objetivos		
1.1 Os objetivos são coerentes com os objetivos propostos na pesquisa	82,35	100,00
1.2 Os objetivos são coerentes com as recomendações de precaução-padrão	94,12	100,00
1.3 Os objetivos são coerentes com a prática da promoção da saúde	94,12	100,00
1.4 Os objetivos estão adequados para serem efetivados	88,24	100,00
2 Conteúdo		
2.1 O conteúdo apresentado no roteiro/script corresponde aos objetivos propostos no trabalho	94,12	100,00
2.2 O conteúdo facilita o processo de ensino-aprendizagem na temática	94,12	92,86
2.3 O conteúdo permite a compreensão do tema	100,00	100,00
2.4 O conteúdo obedece a uma sequência lógica	94,12	92,86
2.5 O conteúdo incorpora as informações necessárias para promover a adesão às precauções-padrão	94,12	100,00
2.6 O conteúdo dispõe de todos os recursos materiais necessários para promover a adesão às precauções-padrão	88,24	100,00
2.7 As informações apresentadas no roteiro/script estão corretas	88,24	100,00
3 Relevância		
3.1 As imagens e cenas ilustram aspectos importantes para promover a adesão às precauções-padrão pela equipe de enfermagem	88,24	100,00
3.2 As imagens e cenas são relevantes para que os trabalhadores de enfermagem adotem comportamentos seguros diante da exposição a material biológico potencialmente contaminado	100,00	100,00
3.3 As imagens e cenas permitem transferência e generalização do conteúdo aprendido para diferentes contextos de trabalho	82,35	100,00
4 Ambiente		
4.1 O cenário é adequado para produção do vídeo	82,35	92,86
4.2 O cenário é adequado para aprendizagem da temática	88,24	100,00

5 Linguagem		
5.1 A linguagem verbal utilizada no roteiro/script é adequada ao público-alvo	94,12	100,00
5.2 A linguagem verbal é de fácil assimilação	100,00	100,00
6 Inclusão dos tópicos		
6.1 Os objetivos do vídeo educativo	88,24	100,00
6.2 As precauções-padrão	100,00	100,00
6.3 As causas dos acidentes de trabalho com material biológico na enfermagem	94,12	100,00
6.4 As consequências dos acidentes de trabalho com material biológico na enfermagem	88,24	100,00
6.5 Os benefícios do uso das precauções-padrão	94,12	100,00
6.6 Os obstáculos para o não uso das precauções-padrão	88,24	100,00
6.7 Promoção da adesão às precauções-padrão	88,24	100,00

Observa-se aumento do consenso na maioria dos itens avaliados. Porém, notam-se, nos itens 2.2 e 2.4, reduções no percentual de consenso, representando a não concordância de uma especialista que justificou suas respostas com o argumento de que os conteúdos desses itens estavam extensos e repetitivos, sugerindo resumí-los ou reorganizá-los. No entanto, mesmo com a redução, os itens permaneceram com nível de consenso superior ao desejado, ultrapassando 90%, e as alterações sugeridas foram acatadas.

Outras sugestões foram apresentadas no processo de validação - todas lidas, analisadas e, em sua maioria, acatadas.

Diante dos resultados encontrados no processo de validação, cujos níveis de consenso mínimos foram de 82,35% e 92,86% na primeira e segunda rodada de validação, respectivamente, considerou-se o roteiro validado para a produção do vídeo.

O processo de validação do roteiro possibilitou os ajustes necessários e melhor compreensão do conteúdo, atingindo o consenso de aprovação superior a 90%. Segundo Melo (2002), alterações são esperadas durante todo o percurso de construção de um roteiro.

A alteração no título do vídeo, por sugestão do comitê de especialistas, resultou em um título mais conciso, que representa adequadamente o conteúdo do material. Inicialmente intitulado “Estratégia para a segurança no trabalho em serviços de saúde: vídeo educativo para adesão às precauções-padrão”, foi alterado para

“Segurança no trabalho em serviços de saúde: adesão às precauções-padrão”.

Quanto aos objetivos do vídeo, o percentual de consenso variou de 82,35% a 100% entre a primeira e segunda rodada de validação do roteiro, pois, segundo o comitê de especialistas, não estavam claros, o que tornava difícil compreender a proposta. Esta dificuldade foi contornada com a inserção do objetivo do vídeo no conteúdo da narração e, assim, quando submetido novamente a avaliação, alcançou 100% de consenso entre as especialistas.

Já o conteúdo do vídeo sofreu alterações que culminaram no aumento do consenso de 88,24% para 92,86%. Tais alterações (no texto, nas imagens e nos depoimentos) atenderam a recomendações da literatura e esclareceram algumas dúvidas já pontuadas pelas autoras do estudo. Da mesma forma, o consenso para o item “ambiente” subiu de 82,35% para 92,86% na segunda rodada. Este item se relacionava ao cenário de produção do vídeo que, por seu próprio formato, dificultou a definição prévia de todos os ambientes que seriam utilizados e, portanto, três especialistas alegaram dificuldades em opinar sobre este quesito.

No item “linguagem”, o nível de consenso variou entre 94,12% e 100% entre a primeira e segunda rodada de avaliação. Neste item, foram feitas modificações, principalmente nos depoimentos e em termos utilizados na narração, tais como: substituição do termo lavagem das mãos por higienização das mãos; alterações nos textos que remetiam à responsabilização individual do trabalhador por palavras de reforço positivo inserindo trechos que destacassem o papel das instituições; substituição de cenas e imagens de pacientes terminais e funerais por outras mais positivas, de estímulo ao comportamento seguro. Com essas alterações, este item foi finalizado com 100% de consenso.

No que se refere ao item “inclusão de tópicos”, a variação entre as rodadas de avaliação também ficou entre 88,24% e 100%. Neste aspecto, avaliou-se a forma como os tópicos foram incluídos ao roteiro. Os conteúdos que receberam respostas de indiferença ou discordância referiam-se aos objetivos, que inicialmente não se mostravam claros no roteiro, assim como às consequências dos ATMB, aos benefícios do uso das PP, aos obstáculos para o uso das PP e à promoção de adesão às PP. Todos estes conteúdos foram trabalhados e, na rodada seguinte de avaliação, obtiveram 100% de consenso.

Destaca-se que, em todos os aspectos avaliados no roteiro, obteve-se consenso superior a 80% na primeira rodada, consenso mínimo estabelecido no

estudo para validação do roteiro e do vídeo educativo. Porém, como as sugestões apresentadas pelo comitê alteraram a estrutura inicialmente proposta, inclusive com inversão da ordem em parte do conteúdo, optou-se por submetê-lo a uma segunda rodada de avaliação, o que permitiu aperfeiçoar o material e obter nível de consenso mínimo de 92,86%.

As sugestões apresentadas pelo comitê de especialistas podem ser visualizadas no quadro 5.

Quadro 5 - Sugestões do comitê de especialistas nas duas rodadas de avaliação do roteiro, Cuiabá, MT, 2017.

Sugestões registradas na primeira rodada de avaliação	Sugestões registradas na segunda rodada de avaliação
Item 1: acrescentar o objetivo na abertura do vídeo e alterar o título, excluindo a palavra estratégia. Item 4: este conteúdo foi rejeitado por algumas especialistas. Portanto, optou-se por excluí-lo. No roteiro inicial havia a proposta de ilustrar, por meio de imagens e cenas, a morte, o luto, a doença terminal (imagens de caixão e de unidades de terapia intensiva). No entanto, foi sugerido substituí-las por informações sobre soroconversão do HIV, imagens de névoa contaminada como ao tossir e espirrar; cenas de uso do bisturi ou que ilustrassem a gravidade das hepatites e da AIDS. Os itens 5 e 6 tiveram a ordem invertida por ter sido entendido que o item 6 sugeria continuação do item 4. Item 5: acrescentar conteúdo sobre a necessidade de realização do teste anti-HBs para checar a imunidade contra a hepatite B; acrescentar, na fala da personagem Marcia, outras consequências do acidente de trabalho, como medo, ansiedade, preocupação, efeitos físicos como emagrecimento e dificuldade para se alimentar. Retirar os diversos erros cometidos pela personagem e manter o “ato de encapar a agulha” e “não usar luvas”. Item 7: alterar o conteúdo sobre vacinação, acrescentando a dupla adulto, exigida pela NR 32. Item 9: trocar o termo lavagem por higienização das mãos; inserir imagem da higienização com álcool gel e água e sabão, inserir imagem da carteira de vacinação com o esquema completo. Item 10: melhorar a redação dos motivos pelos	Item 1: substituir “trabalho em enfermagem” para “trabalho em saúde”. Item 2: como o título propõe “Segurança no trabalho em serviços de saúde (...)”, acrescentar clínicas em geral (estética, clínicas odontológicas, unidades básicas). Item 3: acrescentar contato com “sangue, secreções, saliva, vômito, fezes, urina e suor com a possível presença de micro-organismos”. Inserir imagens do uso incorreto do avental/jaleco (desabotoado ou pendurado no ombro) e uso em locais indevidos. Item 4: citar as referências de onde foram extraídos os dados epidemiológicos (HIV, hepatites B e C). Não é interessante associar risco x morte nas imagens. Inserir imagem de antirretrovirais, simbolizando o tratamento do HIV/Aids. Mostrar a disponibilidade de vacinação da hepatite B antes do início da atividade profissional dos trabalhadores da saúde. Importante ressaltar ser muito comum os profissionais de saúde sofrerem acidentes de trabalho no seu cotidiano utilizando ou não as precauções-padrão. Os itens 5 e 6 mantiveram-se em ordem invertida. Item 5: rever a questão do anti-HBs, pois ainda há instituições de saúde que não disponibilizam esses testes, exceto em casos de exposição. Sugeridas mudanças no uso das palavras de negativas para positivas, como “adote comportamentos seguros”. Item 6: como já foi mencionado em relação ao descarte e encape de agulhas, seria interessante mostrar fotos do momento da limpeza dos instrumentais. Ressaltar que, mesmo adotando as medidas de precaução, o trabalhador pode se acidentar. Item 7: o fato de o trabalhador apenas “observar as normas de esterilização de materiais” não evita os acidentes. Item 8: inserir imagens de idosos. Item 9: álcool 70% para higienização das mãos. Inserir item i) cuidados na lavagem dos instrumentais. Item 10: “Você seguirá a sua vida sem a preocupação com o risco de adquirir uma doença

quais se deve adotar as precauções-padrão, excluindo palavras que reforçassem a responsabilização individual do trabalhador; acrescentar algo sobre a família como motivo para seguir as precauções; apresentar, sob forma de entrevista, a parte em que os profissionais se pronunciavam; Item 11: acrescentar “notificar os casos de acidente do trabalho; assistir o trabalhador em todas as suas necessidades em decorrência do acidente do trabalho; dar respaldo, não repreender os trabalhadores vítimas de acidentes”; substituir atendimento do SESMT por atendimento médico e/ou de enfermagem; retirar “se a empresa fornece os EPI”; Item 13: alterar redação excluindo fluxogramas e protocolos nacionais (pensando na longevidade do vídeo), pois podem ser alterados a qualquer momento. Item 14: reforçar o prazo para início da medicação; chamar a atenção para o fato de que muitos não conseguem concluir a quimioprofilaxia; não inserir imagens dos remédios específicos, pois a terapêutica pode mudar e este não é o foco; utilizar comprimidos coloridos e diversos apenas; não descrever o protocolo de atendimento e acompanhamento, reforçar que necessita de atendimento médico para avaliação e definição de conduta; não especificar tempo de duração de acompanhamento e profilaxia, pois pode variar; reforçar os efeitos negativos do acidente e a necessidade de proteção. Item 16: excluir ou alterar para: “Você é o responsável pela manutenção de um ambiente seguro no trabalho e sua vida. Proteja-se!”. Esta sugestão se justifica por ser uma repetição de conteúdos anteriores; a substituição pode ser interpretada como fechamento do vídeo; inserir algo que reforce o papel da instituição na promoção de um ambiente de trabalho seguro.	grave ou de usar medicamentos antirretrovirais (...). Será que é possível assegurar isso? Necessário rever o conteúdo, pois, mesmo aderindo às recomendações e adotando as normas de biossegurança, o trabalhador convive com as situações de risco. Substituir o verbo “cobrar” por “estimular” na frase “Agindo corretamente, você poderá cobrar as mesmas condutas da sua equipe de trabalho e da gestão”. Item 12: destacar que o uso das precauções-padrão qualifica a atenção em saúde do doente. Item 13: inserir a sigla CAT. Item 14: atentar para o fato de que nem todos os acidentados vão tomar o coquetel.
--	---

Fonte: dados da pesquisa.

Além de sugestões específicas do conteúdo, foram apresentadas as seguintes considerações:

- Correções ortográficas e alterações gramaticais para melhor compreensão do texto.
- Alterações com vistas à possibilidade de tradução do vídeo para uso em outros

países: substituição de vocábulos comumente usados no Brasil por outros conhecidos universalmente (ex: SESMT, escape ativo) e exclusão de fluxogramas, protocolos, esquema de vacinação e imagens de medicamentos específicos.

- Exclusão de termos que pudessem remeter a marcas de materiais e equipamentos.
- Priorizar fotos, a fim de não transgredir os princípios de direitos autorais, e usar criatividade para não repeti-las, uma vez que o conteúdo por vezes se repete. Sugestão de mostrar o narrador falando ao público e não somente a narração (voz).
- Reforçar o papel da gerência no desenvolvimento do clima de segurança, mostrando a importância da supervisão e das condições mínimas de trabalho (lavatórios, luvas e outros equipamentos de proteção disponíveis, treinamentos).
- Reforçar a adesão às precauções-padrão e conferir menor destaque à transmissibilidade de doenças, de modo a não promover a associação entre o uso das precauções-padrão e o diagnóstico do paciente.
- Utilizar figuras apenas com breves dizeres. Se extensos, enfatizar na narração.
- Importante atentar para a duração do vídeo para não fugir ao recomendado para este tipo de material e não torná-lo cansativo.
- As imagens/cenas geram melhores resultados se captadas em ambiente controlado, no sentido de reproduzir as situações de trabalho que melhor representem o conteúdo do roteiro.

6.2.4 Validação do vídeo educativo

Na validação do vídeo educativo, houve consenso mínimo de 92,31% e máximo de 100% nos itens analisados. O quadro 6 mostra o percentual de consenso em cada item.

Quadro 6 - Demonstrativo do consenso obtido entre as respostas das especialistas segundo cada item avaliado do vídeo educativo, Cuiabá, MT, 2017.

Itens	Consenso (%) (Soma CF+C)
Funcionalidade	
É adequado para o objetivo a que se destina	100,00%
Possibilita resultados positivos no processo de ensino-aprendizagem na temática	100,00%
Usabilidade	
Fácil de usar	100,00%
Fácil de aprender os conceitos teóricos utilizados e suas aplicações	100,00%
Permite que o usuário tenha facilidade em aplicar os conceitos em sua rotina de trabalho	100,00%
Eficiência	
Duração do vídeo é adequada para que o usuário compreenda o conteúdo	92,31%
Número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo	100,00%
Técnica Audiovisual	
Iluminação é adequada para observação das cenas	100,00%
Tom e a voz do narrador são claros e adequados	100,00%
Narração utilizada de forma eficiente e compreensível ao público-alvo	100,00%
É possível retornar a qualquer parte das cenas quando desejado	100,00%
Ambiente	
Reflete o cotidiano da exposição ocupacional a material biológico pela equipe de enfermagem	100,00%
Os ambientes utilizados para as cenas mostraram-se adequados para garantir a transmissão do conteúdo proposto pelo vídeo	100,00%
Procedimento	
Objetivos do vídeo educativo	100,00%
Apresentação dos ambientes de trabalho e a exposição a material biológico	100,00%
Apresentação das precauções-padrão	92,31%
Causas dos acidentes de trabalho com material biológico na enfermagem	100,00%
Consequências dos acidentes de trabalho com material biológico na enfermagem	100,00%
Benefícios do uso das precauções-padrão	100,00%
Obstáculos para o não uso das precauções-padrão	92,31%
Promoção da adesão às precauções-padrão	100,00%

Os graus de concordância classificados como Concordo fortemente (CF) e Concordo (C) remetem à concordância com o item avaliado. Foram obtidas 270 respostas CF e C, correspondendo a 98,90% do total.

Os graus Discordo Fortemente (DF) e Discordo (D) expressam a não concordância com o item avaliado. Ambas as opções não foram assinaladas em qualquer um dos itens, ou seja, não houve discordância em nenhum dos aspectos avaliados no vídeo.

O grau de concordância classificado como Não concordo Nem discordo (NN) sugere indecisão, dúvida, indiferença ou ausência de opinião sobre o item avaliado, não gerando, portanto, aprovação ou reprovação do conteúdo. Este grau de concordância foi assinalado em três itens, por diferentes especialistas.

Os itens que receberam a resposta NN foram:

- a) a duração do vídeo (tempo utilizado) é adequada para que o usuário compreenda o conteúdo: 92,31%
- b) a apresentação das precauções-padrão: 92,31%
- c) os obstáculos para o não uso das precauções-padrão: 92,31%

Em relação ao tempo do vídeo, inicialmente estavam previstos 12 minutos, porém, durante o processo de validação, as especialistas sugeriram modificações que culminaram na inserção de conteúdo, cenas, imagens e depoimentos. Dessa forma, para contemplar o conteúdo validado no roteiro e a inserção dos novos efeitos gráficos, foram necessários 16 minutos e 5 segundos. Na avaliação, a maioria das especialistas não emitiu comentários sobre a duração do vídeo e aquelas que o fizeram consideraram o tempo satisfatório. Assim, entendendo que não houve prejuízos para a qualidade do material ou comprometimento dos objetivos propostos, por não haver manifestação das demais participantes do comitê e pelo fato de que reduzir o tempo do vídeo implicaria em alterações no roteiro, manteve-se o conteúdo na íntegra.

Em referência à apresentação das precauções-padrão obteve-se uma resposta “Não concordo Nem discordo”, sugerindo que outra forma de apresentação fosse adotada. Porém, tal conteúdo havia sido avaliado e validado por meio de duas rodadas do processo de validação do roteiro, impossibilitando modificações na etapa de produção do vídeo. Outro ponto a ser destacado é o fato de o vídeo, ter como objetivo principal estimular a adesão às PP, não tendo como foco o detalhamento das

medidas de precaução e suas respectivas técnicas de uso.

No que se refere a apresentação dos obstáculos para adesão às PP, não se acatou a sugestão de ampliar o conteúdo, uma vez que 92,31% das especialistas o aprovaram tal como apresentado. O referido conteúdo foi contemplado no vídeo quando abordadas as condições laborais, dimensionamento de pessoal, jornadas excessivas de trabalho, quantidade e qualidade de EPI disponíveis e treinamentos para minimizar as barreiras.

Conforme constatado na avaliação, obteve-se consenso superior a 90%, superando o nível mínimo estabelecido no estudo (80%), e, portanto, o vídeo foi considerado validado.

Observa-se que o vídeo obteve consenso de 92,31% na primeira rodada, sendo possível encerrar o processo de validação, incluindo as sugestões apresentadas na avaliação, pois, a técnica Delphi prevê a finalização do processo de validação quando alcançado o nível de consenso estabelecido no estudo (FARO, 1997; PEREIRA; ALVIM, 2015; SCARPARO et al., 2012).

No que diz respeito aos itens funcionalidade, usabilidade, técnica audiovisual e ambiente, o consenso foi de 100%. No entanto, apesar de obtido o mais alto nível de consenso nesses aspectos, algumas especialistas recomendaram melhorar o foco de algumas imagens, inserir elementos que facilitassem a identificação dos procedimentos corretos e incorretos, retirar imagens de uma profissional que usava brincos ao se paramentar, introduzir imagens/cenas reproduzindo a atuação da equipe multiprofissional na assistência ao trabalhador, inserir a legenda “nome fictício” durante a identificação dos atores e fazer correções ortográficas no texto. Todas essas sugestões foram acatadas e contribuíram para uma melhor qualidade do vídeo e alcance dos objetivos do estudo.

As sugestões do comitê de especialistas podem ser visualizadas no quadro

7.

Quadro 7 - Sugestões das especialistas na avaliação do vídeo educativo, Cuiabá/MT, 2017.

Sugestões registradas na avaliação do vídeo educativo	Conduta
a) tempos 00:36 e 00:42 00:46 – melhorar o foco das imagens	Sugestão acatada
b) tempo 00:14 – incluir o gorro e corrigir a gola do avental colocando gola de padre e não em V	Sugestão acatada
c) tempo 00:17 – excluir o ventilador no balcão	Sugestão acatada
d) tempo 00:28 – inserir na tela os riscos psicossociais	Sugestão acatada
e) tempo 02:23 – o primeiro depoimento não está natural (da pessoa com HIV)	Reeditada a fala
f) tempo 03:28 – 04:00 – 04:18 – os procedimentos errados devem ser sinalizados com tarjas, símbolos de proibido ou errado, para evidenciar o que não se pode fazer (por exemplo, nas imagens atendendo celular, usando luvas, tocando na maçaneta com luvas, puncionando veia sem luvas, encape ativo de agulha usada)	Sugestão acatada
g) retirar os brincos no momento do uso dos EPI	Sugestão acatada
h) se possível, reduzir a parte de cuidados médicos após acidentes, pois está muito extensa	Reeditada a fala do médico
i) ao calçar as luvas deve-se colocá-las por cima da manga do jaleco	Reeditado
j) inserir uma cena que represente a atuação da equipe multiprofissional no atendimento ao trabalhador, especialmente do enfermeiro	Inseridas duas cenas (enfermeiro e assistente social)
k) se a opção for manter nomes fictícios para os depoimentos, acrescentar ao lado de “simulação de caso real” as palavras “nome fictício”.	Sugestão acatada
l) o vídeo está bem elaborado, porém as informações e cenas são apresentadas rapidamente. Ampliar a apresentação das cenas para todo o ambiente.	Não foi possível acatar, pois estenderia ainda mais o tempo do vídeo.
m) retirar a esponja na cuba da pia para lavagem de instrumental, se possível mostrar lavagem de instrumental em cuba de ultrassom	Sugestão acatada (esponja), a cuba ultrassônica não encontramos.
n) o vídeo ficou um pouco longo	Não foi possível reduzir o tempo do vídeo

Fonte: dados da pesquisa.

De todas as sugestões apresentadas pelas especialistas, não foi possível atender somente ao item “l”. A sugestão era apresentar de forma mais lenta e ampliar as cenas para todo o ambiente, pois ficaria mais “didático”. Porém, entende-se que

esta necessidade já era contemplada com os recursos do vídeo que permitem ao profissional avançar, voltar, pausar e recomeçar sempre que julgar necessário.

Os ajustes foram efetuados imediatamente após a avaliação do comitê de especialistas e o vídeo foi finalizado em aproximadamente quinze dias.

Após a inserção das modificações, o vídeo foi submetido a revisão de português e, após as correções necessárias, todos os elementos utilizados foram novamente conferidos e, em seguida, fez-se a tradução das legendas para o idioma inglês. Com isto, obteve-se a formatação final, a qual foi enviada para gravação em DVD. Enquanto isso, realizou-se a produção gráfica (impressão da arte nos DVDs e da capa), etapa concluída em aproximadamente 30 dias. Algumas imagens de trechos do vídeo estão apresentadas no Apêndice R.

Assim, o processo de validação do roteiro e do vídeo educativo, efetuado em três rodadas, permitiu o aperfeiçoamento do produto final, tornando-o válido para uso por parte dos profissionais de saúde expostos a material biológico.

Para ampla divulgação do material utilizou-se um canal no site *youtube* (próprio para compartilhamento de vídeos), cujo acesso do vídeo, legendado em português, se dá pelo link: https://www.youtube.com/watch?v=g7thU_XdUql&t=27s. O acesso para a versão legendada em inglês se dá pelo link: <https://www.youtube.com/watch?v=UvPvxK2kVBg>. Realizou-se o compartilhamento na rede social *facebook* e no aplicativo *whatsapp*, além da entrega do DVD pessoalmente e via correios para instituições da área.

7. DISCUSSÃO

7.1 Adesão às precauções-padrão

Os participantes do estudo apresentaram algumas características sociodemográficas semelhantes às descritas em outros estudos realizados no Brasil (ALVIM; GAZINELLI, 2017; BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2009; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015; PEREIRA et al., 2013), com predominância de profissionais do sexo feminino, adultos jovens, técnicos de enfermagem.

No que se refere à qualificação profissional, menos de 40% possuíam especialização profissional e nenhum havia cursado mestrado ou doutorado. Em contraste, no estudo de Alvim e Gazinelli (2017) desenvolvido em Belo Horizonte (MG), mais da metade dos enfermeiros possuía pelo menos uma pós-graduação; em pesquisa com 121 trabalhadores de enfermagem atuantes em hospitais do interior paulista, verificou-se percentual de 51,2% de enfermeiros com especialização e 8,3% com mestrado e/ou doutorado (VALIM et al., 2014).

O tempo de atuação profissional dos participantes variou de 1 a 28 anos, com média de 7,32 anos, dado que corrobora o identificado no estudo de Ferreira et al. (2017), em que o tempo médio de atuação foi de seis anos. Essa variável, segundo Malaguti-Toffano et al. (2012), pode influenciar na ocorrência dos acidentes do trabalho, tanto por inexperiência dos que estão iniciando na profissão como por excesso de confiança ou menor adesão às medidas de segurança, uma vez que se sentem mais seguros por atuarem há mais tempo. No entanto, independentemente dos motivos, tais resultados representam fatores de risco para a ocorrência de acidentes do trabalho.

Alguns participantes referiram atuar em mais de um setor do hospital e, mesmo aqueles que atuam em um setor fixo, por vezes eram remanejados para atender a outras demandas do serviço.

Segundo Mauro et al. (2010), no trabalho de enfermagem é frequente o acúmulo de funções em decorrência da insuficiência de recursos humanos e materiais, o que impõe um ritmo intenso de trabalho e consequente sobrecarga ao trabalhador, os quais, por sua vez, prejudicam sua saúde física e mental. Trata-se de uma característica que amplia as possibilidades de ocorrência de ATMB.

Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz sobre o perfil da enfermagem no Brasil

revelou um alto número de profissionais que declararam ter apenas um emprego, porém, com extensas jornadas de trabalho, entre 40 e 60 horas semanais, em decorrência do cumprimento de cargas horárias extras (plantões e horas extras) ou “bicos” (assumem plantões, cobrem férias ou até mesmo ministram aulas em instituições de ensino), como forma de ampliar o rendimento mensal (MACHADO et al., 2015).

A literatura mostra que a multiplicidade de vínculos empregatícios na enfermagem é uma prática comum, neste estudo referida por 68 (34,52%) participantes. Albuquerque et al. (2016) relataram que a principal justificativa para o trabalhador de enfermagem adotar mais de um vínculo empregatício é a necessidade de complementação de renda e manutenção do *status* socioeconômico. Jordão (2017) e Mauro et al. (2010), constataram a multiplicidade de vínculos em 40,1% e 47% dos trabalhadores de enfermagem, respectivamente. Para Mauro et al. (2010), esta é uma forma de precariedade do trabalho, expressa sob baixos salários, longas jornadas e insegurança quanto ao mercado, fatores que favorecem os múltiplos empregos na área e, por consequência, o adoecimento do trabalhador e a ocorrência de acidentes. A multiplicidade de vínculos representa um fator gerador de sobrecargas e influencia negativamente o rendimento no trabalho e a saúde do trabalhador.

Quase 38% dos participantes referiram ter sofrido ATMB, predominantemente ocasionado por objeto perfurocortante potencialmente contaminado; entretanto, o número de exposições a mucosas e/ou pele não íntegra foi também significativo. Dentre os que referiram acidentes com perfurocortantes, em torno de 27% relataram entre duas e cinco exposições desta natureza e, dos que referiram acidentes com exposição de mucosa e /ou pele não íntegra, 45% se acidentaram entre duas e nove vezes. No estudo de Valim (2014), foi constatado que 52% enfermeiros foram acometidos por ATMB, dos quais 31,8% se acidentaram duas ou mais vezes.

A não notificação do ATMB neste estudo foi identificada em 22 (29,72%) casos de acidentes com material perfurocortante. Os motivos alegados pelos trabalhadores para não notificá-los foram: medo da reação da chefia e dos colegas de trabalho, não ter percebido o acidente no momento da ocorrência, pelo fato de gerar atraso nas atividades e haver burocracia para notificação. Ferreira et al. (2015) identificaram taxas de não notificação de 36,6%. Outros estudos evidenciaram como motivos mais frequentes para a subnotificação de ATMB entre profissionais de

enfermagem o julgamento de não ser necessário notificar, paciente-fonte com sorologia negativa, burocracia excessiva para notificação, falta de conhecimento sobre as condutas necessárias pós-exposição, receio de demissão ou repreensão, estresse gerado pelo acidente, demora nos atendimentos do serviço, falta de tempo para notificar, acidente ocorrido no fim de semana e o fato de o profissional estar muito ocupado (SANTOS; REIS, 2016; FERREIRA et al., 2015; VALIM, 2014).

Considerando que a educação em serviço é uma estratégia para prevenção de ATMB, informações a esse respeito foram coletadas neste estudo. Identificou-se que cerca de 1/4 dos participantes informaram a não participação em treinamentos ou não souberam informar, e que havia, entre a maioria, o desejo de participar deste tipo de capacitação.

MARZIALE et al. (2014) concluíram, em estudo sobre as consequências dos ATMB, que a implementação de estratégias de sensibilização quanto às práticas seguras no trabalho de enfermagem se dá pela eliminação de comportamentos de riscos e adesão às PP pelos profissionais. De acordo com Pender, Murdaugh e Parsons (2014), o conhecimento é condição para o início de atividades que objetivem a mudança de posturas, influenciando diretamente na adoção do comportamento desejado. Assim, torna-se primordial o desenvolvimento de ações educativas para ampliar o conhecimento dos trabalhadores em relação à necessidade de adesão às PP.

Outra estratégia necessária para a prevenção de possível contaminação de trabalhadores de saúde a patógenos transmitidos por meio de fluídos corpóreos, em especial o sangue, é a imunização ao vírus da hepatite B. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, todos os profissionais de saúde devem ser imunizados contra a hepatite B e há disponibilidade do imunobiológico na rede do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005). De acordo com as Normas Regulamentadoras 7 e 32, os trabalhadores devem, no ato da admissão, comprovar essa imunização (BRASIL, 1994; 2011).

Destaca-se que 90,36% dos participantes referiram ter completado o esquema de vacinação contra hepatite B, percentual acima do identificado no estudo realizado no Brasil por Fraguás et al. (2013), no qual 66,8% dos profissionais investigados tinham esquema vacinal completo contra hepatite B. Qazi et al. (2016) identificaram, em hospitais do Paquistão, que 77,3% dos trabalhadores de saúde tinham este esquema completo.

Constatou-se que a maioria dos trabalhadores possuía cobertura vacinal, no entanto, 59,9% informou resultado não reagente do teste anti-HBs e 13,20% desconhecia o resultado do teste. Do total de participantes, apenas 21,83% informou resultado reagente. No estudo de Valim (2014), realizado com enfermeiros, 97,5% dos participantes apresentavam esquema de vacinação completo, porém, menos da metade soube informar a respeito do marcador sorológico anti-HBs.

Araújo e Silva (2014) realizaram testes sorológicos em 317 trabalhadores de enfermagem e encontraram um percentual de cerca de 30% deles que não apresentaram reagentes ao marcador anti-HBs. Assim como Ciorlia e Zanetta (2005), os referidos autores ressaltaram que, com o avançar da idade, a resposta à vacinação piora em virtude da redução da atividade imunológica, sendo fundamentais a imunização e o controle sorológico o mais precocemente possível. Destaca-se que a vacina apresenta uma eficácia em torno de 90% em adultos jovens, desde que realizada no esquema de três doses. Além disso, fatores como a obesidade, o estresse, o tabagismo e o etilismo podem reduzir sua eficácia (SÃO PAULO, 2006).

Assim, identificou-se neste estudo que existem participantes com lacunas de informações sobre o esquema e a cobertura vacinal para hepatite B e em relação ao marcador sorológico anti-HBs, aspectos que precisam constar do planejamento de futuras estratégias preventivas.

- Conhecimento sobre PP

O instrumento de coleta de dados utilizado possibilitou identificar o conhecimento dos participantes em relação às PP, e os resultados indicaram média de 79,19% de acertos nas respostas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Valim (2014), utilizando o mesmo instrumento, verificou média de 62,6% de acertos entre os enfermeiros da amostra investigada. Não há, contudo, um ponto de corte para definir o nível de conhecimento como satisfatório ou insatisfatório.

Paiva e Oliveira (2011) estabeleceram índice igual ou superior a 75% de respostas adequadas para definição de “bom conhecimento” e “boa atitude” em relação às PP, porém, utilizando outro instrumento de coleta de dados: um questionário estruturado composto de dados sociodemográficos, questões relativas a conhecimento, atitude, controle de infecção e PP. Os itens com menos de 75% de acertos relacionavam-se a medidas de PP, infecção cruzada, doenças transmitidas pelo sangue e risco de infecção por contato entre sangue e a mucosa ocular.

O estudo de Lopes et al. (2008) estabeleceu como adequado o percentual de conhecimento e adesão às PP de 75%. O percentual que classifica o grau de conhecimento como inadequado foi encontrado nos itens relativos às PP, acondicionamento de resíduos produzidos no atendimento pré-hospitalar, risco de transmissão cruzada de agentes infecciosos e doenças transmitidas pelo sangue. Quanto à adesão, os itens com percentual abaixo de 75% foram relativos ao uso dos equipamentos de proteção individual, especialmente máscara e óculos.

Sarani et al. (2016), em pesquisa realizada no Irã sobre as PP, definiram o nível de conhecimento e de práticas em três scores: abaixo de 50 como pobres ou ruins; entre 50-75 como médios; e acima de 75 como boas práticas e bom conhecimento. Os autores encontraram associação estatística significativa entre treinamento e prática, assim como entre conhecimento e prática. Evidenciaram que 30% dos enfermeiros apresentavam atitude “pobre” e 37% “média”. Em relação ao conhecimento, a média encontrada entre os participantes foi considerada “média”, e os níveis mais altos foram em relação a higienização das mãos e manuseio de perfurocortantes; os mais baixos relacionavam-se ao uso dos equipamentos de proteção individual (luvas, óculos, máscaras).

No presente estudo, adotando o percentual $\geq 75\%$ como ponto de corte para identificar “bom conhecimento”, verificou-se que alguns itens não atingiram este percentual, a saber: quando devem ser utilizadas as PP e seus objetivos; uso das PP na prestação de cuidados a pacientes com hepatite B e sífilis, tuberculose e varicela. Os itens que obtiveram maior percentual de respostas corretas foram relacionados a: higienização das mãos após contato com material potencialmente contaminado; uso de luvas na coleta de sangue e punção venosa; uso de luvas sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções de pacientes; troca de luvas na prestação de cuidados entre pacientes diferentes; uso de máscaras, óculos e avental, respectivamente, sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções de pacientes; na prestação de cuidados a pacientes com infecções intestinais ou de pele devem ser adotadas precauções de contato, além das PP.

Luvas, óculos de proteção, máscaras e aventais são considerados EPI e, portanto, devem ser disponibilizados em quantidade e qualidade adequadas e de fácil acesso aos trabalhadores. Nesse sentido, com o objetivo de aumentar o conhecimento e a adesão dos trabalhadores expostos a material biológico ao uso dos

EPI, bem como a prática de higienização das mãos, a observância do esquema de vacinação e os cuidados na manipulação dos materiais biológicos potencialmente contaminados, a NR 32, no item 32.2.4.9, estabelece que: “o empregador deve assegurar capacitação aos trabalhadores, antes do início das atividades e de forma continuada (...)” (BRASIL, 2011).

A referida Norma destaca ainda a importância da higienização das mãos e frisa que o uso de luvas não substitui este procedimento, devendo-se higienizá-las antes e após o uso de luvas. Entretanto, neste estudo, 22 (11,17%) responderam ser desnecessária a higienização das mãos após remoção das luvas.

Considerando o ponto de corte $\geq 75\%$ constatou-se que a amostra estudada apresentou, de forma geral, bom conhecimento sobre as PP.

- Adesão às medidas PP

O ponto de corte adotado para considerar uma boa adesão às PP foi de $\geq 75\%$ de respostas “sempre”, lembrando que esta resposta deveria ser assinalada somente quando os participantes realmente sempre adotavam as medidas contidas no instrumento, ou seja, em todas as vezes que havia exposição a material biológico potencialmente contaminado. A média encontrada para a resposta “sempre” foi de 78,40%, variando entre 36,04% e 95,43%.

As medidas que obtiveram os maiores percentuais de adesão foram: higienização das mãos após contato com materiais biológicos; uso de luvas em procedimentos com possibilidade de contato com urina ou fezes, com secreção de vias aéreas, na realização de curativos e remoção de sangue; e descarte correto de objetos perfurocortantes.

As medidas que apresentaram percentual inferior a 75% foram: uso de óculos e avental de proteção na execução de procedimentos com exposição a material biológico potencialmente contaminado; não realização do encape ativo de agulhas e nas condutas que devem ser tomadas após acidentes do trabalho com perfurocortante e exposição a material biológico. Chama a atenção o elevado número de participantes que não responderam à algumas questões sobre adesão às precauções-padrão, principalmente em relação ao uso de avental, encape ativo de agulhas e a condutas após acidente com material biológico, é preocupante, pois pode representar déficit de informações.

O mais baixo percentual de adesão registrado foi de 36,04%, relativo ao

não encape ativo de agulhas. Pesquisas desenvolvidas por Cireli, Figueiredo e Zem-Mascarenhas (2007) e Pereira et al. (2013) apresentam dados semelhantes. Segundo as PP, essa prática não é recomendada internacionalmente e, embora os participantes do estudo tenham expressado conhecer tal recomendação, alguns adotavam tal comportamento inseguro.

Segundo Gammon, Morgan-Samuel e Gould (2008), a adesão às PP é insatisfatória, pois ainda existe a prática seletiva do uso das recomendações pelos trabalhadores da área da saúde, ou seja, a adesão ocorre apenas em relação a algumas recomendações.

Pesquisa de Accardi et al. (2017) realizada na Itália identificou adesão de 52% entre profissionais de saúde. Os enfermeiros apresentaram maior adesão às PP no que se refere à prática adequada de higienização das mãos (81%), porém foram obtidos quase 50% de respostas incorretas relacionadas com limpeza, desinfecção e esterilização de materiais.

No Brasil, alguns estudos evidenciaram baixa adesão às PP, especialmente em relação ao uso de EPI, descarte de materiais perfurocortantes e higienização das mãos conforme recomendado e o não encape ativo de agulhas usadas (AMARO JUNIOR et al., 2015; FERREIRA et al., 2017; MARTINS et al., 2015).

A prática de higienização das mãos após a retirada de luvas e o uso das luvas na administração de injeção por via intramuscular e subcutânea apresentaram bom percentual de adesão (76,65%). Estudo de Lopes et al. (2008) evidenciou que o tempo de experiência profissional (mais de 10 anos) influenciou de forma positiva na correta higienização das mãos após retirada das luvas.

Lopes et al. (2008) encontraram nível de adesão intermediário em estudo realizado com a equipe de enfermagem de um hospital de ensino, ou seja, não houve adesão conforme o recomendado, principalmente quanto ao uso dos EPI, exceto em relação ao uso de luvas diante da possibilidade de contato com material biológico potencialmente contaminado. Os autores destacam que o hábito de não calçar luvas para puncionar veias de pacientes é bastante frequente, pois 24,1% dos trabalhadores pesquisados referiram não utilizá-las sempre durante este tipo de procedimento. No presente estudo, 19,80% dos participantes mencionaram que nem sempre utilizam luvas para puncionar veias.

Os óculos de proteção devem ser utilizados sempre que houver possibilidade de respingos nos olhos e mucosas. Entretanto, a adesão a este EPI se

mostrou baixa neste estudo (59,39%), o que corrobora o encontrado por Pereira et al. (2013) em pesquisa com profissionais que atuam em unidades de terapia intensiva (adesão de apenas 58,40%).

Quanto ao uso de avental, dados de pesquisa realizada na Etiópia por Haile, Engeda e Abdo (2017) com médicos e enfermeiros revelam adesão ao uso do avental inferior a 50%, assim como em relação ao uso dos óculos de proteção. Destaca-se que a adesão foi ainda menor no que se refere ao uso de máscaras (21%). No presente estudo, a adesão ao uso de avental e de máscaras foi de 66,50% e 81,22%, respectivamente.

Para Haile, Engeda e Abdo (2017), a baixa adesão às precauções-padrão foi verificada pela indisponibilidade de determinados EPI, como óculos e máscaras, por exemplo, e pela ausência de suporte e gerenciamento consistentes, o que pode acentuar o problema da baixa adesão.

Pimenta et al. (2013) identificaram, em pesquisa sobre adesão às PP, que a realização da intervenção “treinamento” durante o desenvolvimento do estudo resultou em maior adesão às PP; no entanto, decorrido algum tempo, declinou, reforçando a necessidade da educação permanente sobre o tema, ou seja, de forma sistemática e periódica. Os referidos autores concluíram que quanto maior a oferta de treinamentos e o uso de estratégias de educação em serviço, menor será a ocorrência de ATMB.

O estudo de Haile, Engeda e Abdo (2017) constatou que os profissionais que receberam treinamento sobre prevenção de infecções apresentaram 2.9 vezes propensão a estarem em conformidade com as precauções-padrão. Da mesma forma, aqueles que apresentaram maior percepção de risco também se mostraram mais propensos a utilizar adequadamente as PP. Observa-se, portanto, que o treinamento exerce influência direta sobre o uso das precauções-padrão, uma vez que pode atualizar o conhecimento e as habilidades dos profissionais de saúde, assim como facilitar o entendimento dos princípios básicos, das recomendações e das boas práticas laborais e, conseqüentemente, aumentar a confiança dos profissionais para que adotem as medidas de precaução-padrão.

Considera-se que a adesão a essas medidas deva ser estimulada, por seu potencial de prevenir a exposição do trabalhador a patógenos causadores de infecções e, também, no sentido de promover a segurança do paciente diante da possibilidade de infecções cruzadas.

- Conhecimento X adesão às PP

A média de adesão às PP assemelha-se à encontrada para o conhecimento sobre tais medidas. Entretanto, os percentuais referentes à adesão às recomendações de uso de óculos e avental em situações com exposição a material biológico e o não encape ativo de agulhas usadas em pacientes tiveram índices inferiores ao ponto de corte adotado, correspondendo a 59,39%, 66,50% e 36,04%, respectivamente. Tais resultados divergem, portanto, do conhecimento sobre as PP informado pelos trabalhadores, tendo em vista que o percentual de acertos às respostas a esse respeito foi superior a 75%. Em outras palavras, observa-se que os trabalhadores possuem informações e conhecimentos sobre a necessidade de uso de EPI e a respeito do risco decorrente do encape ativo de agulhas usadas com os pacientes, mas, ainda assim, assumem comportamentos de risco.

Em relação à adesão ao uso de máscara em situações com possibilidade de contato com material biológico, o percentual de conhecimento foi de 96,45%, enquanto a adesão a esta conduta ficou em 81,22%, revelando um hiato entre conhecimento e adesão.

No que diz respeito à higienização das mãos (HM), verificou-se adesão de 76,65%, ou seja, 23,35% dos participantes nem sempre realizam a HM após remoção das luvas. Por outro lado, o conhecimento sobre esta medida foi de 88,32%, sugerindo que outras estratégias devem ser adotadas para sensibilização dos profissionais quanto a esta medida.

No estudo de Rezende et al. (2012), em que se realizou a observação direta do uso das precauções-padrão entre profissionais de enfermagem, constatou-se HM de 40,9% antes e após a realização dos procedimentos, variando de 22,2% a 72,8%, sendo que a técnica foi corretamente empregada em apenas 5,3% das situações analisadas. Diante desses resultados, os autores enfatizaram que a baixa adesão à HM e as falhas na execução da técnica constituem um comportamento de risco, capaz de comprometer a saúde e segurança do profissional e do usuário do serviço.

Pereira et al. (2013) encontraram adesão à HM de 84,3% entre profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Coelho, Silva Arruda e Faria Simões (2011) destacaram a importância desta medida para redução das infecções nos serviços de saúde, recomendando que seja rigorosamente adotada por todos os profissionais na assistência à saúde. A adesão a este procedimento, porém, ainda está abaixo do esperado, e os motivos mais comumente alegados para tanto

são esquecimento e déficit de conhecimento sobre a importância desta precaução-padrão.

Em relação ao uso de luvas durante a realização da punção venosa, o percentual de conhecimento apresentou-se alto, correspondendo a 97,97%, porém a adesão ao uso de luvas na realização do procedimento foi menor (80,20%). Apesar de acima de 75% (ponto de corte), vale salientar que aproximadamente 20% dos participantes informaram que nem sempre adotam a medida para realizar o procedimento.

Cireli, Figueiredo e Zem-Mascarenhas (2007) constataram que 50% dos participantes do estudo realizado em um hospital do interior paulista admitiram não usar luvas para puncionar veias para coleta de sangue ou administração de medicamentos e, na observação da prática, verificaram que em 84,4% e 82,8% desses procedimentos, respectivamente, elas não foram utilizadas. Segundo as autoras, os profissionais atribuíram a baixa adesão às condições de trabalho (estrutura física e oferta de material).

A adesão aos equipamentos de proteção individual (EPI) apresentou entre 84,26% a 96,45% de respostas corretas; por outro lado, em relação ao uso destes equipamentos na rotina de trabalho, observou-se percentual de adesão entre 59,39% a 81,22%, sendo o mais baixo relativo ao uso dos óculos, corroborando os estudos de Pereira et al. (2013) e Haile, Engeda e Abdo (2017), em que citam a oferta inadequada dos materiais, o déficit de conhecimento e o gerenciamento ineficaz ou inexistente como motivos para tanto.

Apesar de 79,70% dos participantes demonstrarem o conhecimento de ser inadequado o encape ativo de agulhas, menos de 40% deles assumiram o comportamento seguro de nunca realizá-lo.

Cireli, Figueiredo e Zem-Mascarenhas (2007) constataram, na observação da prática de enfermagem, que 29,7% da amostra investigada efetuaram o encape ativo de agulhas após o procedimento de punção venosa. Pereira et al. (2013) encontraram 46,6% de profissionais que referiram não realizar o encape ativo de agulhas em suas práticas laborais, ou seja, 53,4% nem sempre adotam esta medida. Esses dados evidenciam que o encape ativo de agulhas é uma prática comum entre os profissionais de saúde, o que potencializa o risco de acidentes de trabalho com material biológico.

A Norma Regulamentadora 32 recomenda o não encape ativo de agulhas

e estabelece que se deve garantir o uso de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança nos serviços de saúde (BRASIL, 2011). Esta recomendação representa uma importante estratégia para ser agregada às PP. Estudos indicam que os dispositivos de segurança com mecanismo passivo são mais eficazes que os de mecanismo ativo (TOSINI et al., 2014). Entretanto, o número de fabricantes de agulhas e lâminas com dispositivo de segurança ainda é relativamente restrito no Brasil (RAPPARIN; REINHARDT, 2010).

Embora alguns estudos apontem uma variação considerável na metodologia, nos resultados e desfechos sobre a eficácia do tipo de dispositivo de segurança a ser usado para conferir maior segurança na manipulação desse tipo de material, algumas pesquisas mostram que a disponibilização de materiais perfurocortantes com dispositivos de segurança deve ser precedida de treinamento quanto ao seu uso. Recomenda-se, também, a utilização de recipientes específicos e dispositivos de segurança, os quais isolam completamente o material perfurocortante, permitindo que as mãos do profissional de saúde permaneçam atrás do elemento cortante, minimizando o risco de acidentes (RAPPARIN; REINHARDT, 2010).

Em relação ao adequado descarte de materiais perfurocortantes, a maioria dos participantes referiu trocar o recipiente quando atinge o limite da capacidade indicada pelo fabricante. Esse resultado corrobora os obtidos por Pereira et al. (2013), em que 97,8% dos trabalhadores de enfermagem referiram trocá-lo de forma correta. No entanto, apresenta valores superiores aos obtidos no estudo realizado por Valim (2014), o qual identificou a correta substituição dos recipientes de coleta por apenas 53,7% dos enfermeiros.

SILVA et al. (2016) identificaram, por meio de depoimentos de trabalhadores de enfermagem, conteúdos que retratam o conhecimento que possuem sobre o descarte correto de material perfurocortante devido aos riscos de contaminação a patógenos veiculados pelo sangue; no entanto, esses mesmos trabalhadores informaram adotar medidas inadequadas para o descarte na prática cotidiana. Estudos de Paiva e Oliveira (2011) e de Sarani et al. (2016) descreveram a ocorrência de fato semelhante, de modo que as atitudes desses profissionais em relação ao uso das PP apresentaram média inferior ao conhecimento, principalmente no que se refere ao uso de EPI.

Assim, considerando a diversidade de informações sobre o descarte de material perfurocortante, este item foi incluído no vídeo educativo proposto para ser

discutido em programas educativos.

Paiva e Oliveira (2011) reforçaram a necessidade de programas de educação permanente, pois, em seu estudo, verificaram alto número de treinamentos e elevada participação dos trabalhadores, porém, treinamentos realizados de forma tradicional, por meio de palestras e aulas, mostraram que estratégias convencionais não têm conseguido reduzir o número de acidentes.

A baixa adesão às medidas de PP é uma realidade entre os trabalhadores de enfermagem. Embora a aquisição de informações e conhecimentos não assegure a adesão, constitui fator de estímulo para a adoção de comportamentos seguros. A maioria dos participantes da amostra estudada referiu o desejo de participar de treinamentos para obtenção de informações sobre as PP, no entanto, nas instituições pesquisadas, a oferta de treinamentos ocorre apenas de forma pontual, de acordo com a demanda apresentada pelos diversos setores. Segundo Pimenta et al. (2013), é preciso investir para que treinamentos ocorram de forma permanente, continuada, com atividades sistematizadas e constantemente avaliadas para alcance de melhores resultados no que se refere à adoção dos comportamentos desejados.

Além da promoção de práticas educativas e da oferta de conteúdo para ampliar o conhecimento dos trabalhadores, faz-se necessário que, além da conscientização sobre os riscos ocupacionais e de como evitar doenças e acidentes do trabalho, as instituições de saúde ofereçam adequadas condições de trabalho, pois um dos motivos de a prática diferir do discurso do trabalhador é a indisponibilidade de recursos, considerada uma barreira para adoção das medidas de PP (PAIVA; OLIVEIRA, 2011).

Haile, Engeda e Abdo (2017) relataram que os profissionais de saúde com suporte de gerenciamento em segurança apresentam maior tendência para adotar as PP, pois as instituições são responsáveis por tornar acessíveis os equipamentos de proteção e fornecer estrutura adequada para desempenho das atividades. Podem, nesse sentido, inclusive adotar um sistema de recompensa para aqueles que aderirem de forma consistente às medidas preconizadas. O referido estudo destacou ainda a importância da realização de treinamentos frequentes sobre precauções-padrão e controle de infecções para os profissionais expostos a material biológico.

Diante deste panorama, a implementação de estratégias educativas e preventivas revela-se fundamental para aumentar a adesão dos trabalhadores às PP (QAZI et al., 2016; MARZIALE; et al., 2014; FRAGUÁS; et al., 2013; SOARES et al.,

2013).

7.2 Construção e validação do vídeo educativo

O vídeo foi apresentado sob forma de documentário, sendo composto por narração, depoimentos, simulações de situações de trabalho, imagens, infográficos e efeitos audiovisuais que conferiram dinamicidade a este instrumento. Segundo Melo (2002), a estrutura de um documentário pode variar de acordo com os recursos utilizados, como presença do locutor (*on* ou *off*), depoimentos, reconstituição para contar histórias, criação de personagens e apresentação de documentos. De acordo com a autora, há a preocupação de adotar alguns procedimentos do cinema (ficção), como iluminação/montagem, e seguir as fases de pré-produção, produção e pós-produção e ângulos de filmagem e procura-se manter uma grande aproximação com a realidade, buscando, *in locu*, o registro do conteúdo que se pretende trabalhar, como atores inseridos na temática, cenários naturais, imagens de arquivo. O documentário busca descrever e interpretar experiências coletivas e estimular reflexões sobre o mundo.

Neste estudo, a opção pelo vídeo educativo como estratégia para estimular a adesão às precauções-padrão ocorreu, principalmente, por se mostrar um recurso de fácil acesso e utilização, ter um caráter motivador direcionado a estimular os profissionais de enfermagem para adoção das medidas de precaução-padrão e por não haver disponível, até momento desta produção acadêmica, material desta natureza voltado para a adesão às PP.

Segundo Ferrés (1996), a maior parte da aprendizagem do ser humano ocorre por meio da associação entre audição e visão, sendo que os conteúdos audiovisuais são mais facilmente assimilados e memorizados. Somam-se a isto as evidências da literatura sobre as vantagens de tal estratégia educativa, uma vez que o potencial de aprendizagem dos vídeos educativos tem sido relatado em diversos estudos experimentais, os quais evidenciaram que grupos que assistiram a vídeos educativos mostraram-se mais capazes de aplicar a técnica se comparados a outros que receberam a instrução de modo tradicional (BAUER; GERONT; HUYNH, 2001; KLUGE; GLICK, 2006; SALINA et al., 2012).

O conteúdo do vídeo “Segurança no trabalho em serviços de saúde: adesão às precauções-padrão” sofreu alterações que culminaram no consenso de 92,86%. Tais alterações (no texto, nas imagens e nos depoimentos) atenderam a recomendações da literatura e esclareceram algumas dúvidas previamente observadas pelas autoras do estudo.

Na primeira versão do roteiro, previu-se tempo de 12 minutos aproximadamente, o qual foi posteriormente ampliado para 13 minutos e, na versão final atingiu, 16 minutos e cinco segundos de duração, em virtude da inserção de novos depoimentos, de modificações no texto e nas imagens do roteiro após avaliação do comitê de especialistas e de algumas correções por parte da pesquisadora. No entanto, apesar de ter ultrapassado o tempo inicialmente previsto, não houve prejuízos na qualidade do material ou comprometimento dos objetivos propostos, segundo a avaliação de duas especialistas que mencionaram este aspecto do vídeo.

O vídeo produzido por Joventino (2013) foi finalizado com 16 minutos e 20 segundos de duração e desenvolvido para fins de utilização em educação em saúde com mães na prevenção da diarreia infantil. Destaca-se que obteve boa aceitação, com êxito nos resultados.

Em relação ao conteúdo, o vídeo produzido neste estudo foi estruturado segundo o referencial teórico do Modelo Revisado de Promoção da Saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2006) e com base em evidências científicas sobre os diversos fatores – de ordem individual, organizacional e relativos às condições de trabalho - relacionados com a baixa adesão às PP por profissionais de enfermagem (AMARO JUNIOR et al., 2015; PORTO; MARZIALE, 2016; REZENDE et al., 2015; SOARES et al., 2013).

Analisando os resultados obtidos neste estudo, do ponto de vista individual dos participantes, o comportamento de risco assumido pode estar vinculado aos fatores apresentados por Efstathiou e Papastavrou (2011), Ferreira et al. (2017), Pereira et al. (2013) e Soares et al. (2013), os quais pontuaram déficit de conhecimento, julgamento do paciente a ser cuidado como de baixo risco, equipamentos de proteção desconfortáveis, impacto dos EPI nas habilidades técnicas, falta de hábito em usar as medidas de precaução, conflito entre prestar a assistência e garantir a autoproteção e o excesso de confiança como alguns fatores que interferem na adesão às PP.

Quanto aos aspectos organizacionais e relacionados às condições de

trabalho constatados neste estudo, os dados são semelhantes aos de outras pesquisas e indicam que os acidentes ocorrem, sobretudo, em situações em que há supervisão deficiente do trabalho, ausência de programas de prevenção de acidentes e promoção da saúde, gestão de segurança do trabalho ausente ou ineficiente, fornecimento de EPI de má qualidade e/ou quantidade insuficiente, ausência de programas permanentes de educação, ritmos intensos de trabalho, jornadas excessivas, equipes reduzidas, urgência no atendimento, proteção coletiva deficiente e estruturas físicas precárias (NOWAK et al., 2013; BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2009; ASKARIAN; MEMISH; KHAN, 2007).

Tais fatores podem representar barreiras para o uso das PP e, conseqüentemente, aumentam o risco de ocorrência dos ATMB e/ou os danos por eles causados. Assim, reduzir as barreiras e, ao mesmo tempo, elevar a percepção de riscos, bem como a dos benefícios decorrentes do uso das PP, revela-se fundamental para melhorar a adesão (PEREIRA et al., 2013).

O déficit de conhecimento impacta diretamente na adesão às PP (SILVA et al., 2012; ZHOU et al., 2014). De acordo com Pender, Murdaugh e Parsons (2014), o conhecimento é uma condição prévia para a mudança e, como exemplo, citam o estudo de Tuuri (2009), cujo ensaio clínico com crianças sobre dieta rica em frutas e vegetais resultou em maior conhecimento nutricional e maior confiança na escolha dos alimentos, após 12 semanas de participação no programa.

Considerando o conhecimento sobre as precauções-padrão uma premissa para a mudança do comportamento, o vídeo aborda informações sobre os riscos ocupacionais, com ênfase nos biológicos, transmissão de agentes infecciosos por exposição a material biológico potencialmente contaminado, principalmente com os vírus HIV, hepatites B e C, formas de prevenção, comportamentos de risco/seguros, precauções-padrão e papel da instituição na prevenção dos acidentes de trabalho com material biológico, cuidados pós-acidente e acompanhamento do acidentado pelo serviço. Aspectos relacionados a peculiaridades, costumes, hábitos culturais no cuidado de saúde também foram discutidos.

O vídeo foi estruturado nas seguintes categorias do MRPS (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2006): **fatores pessoais** relevantes para explicar ou prever um determinado comportamento (características da população-alvo do vídeo educativo como idade, sexo, escolaridade, tempo de atuação profissional, setor de atuação profissional, conforme apresentado nos dados descritivos); **conduta prévia**

ou **comportamento prévio** relacionados com a adoção das medidas de PP; **benefícios da ação** (comportamentos promotores de saúde e percepção dos benefícios do comportamento para a prevenção de ATMB); **percepção de barreiras** (obstáculos que podem levar ao não uso das PP); **estratégias para estimular a adesão às PP** abordadas pela **autoeficácia** (julgamento da capacidade pessoal para realizar algo); **sentimentos relacionados à atividade** (pensamentos positivos e negativos de trabalhadores, favoráveis ou desfavoráveis ao uso das PP); **influências interpessoais** (relações interpessoais e esforço conjunto na prevenção dos ATMB); **influências situacionais** (riscos de exposição, condições de trabalho, fornecimento de EPI, supervisão); e **condutas promotoras de saúde ou comportamento de promoção da saúde** .

A conduta prévia apresenta efeitos diretos e indiretos sobre a probabilidade de o indivíduo desenvolver comportamentos promotores de saúde. Seguindo o diagrama do MRPS, a conduta prévia se dá, principalmente, pela formação de hábitos que tornam o comportamento automático. O hábito se acumula cada vez que o comportamento ocorre e aumenta mediante sua repetição (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2006; 2014).

Este comportamento exitoso torna-se, então, uma fonte de autoeficácia, da mesma forma que aumenta a percepção dos benefícios e reduz a percepção de barreiras para a ação. Consequentemente, gera um sentimento positivo relacionado à atividade. Portanto, o comportamento prévio mostra-se o ponto de partida para uma conduta promotora de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Diante do exposto, foram abordados no vídeo também os **benefícios** de: prevenir ATMB, evitar comportamentos de risco, adotar as PP, reduzir as chances dos acidentes e os danos por eles causados, promover um ambiente seguro para si e aos demais e, por meio de comportamento seguro, estimular condutas semelhantes dos colegas e dos gestores. Os benefícios se estendem aos pacientes, uma vez que o uso das precauções confere maior qualidade e segurança à assistência de enfermagem, e às famílias, aos amigos, pacientes e empregadores, que podem ser poupados do sofrimento decorrente dos acidentes de trabalho.

Quanto à **percepção de barreiras**, aquilo que o indivíduo percebe como tal se relaciona, principalmente, com indisponibilidade de recurso, inconveniência, despesas e demora para realizar a ação. Se esta percepção ocorre antecipadamente, ele poderá evitar o comportamento-alvo, o que se torna um obstáculo para a ação.

Além disso, quando a prontidão para agir é baixa e as barreiras são altas, torna-se pouco provável que a ação venha a ocorrer (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

As barreiras são evidenciadas quando dizem respeito a condições de trabalho inadequadas (subdimensionamento de pessoal, alta demanda de tarefas, falta de organização do trabalho, EPI em qualidade e quantidade insuficientes, urgência no atendimento, pressa, indisponibilidade de material, estrutura física inadequada) ou quando há sensação de diminuição de habilidades técnicas quando se usa o EPI ou, ainda, desconforto por ser inadequado ou usado de forma incorreta. Dessa forma, é preciso reduzir barreiras no ambiente de trabalho, promover ações institucionais, oferecer condições de trabalho adequadas e organizar o processo de trabalho de acordo com as necessidades dos serviços, bem como disponibilizar atividades educativas a todos os trabalhadores expostos e suporte às vítimas de acidentes. Assim, será possível reduzir as barreiras para notificação e seguimento dos casos de acidentes de trabalho.

A **autoeficácia** é definida como o julgamento da capacidade pessoal para realizar algo. Sentir-se qualificado, eficaz, com habilidades e competências para a ação encoraja o indivíduo a adotar um determinado comportamento com mais frequência do que quando não dispõe de tais características. O conhecimento é de fundamental importância para o desenvolvimento da autoeficácia. Por sua vez, a autoeficácia influencia as barreiras percebidas para a ação. Quanto maior a autoeficácia, menor a percepção de barreiras, e, quanto maior a autoeficácia, maior o comprometimento com um plano de ação (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Exemplos de situações em que há **sentimento relacionado à atividade** são vistos nas emoções e reações diretamente relacionadas a pensamentos positivos e negativos favoráveis ou desfavoráveis a uma conduta, como observado nos depoimentos quanto ao uso dos equipamentos de proteção que conferem maior segurança e tranquilidade ao profissional. Trata-se de um afeto construído com base em boas experiências decorrentes da adoção do comportamento de usar os equipamentos de proteção individual e todas as medidas para prevenção de acidentes.

As **influências interpessoais** referem-se à relação entre trabalhadores e gestores e entre si, por exemplo, diante do reconhecimento da importância do esforço

conjunto para prevenção dos acidentes, de ser exemplo para os colegas, para os gestores e para os pacientes, promover um ambiente seguro para trabalhadores e pacientes e manter um bom relacionamento com os profissionais dos serviços de atendimento aos trabalhadores. Envolvem, ainda, estar atento à relação entre familiares e amigos.

As **influências situacionais** são evidenciadas pelos riscos a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem no ambiente laboral, pelas condições de trabalho (jornadas, dimensionamento de pessoal, fornecimento de EPI), por supervisão do uso das precauções-padrão, notificação e seguimento dos acidentes de trabalho pela instituição. Essas influências também envolvem a percepção de opções disponíveis, características da demanda e do ambiente. Diante delas, os indivíduos se motivam a desenvolver determinados comportamentos em ambientes e contextos onde se sentem seguros, de modo que um espaço propício para o desenvolvimento de determinadas ações potencializará as chances de que sejam realizadas. Exemplo: ambiente com sinalização de segurança desencadeia no indivíduo a percepção da necessidade de adotar determinadas medidas de segurança, assim como um ambiente organizado, com oferta de materiais e equipamentos seguros, influencia diretamente a adesão às medidas de segurança.

As influências situacionais podem aumentar ou diminuir o compromisso com o plano de ação (HOYOS et al., 2011). Na medida em que são oferecidas condições adequadas de trabalho, reduzem-se as barreiras para ação e criam-se pistas para a adoção de comportamentos seguros no trabalho. Quando ocorre o inverso, potencializa-se a percepção de barreiras para a ação e dificulta-se a adoção de comportamentos seguros.

De alguma forma, os componentes anteriores influenciam no **comprometimento com um plano de ação**. Neste aspecto, observa-se o compromisso em agir corretamente, tanto da parte do empregador quanto do trabalhador, por meio da adoção de comportamentos seguros. Após assumir o compromisso com o plano de ação, ou seja, com a conduta promotora de saúde, pode ocorrer a interferência das demandas e preferências contrárias imediatas e, assim, haver impedimento para que esta ocorra (HOYOS et al., 2011).

As demandas e preferências contrárias e imediatas relacionam-se com o não uso ou uso incorreto dos EPI, por considerar que isto facilita ou agiliza o atendimento, assim como envolvem a indisponibilidade de caixa de descarte de

perfurocortantes ou sua inadequada disposição (difícil alcance), sensação de redução do tato ao usar luvas para realização de punção venosa, não notificar o acidente por falta de tempo ou por não perceber que ele poderia ocorrer.

Ao adotar o MRPS neste estudo como referencial para a construção do vídeo, verificou-se a complexidade deste modelo, o qual, para ser utilizado na íntegra como intervenção, demanda a estruturação de um programa de promoção da saúde no trabalho de enfermagem. Requer, ainda, outras ações que, em conjunto com o vídeo educativo, poderão promover os efeitos desejados na mudança do comportamento dos trabalhadores diante da exposição a material biológico.

Potencializar comportamentos saudáveis e reduzir aqueles de risco ou prejudiciais aos trabalhadores constitui um dos desafios para os profissionais que atuam na área de saúde do trabalhador e demanda a implementação de estratégias que devem ser evidenciadas pela literatura e desenvolvidas com base na realidade dos trabalhadores (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Dessa forma, os programas educativos devem focar na prevenção dos acidentes, na promoção da saúde no trabalho e nos casos de pós-acidente. Para tanto, podem ser orientados pelo MRPS, que se apresenta como um modelo de amplo alcance e com expectativas de resultados relevantes no que se refere a mudanças de comportamento.

7.3 Limites do estudo

O fato de alguns procedimentos terem requerido tempos superiores aos programados atrasou, em aproximadamente 50 dias, o processo de validação do roteiro e do vídeo pelo comitê de especialistas. A recusa de alguns pesquisadores convidados para integrar o comitê também foi um fator limitante, pois foram convidados 52 especialistas, dos quais 13 participaram do estudo.

Acresce-se que a metodologia utilizada e o tempo disponível para a apresentação desta tese de doutoramento também constituíram uma limitação para a execução de todo o processo de validação do vídeo. Assim, fez-se a validação semântica e, posteriormente, será realizada a validação de constructo para verificar, por meio de testes estatísticos, a eficácia do vídeo junto aos trabalhadores de

enfermagem expostos a material biológico em relação a adesão às precauções-padrão.

8 CONCLUSÃO

O estudo revelou “boa adesão” às PP pelos participantes, com média superior ao ponto de corte estabelecido no estudo, porém alguns itens apresentaram “baixa adesão”, principalmente em relação ao uso dos óculos de proteção e do avental, ao não encape ativo de agulhas usadas e à adoção das condutas recomendadas após exposição a material biológico. Destaca-se que essa baixa adesão ocorre apesar de a maioria dos trabalhadores ter apresentado “bom conhecimento” sobre as referidas medidas.

De maneira geral, verificou-se “bom conhecimento” sobre às PP, mas nas questões sobre os objetivos das PP e suas aplicações e sobre as medidas a serem adotadas prestação de cuidados a pacientes com hepatite B, sífilis, tuberculose e varicela, e também sobre as condutas pós-exposição a material biológico, assim como o registro dos acidentes de trabalho ocorridos, o conhecimento apresentou-se baixo.

Ou seja, apesar de os resultados mostrarem médias “boas” de conhecimento e adesão, identificou-se déficit de conhecimento e adesão parcial às PP entre os trabalhadores de enfermagem. Esses resultados preocupam, sobretudo tendo em vista que a maioria dos trabalhadores informou ter participado de treinamentos. Evidencia-se, portanto, a necessidade de rever as estratégias de treinamentos utilizadas pelas instituições estudadas.

O conjunto destas informações obtidas e a análise de evidências científicas sobre o tema possibilitaram a construção do vídeo educativo estruturado no MRPS e validado por 13 *experts* no tema, mediante consenso superior a 90%.

Trata-se de uma ferramenta capaz de integrar os programas de promoção da saúde do trabalhador e estimular a adesão de enfermeiros e técnicos de enfermagem às PP.

A implementação de programas educativos é apresentada com a finalidade de oferecer conhecimentos de forma sistematizada, permanente, de modo que os trabalhadores estejam continuamente engajados na prevenção dos acidentes por meio da adesão às PP. Ressalta-se também a necessidade de investimentos para melhor organização do processo de trabalho e oferta de condições laborais mais condizentes com o propósito de reduzir acidentes na esfera ocupacional. Dessa forma, novas possibilidades poderão ser abertas para promoção e manutenção da saúde dos trabalhadores na área da Enfermagem, bem como das pessoas por eles assistidas.

REFERÊNCIAS⁴

⁴ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ACCARDI, R. et al. Prevention of healthcare associated infections: a descriptive study. **Annali di Igiene**, Roma, v. 29, n. 2, p. 101-115, 2017. Disponível em: <http://www.seu-roma.it/riviste/annali_igiene/apps/autos.php?id=1086>. Acesso em: 27 maio 2017.

ALBUQUERQUE, G. A. et al. Double work shift: implications on nurses' health. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3401-3410, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8841/pdf_11029>. Acesso em: 27 maio 2017.

ALVIM, A. L. S.; GAZZINELLI, A. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação às medidas de prevenção das infecções. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 1, p. 18-23, 2017. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/10354/16569>>. Acesso em: 19 maio 2017.

AMARO JUNIOR, A. S. et al. Risco biológico no contexto da prática de enfermagem: uma análise de situações favorecedoras. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 1, p. 42-46, 2015.

AMIN, T.; AL WEHEDY, A. Healthcare providers' knowledge of standard precautions at the primary healthcare level in Saudi Arabia. **Healthcare Infection.**, Australasian, v. 14, n. 2, p. 65-72, 2009. Disponível em: <http://www.academia.edu/2402365/Healthcare_providers_knowledge_of_standard_precautions_at_the_primary_healthcare_level_in_Saudi_Arabia>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ARAÚJO, J. S.; XAVIER, M. P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, art. 10, p. 137-149, jan./jul. 2014.

ARAÚJO, T. M. E. A.; SILVA, N. C. Hepatite B: prevalência de marcadores sorológicos em profissionais de enfermagem de emergência. **Revista da Escola de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 784-9, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.6301>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

ASKARIAN, M.; MEMISH, Z.A.; KHAN, A.A. Knowledge, practice, and attitude among Iranian nurses, midwives, and students regarding standard isolation precautions. **Infection Control and Hospital Epidemiology** [Internet], New Jersey, v. 28, n. 2, p. 241-4, 2007. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/10.1086/510868>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ATIF, M. L. et al. Awareness of standard precautions for 4439 healthcare professionals in 34 institutions in France. **Médecine et Maladies Infectieuses**, Paris, v. 43, n. 1, p. 10-16, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X12003186?via%3Dihub>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BARBOSA, R. M.; BEZERRA, A. K. Validação de um vídeo educativo para promoção do apego entre mãe soropositiva para HIV e seu filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 328-334, 2011.

BASSO, I.; AMARAL, S. F. Competências e habilidades no uso da linguagem audiovisual interativa sob enfoque educacional. **Educação Temática Digital**, Campinas, v. 8, n. 1, p. 49-71, 2006. Disponível em: <<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-197595>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

BAUER, M.; GERONT, M.; HUYNH, M. Teaching blood pressure measurement: CD-ROM versus conventional classroom instruction. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v. 40, n. 3, p. 38-141, 2001.

BORBA BRUM; M. C. et al. HIV seroconversion in a health care worker who underwent postexposure prophylaxis following needlestick injury. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 41, n. 5, p. 471-472, 2013. Disponível em: <[http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(12\)00876-0/fulltext](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(12)00876-0/fulltext)>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2013**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2015. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-2013/>>. Acesso em: 27 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS). Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 32 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pna_ps.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Lei nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa em seres humanos. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 1748, de 30 de agosto de

2011. Altera a Norma Regulamentadora nº 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 ago. 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Guia Técnico: os riscos biológicos no âmbito da NR 32**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2008. 66 p. Disponível em:

<<http://www.fcfas.org.br/arquivos/MTE%20guia%20tecnico%20riscos%20biologicos.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa nacional de hepatites virais. Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília, DF, 2005. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_aconselhamento.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004. Disponível em:

<http://www.andi.org.br/file/51311/download?token=_sIWYR2y>. Acesso em: 26 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil.

Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde, Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria SSMT nº 24, de 29 de dezembro de 1994. Norma Regulamentadora nº 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 de dezembro de 1994.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria SSMT nº 34, de 11 de dezembro de 1987. Altera a Norma Regulamentadora nº 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 de dezembro de 1987.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 3214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jul. 1978.

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções padrão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 907-916, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/01.pdf>>.

Acesso em: 3 mar. 2015.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization.** 5th ed. St Louis: Elsevier, 2005. 780 p.

CANDEIA, J. M. Questionando os audiovisuais. **Tecnologia Educacional**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 40, p. 26-30, 1981.

CARNEIRO, V. L. Q. **Linguagem audiovisual e objetivos pedagógicos: uma reflexão sobre os vídeos do Curso TV na Escola e os Desafios de Hoje.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - SEED/MEC – ABED, 2001, Brasília. Anais Eletrônicos. Brasília: ABED, 2001. Disponível em: <www.mec.gov.br/tvescola>. Acesso em: 10 out. 2015.

CARVALHO, P. C. F. et al. Exposição a material biológico envolvendo trabalhadores em hospital especializado em doenças infecciosas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-9, jul./set. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15670/pdf_63>. Acesso em: 14 jun. 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. NATIONAL CENTER FOR EMERGING AND ZOO NOTIC INFECTIOUS DISEASES. Division of Healthcare Quality Promotion. **Guide to infection prevent for out patient settings: minimum expectations for safe care.** Versão 2.3, set. 2016. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/outpatient/guide.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Occupational HIV Transmission and Prevention Among Health Care Workers.** 2015. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/workplace/occupational.html>>. Acesso em: 26 dez. 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. NATIONAL CENTER FOR EMERGING AND ZOO NOTIC INFECTIOUS DISEASES. **Infection Prevention Checklist for Outpatient Settings: minimum expectations for safe care.** 2011. 43 p. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/HAI/settings/outpatient/checklist/outpatient-care-checklist.html>>. Acesso em: 5 out. 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Exposure to blood: what healthcare personnel need to know.** 2003. 10 p. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bbp/exp_to_blood.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2017.

CHALYA P. L. et al. Needle-stick injuries and splash exposures among health-care

workers at a tertiary care hospital in north-western Tanzania. **Tanzania Journal of Health Research**, Tanzania, v. 17, n. 2, p. 1-15, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4314/thrb.v17i2.3>>. Acesso em: 8 jan. 2017.

CHAN, M. F.; HO, A.; DAY, M. C. Investigating the knowledge, attitudes and practice patterns of operating room staff towards standard and transmission-based precautions: results of a cluster analysis. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 17, n. 8, p. 1051-62, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.01998.x/abstract>>. Acesso em: 18 set. 2015.

CINELLI, N. P. F. **A influência do vídeo no processo de aprendizagem**. 2003. 72 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

CIORLIA, L. A. S.; ZANETTA, D. M. T. Hepatitis B in healthcare workers: prevalence, vaccination and relation to occupational factors. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 9, n. 5, p. 384-389, 2005.

CIRELLI, M. A.; FIGUEIREDO, R. M.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Adesão às precauções padrão no acesso vascular periférico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 512-514, 2007.

COELHO, M. S.; SILVA ARRUDA, C.; FARIA SIMÕES, S. M. Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle de infecção hospitalar: um estudo quantitativo. **Enfermería Global**, Múrcia, v. 21, p. 1-12, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: 20 maio 2017.

CUCICK, C. D. **Desenvolvimento de vídeo educativo para a aprendizagem do autocateterismo vesical intermitente**. 2016. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

CUNHA, A. L. S. M.; PENICHE, A. C. G. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 151-160, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a07v20n2.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

CUTTER, J.; JORDAN, S. Inter-professional differences in compliance with standard

precautions in operating theatres: a multi-site, mixed methods study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 49, n. 8, p. 953-968, 2012.

EFSTATHIOU, G.; PAPASTAVROU, E. Compliance of Cypriot nurses with Standard Precautions to avoid exposure to pathogens. **Nursing & Health Sciences**, Carlton, v. 13, n. 1, p. 53-59, 2011.

FARO, A. C. M. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 259-73, 1997.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung: The Journal of Critical Care**, St. Louis, v. 16, n. 6, p. 625-9, 1987. Disponível em: <http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=nursing_fac>. Acesso em: 15 jan. 2016.

FERREIRA, M. D. et al. Subnotificação de acidentes biológicos pela enfermagem de um hospital universitário. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 21, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200003>>. Acesso em: 17 maio 2017.

FERREIRA, M. V. F. **Curativo do cateter venoso central**: subsídios para o ensino e a assistência de enfermagem. 2013. 228 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

FERREIRA, L. A. et al. Adesão às precauções-padrão em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], Brasília, v. 70, n. 1, p. 96-103, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0138>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

FERRER, L.M. et al. Observed use of standard precautions in Chilean community clinics. **Public Health Nursing**, Cambridge, v. 26, n. 5, p. 440-8, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1446.2009.00802.x/full>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

FERRÉS, J. **Vídeo e Educação**. 2. ed. Trad. LLORENS, J. A. Porto Alegre: Artmed, 1996.

FLEMING, S. E.; REYNOLDS, J.; WALLACE, B. Lights... Camera... Action! a guide

for creating a DVD/video. **Nurse Educator**, Philadelphia, v. 34, n. 3, p. 118-121, 2009.

FRAGUÁS, S. A. et al. Imunização contra hepatite B: uma questão de saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3150-3158, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1865/pdf_671>. Acesso em: 5 jun. 2017.

GAMMON J, MORGAN-SAMUEL H, GOULD D. A review of the evidence for suboptimal compliance of healthcare practitioners to standard/universal infection control precautions. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 157-67, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01852.x/abstract>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

GARNER, J. S. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, New Jersey, v. 17, n. 5, p. 53-80, 1996. Disponível em: <<http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000419/p0000419.asp>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

GENTIL, L. L. S. **Tecnologia educativa de cuidados para o pós-operatório da cirurgia de revascularização miocárdica**: uma ferramenta para o paciente e família. 2013. 161 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GESSNER, R. et al. As notificações de acidentes de trabalho com material biológico em um hospital de ensino de Curitiba/PR. **Saúde Debate**, Londrina, v. 37, n. 99, p. 619-627, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a09v37n99.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2015.

GIANCOTTI, G. M. et al. Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho com material biológico atendidas em um hospital público do Paraná, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 337-346, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000200337&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 jun. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002, 175 p.

GOMES, L. F. Vídeos didáticos: uma proposta de critérios para análise. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 89, n. 223, p. 477-492, 2008.

Disponível em: <<http://rbep.inep.gov.br/index.php/rbep/article/view/688/666>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

GONÇALVES, P. M. et al. Análise da estatística de acidentes com exposição de material biológico no maranhão nos anos 2009-2010. **Revista de Pesquisa em Saúde**, Maranhão, v. 15, n. 3, p. 360-363, 2014.

GUTIERREZ, F. **Linguagem total**: uma pedagogia dos meios de comunicação. São Paulo, Summus, 1978. 106 p.

HAILE, T. G.; ENGEDA, E. H.; ABDO, A. A. Compliance with Standard Precautions and Associated Factors among Healthcare Workers in Gondar University Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. **Journal of Environmental and Public Health**, New York, 2050635, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5278188/>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

HEIDMANN, I. T. B. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2>>. Acesso em: 3 out. 2015.

HOSOGLU, S. et al. High incidence of occupational exposures among healthcare workers in Erbil, Iraq. **Journal of Infection in Developing Countries**, Sassari, v. 8, n. 10, p. 1328-1333, 2014. Disponível em: <<http://www.jidc.org/index.php/journal/article/view/25313611>>. Acesso em: 11 out. 2015.

HOYOS, G. P. A., et al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. **Enfermería Universitaria**, México, v. 8, n. 4, 2011.

INTERAMINENSE, I. N. C. S. **Construção e validação de vídeo educacional para adesão à vacinação do papilomavírus humano**. 175 f. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

JEONG, I.; CHO, J.; PARK, S. Compliance with standard precautions among operating room nurses in South Korea. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v.36, n. 10, p. 739-42, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18945523>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

JORDÃO, N. A. F. **Condições de trabalho e absenteísmo por doença entre os profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2017. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

JOVENTINO, E. S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2013. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

JOYCE, M. P.; KUHGAR, D.; BROOKS, J. T. Notes from the field: occupationally acquired HIV infection among health care workers - United States, 1986-2013. Centers for Disease Control and Prevention. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 63, n. 53, p. 1245-1246, 2015. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6353a4.htm>>. Acesso em: 8 fev. 2017.

JULIO, R. S.; FILARDI, M. B. S.; MARZIALE, M. H. P. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 119-126, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0119.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2015.

KAGAN, I.; OVADIA, K. L.; KANETI, T. Perceived knowledge of blood-borne pathogens and avoidance of contact with infected patients. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 41, n. 1, p. 13-19, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19335673>>. Acesso em: 22 maio 2015.

KINDEM, G.; MUSBURGER, R. B. **Introduction to media production: from analog to digital**. 3th ed. Boston: Focal Press, 2005. 489 p.

KLUGE, M. A.; GLICK, L. Teaching therapeutic communication VIA camera cues and clues: the video inter-active (VIA) method. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v. 45, n. 11, p. 463-468, 2006.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, Washington, v. 33, n. 1, p. 159-174.

LIMA, F. A.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. Acidentes com material perfurocortante: conhecendo os sentimentos e as emoções dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 205-211, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a04.pdf>>. Acesso em: 20

abr. 2015.

LOPES, A. C.S. et al. Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v., 24, n. 6, p. 1387-1396, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/19.pdf>> Acesso em: 4 jan. 2015.

LUO, Y. et al. Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. **International Journal of Infectious Diseases**, Hamilton, v. 14, n. 12, p. e1106-e1114, 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971210025014>>. Acesso em: 4 abr 2015.

MACHI JUNIOR, A. et al. Desfechos de acidentes de trabalho com exposição a agente biológico. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 249-254, 2014.

MACHADO, M. H. et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 6, n. 1/4, p. 43-78, 2015. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691/301>>. Acesso em: 27 maio 2017.

MALAGUTI-TOFFANO, S. E. et al. Adesão às precauções padrão de profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 401-407, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en_v25n3a13.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

MARTINS, R. F. et al. Adesão às Precauções Padrão sob o Prisma do Modelo de Crenças em Saúde: a prática de reencapar agulhas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 193-198, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.19822013>>. Acesso em: 26 maio 2017.

MARZIALE, M. H. P. et al. Consequências da exposição ocupacional a material biológico entre trabalhadores de um hospital universitário. **Escola Anna Nery**, v.18, n.1, p. 11-16, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-145.20140002>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH OCCUPATIONAL HEALTH SURVEILLANCE PROGRAM. **Sharps Injuries among Hospital Workers in Massachusetts, 2010**: findings from the massachusetts sharps injury surveillance system, 2010. Disponível em: <www.mass.gov/eohhs/docs/dph/.../injuries/injuries-

hospital-2010.doc>. Acesso em: 25 set. 2015.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200006>>. Acesso em: 27 maio 2017.

MCCOY, K. et al. Monitoring adherence to standard precautions. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 29, n. 1, p. 24-31, 2001. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655301472567>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

MELO, C. T. V. O documentário como gênero audiovisual. **Comunicação e Informação**, Goiânia, v. 5, n. 1/2, p. 25-40, 2002. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/ci/article/viewFile/24168/14059>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

MELO, D. S. et al. Nurses' understanding of standard precautions at a public hospital in Goiania - GO, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 720-727, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/v14n5a13.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

MELO, F. N. P.; DAMASCENO, M. M. C. A construção de um software educativo sobre ausculta dos sons respiratórios. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 563-569, 2006.

MOREIRA, et al. Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 401-407, 2013.

NAIDOO, J.; WILL, S. J. **Foundations for Health Promotion**. 3rd ed. Amsterdam: Elsevier Health Sci, 2009.

NEVES et al. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 1-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_18>. Acesso em: 15 out. 2016.

NOWAK, N. L. **Fatores de risco para acidentes com materiais perfurocortantes**. O Mundo da Saúde, v. 37, n. 4, p. 419-426, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A06.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

OLIVEIRA, A. C.; PAIVA, M. H. R. S. Analysis of occupational accidents with biological material among professionals in pre-hospital services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 309-315, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/v21n1a04.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2015.

OLIVEIRA, M. S. S. **(Des)humanização do trabalho em saúde: o absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola do município de Vitória-ES**. 2014. 87 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Superior de Ciências, Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. 2016. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/09/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Estrategias de promoción de la salud em los lugares de trabajo na America Latina y el Caribe**: Anexo nº 6 – Documento de trabajo, Ginebra, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf>. Acesso em: 2 out. 2015.

PAIVA, M. H. R. S.; OLIVEIRA, A. C. Conhecimento e atitudes de trabalhadores de um serviço público de emergência sobre adoção de precauções padrão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 704-710, 2011.

PANLILIO, A. L. et al. Estimate of the annual number of percutaneous injuries among hospital-based healthcare workers in the United States, 1997-1998. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Thorofare, v. 25, n. 7, p. 556-562, 2004. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/ICHE8458/type/journal_article>. Acesso em: 10 out. 2015.

PARMEGGIANI, C. et al. Healthcare workers and health care-associated infections: knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy. **BMC Infectious Diseases**, London, v. 10, n. 35, p. 1-9, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/10/35>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

PENDER, N. J. **Health promotion in nursing practice**. 3th. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1996.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health promotion in nursing practice**. 5th ed. Upper Saddle River: Pearson Prendice Hall, 2006. 367 p.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health Promotion in Nursing Practice**. 6th ed. Pearson Education Limited. Edição do Kindle. 2014.

PEREIRA, F. M. V. et al. Adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 686-93, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300023>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

PEREIRA, R. D. M.; ALVIM, N. A. T. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 174-180, 2015.

PIMENTA, F. R. et al. Atendimento e seguimento clínico especializado de profissionais de enfermagem acidentados com material biológico, São Paulo, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 198-204, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100025>>. Acesso em: 20 maio 2017.

PINHO, D. L. M.; RODRIGUES, C. M.; GOMES, G. P. Perfil dos acidentes de trabalho no hospital universitário de Brasília. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 60, n. 3, p. 291-294, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a08.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Compreensão do delineamento da pesquisa quantitativa. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, J. S.; MARZIALE, M. H. P. Motivos e consequências da baixa adesão as precauções padrão pela equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e57395, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57395>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

PRADO, C.; PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J.; **Tecnologia da informação e da comunicação em enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

QAZI, A. R. et al. Comparison of awareness about precautions for needle stick injuries: a survey among health care workers at a tertiary care center in Pakistan. **Patient Safety in Surgery**, London, v. 10, n. 1, p. 19, 2016. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5015332/>>. Acesso em: 5 jun. 2017.

RAPPARINI, C.; REINHARDT, E. L. **Manual de implementação:** Programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde, adaptado de Workbook for designing, implementing, and evaluating a sharps injury prevention program - Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2008. Fundacentro, 2010. 166 p. Disponível em: <http://www.riscobiologico.org/upload/arquivos/workbook_final_20100308.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

RAZERA, A. P. R. et al. Vídeo Educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 173-178, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v13i1.19659>>. Acesso em: 6 set. 2015.

REDA, A. A. et al. Standard precautions: occupational exposure and behavior of health care workers in Ethiopia. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 5, n. 12, e14420, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3009714/>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

RESNIC, F.; NOERDLINGER, M. Occupational exposure among medical students and house staff at the New York City Medical Center. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 155, n. 1, p. 78-80, 1995.

REZENDE, K. C. A. D. et al. Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 343-351, 2012.

REZENDE, L. C. M. et al. Acidentes de trabalho e suas repercussões na saúde dos profissionais de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 4, p. 307-317, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i4.13559>>. Acesso em: 29 maio 2017.

RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 495-504, 2012.

ROCHA F. L. R. **Análise dos fatores de risco do corte manual e mecanizado da cana-de-açúcar no Brasil segundo referencial da Promoção da Saúde**. 183 f. 2007. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

SALINA, L. et al. Effectiveness of an educational video as an instrument to refresh and reinforce the learning of a nursing technique: a randomized controlled trial. **Perspectives on Medical Education**, Houten, v. 1, n. 2, p. 67-75, 2012.

SANTOS, I.; SOARES, C. S.; BERARDINELLI, L. M. M. Promovendo o autocuidado de clientes com obesidade e coronariopatia: aplicação do diagrama de Pender. **Revista da Escola de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 301-306, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a04.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015.

SANTOS, S. S.; COSTA, N. A.; MASCARENHAS, M. D. M. Caracterização das exposições ocupacionais a material biológico entre trabalhadores de hospitais no Município de Teresina, Estado do Piauí, Brasil, 2007 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 22, n. 1, p. 165-170, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100017>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SANTOS, P. H. S.; REIS, L. A. Underreporting of acidentes at work in nursing professionals: integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 640-646, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8820/pdf_9634>. Acesso em: 27 maio 2017.

SARANI, H. et al. Knowledge, Attitude and Practice of Nurses about Standard Precautions for Hospital-Acquired Infection in Teaching Hospitals Affiliated to Zabol University of Medical Sciences (2014). **Global Journal of Health Science**, Canadá, v. 8, n. 3, p. 193-198, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p193>>. Acesso em: 29 maio 2017.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/36/31>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Divisão de imunização. Divisão de Hepatites. Vacina contra hepatite B. Informe técnico institucional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1137-1140, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/26.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

SIEGEL, J. D. et al. **Guideline for Isolation Precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings**. 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2016.

SILVA, F. F. A. et al. Riscos de acidentes com materiais perfurocortantes no setor de urgência de um hospital público. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 5074-9, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5074-5079>>. Acesso em: 4 fev. 2017.

SILVA, G. S. et al. Conhecimento e utilização de medidas de precaução padrão por profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 103-110, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a14.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

SOARES, L. G. et al. Multicausalidade nos acidentes de trabalho da Enfermagem com material biológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 854-859, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600007>. Acesso em: 30 set. 2015.

SOUZA, M. I. F.; TORRES, T. Z.; AMARAL, S. F. Produção de Conteúdos Educativos Baseada na Aprendizagem Significativa. **Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa**, Cáceres, v. 9, n. 2, p. 89-105, 2010. Disponível em: <<http://campusvirtual.unex.es/revistas/index.php?journal=relatec>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

SPAGNUOLO, R. S.; BALDO, R. C. S.; GUERRINI, I. A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Londrina (PR). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 315-323, 2008.

SREEDHARAN J.; MUTTAPPILLYMYALIL J.; VENKATRAMANA M. Knowledge about standard precautions among university hospital nurses in the United Arab Emirates. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Alexandria, v. 17, n. 4, p. 331-334, 2011.

STINA, A. P. N.; ZAMARIOLLI, C. M.; CARVALHO, E. C. Efeito de vídeo educativo no conhecimento do aluno sobre higiene bucal de pacientes em quimioterapia. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 220-225, 2015.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. (Org.). **Educação em saúde: Tecnologias**

Educacionais em Foco. Série educação em saúde. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora, 2011. 101 p.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. **Biossegurança**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 442 p.

TOSINI, W. et al. Needlestick Injury Rates According to Different Types of Safety Engineered Devices: Results of a French Multicenter Study. **The Society for Healthcare Epidemiology of America**, Thorofare, v. 31, n. 4, p. 402-407, 2014.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 7ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

TUURI, G., et al. "Smart Bodies" school wellness program increased children's knowledge of health nutrition practices and self-efficacy to consume fruit and vegetables. **Appetite**, London, v. 52, n. 2, p. 445–451, 2009.

VALIM, M. D. et al. Validity and reliability of the Questionnaire for Compliance with Standard Precaution. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 87, 2015.

VALIM, M. D. **Adaptação cultural e validação do Questionnaires for knowledge and compliance with standard precaution para enfermeiros brasileiros**. 220 f. 2014. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

VALIM, M. D.; MARZIALE, M. H. P. O problema da exposição da exposição ocupacional a material biológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 1-2, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0103-21002014010400001>. Acesso em: 15 maio 2015.

VALIM, M. D. et al. Ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado em enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 280-286, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0280.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

VALIM, M. D. et al. Instruments for evaluating compliance with infection control practices and factors that affect it: an integrative review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 11-12, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12316/abstract;jsessionid=496198ACE1B31A72246B34D05201B57F.f04t01>>. Acesso em: 10 out. 2015.

VALIM, M. D.; MARZIALE, M. H. P. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. esp, p. 138-146, 2011.

VICTOR, J. F.; LOPES, M. V. O.; XIMENES, L. B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 235-240, 2005.

WOHLGEMUTH, J. **Vídeo educativo: uma pedagogia audiovisual**. Brasília: Senac/DF, 2005, 188 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, June, 1946**. Disponível em: <http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42>. Acesso em: 20 set. 2015.

WRIGHT J. T. C.; GIOVINAZZO R. A. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54-65, 2000.

YÉLAMOS M. C. et al. Accidentes percutáneos con riesgo biológico, producidos por dispositivos de seguridad en la Comunidad de Madrid. **Medicina y Seguridad del Trabajo**, Madrid, v. 58, n. 227, p. 82-97, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000200002>>. Acesso em: 12 set. 2015.

YENDE, P. M. **Utilizing employee assistance programmes to reduce absenteeism in the workplace**. 2005. 73 f. Dissertação (Mestrado em Business Management) – Faculty of Management, Johannesburg, 2005. Disponível em: <<https://ujdigispace.uj.ac.za/bitstream/handle/10210/333/UtilisingEAP.pdf?sequence=>>>. Acesso em: 30 set. 2015.

ZAPPAROLI, A. S. **Promoção da saúde do trabalhador de enfermagem: intervenção para o uso de luvas na punção venosa**. 2009. 113 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

ZHOU, Y. et al. Healthcare-associated infections and shanghai clinicians: a multicenter cross-sectional study. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 9, n. 8, e105838, 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105838>>. Acesso em: 3 out. 2015.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 1 – Trabalhadores

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Janete Silva Porto, sou enfermeira e doutoranda do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como título: **Construção e validação de vídeo educativo para a adesão às precauções padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico**, cujo objetivo é construir e validar um vídeo educativo sobre adesão às precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem.

Convidamos você a participar deste estudo respondendo a três questionários. Para responder aos questionários serão necessários em torno de 15 minutos. Deixaremos no seu local de trabalho no início do turno e recolheremos ao final. Terá que respondê-los apenas uma vez.

Esta pesquisa garante o anonimato, ou seja, não aparecerá em momento algum o seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo. O risco a que está sujeito ao participar desta pesquisa refere-se apenas ao desconforto ou constrangimento que pode surgir por compartilhar informações pessoais no questionário e, para minimizá-los, os questionários serão individualizados e autoaplicados, ou seja, preenchidos por você mesmo (a) e poderá se recusar a respondê-los se considerar as perguntas inconvenientes ou inapropriadas. Sua participação na pesquisa não terá qualquer despesa para você, mas também nenhum benefício financeiro. E, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, você tem direito a indenização, tanto por parte da pesquisadora como das instituições envolvidas. Os benefícios da sua participação no estudo serão principalmente de contribuir para aperfeiçoar o conhecimento sobre as medidas de precaução-padrão no seu ambiente de trabalho; melhorar a adesão às medidas de precaução-padrão; reduzir os acidentes de trabalho com material biológico; favorecer a construção de um material educativo direcionado para a exposição acidental a material biológico no ambiente hospitalar; contribuir para o conhecimento da realidade da prevenção da exposição acidental a material biológico. Ao término do estudo, os resultados serão divulgados em periódico científico, seminário no local do estudo, além de outros meios de comunicação. Você receberá uma via do presente termo assinada, com as informações de contato das pesquisadoras, para que possa esclarecer dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento do estudo, podendo, inclusive, desistir de participar da pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo.

Gratas pela sua colaboração e participação!

Maria Helena Palucci Marziale

(Orientadora) Tel: (16) 3315 3430

E-mail: marziale@eerp.usp.br

Janete Silva Porto

(Doutoranda) Tel: (65) 99981 1697

E-mail: janetesp@usp.br

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas). Em caso de dúvidas e considerações, favor entrar em contato: Avenida Bandeirantes, 3900, tel: (16) 3315 9197, e-mail: cep@eerp.usp.br (horário de funcionamento: dias úteis das 8 às 17h).

Eu, _____ declaro que estou devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos e concordo em participar deste estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Cuiabá, ____/____/____.

Assinatura do (a) Participante

APÊNDICE B – Autorização para uso dos instrumentos 1, 2 e 3

Assunto: Re: Autorização

De: duartevalim@usp.br (duartevalim@usp.br)

Para: jan.silva@yahoo.com.br;

Data: Quinta-feira, 4 de Fevereiro de 2016 11:23

Querida Janete,

Autorizo a utilização dos referidos questionários e anexo material auxiliador para a utilização dos mesmos.

Um abraço e boa sorte!

Profa. Dra. Marília Duarte Valim

Professora Adjunta da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)

Faculdade de Enfermagem (FAEN/UFMT)

De: "Janete Silva Porto" <jan.silva@yahoo.com.br>

Para: "Marília Duarte Valim" <duartevalim@usp.br>, "marília duarte valim" <marilia.duarte.valim@gmail.com>

Cc: "Janete Silva Porto" <janetesp@usp.br>

Enviadas: Quinta-feira, 4 de Fevereiro de 2016 9:23:18

Assunto: Autorização

Prezada Marília,

Peço-lhe autorização para utilizar os instrumentos **Questionário para caracterização sócio-demográfica desenvolvido e validado em sua tese de doutorado, assim como os Questionnaires for Knowledge and Compliance with Standard Precaution** (versão original de LUO, Y., 2010) – versão em português (com tradução e validação de sua autoria, publicada em 2015) que consiste no **Questionário de identificação de adesão às precauções-padrão** e no **Questionário de conhecimento sobre as precauções-padrão**.

Pretendo aplicá-los no estudo "Construção e validação de vídeo educativo para a adoção de comportamentos seguros frente a exposição ocupacional à material biológico" que está sendo desenvolvido por mim, sob a orientação da Profª Drª Maria Helena Palucci Marziale, no curso de Doutorado em Ciências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Saudações,

Janete Silva Porto

Doutoranda em Enfermagem Fundamental
Linha de Pesquisa Saúde do Trabalhador
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP
Universidade de São Paulo – USP
65-9981-1697

Anexos

- QuestionáriosProntoParaUtilizaçãoOK.pdf (147,49 KB)

APÊNDICE C – Versão inicial do roteiro

Roteiro/Script – Vídeo educativo

Prezado(a) Senhor(a), apresento-lhes o roteiro que tem como finalidade subsidiar a construção do vídeo educativo, cujo título é: **Estratégia para a segurança no trabalho em enfermagem: vídeo educativo para a adesão às precauções-padrão**. Ao final do roteiro, há um espaço reservado para comentários e sugestões.

Informo que o vídeo será gravado na cidade de Cuiabá/MT, em estúdio profissional, e poderá apresentar cenas nos locais de trabalho. Os atores encenarão casos reais utilizando nomes fictícios. O formato do vídeo será definido com vistas a adequar o roteiro validado por este Comitê de Especialistas/Juízes.

Tempo de duração estimado para o vídeo: 12 minutos

Muito obrigada por sua participação!

Item	Categoria do referencial teórico	Narração e áudio	Cenas e imagens
1		Música de abertura – apresentação do vídeo – 5 segundos	Imagem de abertura (título do vídeo): Estratégia para a segurança no trabalho em serviços de saúde: adesão às precauções-padrão
2	Influências situacionais	Ambiente e situação de trabalho Os ambientes de trabalho ou instituições de saúde oferecem riscos potenciais à saúde aos trabalhadores devido à exposição a riscos ocupacionais: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes.	Imagens de hospitais, unidades básicas de saúde. Fotos de riscos químicos (escritos abaixo da figura), físicos (escritos abaixo da figura), biológicos (escritos abaixo da figura), psicossociais (escritos abaixo da figura), ergonômicos (escritos abaixo da figura) de acidentes (escritos abaixo da figura).
3	Influências situacionais	Dentre os riscos ocupacionais, destacamos os Riscos Biológicos que são aqueles ocasionados pelo contato com micro-organismos (vírus, bactérias, parasitas, protozoários, fungos e bacilos) e podem provocar várias doenças, entre elas, Hepatite B, Hepatite C e Aids.	Imagens de feridas, punção venosa, resíduos hospitalares. Imagens sobre HIV, hepatites B e C, reportagens, capas de revistas, jornais. Imagens dos vírus.
4	Influências situacionais	O risco de adquirir o vírus HIV , que transmite a Aids, após uma exposição ocupacional a material biológico contaminado é cerca de 0,3 a 0,5%.	Imagens de perfuração por seringa (destaque nos números 0,3% a 0,5% de chances de infecção).

		Na exposição ocupacional ao vírus HBV, que transmite a hepatite B, o risco de infecção varia de 6 a 30%, podendo chegar até a 60%, dependendo do estado do paciente-fonte e do volume de sangue que entrou em contato, entre outros fatores. Quanto ao vírus HCV, que transmite a hepatite C, o risco de transmissão ocupacional após um acidente percutâneo, com agulha por exemplo, é de aproximadamente 1,8%, se o paciente-fonte for HCV positivo. Os fatores que interferem no potencial de transmissão de HIV, HBV e HCV são: •Tipo de exposição •Tipo e quantidade de fluido e tecido •Status sorológico da fonte •Status sorológico do acidentado •Susceptibilidade do profissional exposto Assim, é melhor você se prevenir, pois as hepatites C e B e a Aids podem ser letais.	Imagem de pessoa doente. Imagens de caixão, pessoas chorando (luto), pacientes em estágio terminal (UTI), ilustrando a gravidade da infecção pela hepatite C.
5	Comportamento de risco	Previna-se. Não assuma comportamentos de risco de acidente como o da enfermeira Márcia. Exemplo de comportamento de risco: • Não recebimento do esquema de três doses da vacina contra hepatite B. • Encape ativo de agulhas usadas em pacientes. • Não uso de luvas de proteção durante a administração de medicamentos por vias endovenosa, intramuscular e subcutânea. • Não uso de óculos de proteção quando da coleta de sangue ou administração de soroterapia. A enfermeira Márcia perfurou o dedo ao encapar ativamente uma agulha usada na administração de um medicamento por via intramuscular e, só depois do ocorrido, ela soube que o paciente era portador do vírus HIV.	Cena/Fala da personagem enfermeira Márcia: “Infelizmente a gente acha que nunca vai acontecer um acidente e, de repente, acontece e aí a gente se dá conta que teve podia ter evitado. Isso deixa a consciência pesada. O que eu fiz não foi certo, e o pior é que eu sabia que não era certo.” Figuras com os dizeres: - Além do errôneo ato de encapar ativamente a agulha contaminada, não ter usado uma seringa com agulha retrátil, Márcia estava sem luva de proteção e sua vacinação para hepatite B não estava em dia. - A vacinação é uma estratégia de prevenção primária muito eficaz para evitar a transmissão do vírus HBV. - O uso de luvas não impede que o acidente acontece, mas funciona como uma barreira protetora.

6	Conduta prévia	A transmissão dos micro-organismos pode ocorrer se o trabalhador exposto a sangue e outros fluidos corporais como líquido pleural, peritoneal, pericárdico, sinovial, amniótico, secreções e excreções respiratórias, do trato digestivo e geniturinário (saliva, vômito, urina, fezes, sêmen, secreções vaginais) não adotar comportamentos seguros e aderir às precauções-padrão.	Imagens de situações envolvendo exposição a sangue, secreções respiratórias, líquido amniótico, urina.
7	Condutas promotoras de saúde	Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais podem ser evitados se você: - Conhecer os riscos de seu ambiente de trabalho e as medidas para preveni-los. - Adotar as recomendações denominadas “ Precauções-Padrão ” pode evitar acidentes de trabalho com exposição a material biológico potencialmente contaminado. - Respeitar as regras gerais de segurança e a realização das medidas de proteção individual; - Estar com a vacinação contra hepatite B em dia. O esquema completo de três doses confere proteção, e todas as instituições de saúde devem oferecer o programa de vacinação. - Usar desinfetante apropriado para inativação de um agente específico.	Imagens das precauções-padrão: Luvas Avental e sapato fechado Óculos Máscara Higienização das mãos Manuseio correto dos materiais perfurocortantes Vacinação contra a hepatite B Figura com os dizeres: Procure conhecer as precauções-padrão e coloque em prática o que aprender! Fique atento! Se ligue em sua saúde!
8	Condutas promotoras de saúde	As precauções-padrão são medidas que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde do mundo inteiro. As precauções-padrão consistem em atitudes que devem ser adotadas por todo trabalhador de saúde diante de qualquer paciente, com o objetivo de reduzir os riscos de transmissão de agentes infecciosos, principalmente veiculados por sangue e fluidos corpóreos ou presentes em lesões de pele, mucosas, restos de tecidos ou de órgãos.	Imagens de trabalhadores em atividade em locais com exposição a material biológico potencialmente contaminado, usando as medidas de precaução-padrão.
9	Estímulo à conduta promotora de saúde	Precauções-padrão recomendadas a) uso rotineiro de barreiras (como luvas, máscaras e óculos de proteção) sempre que houver contato com sangue ou fluidos corporais;	Imagens que representem cada precaução-padrão: Imagens dos EPI: luvas, óculos, máscara, avental.

		b) lavagem das mãos e outras superfícies da pele antes e após a realização de qualquer procedimento em que exista a possibilidade de contato com material potencialmente contaminado; c) uso correto dos dispositivos de segurança existentes nos objetos perfurocortantes; d) descarte adequado das seringas e agulhas e outros objetos perfurocortantes em recipientes específicos; e) não encape de agulhas; f) imunização contra hepatite B, cujo esquema vacinal consiste em uma série de três doses; g) recomendações específicas para visitantes e familiares dos pacientes; h) recomendações específicas para profissionais de saúde quanto ao manuseio e descarte de materiais potencialmente contaminados.	Imagem de higienização correta das mãos. Imagem de material com dispositivo de segurança sendo usado corretamente Imagem do descarte de perfurocortantes Imagem do não encape ativo de agulhas Imagem de alguém sendo vacinado ou da própria vacina contra hepatite B Imagens de protocolos para visita de familiares Imagens de recomendações para a segurança do trabalhador exposto a material biológico
10	Reforço positivo e autoeficácia	Por que você deve aderir a todas as recomendações das precauções-padrão? - Porque você estará cuidando de sua própria saúde para poder cuidar da saúde das outras pessoas. - Você diminuirá as chances de acidentes de trabalho e de sofrer as suas consequências no trabalho e junto a sua família e amigos. - Você poderá continuar a sua vida rotineira sem ter que se preocupar em comparecer a retornos médicos e usar medicamentos antirretrovirais. - Seus amigos e seu chefe continuarão olhando você como uma pessoa responsável e cuidadosa.	Imagens de trabalhadores felizes no trabalho utilizando as medidas de precaução. Cenas/Falas de personagens: - “me sinto bem usando os EPI e cuidando da minha saúde, fico mais tranquila” - “nossa, só de pensar na possibilidade de me infectar, fico apavorado, tenho família, filhos, preciso ter saúde pra estar com eles” - “sem sapato fechado parece que estou descalça, a mesma coisa o jaleco, não consigo entrar na clínica sem eles” - “os EPI incomodam no começo, mas depois a gente se acostuma e nem sente mais” - “já tive que tomar o coquetel pra HIV por causa de acidente, sei o quanto é ruim. É muito melhor cuidar pra não acontecer” - “o mais triste foi quando voltei a trabalhar depois da licença médica por causa do acidente. Alguns colegas e até o chefe me olharam diferente, como se eu estivesse me aproveitando, faltando sem necessidade”

11	Influências situacionais, reforço positivo, redução das barreiras para o uso das precauções-padrão	A instituição onde você trabalha também deve fazer a parte dela para prevenir acidentes de trabalho com exposição a material biológico potencialmente contaminado por meio das seguintes ações: - oferecer boas e seguras condições de trabalho, não permitir jornadas excessivas de trabalho, dimensionar adequadamente o número de trabalhadores x pacientes, considerando grau de dependência e número de pacientes assistidos, fornecer materiais e EPIs em número suficiente e de boa qualidade, supervisionar rotineiramente o uso das precauções-padrão. - Incentivar continuamente o uso de medidas de segurança no trabalho por toda a equipe de profissionais. - Seguir a legislação vigente (NR 32 , NR 7, NR 9, recomendações da ANVISA/Ministério da Saúde, CDC).	Imagens de situações corretas e positivas sobre o que é certo, reforçando positivamente o comportamento das instituições de saúde (condições trabalho adequadas, fornecimento de EPI, SESMT, treinamentos) Fala da personagem – técnica de enfermagem: - “é muito bom quando todos fazem a sua parte, se a empresa fornece os EPI por exemplo, a gente precisa usar e usar corretamente.” Fala da personagem – gerente de enfermagem (nome fictício) - “procuramos deixar tudo à mão, EPI em quantidade suficiente, lavatórios, reservas de caixas pra descarte de perfurocortantes montadas, tudo pra facilitar, na emergência, nas enfermarias, em todos os setores, porque na correria, na pressa pra atender, se não estiver tudo organizado e de fácil alcance, o trabalhador deixa de se proteger pra garantir o atendimento rápido.”
12	Benefícios do uso das precauções-padrão, influências situacionais e interpessoais, fatores pessoais	Portanto, prevenir os acidentes de trabalho é um esforço conjunto, e todos devem fazer a sua parte: instituição e trabalhadores.	Depoimentos (reais) de trabalhadores sobre os benefícios de se adotar as precauções-padrão: - “tenho muitos anos de serviço e nunca me acidentei, mas sempre faço tudo com cuidado, sem pressa e com segurança.” (Lúcia – enfermeira) - “tive um acidente e nunca esqueci, mexeu muito comigo, principalmente porque sabia que podia ter evitado. Passei a cuidar mais de mim, sigo sempre as instruções da empresa.” (Nívea – técnica de enfermagem) - “é muito bom chegar ao final do plantão com em paz, qualquer acidente, por menor que seja, tira o sossego da gente.” (Ivone – técnica de enfermagem) - “pra mim o EPI, a lavagem das mãos e todas as medidas de prevenção de acidentes representam higiene, proteção, segurança, saúde.” (Taís – enfermeira) - “uma vez espirrou urina no meu olho, o paciente tinha hepatite B, graças a Deus tinha me vacinado. Que susto!

			Vacilei no óculos, mas aprendi que não dá pra arriscar, um dia acaba dando errado.” (Ana – técnica de enfermagem)
13	Conduta promotora de saúde	Quando o acidente não for evitado, o que você tem que fazer? • Lavar a ferida área com água corrente e sabão, quando for exposição percutânea ou cutânea. • Nos casos de exposição de mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou solução salina fisiológica. <i>Não devem ser feitos procedimentos que aumentem a área exposta, como corte e injeções no local. Soluções irritantes como éter, glutaraldeído, hipoclorito de sódio são contraindicados.</i> • Comunicar seu chefe imediato ou um colega de trabalho. • Proceder avaliação médica para adoção das condutas após acidente. A avaliação médica avaliará a necessidade de exames sorológicos, uso de antirretrovirais, gamaglobulina hiperimune para a hepatite B. • Registrar o acidente em CAT ou outro formulário quando for trabalhador não segurado pela Previdência Social (ex: servidores públicos notificam pelo SIASS) e preencher a ficha do SINAN. • Fazer o acompanhamento conforme orientado pelo serviço médico ocupacional.	Imagens dedo perfurado, trabalhador lavando o ferimento, registro do acidente, atendimento médico, protocolo de atendimento do Ministério da Saúde, NR 32. Imagem do fluxograma básico para pós-exposição a material potencialmente contaminado com os procedimentos que devem ser adotados.
14	Conduta promotora de saúde	Quando há exposição a material potencialmente contaminado pode ser indicada a quimioprofilaxia para HIV. Por isso, imediatamente após a exposição, é necessária a avaliação médica para decidir a conduta a ser adotada. Pesquisas estimam que em 20% dos acidentes de trabalho com material biológico faz-se necessário o uso da quimioprofilaxia para HIV.	Imagens que ilustrem situações de acidente com material biológico. Figura:

		A duração da quimioprofilaxia é de quatro semanas, com doses diárias. Na maioria dos casos, indica-se o AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina). Há situações alternativas que são avaliadas e prescritas pelo médico. O prazo ideal para se iniciar a profilaxia é, no máximo, de 72 horas após o acidente. <i>Durante o seguimento, o profissional acidentado pode manter relação sexual com proteção e deve evitar gravidez, doação de sangue, órgãos e tecidos. O aleitamento materno deve ser interrompido.</i> O retorno para acompanhamento sorológico deverá ser feito com 6 e 12 semanas e, pelo menos, durante 6 meses, dependendo da avaliação médica, podendo ser menor ou maior conforme indicado no protocolo do Ministério da Saúde Quanto à possibilidade de infecção pela hepatite B, a avaliação médica do acidentado será com base na vacinação contra a doença. A forma de se prevenir é realizar o esquema vacinal completo. - esquema vacinal completo para hepatite B não requer qualquer tratamento. - esquema incompleto, indica-se realizar gamaglogulina hiperimune e encaminha-se para completar a vacinação. - não vacinado, inicia-se o esquema de vacinação e indica-se gamaglogulina. Para a hepatite C não há profilaxia. O que se faz é o acompanhamento sorológico por 6 meses e, havendo necessidade, realiza-se o tratamento.	“20% das pessoas que sofrem acidente de trabalho com material biológico necessitam da quimioprofilaxia para HIV por quatro semanas. Trabalhe com segurança!” Imagem dos remédios que podem ser usados na quimioprofilaxia. Figura: “Se você se acidentar aja rápido! O ideal é iniciar a medicação em, no máximo, 72 horas após ao acidente.” O acompanhamento sorológico tem duração aproximada de 6 meses. Figura: fluxograma de quimioprofilaxia para o HIV. Figura: esquema de vacinação para hepatite B. Figura: quadro das condutas para hepatite B marcando as situações de vacinação completa, incompleta e não vacinado. Figura: HEPATITE C NÃO TEM PROFILAXIA! Acompanhamento de 6 meses após o acidente!
15	Conduta promotora de saúde	Por que os profissionais de saúde que sofreram ATMB devem fazer o tratamento integral quando recomendado pelo médico? Esse tipo de acidente deve ser tratado como emergência médica, pois as medidas profiláticas precisam ser iniciadas logo após o acidente para melhor resultado. O acompanhamento médico deve ser feito por 3-6 meses, dependendo do caso. Assim, será possível verificar a	Imagens de pessoas tomando remédios e de outra sendo atendida pelo médico.

		presença de efeitos colaterais e ajudá-lo no enfrentamento.	
16	Estímulo à conduta promotora de saúde	Lembre-se de cuidar de você para que possa cuidar das outras pessoas. O uso das precauções-padrão e de comportamentos seguros no trabalho são responsáveis pela manutenção de sua qualidade de vida e de trabalho.	Imagens positivas dentro e fora do hospital: pessoas trabalhando, convivendo em equipe, pessoas em lazer com a família, com os amigos.
17		Música de fechamento – 10” Este vídeo integra a tese de doutorado “Construção e validação de vídeo educativo para a adesão às precauções- padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico” da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.	Imagem com o nome das instituições envolvidas: EERP/USP (Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo)

Principais referências utilizadas para a construção deste roteiro:

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Occupational HIV Transmission and Prevention Among Health Care Workers**, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/workplace/occupational.html>. Acesso em: 26 de dezembro de 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Exposure to blood: What healthcare personnel need to know. Atlanta: CDC, 2003, 10 p. Disponível em: <http://www.cdc.gov/HAI/organisms/hiv/Surveillance-Occupationally-Acquired-HIV-AIDS.html>. Acesso em 21 nov. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C**, 2004. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_acidentados_final_0.pdf. Acesso em: 15 jan. 2016. Acesso em 15 jan. 2016.

PENDER N.J.; MURDAUGH, C.L.; PARSONS, M.A. **Health promotion in nursing practice**. 5 th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prendice Hall, 2006. 367 p.

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES (Favor indicar qual item do roteiro está sendo comentado):

CASO PREFIRA, TAMBÉM PODE SER COMENTADO DIRETAMENTE NO CORPO DO TEXTO.

APÊNDICE D – Versão final do roteiro

Roteiro/Script – Vídeo educativo

Título: “Segurança no trabalho em serviços de saúde: adesão às precauções-padrão”

Item	Categoria do referencial teórico	Narração e áudio	Cenas e imagens
1		Música de abertura – apresentação do vídeo Narração: Este vídeo tem o objetivo de estimular a adoção de comportamentos seguros no trabalho em saúde por meio da adesão às precauções-padrão.	Imagem de abertura (título do vídeo): Título: Segurança no trabalho em serviços de saúde: adesão às precauções-padrão Imagem de fundo no título – um(a) profissional vestido(a) adequadamente para o trabalho usando avental, sapato fechado, cabelos presos, sem adornos, realizando um procedimento com exposição a material biológico – ex: preparando medicação injetável, descartando agulhas usadas)
2	Influências situacionais	Os ambientes de trabalho em saúde oferecem riscos potenciais à saúde dos trabalhadores. Esses riscos são classificados em físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes.	Imagens de hospitais, unidades básicas de saúde e dos ambientes de trabalho, clínicas de estética, clínicas odontológicas. Fotos de riscos químicos (escritos abaixo da figura), físicos (escritos abaixo da figura), biológicos (escritos abaixo da figura), psicossociais (escritos abaixo da figura), ergonômicos (escritos abaixo da figura) de acidentes (escritos abaixo da figura).
3	Influências situacionais	Dentre os riscos ocupacionais, destacamos os Riscos Biológicos que são aqueles ocasionados pelo contato com sangue, secreções, saliva, vomito, fezes, urina e suor com a possível presença de micro-organismos (vírus, bactérias, parasitas, protozoários, fungos, bacilos e príons) e podem transmitir várias doenças, entre elas Hepatite B, Hepatite C, HIV/Aids e a tuberculose. É sobre os riscos biológicos que vamos falar nesse vídeo.	Imagens de procedimentos de curativo em feridas, punção venosa, descarte de objetos perfurocortantes, encape ativo de agulhas, imagens de resíduos hospitalares. Imagens sobre a transmissão do vírus HIV, hepatites B e C, HIV/Aids, reportagens, capas de revistas, jornais.

4	Influencias situacionais/Condição prévia	Narração: O risco de adquirir o vírus HIV, que provoca a Aids, após uma exposição ocupacional a material biológico contaminado é cerca de 0,3%. Ou seja, 1 caso de contaminação para cada 300 exposições. No período de 1985 a 2013, foram registrados nos Estados Unidos 58 casos confirmados e 150 casos possíveis de infecções por HIV adquiridas no trabalho. Na exposição ocupacional ao vírus da hepatite B, o risco de infecção varia de 6% a 30%, dependendo do estado do paciente-fonte e da situação vacinal do trabalhador. Ou seja, varia de 6 a 30 casos de contaminação a cada 100 exposições, aproximadamente. Quanto ao vírus da hepatite C, o risco de transmissão após um acidente percutâneo, com agulha, por exemplo, é de aproximadamente 1,8%, ou seja, quase 2 casos de contaminação a cada 100 exposições. Mesmo os riscos parecendo baixos, as consequências da contaminação pelo HIV e pelas hepatites B e C são graves e podem ser letais. Os fatores que interferem no potencial de transmissão de HIV, dos vírus das hepatites B e C são: •Tipo de exposição •Tipo e quantidade de fluido e tecido •Status sorológico da fonte •Status sorológico do acidentado •Suscetibilidade do profissional exposto Relatos como os de Ivone e Roberto mostram a experiência com o HIV e com a hepatite B.	Imagem que ilustre o número de casos e chance de contaminação por HIV (em números absolutos). Ministério da Saúde (2004) Imagem (foto da tabela da pesquisa do CDC) mostrando números sobre a soroconversão. CDC (2015) Imagem que ilustre o número de casos e chance de contaminação por hepatite B e C (em números absolutos). Ministério da Saúde (2004) Imagem de um ambiente com os recursos de uma UTI e um paciente em imagem borrada (mostrando a gravidade da doença). Cena (fala da enfermeira Ivone que adquiriu HIV no trabalho): “Minha vida se transformou depois que descobri a infecção pelo HIV. Quase enlouqueci... Como lidar com tudo? Marido, filhos, trabalho, com a vida. Senti muito medo. Mas foi na minha família que encontrei o apoio e o amor para seguir em frente. Tive que recomeçar, enfrentar o tratamento, o preconceito, o medo de morrer e não ver meus filhos crescerem. Fiquei muito tempo fora do trabalho, perdi renda, sofri com os efeitos colaterais dos remédios, foi tudo muito difícil. Aos poucos fui retomando minha vida, fazendo terapia, seguindo o tratamento. Há pouco tempo voltei a trabalhar. E vou assim, vivendo um dia de cada vez”. Cena (fala do enfermeiro Roberto que convive com a hepatite B):
---	--	--	--

			“ A hepatite B acompanha a pessoa até o fim da vida, não tem cura! No começo tive muitas dúvidas sobre tudo. Tive vários problemas, até depressão. Eu tinha uma namorada... o relacionamento acabou quando recebi o diagnóstico”.
6	Conduta prévia	A transmissão dos micro-organismos pode ocorrer nas situações em que o trabalhador for exposto a materiais potencialmente contaminados e, principalmente, se não adotar as medidas de precaução-padrão. É importante lembrar que mesmo adotando as precauções recomendadas, o trabalhador pode se acidentar, mas as consequências serão reduzidas.	Imagens de situações envolvendo exposição a material biológico potencialmente contaminado: névoa contaminada ao tossir e ao espirrar, uso de bisturi e agulha.
5	Comportamento de risco/Fatores pessoais/Conduta prévia/Percepção de benefícios/Demandas e competências contrárias e imediatas	Portanto, previna-se! Evite comportamentos de risco de acidente. Exemplos de comportamento de risco: • Ausência do esquema de três doses da vacina contra hepatite B. • Desconhecimento sobre a resposta da vacina contra hepatite B devido a não realização do teste Anti HBs • O encape ativo de agulhas usadas em pacientes. • Não usar luvas de proteção durante a administração de medicamentos por vias endovenosa, intramuscular e subcutânea. • Não usar avental e óculos de proteção quando da coleta de sangue ou administração de soroterapia, ou qualquer outro procedimento em exista exposição a material biológico ou usá-los de maneira incorreta. A enfermeira Márcia perfurou o dedo ao encapar ativamente uma agulha usada na administração de um medicamento por via intramuscular e, só depois do ocorrido, se confirmou a sorologia positiva para HIV no paciente-fonte.	Imagens de mão com luva tocando nas maçanetas das portas, atendendo celular. Imagens de uso incorreto (desabotoado, ou pendurado no ombro) e indevido do jaleco (no ponto de ônibus, refeitório, etc). Figura com os dizeres: Todas as instituições devem oferecer programa de vacinação e o teste Anti-HBs para verificação da resposta à vacina. - Imagem do encape ativo de agulha - Imagem de procedimento sem a luva de proteção, avental e óculos. Cena (Fala da enfermeira Marcia): “A gente acha que nunca vai acontecer um acidente, quando acontece se dá conta que podia ter evitado. Isso deixa a consciência pesada, traz medo, desespero, preocupação, uma mistura de sentimento até difícil de explicar. Fiquei muito abatida, quase não comia, perdi peso, qualquer um percebia que eu não estava bem”. Figuras com os dizeres: - Além do ato de encapar a agulha contaminada, Márcia

			estava sem luva de proteção. - O uso de luvas não impede que o acidente aconteça, mas funciona como uma barreira protetora.
7	Condutas promotoras de saúde	Os acidentes de trabalho podem ser evitados se você: - Conhecer os riscos de seu ambiente de trabalho e as medidas de prevenção de acidentes. - Adotar as precauções-padrão e as precauções específicas de acordo com a exposição, para evitar ou reduzir a exposição a material biológico. - Respeitar as regras gerais de segurança da instituição em que você trabalha. - Quando houver derramamento de material biológico, inativá-lo com hipoclorito de sódio a 1% e proceder a limpeza imediata. - Observar as normas para manuseio de materiais potencialmente contaminados e os cuidados na limpeza e esterilização desses materiais.	Imagens das precauções-padrão (apresentar como flashes – rapidamente somente para introduzir as precauções-padrão) Luvas Avental e sapato fechado Óculos Máscara Higienização das mãos Manuseio correto dos materiais perfurocortantes Figuras com os dizeres: Procure conhecer e seguir corretamente as precauções-padrão e coloque em prática o que aprender! Exija condições seguras de trabalho!
8	Influências situacionais/Condutas promotoras de saúde	As precauções-padrão devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde do mundo inteiro Narração: as precauções-padrão são atitudes que todo trabalhador de saúde deve adotar na assistência a qualquer paciente, com o objetivo de reduzir os riscos de transmissão de agentes infecciosos, principalmente veiculados por sangue e fluidos corpóreos ou presentes em lesões de pele, mucosas, restos de tecidos ou de órgãos.	Imagens de trabalhadores em atividade em locais com exposição a material biológico usando as medidas de precaução-padrão. Todos os pacientes devem ser tratados como potencialmente contaminados. Imagens de pacientes que aparentam estar saudáveis (jovens, bebês, crianças, idosos)
9	Conduta promotora de saúde	Precauções-padrão recomendadas a) o uso rotineiro de barreiras (como luvas, máscaras, avental e óculos de proteção) sempre que houver contato com sangue ou fluidos corporais. b) higienização das mãos antes e após qualquer procedimento com possibilidade de contato com material biológico. c) uso correto dos dispositivos de segurança.	Imagens que representem cada precaução-padrão: Imagens dos EPI: luvas, óculos, máscara e avental. Imagem de higienização correta das mãos com água e sabão e com álcool 70% ou solução exclusiva para higienização das mãos – quando se usa sabão e quando se usa álcool Imagem de material com dispositivo de segurança sendo

		d) descarte adequado das seringas, agulhas e outros objetos perfurocortantes em recipientes específicos. e) não encape de agulhas; f) imunização contra hepatite B, dupla adulto e outras adotadas pela instituição. g) recomendações específicas para visitantes e familiares dos pacientes; h) recomendações específicas para profissionais de saúde quanto ao manuseio e descarte de materiais potencialmente contaminados. i) Cuidados na lavagem dos instrumentais.	usado corretamente Imagem do descarte correto de perfurocortantes em caixa coletora plástica e caixa de papelão e imagem do fechamento da caixa rígida para descarte de material perfurocortante indicando o limite para enchimento. Figura com a tarja de proibido para ilustrar o não encape ativo de agulhas. Imagem (foto) de uma carteira de vacinação preenchida (esquema vacinal completo). Imagem da disponibilidade de vacinação da hepatite B prévia ao início da atividade profissional dos trabalhadores da saúde. Imagens de protocolos para visita de familiares. Fotos do momento de lavar instrumentais.
10	Percepção dos benefícios para a ação/Percepção da autoeficácia/Sentimento relacionado à atividade/Comprometimento com um plano de ação	Por que você deve aderir a todas as recomendações das precauções-padrão? - Porque você estará cuidando de sua própria saúde para poder cuidar da saúde das outras pessoas. - Você diminuirá as chances de acidentes de trabalho e de sofrer as suas consequências no trabalho e junto a sua família e amigos. - Para promover um ambiente de trabalho seguro para você, seus colegas e para os pacientes. - Agindo corretamente, você poderá estimular as mesmas condutas da sua equipe de trabalho e da gestão.	Imagens de trabalhadores no trabalho utilizando as medidas de precaução Cenas/falas de personagens: - “Me sinto bem usando os equipamentos de proteção e cuidando da minha saúde, fico mais tranquila”. (Joana – técnica de enfermagem) - “Nossa, só de pensar na possibilidade de me contaminar, fico apavorado, tenho família, filhos, preciso ter saúde para estar com eles”. (Edson – enfermeiro) - “Sem sapato fechado parece que estou descalça, a mesma coisa o jaleco, não consigo entrar no hospital sem eles. Vejo os EPIs como o cinto de segurança, a gente acostuma e percebe que usar traz mais benefícios do que não usar”. (Claudia – Enfermeira) - “Já tive que tomar o coquetel para HIV por causa de acidente, sei o quanto é ruim. É muito melhor cuidar para não acontecer”. (Guilherme – técnico de enfermagem)
11	Influências situacionais/Percepção de barreiras/Conduta promotora de	A instituição onde você trabalha também deve fazer a parte dela para prevenir acidentes de trabalho com exposição a material biológico por meio das seguintes ações: - Oferecer boas e seguras condições de trabalho, não	Imagens de situações corretas e positivas sobre o que é certo, reforçando positivamente o comportamento das instituições de saúde (condições de trabalho adequadas, fornecimento de EPI, atendimento médico e de enfermagem, treinamentos)

	saúde	permitir jornadas excessivas de trabalho, dimensionar adequadamente o número de trabalhadores x pacientes, considerando grau de dependência e número de pacientes assistidos, fornecer materiais e EPIs em número suficiente e de boa qualidade, supervisionar rotineiramente o uso das precauções-padrão. - Incentivar continuamente o uso de medidas de segurança no trabalho por toda a equipe de profissionais. - Seguir a legislação vigente (NR 32, NR 7, NR 9, recomendações da ANVISA/Ministério da Saúde, CDC). - Oferecer treinamentos frequentes que visem reduzir as barreiras do uso das precauções, como sobre utilização correta de luvas durante a punção venosa.	Cenas/Falas de personagens: Fala da personagem Joana – técnica de enfermagem: - “é muito bom quando todos fazem a sua parte, todos somos responsáveis pela prevenção de acidentes no trabalho”. Imagem de situação de trabalho com sobrecarga para o trabalhador ilustrando dificuldades na adesão às precauções-padrão (superlotação de unidade, filas de atendimento, sala de emergência) Fala da personagem enfermeira Claudia - “Para facilitar, procuramos deixar tudo à mão, EPI em quantidade suficiente, lavatórios, reservas de caixas para descarte de perfurocortantes montadas na emergência, nas enfermarias, em todos os setores, porque na correria, na pressa para atender, se não estiver tudo organizado e de fácil alcance, o trabalhador deixa de se proteger para garantir o atendimento rápido”. Imagem de materiais intravenosos com dispositivo de segurança Figura ilustrando o uso correto de luvas durante a punção venosa. Todas as instituições devem oferecer condições seguras e saudáveis de trabalho.
12	Percepção dos benefícios /Influências situacionais/Fatores pessoais/ auto eficácia/Sentimento relacionado à atividade	Portanto, prevenir os acidentes de trabalho é um esforço conjunto, de modo que cada um deve fazer a sua parte: instituição e trabalhadores. O uso das precauções-padrão confere mais qualidade à assistência ao usuário do serviço de saúde.	Cenas/falas de personagens: - “É muito bom chegar ao final do plantão em paz, qualquer acidente por menor que seja, tira o sossego da gente”. (Joana – técnica de enfermagem) - “Para mim o EPI, a higiene das mãos e todas as medidas de prevenção de acidentes, representam higiene, proteção, segurança, saúde”. (Edson – enfermeiro) - “Uma vez espirrou urina no meu olho, o paciente tinha hepatite B, graças a Deus tinha me vacinado. Vacilei nos olhos, mas aprendi que não dá para arriscar, um dia

			acaba dando errado". (Joana – técnica de enfermagem)
13	Conduta promotora de saúde/Comprometimento com um plano de ação	Se o acidente acontecer, o que deve ser feito imediatamente: • Lavar a área do ferimento com água corrente e sabão. • Nos casos de exposição de mucosas, deve-se lavar o local exaustivamente com água ou solução salina fisiológica. <i>Não pode ser feito nada que aumente a área exposta, como corte e injeções no local. Soluções irritantes como éter, glutaraldeído, hipoclorito de sódio são contraindicadas.</i> Parar imediatamente a atividade/cuidado que está realizando e: • Comunicar seu supervisor imediato ou um colega de trabalho. • Buscar atendimento médico para a realização de exames sorológicos, uso de antirretrovirais quando indicado, gamaglobulina hiperimune para a hepatite B. • Preencher o Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) ou outros formulários adotados em sua instituição com informações específicas do acidente com material biológico. • Fazer o acompanhamento conforme orientado pelo médico. A instituição deve: • Notificar os casos de acidentes de trabalho. • Assistir o trabalhador em todas as suas necessidades em decorrência do acidente de trabalho. • Dar respaldo, não repreender os trabalhadores vítimas de acidente de trabalho.	Imagens de dedo perfurado, trabalhador lavando o ferimento, registro do acidente, atendimento médico. Cena (fala do médico): "O acidente de trabalho é uma emergência médica, pois as medidas profiláticas, quando indicadas, precisam ser iniciadas rapidamente para se ter melhor resultado. Dessa forma, as instituições necessitam ter o fluxo de atendimento aos acidentes bem definido e divulgado entre os trabalhadores. Também é preciso manter os médicos sempre atualizados em relação aos protocolos de atendimento aos acidentes de trabalho com material biológico".

14	Conduta promotora de saúde	A avaliação médica definirá a melhor conduta a ser adotada nos pós-exposição a material biológico com risco potencial para transmissão de HIV e hepatites B e C. Dependendo do caso, pode ser indicada a quimioprofilaxia para HIV. Por isso, é importante a avaliação médica para indicar a conduta que deverá ser adotada em relação a: • Uso de quimioprofilaxia • Amamentação • Gravidez • Relação sexual Pesquisas estimam que em 20% dos acidentes de trabalho com material biológico faz-se necessário o uso da quimioprofilaxia para HIV. As primeiras duas horas são excelentes para o início da quimioprofilaxia, sendo que o prazo máximo para início da medicação é de 72 horas após o acidente. Durante o acompanhamento após acidente o profissional acidentado deve adotar os seguintes cuidados: Manter relações sexuais sempre com uso de preservativo; não engravidar; não doar sangue, órgãos e tecidos; e, não amamentar. Comparecer a todas as consultas médicas de acompanhamento e avaliação para a realização de exames e aconselhamento. Quanto à hepatite B, a forma de se prevenir é realizar o esquema vacinal completo. Com base na situação vacinal e no resultado do teste Anti-HBs, o médico indicará a conduta pertinente. Para a hepatite C, realiza-se apenas o acompanhamento sorológico, pois não há profilaxia ou qualquer conduta médica a ser adotada.	Imagens que ilustrem situações de acidente com material biológico (perfuração de dedo, respingo de urina em mucosa do olho) Figura: “20% das vítimas de acidente de trabalho com material biológico necessitam da quimioprofilaxia para HIV”. Imagem ilustrativa de comprimidos coloridos (sem identificação) Figura: “Se você se acidentar aja rápido! Caso precise da quimioprofilaxia lembre-se que ela confere 80% de proteção se iniciada em até 2 horas. Cena (fala do médico): “O período de acompanhamento sorológico depende de cada caso e só a avaliação médica poderá definir qual a melhor conduta. Na maioria das vezes, o acompanhamento pode variar entre 6 meses a 1 ano”. Figura: esquema de vacinação para hepatite B. Figura: HEPATITE C NÃO TEM PROFILAXIA!
----	----------------------------	--	---

15	Conduta promotora de saúde	Por que os profissionais de saúde que sofreram Acidente de Trabalho com Material Biológico devem fazer o tratamento quando recomendado pelo médico? As condutas para a exposição ao HIV e à Hepatite B apresentam maior eficácia quando iniciadas imediatamente após o acidente. As medicações usadas na profilaxia do HIV podem causar efeitos colaterais que precisam ser acompanhados e avaliados pelo médico. O atendimento médico e por outros profissionais da equipe de saúde ajuda no enfrentamento dos efeitos colaterais e nas consequências emocionais, proporcionando segurança ao acidentado.	Imagens de pessoa tomando remédios e de outra sendo atendida pelo médico. Figura com animação de caracteres ilustrando que mais de 40% dos profissionais acidentados não conseguem concluir a quimioprofilaxia, principalmente devido aos efeitos colaterais das medicações.
16	Conduta promotora de saúde/Comprometimento com um plano de ação	Nesse esforço conjunto com a instituição e os trabalhadores adotando as medidas necessárias para a prevenção dos acidentes de trabalho com material biológico todos têm a ganhar. Os benefícios serão sentidos pelos trabalhadores, empregadores e pelos pacientes e se estenderão para as famílias, amigos e a todos que indiretamente sofrem com a ocorrência dos acidentes.	Imagens positivas dentro e fora do hospital: pessoas trabalhando, convivendo em equipe, pessoas em lazer com a família, com os amigos. Cena (fala do médico) “O acompanhamento médico não deve ocorrer somente quando há acidentes. O trabalhador precisa ser assistido durante a sua permanência na instituição. Assim, será possível identificar precocemente problemas como imunização incompleta, sorologias de Anti-HBs revelando a não resposta à vacina contra hepatite B, problemas de alergia a alguns EPIs... É nesta assistência que se tem a oportunidade de reforçar a importância do uso das medidas de proteção e, principalmente, ser apoio para o trabalhador em suas necessidades de saúde no trabalho”. Cena (enfermeiro) “É muito importante que a instituição ofereça programas educativos permanentes para aumentar a adesão dos trabalhadores às medidas de segurança”.

17		Música de fechamento – 10" Narração: Este vídeo integra a tese de doutorado "Construção e validação de vídeo educativo para a adesão às precauções- padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico" da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.	Imagem com o nome das instituições envolvidas: EERP/USP (Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo) UFMT (Universidade Federal de Mato Grosso) SES/MT (Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso) CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior)
----	--	--	--

Principais referências utilizadas para a construção deste roteiro:

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Occupational HIV Transmission and Prevention Among Health Care Workers**, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/workplace/occupational.html>. Acesso em: 26 de dezembro de 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Exposure to blood: What healthcare personnel need to know. Atlanta: CDC, 2003, 10 p. Disponível em: <http://www.cdc.gov/HAI/organisms/hiv/Surveillance-Occupationally-Acquired-HIV-AIDS.html>. Acesso em 21 nov. 2016

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C**, 2004. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_acidentes_final_0.pdf. Acesso em: 15 jan. 2016.Acesso em 15 jan. 2016.

PENDER N.J.; MURDAUGH, C.L.; PARSONS, M.A. **Health promotion in nursing practice**.5 th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prendice Hall, 2006. 367 p.

Ministério da Saúde. Recomendações para o atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C. Rapparini C, Vitória MAV, Lara LTR, organizadores. [homepage na internet]. Brasília; 2004 [acesso em abr 2011]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual_acidentes.pdf.

APÊNDICE E – Storyboard

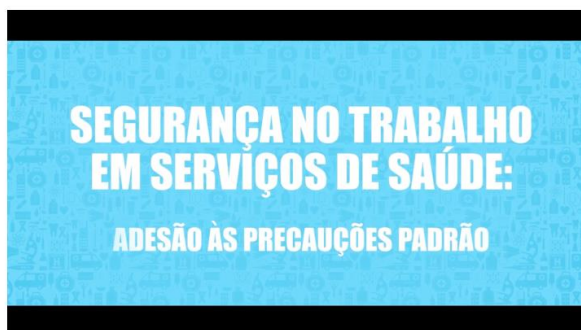
Título: “**Segurança no trabalho em serviços de saúde:
adesão às precauções padrão**”

Storyboard 1/5

Vídeo

Áudio

Imagem de abertura
(título do vídeo):
Título: Segurança no
trabalho em serviços de
saúde: adesão às
precauções padrão

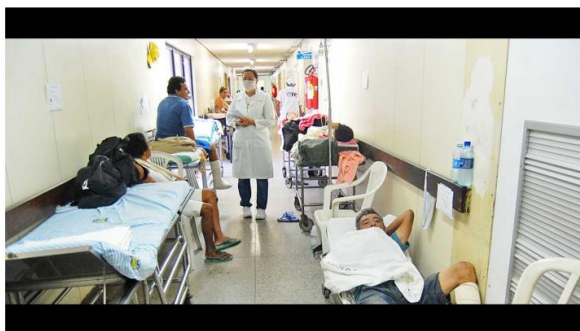


Música de abertura –
apresentação do vídeo

Este vídeo tem o objetivo
de estimular a adoção de
comportamentos seguros
no trabalho de
enfermagem por meio da
adesão às precauções
padrão.

Imagens de hospitais,
unidades básicas de saúde
e dos ambientes de
trabalho.

Fotos de riscos químicos,
físicos, biológicos,
psicossociais, ergonômicos
de acidentes.



Os ambientes de trabalho
ou instituições de saúde
oferecem riscos potenciais
à saúde dos trabalhadores.
Estes riscos são
classificados em: físicos,
químicos, biológicos,
ergonômicos, psicossociais
e de acidentes.

Lettering: vírus, bactérias,
parasitas, protozoários,
fungos, bacilos e prions

Imagens de procedimentos
tocando nas maçanetas
das portas, atendendo
celular.

Imagens sobre a
transmissão do vírus HIV,
hepatites B e C, HIV/Aids,
reportagens...



Dentre os riscos
ocupacionais destacamos
os Riscos Biológicos que
são aqueles ocasionados
pelo contato com sangue,
secreções, saliva, vômito,
fezes, urina e suor com a
possível presença de
micro-organismos e que
podem transmitir várias
doenças, entre elas a
Hepatite B, Hepatite C,
HIV/Aids e a tuberculose.

Imagem que ilustre o
número de casos e chance
de contaminação por HIV
(em números absolutos).

Imagem (foto da tabela da
pesquisa do CDC)
mostrando números sobre
a soroconversão.

Imagem que ilustre o
número de casos e chance
de contaminação...



O risco de adquirir o vírus
HIV, que provoca a aids,
após uma exposição
ocupacional a material
biológico contaminado é
cerca de 0,3% ou seja, 1
caso de contaminação
para cada 300 exposições,
em média.
No período de 1985 a 2013
foram registrados nos
Estados Unidos 58 casos
confirmados e 150 casos...

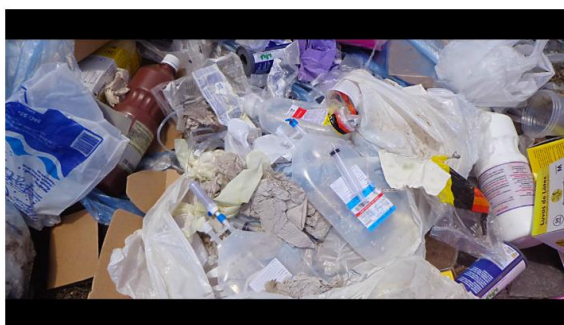
APÊNDICE E – Storyboard (continuação)

Título: “Segurança no trabalho em serviços de saúde:
adesão às precauções padrão”

Storyboard 2/5

Vídeo

Imagens de situações envolvendo exposição a material biológico: névoa contaminada ao tossir e ao espirrar, uso de bisturi e agulha.



Áudio

A transmissão dos micro-organismos pode ocorrer nas situações em que o trabalhador for exposto a materiais potencialmente contaminados e principalmente se não adotar as medidas de precaução padrão. É importante lembrar que mesmo adotando as precauções...

Cena (Fala da enfermeira Marcia):

“A gente acha que nunca vai acontecer um acidente, quando acontece se dá conta que podia ter evitado. Isso deixa a consciência pesada, traz medo, desespero, preocupação, uma mistura de sentimento até difícil de explicar....”



Narração: Portanto, previna-se! Evite comportamentos de risco de acidente, como por exemplo: Ausência do esquema de 3 doses da vacina contra Hepatite B Desconhecimento sobre a resposta da vacina contra hepatite B devido não realização do teste Anti HBs...

Imagens das precauções padrão (apresentar como flashes – rapidamente somente para introduzir as precauções padrão)

Luvas
Avental e sapato fechado
Óculos
Mascara
Higiene das mãos
Manuseio correto dos materiais...



Os acidentes de trabalho podem ser evitados se você: Conhecer os riscos de seu ambiente de trabalho e as medidas de prevenção. Adotar as Precauções Padrão e as precauções específicas, de acordo com a exposição, para evitar ou reduzir a exposição a material biológico. Observar as normas de esterilização...

Imagens de trabalhadores em atividade em locais com exposição a material biológico usando as medidas de precaução padrão. Todos os pacientes devem ser tratados como potencialmente contaminados. Imagens de pacientes que aparentam estar saudáveis (jovens, bebês, crianças)



As Precauções Padrão devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde do mundo inteiro. As precauções padrão são atitudes que todo trabalhador de saúde deve adotar na assistência a qualquer paciente, com o objetivo de reduzir os riscos de transmissão de agentes infecciosos, principalmente...

APÊNDICE E – Storyboard (continuação)

Título: “Segurança no trabalho em serviços de saúde: adesão às precauções padrão”

Storyboard 3/5

Vídeo

Áudio

Imagens que representem cada precaução padrão:
Imagens dos EPI: luvas, óculos, máscara e avental.

Imagem de higienização correta das mãos com água e sabão e com álcool gel ou Cena exclusiva para higienização das mãos – quando se usa sabão e quando se usa álcool...



Se o acidente acontecer, o que deve ser feito imediatamente:
Lavar a área do ferimento com água corrente e sabão
Nos casos de exposição de mucosas, deve-se lavar o local exaustivamente com água ou solução salina fisiológica
Não pode ser feito nada que aumente a área exposta, como corte...

Imagens de trabalhadores felizes no trabalho utilizando as medidas de precaução

Cenas/Falas de personagens:

- “Me sinto bem usando os equipamentos de proteção e cuidando da minha saúde, fico mais tranquila”.
(Joana – técnica de enfermagem)



Dependendo do caso, pode ser indicada a quimioprofilaxia para HIV. Por isso é importante a avaliação médica para indicar a conduta que deverá ser adotada, sobre:
Uso de quimioprofilaxia
Amamentação
Gravidez
Relação sexual
Pesquisas...

Imagens de situações corretas e positivas sobre o que é certo, reforçando positivamente o comportamento das instituições de saúde (condições de trabalho adequadas, fornecimento de EPI, atendimento médico e de enfermagem, treinamentos)
Cenas/Falas de personagens.



Por que os profissionais de saúde que sofreram Acidente de Trabalho com Material Biológico devem fazer o tratamento quando recomendado pelo médico?
As condutas para a exposição ao HIV e à Hepatite B apresentam maior eficácia quando iniciadas imediatamente após o acidente.

Cenas/Falas de personagens:
- “É muito bom chegar ao final do plantão em paz, qualquer acidente por menor que seja tira o sossego da gente”. (Joana – técnica de enfermagem)
- “Para mim o EPI, a higiene das mãos e todas as medidas de prevenção de acidentes, representam higiene, proteção...”



Nesse esforço conjunto com a instituição e os trabalhadores adotando as medidas necessárias para a prevenção dos acidentes de trabalho com material biológico todos tem a ganhar. Os benefícios são sentidos pelos trabalhadores, empregadores e pelos pacientes e se estenderão para as famílias, amigos e todos que...

APÊNDICE E – Storyboard (continuação)

Título: “Segurança no trabalho em serviços de saúde:
Adesão às precauções padrão”

Storyboard 4/5

Vídeo

Áudio

Imagens de dedo perfurado, trabalhador lavando o ferimento, registro do acidente, atendimento médico.
Cena (fala do médico Luciano):
“O acidente de trabalho é uma emergência médica, pois as medidas profiláticas precisam ser iniciadas rapidamente para se ter melhor ...



Se o acidente acontecer, o que deve ser feito imediatamente:
Lavar a área do ferimento com água corrente e sabão
Nos casos de exposição de mucosas, deve-se lavar o local exaustivamente com água ou solução salina fisiológica
Não pode ser feito nada que aumente a área exposta...

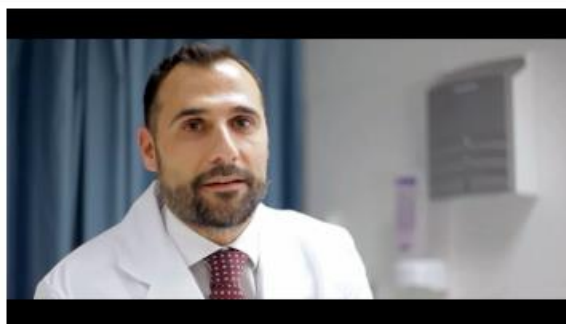
Imagens que ilustrem situações de acidente com material biológico (perfuração de dedo, respingo de urina em mucosa do olho)
Figura:
“20% das vítimas de acidente de trabalho com material biológico necessitam da quimioprofilaxia para HIV”.



Dependendo do caso, pode ser indicada a quimioprofilaxia para HIV. Por isso é importante a avaliação médica para indicar a conduta que deverá ser adotada, sobre:

- Uso de quimioprofilaxia
- Amamentação
- Gravidez
- Relação sexual

Imagens de pessoa tomando remédios e de outra sendo atendida pelo médico.
Figura com animação de caracteres ilustrando que mais de 40% dos profissionais acidentados não conseguem concluir a quimioprofilaxia principalmente devido aos efeitos colaterais das medicações.



Por que os profissionais de saúde que sofreram Acidente de Trabalho com Material Biológico devem fazer o tratamento quando recomendado pelo médico?
As condutas para a exposição ao HIV e à Hepatite B apresentam maior eficácia quando iniciadas imediatamente após o acidente.

Imagens positivas dentro e fora do hospital: pessoas trabalhando, convivendo em equipe, pessoas em lazer com a família, com os amigos.
Cena (fala do médico Luciano)
“O acompanhamento médico não deve ocorrer somente quando há acidentes. O trabalhador precisa ser assistido...



Nesse esforço conjunto com a instituição e os trabalhadores adotando as medidas necessárias para a prevenção dos acidentes de trabalho com material biológico todos tem a ganhar. Os benefícios serão sentidos pelos trabalhadores, empregadores e pelos pacientes...

APÊNDICE E – Storyboard (conclusão)

Título: **“Segurança no trabalho em serviços de saúde:
Adesão às precauções padrão”**

Storyboard 5/5

Vídeo

Áudio

Imagem com o nome das instituições envolvidas:
EERP/USP (Enfermagem de
Ribeirão Preto –
Universidade de São
Paulo)
UFMT (Universidade
Federal de Mato Grosso)
SES/MT (Secretaria
Estadual de Saúde de Mato
Grosso)
CAPES (Comissão de
Aperfeiçoamento de
Pessoal do Nível Superior)



Este vídeo integra a tese de doutorado “Construção e validação de vídeo educativo para a adesão às precauções padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico” da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 2 – Comitê de Especialistas

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando a pesquisa intitulada: **Construção e validação de vídeo educativo para a adesão às precauções padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico**, cujo objetivo é construir e validar um vídeo educativo sobre adesão às precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem, estruturado no Modelo Revisado de Promoção da Saúde de Nola Pender. Este estudo, em nível de doutorado, tem como orientadora a Prof. Maria Helena Palucci Marziale, e é vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Para tanto, convidamos o senhor(a) para compor o Comitê de Especialistas que, na qualidade de juiz(a)/especialista, participará do processo de validação do roteiro/*script* e do vídeo educativo. Ressaltamos que sua participação é voluntária e informamos que a seleção dos especialistas/juízes ocorreu com base em critérios preestabelecidos, sendo que o senhor(a) foi escolhido(a) por atender aos requisitos. Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a construção de estratégias de redução da exposição acidental a material biológico, e por consequente, para a redução dos acidentes e doenças por este tipo de exposição. Asseguramos que a pesquisa não acarretará prejuízos, nem qualquer tipo de despesa material ou financeira, nem causará riscos à sua saúde. Os riscos de sua participação limitam-se a desconfortos ou eventuais constrangimentos ao preencher o instrumento. Caso isto venha a ocorrer, tem a liberdade para retirar o consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem nenhuma penalidade ou prejuízo, por este ou qualquer outro motivo. Salientamos que não receberá nenhum benefício financeiro por participar do estudo. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, você tem direito a indenização, tanto por parte da pesquisadora como das instituições envolvidas. Pedimos que manifeste quaisquer dúvidas que surgirem durante a leitura deste Termo para que possam ser esclarecidas.

Havendo consentimento em participar, sua colaboração ocorrerá em dois momentos distintos. Em um primeiro momento o senhor(a) receberá uma cópia do roteiro/*script*, juntamente com o instrumento de validação e as orientações pertinentes, observando os seguintes aspectos: funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e procedimento. Após a validação do roteiro/*script*, será construído o vídeo educativo e, portanto, nesta etapa será submetido a validação. Receberá uma cópia do vídeo educativo, o instrumento de validação e as orientações pertinentes. Na validação do vídeo também serão observados os aspectos: funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e procedimento. Informamos que cada etapa (validação do roteiro e validação do vídeo) terá duração aproximada de 45 (quarenta e cinco) dias.

Asseguramos que os dados obtidos por meio de sua participação serão utilizados somente para o desenvolvimento deste estudo e garantimos o acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios da pesquisa, inclusive para esclarecer dúvidas que possam surgir. Informamos ainda que, no momento de apresentação e publicação da pesquisa, não divulgaremos seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo(a), respeitando sua privacidade.

Nos colocamos à disposição para esclarecimentos e considerações. Por favor, entre em contato.

Maria Helena Palucci Marziale
(Orientadora) Tel: (16) 3315 3430
e-mail: marziale@eerp.usp.br

Janete Silva Porto
(Doutoranda) Tel: (65) 9981 1697
e-mail: janetesp@usp.br

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas). Em caso de dúvidas e considerações, favor entrar em contato: Avenida Bandeirantes, 3900, tel: (16) 3315 9197, e-mail: cep@eerp.usp.br (horário de funcionamento: dias úteis das 8 às 17h).

Eu, _____, RG: _____ declaro que estou devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos e concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ribeirão Preto, ____/____/____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE G - Convite para validação do roteiro e do vídeo educativo



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

CONVITE

Convidamos Vossa Senhoria para compor o Comitê de Especialistas que, na qualidade de juiz(a)/especialista, participará do processo de validação do roteiro/*script* e do vídeo educativo que está sendo proposto na pesquisa de doutorado intitulada: **Construção e validação de vídeo educativo para a adesão às precauções padrão por trabalhadores de enfermagem expostos à material biológico**. O objetivo é construir e validar um vídeo educativo sobre adesão às precauções padrão por trabalhadores de enfermagem, estruturado no Modelo Revisado de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Informamos que a seleção dos juizes ocorreu com base em critérios pré-estabelecidos, sendo que o senhor(a) foi escolhido(a) por atender aos requisitos. Sua participação trará benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a construção de estratégias de redução da exposição acidental a material biológico, e por consequente para a redução dos acidentes e doenças por este tipo de exposição. Entretanto, ressaltamos o caráter voluntário de vossa participação.

Havendo interesse em participar, sua colaboração ocorrerá em dois momentos distintos. Em um primeiro momento receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma cópia do roteiro/*script* juntamente com o instrumento de validação e as orientações pertinentes, observando os seguintes aspectos: funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e procedimento.

Após a validação do roteiro/*script* será construído o vídeo educativo e, portanto, nesta etapa será submetido a validação. Lhe será enviada uma cópia do vídeo educativo, o instrumento de validação e as orientações pertinentes. Na validação do vídeo também serão observados os mesmos aspectos avaliados no roteiro.

Estimamos que cada etapa (validação do roteiro e validação do vídeo) terá uma duração aproximada de 30 (trinta) dias.

Diante disso, pedimos a gentileza de nos confirmar no prazo de 7(sete) dias, após o recebimento deste, sua aceitação para ser membro(a) do referido Comitê.

Lembramos que todo o processo seguirá os preceitos éticos em pesquisa, preservando a identidade e qualquer outra informação que possa identifica-lo. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, parecer número 53488816.7.0000.5393. Declaramos que não há conflitos de interesse neste estudo.

Agradecemos antecipadamente vossa atenção.

Atenciosamente,


Janete Silva Porto
(Doutoranda) Tel: (65) 99981 1697
e-mail: janetes@usp.br


Profa Dra Maria Helena Palucci Marziale
(Orientadora) Tel: (16) 3315 3430
e-mail: marziale@eerp.usp.br

APÊNDICE H – Declaração de participação aos especialistas



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a pesquisadora _____ participou na qualidade de ESPECIALISTA, no período de janeiro a maio de 2017, do processo de validação do roteiro e do vídeo educativo desenvolvidos no projeto de pesquisa nível doutorado intitulado **“Construção e validação de vídeo educativo para a adesão às precauções padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico”**, vinculado a Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale. Nele foram avaliados todos os aspectos relacionados a construção do referido material educativo (roteiro: objetivos, ambiente, linguagem verbal e inclusão de tópicos; vídeo: funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e procedimento).

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Ribeirão Preto, XXX de XXXX de 2017.

Janete Silva Porto

Doutoranda do Depto de Enfermagem Fundamental
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP
Universidade de São Paulo – USP
Matrícula USP n. 8856799

APÊNDICE I – Instrumento para validação do roteiro/script

Caracterização dos Juízes

Instrumento adaptado de: Ferreira, M.V.F. Curativo do cateter venoso central: subsídios para o ensino e a assistência de enfermagem. 2013. 228 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013, p. 206-7.

Pesquisa: Construção e validação de vídeo educativo para a adesão às precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico

Informações Gerais

O objetivo da pesquisa é construir e validar um vídeo educativo para ampliar a adoção de comportamentos seguros por profissionais de enfermagem expostos a material biológico potencialmente contaminado.

O estudo está sendo desenvolvido em duas etapas. A primeira trata-se de um estudo descritivo transversal realizado com 197 trabalhadores de dois hospitais de Cuiabá mediante aplicação do instrumento *Questionnaires for Knowledge and Compliance with Standard Precaution* (LUO et al., 2010) – versão traduzida para o português e validada para uso no Brasil (Valim et al., 2015), construído com base no referencial da Promoção da Saúde. Esta etapa foi realizada para identificar o comportamento de trabalhadores de enfermagem em relação à adesão as precauções-padrão diante da exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado (conduta prévia) e analisado por meio das variáveis percepção dos benefícios da ação, das barreiras da ação, da autoeficácia, influências interpessoais e situacionais resultando na análise da conduta promotora de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2006). Com base nos resultados da primeira etapa foram identificadas variáveis que serão utilizadas na construção de um vídeo educativo, cuja finalidade é ampliar a adesão às PP por profissionais de enfermagem. Assim, a segunda etapa trata-se de um **estudo metodológico de construção e validação de um vídeo educativo**.

A segunda etapa é constituída pelo desenvolvimento de um roteiro, da avaliação, gravação e edição do vídeo seguidas do processo de sua validação. O roteiro do vídeo será avaliado por juízes/especialistas seguindo a Técnica Delphi para análise de conteúdo.

Assim, solicitamos que você avalie, nesta primeira fase, o conteúdo técnico-científico do roteiro ora apresentado e nos envie sua contribuição pelo e-mail: janetesp@usp.br. O prazo para nos enviar a sua contribuição com os formulários preenchidos é de 7 (sete) dias corridos a partir da data do recebimento.

Agradecemos sua colaboração e informamos que todos os dados fornecidos serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa. Não há conflitos de interesse nesta pesquisa.

1. Caracterização dos juízes

1.1. Sexo () Feminino () Masculino
1.2. Idade: _____ anos
1.3. Tempo de formação em ensino superior: _____ anos. Curso: _____
1.4 Formação de pós- graduação: () Não () Sim

1.4.1. Se sim, responda

- () Especialista em _____
 () Mestre em _____
 () Doutor em _____
 () Pós-Doutor em _____

1.5. Área de atuação profissional (atual):

- () Saúde do trabalhador/Enfermagem do trabalho
 () Práticas educativas
 () Promoção da saúde no trabalho
 () Produção de vídeo educativo
 () Atuação prática de pelo menos de um ano no tema de interesse deste estudo
 () Outra, especificar _____

1.6. Publicações nos últimos cinco anos sobre os temas abaixo relacionados:

- () Saúde do trabalhador/Enfermagem do trabalho – número de artigos: _____ livros: _____
 () Práticas educativas – número de artigos: _____ livros: _____
 () Promoção da saúde no trabalho – número de artigos: _____ livros: _____
 () Produção de vídeo educativo – número de artigos: _____ livros: _____
 () Publicação de pesquisa relevante para a área de interesse do estudo ()
 Sim () Não

APÊNDICE J – Instrumento para validação do roteiro/*script* do vídeo educativo*

Validação do conteúdo do roteiro

*Instrumento adaptado de: Ferreira, M.V.F. Curativo do cateter venoso central: subsídios para o ensino e a assistência de enfermagem. 2013. 228 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013, p. 206-7.

Prezado(a) Senhor(a), o presente instrumento tem como finalidade subsidiar a avaliação do roteiro/*script* do vídeo educativo que está sendo desenvolvido pela pesquisa intitulada: **Construção e validação de vídeo educativo para a adesão às precauções-padrão por trabalhadores de enfermagem expostos a material biológico.**

Solicito-lhes, por gentileza, que o preencham o instrumento de acordo com as instruções. Os aspectos a serem avaliados são: objetivos, conteúdo, relevância, ambiente, linguagem verbal e inclusão dos tópicos. As respostas devem ser marcadas com a letra “X” na opção que melhor represente a sua opinião (CF: Concordo Fortemente; C: Concordo; NN: Não concordo Nem discordo; D: Discordo; DF: Discordo Fortemente). Há espaço destinado a comentários e sugestões para que possa registrar suas sugestões quanto ao conteúdo a ser modificado e/ou acrescentado.

Informamos-lhe que não há conflitos de interesse neste estudo e que todos os dados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa científica. Muito obrigada por sua participação!

1. OBJETIVOS: referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir.

Item	CF	C	NN	D	DF
1.1. Os objetivos são coerentes com os objetivos propostos na pesquisa					
1.2. Os objetivos são coerentes com as recomendações de precaução-padrão					
1.3. Os objetivos são coerentes com a prática da promoção da saúde					
1.4. Os objetivos estão adequados para serem efetivados					

Comentários e sugestões

2. CONTEÚDO: refere-se à forma de apresentar o vídeo, isso inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação e suficiência.

Item	CF	C	NN	D	DF
2.1. O conteúdo apresentado no roteiro/ <i>script</i> corresponde aos objetivos propostos no trabalho					
2.2. O conteúdo facilita o processo de ensino-					

aprendizagem na temática					
2.3. O conteúdo permite a compreensão do tema					
2.4. O conteúdo obedece a uma sequência lógica					
2.5. O conteúdo incorpora as informações necessárias para promover a adesão às precauções-padrão					
2.6. O conteúdo dispõe de todos os recursos materiais necessários para promover a adesão às precauções-padrão					
2.7. As informações que o roteiro/ <i>script</i> apresenta estão corretas					

Comentários e sugestões

3. RELEVÂNCIA: refere-se às características que avaliam o grau de significação dos itens (imagens e cenas) apresentados no roteiro do vídeo educativo.

Item	CF	C	NN	D	DF
3.1. As imagens e cenas ilustram aspectos importantes para a promoção da adesão às precauções-padrão pela equipe de enfermagem					
3.2. As imagens e cenas são relevantes para que os trabalhadores de enfermagem adotem comportamentos seguros diante da exposição material biológico potencialmente contaminado					
3.3. As imagens e cenas permitem transferência e generalização do conteúdo aprendido para diferentes contextos do ambiente de trabalho					

Comentários e sugestões

4. AMBIENTE: refere-se à avaliação do cenário que será apresentado no vídeo educativo.

Item	CF	C	NN	D	DF
4.1. O cenário é adequado para a produção do vídeo					
4.2. O cenário é adequado para a aprendizagem da temática					

Comentários e sugestões

5. LINGUAGEM VERBAL: refere-se à linguagem que será empregada no vídeo educativo.

Item	CF	C	NN	D	DF
5.1. A linguagem verbal utilizada no roteiro/ <i>script</i> é adequada ao público-alvo					
5.2. A linguagem verbal é de fácil assimilação					

Comentários e sugestões

6. INCLUSÃO DOS TÓPICOS: refere-se à inclusão dos tópicos relacionados à adesão às precauções-padrão pela equipe de enfermagem, que serão apresentados no vídeo educativo.

Item	CF	C	NN	D	DF
6.1. Os objetivos do vídeo educativo					
6.2. As precauções-padrão					
6.3. As causas dos acidentes de trabalho com material biológico na enfermagem					
6.4. As consequências dos acidentes de trabalho com material biológico na enfermagem					
6.5. Os benefícios do uso das precauções-padrão					
6.6. Os obstáculos para o não uso das precauções-padrão					
6.7. A promoção da adesão às precauções-padrão					

Comentários e sugestões

APÊNDICE K – Autorização Ministério da Saúde (Núcleo Cuiabá/MT)

Zimbra

janetesp@usp.br

RES: Solicitação

De : Creonice de Jesus C. Souza
<creonice.souza@saude.gov.br>

Qua, 05 de Abr de 2017 08:58

 1 anexo

Assunto : RES: Solicitação

Para : janetesp@usp.br

Cc : Odair Bernardo Custódio
<odair.custodio@saude.gov.br>, Roberta Quatti
Nogarol de Lima <roberta.lima@saude.gov.br>,
Dayana Ferreira Souza
<dayana.souza@saude.gov.br>

Janete, bom dia! Em contato com o Sr. Odair Bernardo Custódio Bernardo, Chefe da Gestão Administrativa do Ministério da Saúde/MT, decidimos AUTORIZAR a participação da servidora **DAYANA FERREIRA SOUZA**, no vídeo de prevenção de acidentes de trabalho, conforme vossa solicitação abaixo. Estamos a disposição.

Atenciosamente,

Creonice de Jesus Campos Souza
Gestão de Pessoas
Serviço de Gestão Administrativa
Núcleo Estadual do Ministério da Saúde/MT
Av. Getulio Vargas, 1.426 – Ed. Boa Esperança II
Bairro: Quilombo – Cuiabá/MT – Cep.: 78.045.901
 (65) 3617-5860/5864

De: janetesp@usp.br [mailto:janetesp@usp.br]
Enviada em: terça-feira, 4 de abril de 2017 15:10
Para: Creonice de Jesus C. Souza
Assunto: Solicitação

Boa tarde Creonice! Tudo bem?

Estou em contato com a Enfª Dayana sobre a gravação de um video de prevenção de acidentes de trabalho com material biologico. Fiz o convite a ela para fazer algumas cenas do video e ela aceitou.
Sugeri que fizéssemos na sala dela de trabalho. Combinamos previamente para amanhã.
Envio em anexo o oficio que fiz para levar pessoalmente para voce.
O video não divulgará imagens ou ambientes que identifiquem a instituição.
A participação da Enfª Dayana ocorrerá com autorização expressa no Termo de Uso de Imagens.
Estou à disposição para esclarecer quaisquer duvidas, pelo WhattsApp, email ou telefone.

APÊNDICE L – Autorização para gravação das cenas no hospital

Zimbira

janetesp@usp.br

Agendamento de gravação

De : janetesp@usp.br Qua, 05 de Abr de 2017 06
Assunto : Agendamento de gravação 1 an
Para : Centro de Pesquisa HCan
 <centrodepesquisa@hcancer.com.br>,
 gerenciadeenfermagem@hcancer.com.br,
 jornalismo@hcancer.com.br

Prezados Haracelli e Daniel, bom dia!

Estive ontem no HCan para conversar com a gerente de enfermagem (que nos lê em copia) sobre a gravação das cenas para o vídeo educativo.
 Definimos o espaço do Pronto do Atendimento para realização do trabalho. Agendamos para a próxima quarta-feira (12) as 13:30.
 Seguindo as orientações da Enfª Juliana, primeiramente passaremos no setor de comunicação e prosseguiremos para o PA.
 Estejam a vontade para acompanhar as gravações e dar sugestões no que julgarem adequado.
 Agradeço pelo apoio e interesse do HCan em contribuir com a pesquisa.
 Att.

--

Janete Silva Porto

Doutoranda em Enfermagem Fundamental
 Linha de Pesquisa Saúde do Trabalhador
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP
 Universidade de São Paulo – USP
 65-9981-1697

De: "Centro de Pesquisa HCan" <centrodepesquisa@hcancer.com.br>
Para: janetesp@usp.br
Enviadas: Terça-feira, 28 de Março de 2017 13:53:35
Assunto: Re: Correção na data do ofício

Ok!! Obrigada e aguardamos o agendamento.

Luciana Portes
 Coordenadora Centro de Educação

Em 28 de março de 2017 13:51, <janetesp@usp.br> escreveu:
 Boa tarde Haracelli!

Agradeço pela atenção e agilidade com que meu pedido foi tratado e pelo apoio do HCan ao estudo. Este tem sido um grande estímulo desde o início.
 Será um prazer ter a equipe do HCan nos acompanhando. Entrarei em contato para agendarmos

Continua...

APÊNDICE L – Autorização para gravação das cenas no hospital (continuação)

o dia e horário das gravações. Mas, adianto que pretendemos fazer-lo na semana que vem. Evitaremos o envolvimento de pacientes. Talvez ocorra a participação de trabalhadores, mas com a devida autorização.

Ao final do curso está prevista uma atividade de divulgação dos resultados da pesquisa no HCan e a disponibilização do vídeo para uso nas atividades de prevenção no hospital.

Att.

Janete S Porto

De: "Centro de Pesquisa HCan" <centrodepesquisa@hcancer.com.br>

Para: janetesp@usp.br

Enviadas: Terça-feira, 28 de Março de 2017 13:27:58

Assunto: Fwd: Correção na data do ofício

Boa tarde Janete,
Segue a resposta da assessoria de comunicação, quanto a sua solicitação.
Atenciosamente,
Haracelli Leite

----- Mensagem encaminhada -----

De: Assessoria de Comunicação HCan <jornalismo@hcancer.com.br>

Data: 27 de março de 2017 17:03

Assunto: Re: Correção na data do ofício

Para: Centro de Pesquisa HCan <centrodepesquisa@hcancer.com.br>

Boa tarde.

Tendo em vista a aprovação pela CEP e pelo NIEPS, bem como a relevância do tema abordado, a assessoria de comunicação apoia a realização desse trabalho.

É importante destacar que pacientes, acompanhantes, visitantes ou funcionários apenas poderão ter a imagem divulgada após autorização por escrito do mesmo.

Temos diversos espaços que poderão ser usados, bastando fazermos uma agenda prévia junto à gerência de enfermagem.

Gostaríamos de acompanhar o processo de gravação e distribuição, se não for um incômodo.

Estamos à disposição.

Att.

APÊNDICE M – Termo de Autorização de Uso de Imagem

Neste

ato, _____, _____ anos,
nacionalidade _____, estado civil _____, portador(a) da
cédula de identidade RG nº _____, inscrito no CPF sob nº _____
residente

à: _____, nº. _____, município de
_____/Mato Grosso. AUTORIZO o uso de minha

imagem em todo e qualquer material entre fotos, documentos, vídeos/filmagens, para ser utilizada no **vídeo educativo “Segurança no trabalho em serviços de saúde: adesão às precauções-padrão”** que integra a tese de doutorado da pesquisadora Janete Silva Porto, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Essas imagens serão divulgadas em meio eletrônico, sendo de acesso ao público em geral. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, na forma de mídia eletrônica (internet – redes sociais, youtube, televisão, DVD, entre outros). Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

Cuiabá, _____ de _____ de _____.

(Assinatura)

Nome (por extenso): _____

Telefone p/ contato: () _____ - _____

APÊNDICE N – Termo de Autorização de Uso de Imagem para Menor de 18 Anos

_____, nacionalidade _____, menor de idade, neste ato devidamente representado por seu (sua) (responsável legal), _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Cédula de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente à Av/Rua _____, nº. _____, município de _____/Mato Grosso. AUTORIZO o uso da imagem de meu (minha) filho (a) na idade de _____ anos, em todo e qualquer material entre fotos, documentos, vídeos/filmagens, para ser utilizada no **vídeo educativo “Segurança no trabalho em serviços de saúde: adesão às precauções padrão”** que integra a tese de doutorado da pesquisadora Janete Silva Porto, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Essas imagens serão divulgadas em meio eletrônico, sendo de acesso ao público em geral. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, na forma de mídia eletrônica (internet – redes sociais, youtube, televisão, DVD, entre outros). Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

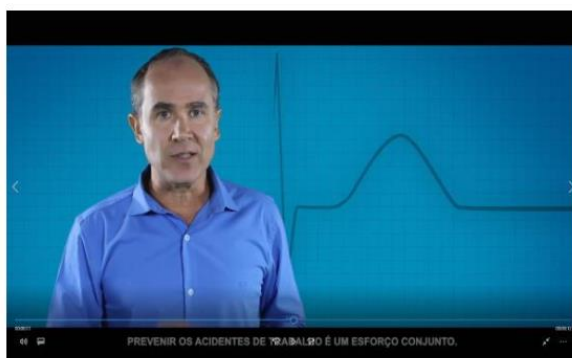
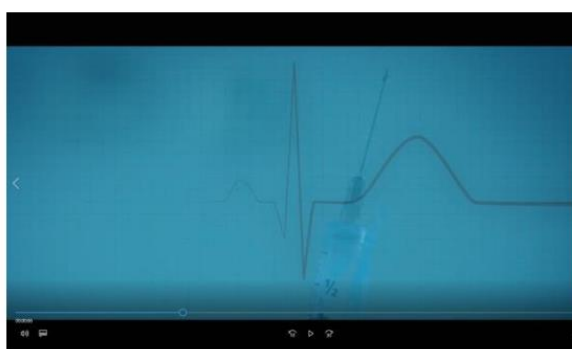
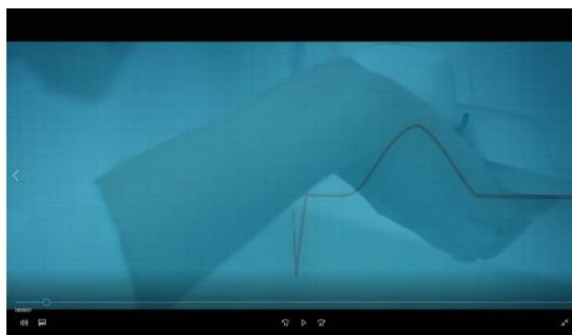
_____, dia _____ de _____ de _____.

(Responsável legal – nome por extenso)

Nome do(a) participante (por extenso)

Telefone p/ contato: () _____ - _____

APÊNDICE O – Chamada para o vídeo educativo



APÊNDICE P – Artes do DVD e encarte do vídeo educativo



APÊNDICE Q – Instrumento para validação do vídeo educativo*

*Instrumento adaptado de: Ferreira, M.V.F. Curativo do cateter venoso central: subsídios para o ensino e a assistência de enfermagem. 2013. 228 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013, p. 206-7.

Prezado(a) Senhor(a), dando continuidade ao processo de validação, apresento-lhe o presente instrumento que tem como finalidade subsidiar a avaliação do vídeo educativo intitulado **“Segurança no trabalho em serviços de saúde: adesão às precauções-padrão.”**

Solicito, por gentileza, que preencha o instrumento assinalando com “X” na opção que melhor represente a sua opinião em relação aos aspectos: funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e procedimento. As alternativas para respostas são: CF: Concordo fortemente; C: Concordo; NN: Não concordo Nem discordo; D: Discordo; DF: Discordo Fortemente). Há espaço abaixo de cada aspecto da avaliação para registrar suas sugestões e comentários.

Reitero que não há conflitos de interesse neste estudo e que todos os dados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa científica.

Muito obrigada por sua participação!

1. FUNCIONALIDADE: refere-se às funções e/ou objetivos do vídeo educativo que estão dirigidas a facilitar o processo educativo para promover a adesão às medidas de precauções- padrão.

	CF	C	NN	D	DF
1.1. O vídeo educativo apresenta-se como ferramenta adequada para o objetivo a que se destina					
1.2. O vídeo educativo possibilita gerar resultados positivos no processo ensino-aprendizagem na temática					

Sugestões: _____

2. USABILIDADE: refere-se ao esforço necessário para usar o vídeo, bem como ao

juízo individual desse uso.

	CF	C	NN	D	DF
2.1. O vídeo é fácil de usar					
2.2. É fácil aprender os conceitos teóricos utilizados e suas aplicações					
2.3. Permite que o usuário tenha facilidade em aplicar os conceitos em sua rotina de trabalho					

Sugestões: _____

3. EFICIÊNCIA: refere-se ao nível de desempenho do vídeo e a quantidade de recursos usados (relacionados ao tempo) sob condições estabelecidas.

	CF	C	NN	D	DF
3.1. A duração do vídeo (tempo utilizado) é adequada para que o usuário compreenda o conteúdo					
3.2. O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo					

Sugestões: _____

4. TÉCNICA AUDIOVISUAL: refere-se ao conjunto de recursos técnicos empregados para exibição do conteúdo do vídeo.

	CF	C	NN	D	DF
4.1. A iluminação é adequada para observação das cenas					
4.2. O tom e a voz do narrador são claros e adequados					
4.3. A narração do vídeo é utilizada de forma eficiente e compreensível à clientela					
4.4. É possível retornar a qualquer parte das cenas quando desejado					

Sugestões: _____

5. AMBIENTE: refere-se à avaliação do local onde foi realizada a filmagem do vídeo educativo.

	CF	C	NN	D	DF
5.1. O vídeo reflete o cotidiano da exposição ocupacional a material biológico potencialmente contaminado pela equipe de enfermagem					
5.2. Os ambientes utilizados para as cenas mostraram-se adequados para garantir a transmissão do conteúdo proposto pelo vídeo					

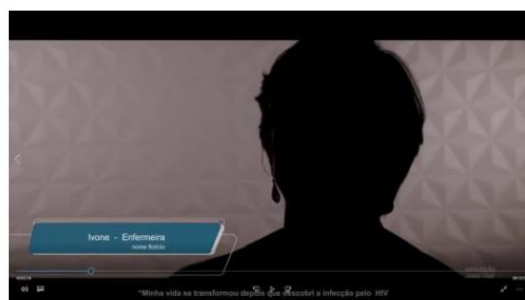
Sugestões: _____

6. PROCEDIMENTO: avalia se o conteúdo apresentado no vídeo educativo permite a compreensão dos itens abaixo apresentados.

	CF	C	NN	D	DF
6.1. Os objetivos do vídeo educativo					
6.2. A apresentação dos ambientes de trabalho e a exposição a material biológico					
6.3. A apresentação das precauções-padrão					
6.4. As causas dos acidentes de trabalho com material biológico na enfermagem					
6.5. As consequências dos acidentes de trabalho com material biológico na enfermagem					
6.6. Os benefícios do uso das precauções-padrão					
6.7. Os obstáculos para o não uso das precauções-padrão					
6.8. A promoção da adesão às precauções-padrão					

Sugestões: _____

APÊNDICE R – Imagens do vídeo (continua)





ANEXO A – Termo de autorização do hospital privado



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Dr. **Juliano Moraes Vieira**, Diretor Executivo, declaro estar ciente e de acordo com a pesquisa a ser realizada junto a equipe de enfermagem do Hospital e Maternidade São Mateus, Cuiabá – Estado de Mato Grosso. O estudo será conduzido pela doutoranda **Janete Silva Porto**, sob orientação da Professora Doutora **Maria Helena Palucci Marziale**, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, com o título (provisório): **Implementação de um programa educativo com foco na prevenção da exposição acidental a material biológico no trabalho de enfermagem**.

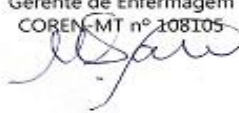
Declaro que tenho conhecimento sobre os objetivos do estudo e procedimentos de coleta de dados, estando informado de que o desenvolvimento do trabalho se dará afetando minimamente a rotina da instituição.

Por ser verdade, firmo o presente.

Cuiabá, 17 de setembro de 2015.


Juliano Moraes Vieira

Ciente:

Maria Marta Santos
Gerente de Enfermagem
COREN-MT nº 108105


ANEXO B – Parecer do hospital privado filantrópico



PARECER SOBRE COLETA DE DADOS DE PESQUISA

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO COM FOCO NA PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO ACIDENTAL A MATERIAL BIOLÓGICO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM

Discentes pesquisadores: Janete Silva Porto

Orientador: Maria Helena Palucci Marziale

Instituição Proponente: USP – Universidade de São Paulo

Área Temática: PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO ACIDENTAL A MATERIAL BIOLÓGICO

DADOS DO PARECER

A pesquisa é de relevância para área e possui percurso metodológico bem definido. Os riscos da pesquisa serão minimizados uma vez que a coleta de dados somente será efetuada após aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/CONEP.

COMENTÁRIOS SOBRE A PESQUISA:

O tema é de relevância para a área da saúde em geral e os resultados deste estudo servirão para qualificar a prática assistencial do Hospital de Câncer de Mato Grosso, portanto consideramos que este hospital pode configurar-se como campo para coleta de dados desta pesquisa.

RECOMENDAÇÕES:

Solicitamos que antes da entrada no campo a pesquisadora se apresente ao Centro de Educação / Pesquisa do HCan-MT a fim de apresentar a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para realização da coleta e receber autorização de entrada no campo.

SITUAÇÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS DO PARECER:

O Hospital de Câncer de Mato Grosso reitera seu apreço pela integração ensino, pesquisa e serviço, assim como seu permanente fomento às atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão. Portanto, considera este projeto **APROVADO**, permitindo a coleta de dados nesta instituição.

CUIABÁ, 23 de setembro de 2015.

Assinado por
Luciana Portes de Almeida
Coordenadora Centro de Pesquisa

Assinado por
Maracelli Cristina Leite
Diretora Do Núcleo de Integração de Ensino, Pesquisa e Saúde

ANEXO C – Instrumento 1 – Questionário Sociodemográfico

Prezado (a) Senhor (a),

Os questionários a seguir integram o projeto de pesquisa: Construção e validação de vídeo educativo para a adoção de comportamentos seguros diante da exposição ocupacional a material biológico.

Por gentileza, pedimos que responda com veracidade às questões, assinalando com um “X” a alternativa que julgar verdadeira.

Agradecemos a sua colaboração!

Questionário Sociodemográfico (SD)

1) Idade: _____ anos

2) Sexo: () Masculino () Feminino

3) Grau de escolaridade:

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| 1) Nível Auxiliar de enfermagem | 6) Mestrado incompleto |
| 2) Nível Técnico de enfermagem | 7) Mestrado |
| 3) Superior em Enfermagem | 8) Doutorado incompleto |
| 4) Especialização incompleta | 9) Doutorado |
| 5) Especialização | |

4) Você exerce função exclusivamente administrativa:

- 1) Não
2) Sim (descrever) _____

5) Tempo de atuação profissional: _____ anos _____ meses

6) Tempo de atuação na unidade/setor: _____ anos _____ meses

7) Setor de atuação profissional: _____

8) Possui mais de um vínculo empregatício?

- 1) Não
2) Sim (favor especificar o(s) outros local(is) em que trabalha

9) Você já sofreu acidente de trabalho com material perfurocortante potencialmente contaminado?

- 1) Não
2) Sim (favor especificar número de vezes) _____

10) Você já sofreu acidente de trabalho pelo contato de pele não íntegra ou mucosa com sangue ou fluídos corporais potencialmente contaminados (sangue, fluídos com sangue, líquido amniótico, líquido pleural, líquido ascítico, excreções como fezes e urina e secreções de vias aéreas)?

1) Não

2) Sim (favor especificar o número de vezes) _____

Se respondeu SIM às questões 9 e/ou 10, responda às questões 11 e 12.

11) Com relação à notificação de acidente com material biológico potencialmente contaminado, você notifica:

1) Sempre 2) Na maioria das vezes 3) Às vezes 4) Raramente 5) Nunca

12) O motivo pelo qual você não notificou o seu acidente do trabalho foi:

1) Considero desnecessária a notificação;

2) Medo da reação da chefia e dos colegas de trabalho;

3) Não há serviço de controle de notificações de acidentes de trabalho neste hospital;

4) Não percebi o acidente na hora do acontecimento

5) Outros _____

13) Você já participou de treinamento sobre medidas de precauções-padrão oferecido pela instituição empregadora?

1) Não

2) Sim (especificar a data da realização do último treinamento) _____

14) Você deseja receber treinamento e atualizações sobre as medidas de precauções-padrão?

1) Não

2) Sim

15) Em seu setor de trabalho os recipientes para descarte de material perfurocortante são sempre trocados quando chegam a 1/3 do preenchimento?

1) Não

2) Sim

16) O seu esquema de vacinação contra a hepatite B está completo (três doses)?

1) Sim

2) Não

17) O resultado do seu exame de sorologia para anticorpo de hepatite B (anti-HBs) é:

1) Positivo

2) Negativo

3) Desconheço

Questionário de conhecimento sobre as precauções-padrão (CPP)

- 1) Você sabe o que são as medidas de precauções-padrão?
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 2) As precauções-padrão só devem ser aplicadas em pacientes com diagnóstico de infecção ou pacientes que se encontram no período de incubação para uma determinada infecção:
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 3) A adesão às medidas de precauções-padrão tem como objetivo principal proteger a equipe de saúde:
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 4) Ao entrar em contato com sangue ou quaisquer outros materiais potencialmente contaminados, deve-se lavar as mãos imediatamente:
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 5) A higienização das mãos deve ser realizada durante a prestação de cuidados a pacientes diferentes:
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 6) Uma vez que o uso de luvas pode evitar a contaminação das mãos, não é necessário higienizar as mãos depois de retirar as luvas:
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 7) Deve ser evitado o contato de objetos, materiais, equipamentos, roupas e indivíduos com Equipamento de Proteção Individual (EPI) contaminado:
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 8) O uso do EPI não deve ser compartilhado:
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 9) Ao realizar os procedimentos de cuidado oral ou outros procedimentos que possam envolver contato com mucosas do paciente, o uso de luvas não é obrigatório:
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 10) Nos procedimentos de coleta de sangue ou punção venosa, o uso de luvas é necessário:
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 11) Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de contato das mãos com secreção ou excreção de pacientes, o uso das luvas é necessário:
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 12) Deve-se realizar a troca das luvas na prestação de cuidados a pacientes diferentes:
() Verdadeiro () Falso () Não sei

- 13) Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue, fluido corporal, secreção ou excreção, deve-se usar máscara de proteção ou protetor facial:
☐ Verdadeiro ☐ Falso ☐ Não sei
- 14) Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue, fluido corporal, secreção ou excreção, deve-se usar óculos de proteção individual ou protetores faciais:
☐ Verdadeiro ☐ Falso ☐ Não sei
- 15) Nos procedimentos em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue, fluido corporal, secreção ou excreção, deve-se utilizar o avental de proteção:
☐ Verdadeiro ☐ Falso ☐ Não sei
- 16) Nas situações em que ocorrem possibilidades de respingos de sangue, fluido corporal, secreção ou excreção, deve-se utilizar gorros e propés descartáveis:
☐ Verdadeiro ☐ Falso ☐ Não sei
- 17) É proibido dobrar, entortar ou realizar o encape ativo de agulhas. Quando necessário, realizar o encape passivo com apenas uma das mãos. Os recipientes para descarte devem ficar próximos à área de manipulação:
☐ Verdadeiro ☐ Falso ☐ Não sei
- 18) Ao prestar assistência de enfermagem a pacientes com hepatite C ou sífilis, é necessário adotar apenas as medidas de precauções-padrão:
☐ Verdadeiro ☐ Falso ☐ Não sei
- 19) Ao prestar assistência de enfermagem a pacientes com tuberculose ativa ou varicela, é necessário adotar as medidas de precauções-padrão, além das medidas de precaução de gotícula:
☐ Verdadeiro ☐ Falso ☐ Não sei
- 20) Ao prestar assistência de enfermagem a pacientes com infecções intestinais ou infecções de pele, é necessário adotar as medidas de precauções-padrão, além das medidas de precaução de contato:
☐ Verdadeiro ☐ Falso ☐ Não sei

Agradecemos a sua colaboração!

ANEXO E – Instrumento 3**Questionário de adesão às precauções-padrão (APP)**

1) Realizo a higienização das mãos no intervalo entre a prestação de cuidados a diferentes pacientes:

() Sempre () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

2) Realizo a higienização das mãos após retirar as luvas:

() Sempre () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

3) Realizo a lavagem das mãos imediatamente após contato com materiais biológicos potencialmente contaminados:

() Sempre () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

Relate a frequência do uso das luvas nos procedimentos em que há possibilidade de contato com materiais biológicos potencialmente contaminados, listados abaixo:

4) Coleta de sangue:

() Sempre () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

5) Procedimentos que envolvam a possibilidade de contato com urina ou fezes:

() Sempre () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

6) Procedimentos que envolvam a possibilidade de contato com a pele não íntegra do paciente:

() Sempre () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

7) Procedimentos que envolvam a possibilidade de contato com a mucosa do paciente:

() Sempre () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

8) Procedimentos que envolvam a possibilidade de contato com secreções das vias aéreas do paciente (catarro):

() Sempre () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

9) Injeção intramuscular ou subcutânea:

() Sempre () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

10) Realização de curativos:

() Sempre () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

11) Limpeza para a remoção de sangue:

() Sempre () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca

12) Punção venosa:

1) () Sempre 2) () Frequentemente 3) () Às vezes 4) () Raramente
5) () Nunca

- 13) Contato com amostras de sangue:
☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca
- 14) Utilizo máscara de proteção quando há possibilidade de contato com respingo de sangue, fluido corporal, secreção ou excreção:
☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca
- 15) Utilizo óculos de proteção quando há possibilidade de contato com respingo de sangue, fluido corporal, secreção ou excreção:
☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca
- 16) Utilizo avental de proteção quando há possibilidade de contato com respingo com sangue, fluido corporal, secreção ou excreção:
☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca
- 17) Utilizo gorros e propés descartáveis quando há possibilidade de contato com respingos de sangue, fluido corporal, secreção ou excreção:
☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca
- 18) Não realizo o encape ativo de agulhas usadas ou realizo o encape passivo de agulhas apenas com uma mão:
☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca
- 19) Descarto as agulhas, lâminas e outros materiais perfurocortantes em recipientes de descarte específicos:
☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca
- 20) Após acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes contaminados, espremo imediatamente o local, em seguida lavo, efetuo a antissepsia e coloco um curativo:
☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

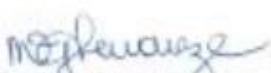
Agradecemos a sua colaboração!

ANEXO F – Autorização para uso dos instrumentos de validação do roteiro e do vídeo educativo

Ribeirão Preto, 13 de junho de 2016.

Prezada Janete,

Disponibilizo os instrumentos de caracterização dos juízes/especialistas, de validação do conteúdo do roteiro/script e de validação do vídeo educativo, de minha autoria, para serem utilizados em sua pesquisa de doutorado. E, autorizo que sejam feitas adaptações para adequar os termos ao seu tema de estudo.


Maria Verônica Ferrareze Ferreira

ANEXO G – Aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 157/2016, de 19.05.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 18 de maio de 2016.

Protocolo CAAE: 53488816.7.0000.5393

Projeto: Construção e validação de vídeo educativo para a adoção de comportamentos seguros frente a exposição ocupacional a material biológico

Pesquisadores: Janete Silva Porto

Maria Helena Palucci Marziale (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP