

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O RISCO OCUPACIONAL NA PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DA SAÚDE^a

Joana D'Arc de Souza OLIVEIRA^b
Aurigena Antunes Araújo FERREIRA^c
Maria do Socorro COSTA FEITOSA^d
Maria Adelaide Silva PAREDES MOREIRA^e

RESUMO

Objetivou-se identificar os sentidos construídos sobre risco ocupacional por trabalhadores da saúde, através da abordagem estrutural das representações sociais. Participaram 220 profissionais de saúde de um hospital público de Natal, Rio Grande do Norte. Utilizou-se a técnica de evocação livre de palavras e os dados foram tratados analisando-se de forma articulada as médias de frequência e ordem de evocação. Os resultados mostram que os sistemas centrais têm composições diferentes nos três grupos: doença e morte nos médicos, perfurocortante e perigo nos enfermeiros e contaminação, doença, infecção e perigo nos odontólogos. A complexidade dos vínculos entre trabalho e risco sugere que estratégias e alternativas de ação sejam operacionalizadas, com a integração das diferentes categorias profissionais e ramos de conhecimento em torno de um objetivo comum, a partir de um espaço interdisciplinar, ampliando o nível de conscientização desses profissionais referente às consequências de suas práticas para a saúde.

Descritores: Riscos ocupacionais. Saúde do trabalhador. Recursos humanos em hospital.

RESUMEN

Se ha tenido como objetivo identificar los sentidos construidos sobre el riesgo ocupacional por trabajadores de la salud, a través del abordaje estructural de las representaciones sociales. Participaron 220 profesionales de salud de un hospital público de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Se utilizó la técnica de evocación libre de palabras y los datos fueron tratados analizándose, de forma articulada, los promedios de frecuencia y orden de evocación. Los resultados muestran que los sistemas centrales tienen composiciones distintas en los tres grupos: enfermedad y muerte en los médicos, perfurocortante y peligro en los enfermeros y contaminación, enfermedad, infección y peligro en los odontólogos. La complejidad de los vínculos entre trabajo y riesgo sugiere que estrategias y alternativas de acción sean ejecutadas con la integración de las distintas categorías profesionales y ramas de conocimiento sobre un objetivo común a partir de un espacio interdisciplinario, ampliando el nivel de concienciación de esos profesionales con respecto a las consecuencias de sus prácticas para la salud.

Descritores: Riesgos laborales. Salud laboral. Personal de hospital.

Título: Representaciones sociales del riesgo ocupacional en la perspectiva del trabajador de la salud.

ABSTRACT

We aimed to identify the meanings constructed about occupational risk by health workers through the structural approach to social representation. 220 health professionals from a public hospital in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil, participated in this research. The technique of free evocation of words was used and data were examined through an articulated analysis of frequency average and evocation order. Results shows that central systems have different compositions in three groups: disease and death for doctors, perforating and danger for nurses and contamination, disease, infection and danger for dentists. The complexity of bond among work and risk suggests that strategies and alternatives of actions might be operationalized with integration of different professional categories and fields of knowledge towards a common objective starting from an interdisciplinary space and expanding the awareness level of these professionals concerning to consequences of their practices to health.

Descriptors: Occupational risks. Occupational health. Personnel, hospital.

Title: Social representations about occupational risk in the perspective of the health worker.

^a Extraído da dissertação de Mestrado apresentada em 2006 ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCSa) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

^b Mestranda do PPGCSa da UFRN, Enfermeira Especialista do Trabalho do Hospital Walfredo Gurgel e Pronto Socorro Clóvis Sarinho, Rio Grande do Norte, Brasil.

^c Odontóloga, Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Departamento de Odontologia Social da UFRN, Brasil.

^d Doutora em Odontologia, Docente do Departamento de Farmácia da UFRN, Pesquisadora do PPGCSa da UFRN, Brasil.

^e Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Brasil.

INTRODUÇÃO

Os riscos ocupacionais constituem um problema de Saúde Pública, complementando-os com as suas especificidades e exigências. Em face dos avanços científicos do mundo moderno, o foco do risco ocupacional é um conceito que tem conquistado espaço nas instituições hospitalares por ser este, um ambiente considerado de risco e abrigar uma série de agentes que podem ser nocivos à saúde quando não controlados.

Entre os fatores de risco evidenciam-se: riscos físicos (inadequação de iluminação, temperatura e ruídos); riscos químicos (medicamentos, desinfetantes, esterilizantes e anestésicos); riscos biológicos (vírus, bactérias, fungos); riscos com materiais orgânicos (sangue, urina, partículas em suspensão); risco psicológico (excesso de trabalho, relacionamento humano difícil); risco social (agressões físicas e/ou verbais) e riscos ergonômicos (esquema de trabalho em turnos, carga física e mental, mobiliários inadequados)⁽¹⁾.

Desta forma, seja qual for a abordagem metodológica relativa aos riscos a que estão submetidos os profissionais de saúde, esta, traduz a realidade da situação do trabalho e das relações existentes entre riscos, e a saúde dos trabalhadores.

Pensar o risco ocupacional por meio da estrutura das representações sociais pode determinar um maior conhecimento das concretas condições de trabalho envolvendo a necessária articulação entre estruturas vinculadas às instituições de saúde e às condições sociais e ambientais. À luz de todas essas considerações, reveste-se de importância focar a categoria de trabalhadores que cuidam da saúde das pessoas, mas que, paradoxalmente, não recebem, muitas vezes, a devida atenção quanto aos riscos à sua própria saúde.

No estudo proposto, optou-se pela Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural, para explicar alguns aspectos subjetivos relacionados com os riscos ocupacionais.

As representações sociais compreendem modalidades de conhecimentos criadas pelos sujeitos para conhecer o mundo à sua volta e “resolver problemas”. O saber constituído pelas representações ajuda a compreender, reconstituir, interpretar os objetos do cotidiano⁽²⁾.

A partir deste contexto, objetivou-se identificar os sentidos construídos sobre risco ocupacional construídas por trabalhadores no contexto

hospitalar, através da abordagem estrutural das representações sociais.

METODOLOGIA

A investigação que deu origem a este trabalho compreende um recorte da dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte⁽³⁾. A investigação foi realizada com 220 profissionais: 100 médicos, 80 enfermeiros e 40 dentistas que desempenham suas atividades em um hospital de urgência na cidade de Natal, Rio Grande do Norte. Dentre os 220 sujeitos do estudo, 72% são mulheres e 26% homens, com idade entre 28 a 68 anos. Elegeu-se como critério para escolha da amostra os entrevistados serem lotados no hospital em estudo, e a representatividade da convivência e das experiências em ambientes de risco.

Os princípios legais e éticos foram obedecidos neste estudo por meio da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁴⁾, também pela ciência do Termo de Consentimento Livre Esclarecido garantindo o anonimato das informações.

Os dados foram coletados considerando os três estratos profissionais através da Técnica de Evocação Livre de Palavras, com o termo indutor “risco ocupacional”, permitindo levantar elementos para a apreensão da estrutura e da organização das representações sociais⁽⁵⁻⁷⁾.

A análise dos dados foi procedida através do programa informático EVOC, que combina a frequência das palavras ou expressões emitidas com a ordem de sua evocação^(7,8). Assim sendo, no quadrante superior esquerdo (quadrante 1) estarão situados os elementos com maiores frequências e mais prontamente evocados (menores ordens de evocação), o que possivelmente constitui o núcleo central, e no quadrante inferior direito (quadrante 4), os de menores frequências e maiores ordens média de evocação (OME), que se referem ao sistema periférico.

A organização de uma representação social apresenta uma modalidade particular específica, os elementos da representação não são somente hierarquizados, eles são também organizados em torno de um núcleo central, constituído de um ou mais elementos que dão à representação a sua significação⁽⁶⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise do risco ocupacional, a média de todas as frequências das evocações (FME) foi igual a 24, 29 e 20 e as médias das ordens média de evocação (OME), igual a 2,5, 2,5 e 2,0 para médicos, enfermeiros e cirurgião dentista (bucal-facial), respectivamente.

As representações sociais são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis, consensuais, embora o sistema periférico possa espelhar modulações individuais. Nesse contexto a abordagem estrutural procura demonstrar que as representações sociais constituem-se uma entidade única, ain-

da que essas aparentes contradições sejam regidas por um sistema duplo em que cada parte tem um papel específico, mas complementar da outra, ocorrendo em primeiro lugar o núcleo central e em segundo, como complemento indispensável, o sistema periférico⁽⁵⁾.

Como se observa na Figura 1, doença e morte, situadas no quadrante superior esquerdo, constituem o provável núcleo central da representação social construídas pelos médicos. Um fator que pode explicar a identificação dos riscos (doença e morte), por esses profissionais, como hipótese do núcleo central, advém da prática médica ainda está voltada para a dimensão biomédica.

MÉDICO				ENFERMEIRO				CIRURGIÃO-DENTISTA			
OME<2,5		OME>2,5		OME<2,5		OME>2,5		OME<2,5		OME>2,5	
FME	>24	FME	>24	FME	>29	FME	>29	FME	>20	FME	>20
Doença	64	Contaminação	24	Perfurocortante	33	Doença	56	Contaminação	22		
Morte	57	Infecção	37	Perigo	29	Morte	75	Doença	20		
		Perigo	34					Infecção	22		
								Perigo	21		
FME	<24	FME	<24	FME	<29	FME	<29	FME	<20	FME	<20
Acidente	21	Aids	13	Contaminação	22	Absenteísmo	5	Morte	18	Perfurocortante	10
Biológico	8	Hepatite	7	Invalidez	13	Infecção	28			Risco	1
Incapacidade	17	Insalubridade	18	Risco	10	Medo	9			Violência	6
Insegurança	23	Medo	11			Stress	24				
Invalidez	11	Perfurocortante	6								
		Stress	13								

Figura 1 – Estrutura do risco ocupacional por frequência e ordem de evocação. Natal, RN, 2006.

Fonte: Hospital e Pronto Socorro Clóvis Sarinho, Natal, RN, 2006.

Legenda: OME: ordem média de evocação; FME: frequência média de evocação.

Uma prática que ainda está centralizada na doença, na prescrição terapêutica e na morte, ou seja, no ato médico em si, para esse grupo o corpo humano tornou-se, então, a sede das doenças e/ou entidades patológicas. A nova visão da saúde indica para a necessidade de abordagens integradas reconhecendo as várias facetas dos fenômenos da vida cotidiana.

A doença tem caráter individual, social e cultural⁽⁹⁾. Inere-se, portanto, que não é possível demandá-la apenas como objeto de explicação biomédica, há uma relação entre o biológico e o social. Essa configuração requer a busca do sentido mundo-sociedade, tendo em vista que a doença passa a ser percebida à medida que o uso social do corpo começa a apresentar sinais de fragilidade, ameaçando não apenas ao indivíduo, mas também o seu entorno social.

A morte sob o ponto de vista médico emerge de uma convergência de fatores históricos e culturais. Pode-se inferir que a medicina sempre se apoiou na morte biológica para fundamentar sua prática em conhecimentos científicos. Esta abordagem mostra-se cada vez mais incapaz de compreender a condição humana, seja na situação de saúde de doença ou de morte. As insuficiências do modelo biomédico, que configuram uma prática que não consegue responder aos problemas de saúde/doença da população, têm levado os profissionais a discutir alternativas de articulação dos saberes com vistas a propor mudanças à realidade atual.

Neste sentido, amplia-se a discussão sobre a interdisciplinaridade em saúde, seja no ponto de vista da formação acadêmica e da construção do conhecimento, ou da necessidade de implementação de práticas interdisciplinares. Atualmente, a in-

terdisciplinaridade constitui uma exigência do modelo em saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A interdisciplinaridade emerge como uma necessidade concreta para efetivação e resolatividade dos serviços, ajudando os profissionais a romperem com a lógica produtivista e implantar práticas fundadas no conceito ampliado de saúde. Nesta perspectiva, a interdisciplinaridade pode estabelecer um espaço “promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados”⁽¹⁰⁾.

Dadas essas considerações sobre os riscos ocupacionais na visão do médico e a multiplicidade de conjugações explicativas que tal relação permite antever, implicam em uma complexa relação entre os fenômenos físicos, químicos, biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais e atribuições de significados.

O trabalho em saúde configura-se em processo de intervenção, em tecnologias de relações, de encontro, de subjetividades indo além dos saberes tecnológicos estruturados⁽¹¹⁾. Em relação aos hospitais de urgência, torna-se visivelmente necessária a integração dos vários especialistas, coesão entre as equipes de trabalho e a clara noção de complementaridade.

Os elementos periféricos nesta análise (aids, hepatite, insalubridade, medo, perfurocortante e *stress*) têm conexão direta com doença e morte, mostrando sua interação com o núcleo central. Isso parece tradicionalmente associado à atividade do médico e particulariza os riscos no ambiente hospitalar, traduzindo informações e atitudes como forma de enfrentamento vivenciada no cuidado.

Dessa forma, compreender os problemas dos riscos ocupacionais em hospital consiste na caracterização do nexos causal com base na correlação entre os agentes de riscos, as manifestações e o conhecimento epidemiológico do perfil da exposição e das ocupações. A avaliação dos riscos ocupacionais de acordo com os agentes permite identificar quais os passíveis de serem riscos específicos na área da saúde e quais podem ser capitulados como doenças do trabalho.

Neste contexto, o grupo enfermeiro descreve riscos ocupacionais indicados por dois elementos centrais: perfurocortantes e perigo. A atividade do profissional dessa área caracteriza-se, sobretudo, pela a exposição ocupacional a material biológico

entendida como a possibilidade de contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho. A equipe de enfermagem pela natureza do seu trabalho é caracterizada pela sua longa permanência no ambiente hospitalar, contato permanente com pacientes portadores com as mais diversas patologias, manuseio com material biológico de risco assim como de diversas matérias perfurocortantes, constituindo sem dúvida uma categoria de indivíduo expostos aos riscos diversos.

Dessa forma, esses profissionais tornam-se vulneráveis por força de algumas características que lhe são próprias, tais como: representam o maior grupo individual da saúde prestador de assistência ininterrupta 24 horas por dia, são responsáveis pela execução de cerca de 60% das ações de saúde; executam o maior volume de cuidado direto por meio de contato físico com o doente; realizam rotineiramente procedimentos invasivos, isto por ser bastante diversificada sua formação⁽¹²⁾.

Assim, os enfermeiros particularmente os que estão inseridos no contexto hospitalar, expõe-se a vários riscos de adquirir doenças ocupacionais e do trabalho, tendo em vista que o perigo é a exposição ao risco. Verifica-se assim, que os riscos representados pelos enfermeiros estão relacionados com a realidade concreta de trabalho quando os mesmos fazem relação de “perfurocortante” com “perigo”, pois suas representações são sempre construções contextualizadas resultantes das condições em que surgem e circulam.

Estudos têm mostrado que a ocorrência de acidentes com material biológico contaminado, em profissionais de saúde durante o exercício de suas atividades, pode acarretar o desenvolvimento de doenças infecciosas como hepatite B (transmitida pelo vírus HBV), hepatite C (transmitida pelo vírus HCV) e a aids (transmitida pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida – HIV). Destaca-se que as ocorrências dos acidentes, geralmente, se dão na manipulação de objetos perfurocortantes contaminados com sangue ou secreções, ou exposição da mucosa⁽¹³⁾.

O impacto da alta incidência de infecção pelo vírus da hepatite B, C e HIV tem gerado nestes profissionais, mais especialmente na equipe de enfermagem no âmbito hospitalar, uma grande preocupação com a ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes. É importante salientar que a exposição ocupacional à patógenos veiculados através do sangue a partir de acidentes com agu-

lhas e outros tipos de materiais são um grave problema, mas na maioria das vezes prevenível.

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estima que a cada ano ocorram cerca de 385.000 acidentes com agulhas e outros tipos de materiais, uma média de quase 1.000 acidentes por dia expondo os profissionais da área da saúde⁽¹⁴⁾. Estes acidentes representam perigo e ocorrem em todos os tipos de serviço assistencial, como casa de repouso, clínicas, hospitais, serviços de emergência.

Nestas organizações, por apresentar danos à saúde dos trabalhadores, a adoção de medidas preventivas é extremamente necessária, uma vez que os riscos à saúde são mais iminentes pela possibilidade de contágio por agentes infecciosos ao se considerar as características da modalidade de serviços que são desenvolvidos por estas instituições.

Os elementos periféricos estão estruturados de forma a contextualizar os processos complexos e perigosos que aí se configuram. Considerando que os elementos absenteísmo, infecção, medo e stress desenham a organização da representação social dos enfermeiros, há que se lembrar que esse grupo de profissional exerce suas atividades em ambientes insalubres e que essa realidade não pode ser compreendida apenas enquanto experiência biológica. São realidades construídas a partir de uma complexa interação entre concretudes da condição humana e atribuição de significados.

O elemento “infecção” acentua ainda mais a gravidade da situação de trabalho dos enfermeiros. Os microorganismos responsáveis por infecção encontram no ambiente hospitalar, hospedeiros e veículos ideais para seu contágio. Constatase, que as infecções hospitalares, além de uma preocupação na saúde, tomam dimensões políticas, sociais, culturais, tecnológicas, e econômicas entre outras, ultrapassando a possibilidade de controle pela ciência⁽¹⁵⁾.

Desta forma, os enfermeiros, ao responderem à técnica de evocação livre de palavras, representam o risco ocupacional como um grave problema, uma vez que reproduz de imediato consequências de atos que podem ser irreparáveis.

O grupo de cirurgião dentista (buc-maxilo) refere-se a risco ocupacional como: contaminação, doença, infecção e perigo. Esse profissional é caracterizado pelo trabalho que realiza na urgência, sendo marcado por momentos distintos, dependendo do tipo de acidente e do usuário. Dentre as ati-

vidades diárias desses profissionais que atuam na urgência/emergência do hospital em estudo, destaca-se: cirurgia de traumatismo buco-maxilo-facial e dentário dos pacientes acidentados, drenagem de abscesso, indicativo de contaminação se for levado em conta que a cavidade oral é um reservatório de microrganismos, pois muitas das bactérias que habitam em nosso corpo (boca, faringe, etc.) poderão afetar de forma direta o profissional caso esteja com suas barreiras fisiológicas comprometidas.

O ambiente de trabalho, suas instalações, equipamentos e materiais associados ao tipo de atividade desenvolvida, no caso, o controle, tratamento e prevenção de doenças, expõem o profissional de saúde às manifestações patológicas do tipo infectocontagiosa; manipulação de metais pesados; contato com radiação, com drogas farmacológicas, bem como, com agentes potencialmente alérgicos⁽¹⁶⁾.

E ainda, a prática profissional odontológica no serviço de urgência requer uma interação direta e frequente com pessoas, materiais e equipamentos e exige coordenação motora, raciocínio, discernimento, paciência, segurança, habilidade, delicadeza, firmeza, e, objetividade, representando como uma de suas principais características o risco ocupacional em virtude de hábitos, posturas e patologias advindas da profissão. Em paralelo também, existe o risco individual, estando vinculado a comportamentos pessoais⁽¹⁷⁾.

Em nível periférico o elemento “perfurocortante” traduz uma realidade vivida por esses profissionais, já que existe uma manipulação constante de objetos pontiagudos e motores de alta rotação. Apesar de sempre ter existido esse risco, foi após o aparecimento da aids que os acidentes, principalmente os perfurocortantes, começaram a ter maior atenção por parte dos profissionais e pesquisadores⁽¹³⁾.

É necessário, portanto, que os profissionais compreendam que o uso de equipamentos de proteção individual (luvas, gorros, óculos, capotes) com a finalidade de reduzir a exposição do trabalhador da saúde ao sangue ou fluido corpóreo, e cuidados específicos na manipulação e descarte de materiais perfurocortantes, são importantes caso ocorra contaminação por patógeno de transmissão sanguínea nos serviços de saúde.

O elemento “risco violência” parece envolver uma dimensão pessoal, já que proporciona sensação de insegurança e perigo. Embora a violência

no contexto de trabalho dos profissionais da saúde seja um fato novo, pode representar um fenômeno social estrutural, o que significa entendê-la como decorrência das relações ocorrida no contexto hospitalar.

Assim, a prática odontológica torna os profissionais dentistas (bucal-maxilo) vulneráveis, os mesmos vivem constantemente sujeitos a uma série de riscos decorrentes do ruído excessivo a que estão expostos, posturas incorretas e forçadas durante os atendimentos. O cotidiano destes profissionais tem se tornado cada vez mais tenso e estressante, principalmente à solidão própria do trabalho, às incertezas do futuro, ao desgaste físico que a profissão ocasiona e à competitividade do mercado. Considera-se que investigações científicas a respeito dessa temática tornam-se necessárias, privilegiando abordagens interdisciplinares para futuras análises e intervenções⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, a representação do risco ocupacional encerra uma estrutura da qual participam elementos negativos os quais são atribuídos ao trabalho na área da saúde principalmente, no hospital. Estas representações revelam interfaces que cumprem a função de justificar o risco representado pela concomitância de implicações que poderão resultar em sérios agravos à saúde destes trabalhadores.

Diante do exposto, verifica-se que a análise das evocações livres de palavras dos três grupos de profissionais, possibilitou a identificação dos elementos constitutivos das representações sociais do risco ocupacional. O elemento “perigo” se manifestou no núcleo central do grupo enfermeiro, do cirurgião dentista (bucal-maxilo) e no núcleo periférico próximo do médico, assumindo um relevo subjetivo, pelo seu conteúdo emocional, e experiência pessoal, de forma a contextualizar ainda mais o cotidiano a partir dos complexos processos de trabalhos relacionados à atividade específica de cada profissional, além da compreensão do campo de atuação numa perspectiva multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando representações sociais como as concepções, imagens e visões de mundo, sua abordagem torna-se muito interessante no âmbito da saúde ocupacional. A complexidade dos vínculos entre trabalho e saúde sugere que as estratégias de intervenção sejam mais efetivas.

O sistema de vigilância deve se voltar mais para a exposição deletéria e menos com a simples contabilização de doenças e acidentes. É preciso considerar os vários elementos: valores, crenças, sentimentos, conhecimentos – que se inscrevem na constituição das representações que estes sujeitos detêm, visto que estas são e serão sempre reproduzidas, tanto nas comunicações, como também nas práticas.

As representações construídas pelos trabalhadores, por meio da determinação do núcleo central e do sistema periférico, revelam o nível de conscientização desses trabalhadores acerca das consequências do ambiente de trabalho para sua saúde. A complexidade dos vínculos entre trabalho e risco sugere que estratégias e alternativas de ação sejam operacionalizadas, com a integração das diferentes categorias profissionais e ramos de conhecimento em torno de um objetivo comum a partir de um espaço interdisciplinar.

Neste sentido é importante reforçar a adoção de uma política em saúde do trabalhador com definição de atribuições e competências capazes de nortearem ações frente à dinâmica e as constantes transformações que se processam no mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1 Royas ADV, Marziale MHP. A atuação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. Rev Latino-Am Enfermagem. 2001;9(1):102-8.
- 2 Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p. 13-21.
- 3 Oliveira JDS. Risco ocupacional em trabalhador da saúde no contexto hospitalar [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006.
- 4 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 5 Abric JC. L'analyse structurale des représentations sociales. In: Moscovici S, Buschini F. Les methods des sciences humaines. Paris: PUF; 2003. p. 375-92.

- 6 Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB; 1998.
- 7 Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1996.
- 8 Souza RCF, Camargo BV. Representações sociais e relações intergrupais de duas categorias profissionais. Rev Ciênc Hum. 2002;(n esp 6):35-43.
- 9 Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. São Paulo: EDUC; 2001.
- 10 Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.
- 11 Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
- 12 Balsano AC, Barrientos DS, Rossi JCB. Acidentes de trabalho com exposição a riscos corporais humanos ocorridos nos funcionários do hospital universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Rev Med Hosp Univ. 2000;10(1):39-45.
- 13 Prado MA, Teles AS, Barbosa MA, Sousa JT, Vasco EC, Chaveiro LG, et al. A equipe de enfermagem frente aos acidentes com material biológico. Nursing (São Paulo). 1999;2(19):22-4.
- 14 Public Health Service (U.S.). Update U.S. Public Health Service guidelines for management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR Recomm Rep. 2001;50(RR-11):1-52.
- 15 Lentz RA, Nascimento KC, Klock P. Infecções hospitalares: um desafio aos profissionais de saúde. In: Erdmann AL, Laentz RA, organizadoras. Aprendizagem contínua ao trabalho: possibilidades de novas práticas de controle de infecções hospitalares. São José: SOCEPRO; 2003.
- 16 Saquy PC, Cruz Filho AM, Souza Neto MD, Pécora JD. A ergonomia e as doenças ocupacionais do cirurgião-dentista: parte III: agentes químicos e biológicos. ROBRAC. 1998;23(7):50-4.
- 17 Castiel LD. A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1999.
- 18 Tura LFR, Madeira MC, Silva AO, Gaze R, Carvalho DM. Representações sociais de hepatites e profissionais de saúde: contribuições para um (re)pensar da formação. Ciênc Cuid Saúde. 2008;7(2):207-15.

Endereço da autora / Dirección del autor / Author's address:

Joana D'Arc de Souza Oliveira
Rua José Seabra, Q-11, bloco-B, casa 4,
Residencial Village dos Mares
59075-510, Natal, RN
E-mail: joanaenfa@hotmail.com

Recebido em: 09/07/2008
Aprovado em: 15/12/2008