

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Elinaldo Leite Quixabeiro

Estratégias de prevenção e acompanhamento de acidentes perfurocortantes em hospital
federal

Rio de Janeiro

2019

Elinaldo Leite Quixabeiro

Estratégias de prevenção e acompanhamento de acidentes perfurocortantes em hospital
federal

Dissertação elaborada no Curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Élide Azevedo Hennington

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

Q8e Quixabeiro, Elinaldo Leite
Estratégias de prevenção e acompanhamento de acidentes perfurocortantes em hospital federal / Elinaldo Leite Quixabeiro. -- 2019.
107 f.108: tab.

Orientadora: Élide Azevedo Hennington.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Acidentes de Trabalho. 2. Ferimentos Perfurantes. 3. Ferimentos Penetrantes Produzidos por Agulha. 4. Pessoal de Saúde 5. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 6. Saúde do Trabalhador. 7. Acidentes com Perfurocortantes. I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.11

Elinaldo Leite Quixabeiro

Estratégias de prevenção e acompanhamento de acidentes perfurocortantes em hospital
federal

Dissertação elaborada no Curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 12 de abril de 2019.

Banca Examinadora

Dra. Cláudia Osório, UFF

(Membro Externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP)

Dra. Lúcia Rotenberg, ENSP

(Membro interno ao programa de Saúde Pública da ENSP)

Dra. Élida Azevedo Hennington, ENSP

(Orientadora)

Rio de Janeiro

2019

Aos trabalhadores da saúde

AGRADECIMENTOS

A Nossa Senhora Aparecida pela graça alcançada.

Aos professores Cláudia Osório e Gideon Borges pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação.

As coordenadoras do curso Ana Maria Cheble Bahia Braga e Simone Santos Oliveira e os professores pela dedicação e contribuições durante todo esse percurso.

As Colaboradoras da secretária acadêmica, nas pessoas de: Renata Santana e Silvia Teodoro.

Aos colegas do Mestrado pelo coleguismo e as experiências compartilhadas.

A Dra Laura Maria Campelo, ex-chefe da DISAT, pela presteza e contribuição.

Ao Dr. Mário Zamboni, Mauro Jorge, Rosenice Perkins e demais colegas de trabalho da Coordenação de Ensino do INCA pela atenção e colaboração.

Ao Dr. Rubens Kesley e Dr. Carlos Eduardo Santos pelo apoio e contribuições no desenvolvimento do estudo.

A Kátia Cristina, secretária do Divisão Cirúrgica abdome/pélvica pela receptividade e atenção prestada.

Aos médicos staff e residentes do centro cirúrgico pela boa vontade e cooperação.

A Ana Rita e equipe de saúde do centro cirúrgico que por meios dos relatos de suas vivências possibilitaram a reflexão e elaboração deste trabalho.

A minha orientadora, professora Dra Élide Azevedo Hennington, que me honrou por aceitar o desafio, sua paciência e valiosa orientação no desenvolvimento do estudo.

*“Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.*

Paulo Freire

RESUMO

Os trabalhadores da saúde, em virtude de sua prática profissional, frequentemente estão expostos a riscos de acidentes envolvendo materiais perfurocortantes. Segundo a Organização Mundial da Saúde, anualmente ocorrem aproximadamente de três milhões de acidentes com materiais perfurocortantes para os 35 milhões de trabalhadores da saúde de todo o mundo. No Brasil, apesar destes acidentes serem frequentes, não existe ainda um real diagnóstico do número de trabalhadores acidentados por esse agravo. O sistema nacional de notificação – SINAN – registra acidentes de trabalho com exposição à material biológico e o campo relativo à informação sobre a “circunstância de ocorrência” deste tipo de acidente ainda é pouco preenchido. O objetivo central da pesquisa foi desenvolver projeto de intervenção visando acompanhar a ocorrência destes acidentes entre os trabalhadores do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Análise epidemiológica descritiva e retrospectiva dos acidentes com perfurocortantes ocorridos no período de um ano no INCA evidenciou a subnotificação desses eventos acidentários, a precariedade das informações e, mais do que isso a importância de aprimorar o processo de vigilância em saúde do trabalhador dos casos. Foi desenvolvido um plano de intervenção com foco na categoria profissional mais acometida e no setor de maior ocorrência desses eventos acidentários, identificados a partir de levantamento de AT com material perfurocortante, correspondendo, respectivamente, a equipe de médicos residentes e o setor Centro Cirúrgico. A elaboração do plano de intervenção propôs analisar o processo e as condições de trabalho com as equipes de saúde no local de maior ocorrência de AT, bem como construir com os trabalhadores, especialmente médicos residentes, estratégias de melhoria do sistema de notificação de AT, prevenção e acompanhamento dos casos. A metodologia utilizada para construção do Plano incluiu reuniões com gestores do Instituto, visitas ao centro cirúrgico e discussões com equipe de trabalho, reuniões com médicos residentes e staff e revisão do protocolo institucional de acompanhamento dos AT com material biológico. A construção do Plano de intervenção resultou na proposição de três ações principais: formar grupo intersetorial para discussão das ocorrências dos AT com perfurocortantes e determinação de ações prioritárias; abordar, sensibilizar e orientar o grupo de residentes a cerca dos AT com perfurocortante; e conhecer e aplicar experiência positiva de outras instituições. A operacionalização do Plano terá início com a apresentação dos resultados do estudo para um grupo ampliado formado pela equipe de saúde do Centro Cirúrgico, integrantes de setores específicos envolvidos com a temática e formação dos residentes. **Palavras-chave:** acidentes com perfurocortantes; trabalhador da saúde; vigilância em saúde do trabalhador; saúde do trabalhador

ABSTRACT

Health workers, by virtue of their professional practice, are often at risk of accidents involving sharp material. According to the World Health Organization, there are approximately three million accidents per year with sharp material per year for the 35 million health workers worldwide. In Brazil, although these accidents are frequent, there is still no real diagnosis of the number of workers injured by this accident. The National Notification System - SINAN - records labor accidents with exposure to biological material and the field concerning information on the "occurrence" of this type of accident is still incomplete. The main purpose of this investigation was to develop an intervention project aimed at monitoring the occurrence of these accidents among the workers of the José Alencar Gomes da Silva National Cancer Institute. Descriptive and retrospective epidemiological analysis of accidents involving injuries with sharp material occurring within a year at INCA evidenced the underreporting of these accidental events, the precariousness of the information and, more importantly, the importance of improving the process of health surveillance of the worker. An intervention plan has been developed with a focus on the most affected professional category and the sector with the highest occurrence of these accidental events, identified from a survey from accident with sharp material, corresponding respectively to the team of resident physicians and the Surgical Center sector. The elaboration of the intervention plan proposed to analyze the process and the working conditions with the health teams in the place of greater occurrence of accident at work, as well as to elaborate with the workers — especially resident physicians — strategies to improve the accident notification system, prevention and follow-up of cases. The methodology used to prepare the Plan included meetings with managers of the Institute, visits to the surgical center and discussions with staff, meetings with resident physicians and staff, and assessment of the institutional protocol for monitoring the accident with biological material. The preparation of the intervention plan resulted in the proposition of three main actions: to form an intersectoral group to discuss the occurrences of accident with sharp material and determination of priority actions; approaching, sensitizing and guiding the group of residents about the accident with sharp material; and to know and apply positive experience from other institutions. The operationalization of the Plan will begin with the presentation of the results from the study to an extended group formed by the health team of the Surgical Center, members of specific sectors involved with the theme and training of residents.

Keywords: accidents with sharp material; health worker; health surveillance of the worker; worker's health

LISTA DE TABELAS E APÊNDICE

Tabela 1 -	Distribuição de acidentes de trabalho com material perfurocortante de acordo com sexo, faixa etária, tempo de admissão, função, setor, unidade. INCA, janeiro a dezembro de 2017.....	15
Tabela 2 -	Distribuição dos acidentes de trabalho com material perfurocortante de acordo com o horário da ocorrência, agente causador e parte do corpo atingida. INCA, janeiro a dezembro de 2017.....	16
Tabela 3 -	Distribuição dos acidentes de trabalho com material perfurocortante de acordo com o local/via de notificação. INCA, janeiro a dezembro de 2017.....	17
Tabela 4 -	Distribuição e comparativo dos acidentes de trabalho com material perfurocortante de acordo com sexo, faixa etária, tempo de admissão, função, setor, unidade. INCA, janeiro de 2017 a dezembro de 2018.....	55
Tabela 5 -	Distribuição e comparativo dos acidentes de trabalho com material perfurocortante de acordo com o horário da ocorrência, material envolvido, agente causador, parte do corpo atingida, circunstância do acidente, local/via de notificação. INCA, janeiro de 2017 a dezembro de 2018.....	60
Tabela 6 -	Distribuição e comparativo dos acidentes de trabalho com material perfurocortante de acordo com o acompanhamento sorológico. INCA, janeiro de 2017 a dezembro de 2018.....	61
Apêndice A -	Fluxograma do protocolo de acompanhamento de acidente com material biológico/INCA.....	72
Apêndice B -	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	73
Apêndice C -	Protocolo de acidente com material biológico e perfurocortante atualizado.....	78
Apêndice D	Planilha de monitoramento anual dos acidentes com perfurocortante.....	107
-		

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AT	Acidente de Trabalho
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
COENS	Coordenação de Ensino
COGEP	Coordenação de Pessoas
DISAT	Divisão de Saúde do Trabalhador
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HBV	Vírus da Hepatite B
HBV	Vírus da Hepatite
HC	Hospital do Câncer
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MNNP	Mesa Nacional de Negociação Permanente
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NaSH	National Surveillance System for Health Care Workers
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RENAST	Rede Nacional de Integração à Saúde do Trabalhador
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1	Aspectos teóricos e conceituais da vigilância em saúde do trabalhador.....	22
2.2	Instrumentos legais normativos referentes às ações em saúde do trabalhador...	24
2.3	Acidente de trabalho com material perfurocortante na área da saúde.....	28
3	METODOLOGIA	32
3.1	Contextualização do campo.....	33
3.2	Local da pesquisa.....	35
3.3	Sujeitos da pesquisa.....	36
3.4	Aspectos éticos.....	36
4	RESULTADOS	37
4.1	Matriz de intervenção.....	37
4.1.1	Plano operacional.....	37
4.1.2	Visita ao centro cirúrgico.....	40
4.1.2.1	Levantamento das condições ambientais.....	41
4.1.2.2	Levantamento das condições organizacionais e do processo de trabalho.....	42
4.1.2.3	Observação do uso de EPI.....	44
4.1.2.4	Percepções dos trabalhadores acerca das condições e práticas de trabalho que favorecem o acidente.....	46
4.1.2.5	Discussão a respeito do registro de acidente e trajetória do acidentado.....	48
4.1.3	Atualização e aprimoramento do protocolo de acidente com material biológico do INCA.....	48
4.1.3.1	Modificações realizadas no protocolo de acidente de trabalho com material biológico.....	50
4.1.4	Análise e comparativo dos acidentes com material perfurocortante ocorridos anualmente durante o estudo.....	52
4.1.5	Grupo de discussão com médicos residentes.....	62
4.1.4.1	A construção do Plano de Intervenção.....	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	66

1- INTRODUÇÃO

Os trabalhadores da saúde que assistem pacientes, direta ou indiretamente, realizando habitualmente procedimentos em instituições e serviços de saúde, são profissionais sob risco de sofrerem acidentes de trabalho (AT) e ou adquirirem doenças ocupacionais por manipulação de sangue e fluidos corporais e uso de materiais perfurocortantes.

Dados oficiais da Organização Mundial da Saúde indicam que anualmente ocorrem aproximadamente três milhões de acidentes com materiais perfurocortantes para uma população estimada de 35 milhões de trabalhadores da saúde de todo o mundo (BRASIL, 2010a).

Estudos nacionais e internacionais na área da saúde apontam que os materiais perfurocortantes estão entre as causas mais prevalentes de acidentes de trabalho envolvendo trabalhadores da saúde (ALMEIDA et al., 2015; PROCHNOW et al., 2011; CHAIWARITH et al., 2013; LEE et al., 2017).

O ambiente de trabalho em instituições de assistência à saúde possibilita a ocorrência desses acidentes que despertam interesse e preocupação por parte dos trabalhadores da saúde e das instituições. A exposição a agentes infecciosos por meio de materiais perfurocortantes potencialmente contaminados caracteriza-se como um sério problema para trabalhadores da saúde, pela sua frequência e potencial gravidade (OLIVEIRA et al., 2009).

Esses eventos apresentam grande magnitude e alto risco, considerando o potencial de contaminação por microorganismos provenientes de instrumentos contaminados (DALAROSA; LAUTERT, 2009). Os acidentes com perfurocortantes são capazes de transmitir mais de 20 tipos de agentes patogênicos, entre os quais os mais comumente envolvidos são os vírus da hepatite B, da hepatite C e HIV (COLLINS; KENNEDY, 1987 apud Duarte, 2018).

Esses acidentes implicam na necessidade de investigação dos fatores que predisõem à ocorrência e as formas de intervenção, sendo dessa forma foco em ações no SUS. O Ministério da Saúde recomenda conduta médica de caráter emergencial após a ocorrência destes acidentes a fim de que as intervenções e medidas profiláticas para as infecções tenham eficácia (RAPPARINI; VITÓRIA; LARA, 2004).

A realização da pesquisa resulta da prática e de reflexões sobre as condições e processos de trabalho de profissionais de saúde a partir de minha atuação junto à equipe de saúde do

trabalhador como responsável pelo registro e acompanhamento dos casos de AT no Instituto nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), bem como da aquisição de conhecimentos teóricos-conceituais sobre a vigilância em saúde do trabalhador no mestrado profissional. O interesse pelo tema aprofundou-se ante a identificação da problemática dos acidentes de trabalho com perfurocortantes no INCA.

Em levantamento realizado no período de janeiro a dezembro de 2017 (Tabela 1) foram registrados 22 acidentes com material perfurocortante no INCA. O sexo feminino foi o mais acometido representando 77% das notificações, fato que pode ser explicado pela predominância de trabalhadores do gênero feminino no setor saúde e igualmente na instituição investigada. O maior número de ocorrências na faixa etária entre 20-30 anos (36%) pode estar relacionado a menor treino e habilidade no exercício das atividades devido à formação inadequada, pouca experiência e ou piores condições de trabalho. A maioria dos acidentes atingiram médicos residentes (41%) e trabalhadores com tempo de admissão na instituição correspondente a um ano (59%). Embora esses profissionais ainda estejam em processo de formação, eles costumam atuar na linha de frente do atendimento ao paciente e costumam realizar um grande número de atendimentos, além de procedimentos de maior complexidade.

Analisando a ocorrência por setores, o centro cirúrgico apresentou índice mais elevado, correspondendo a 41% dos eventos. Isto pode estar associado ao fato do centro cirúrgico ser um setor que atende muitos pacientes, onde numerosos procedimentos são realizados com o manuseio de material perfurocortante, muitas vezes em situação de risco à vida do paciente e de pressão sobre os médicos cirurgiões. Entre as unidades da instituição, o HC1 apresentou o maior número de acidentes registrados (86%). Nesta análise, vale ressaltar que entre as unidades assistenciais do INCA, esta apresenta o maior quantitativo em termos de recursos humanos e também o maior número de pacientes assistidos.

Tabela 1: Distribuição dos acidentes de trabalho com material perfurocortante de acordo com sexo, faixa etária, tempo de admissão, função, setor, unidade. INCA, janeiro a dezembro de 2017.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	5	23,3
Feminino	17	77,0
Total	22	100,0
Faixa etária		
20 a 30	8	36,0
31 a 40	5	23,0
41 a 50	6	27,0
51 a 60	3	14,0
Total	22	100,0
Tempo de admissão		
1 ano	13	59,0
2 anos	1	4,5
5 anos	2	9,0
6 anos	3	14,0
> 10 anos	3	14,0
Total	22	100,0
Função		
Enfermeiro	3	14,0
Enfermeiro residente	1	4,0
Téc. de enfermagem	6	27,0
Médico staff	3	14,0
Médico residente	9	41,0
Total	22	100,0
Setor		
Ambulatório	1	4,5
Centro cirúrgico	9	41,0
CTI adulto	1	4,5
Emergência	1	4,5
Endoscopia	3	14,0
Enfermaria	6	28,0
Radiologia	1	4,5
Total	22	100,0
Unidade do INCA		
HC1	19	86,0
HC2	3	14,0
HC3	0	0,0
HC4	0	0,0
Total	22	100,0

Fonte: Levantamento realizado pelo autor

Em relação ao turno da ocorrência dos acidentes, o turno diurno predominou com o quantitativo de 73% dos registros. Essa ocorrência pode ser atribuída ao fato de o ritmo de trabalho ser mais intenso no turno diurno, com maior número de cirurgias realizadas. Sobre o agente do acidente, foram identificados em 50% dos registros apenas a informação de sangue no campo de preenchimento de agente. Este fato evidencia a falta de clareza no preenchimento da informação nos registros de acidente na Intranet. Quarenta e um por cento dos registros

apontou a agulha como agente do acidente. Outra questão importante identificada neste levantamento foi a necessidade de adequado preenchimento dos dados em relação a parte do corpo atingida. Em quase 60% dos registros não havia esta informação. Em relação aos dados registrados, o dedo foi a parte do corpo mais atingida. Este fato pode ser justificado pela própria natureza do trabalho com o uso de mãos e quirodáctilos no manuseio de materiais e na realização de diversos procedimentos durante a assistência à saúde.

Tabela 2: Distribuição dos acidentes de trabalho com material perfurocortante de acordo com o horário da ocorrência, agente causador e parte do corpo mais atingida. INCA, janeiro a dezembro de 2017.

Variável	N	%
Horário da ocorrência		
Diurno	16	73,0
Noturno	6	27,0
Total	22	100,0
Agente do acidente		
Agulha	9	41,0
Sangue	11	50,0
Não informado	2	9,0
Total	22	100,0
Parte do corpo atingida		
Dedo	9	41,0
Não informado	13	59,0
Total	22	100,0

Fonte: Levantamento realizado pelo autor

No que se refere ao registro e notificação dos acidentes, mais da metade (55%) foram identificados na intranet da instituição pesquisada por meio de busca no sistema, devido ao fato da maioria dos trabalhadores acidentados não comparecer à DISAT, setor especializado para o atendimento dos trabalhadores de todas as unidades assistenciais do INCA, para notificar o acidente e fazer o acompanhamento clínico laboratorial com o médico do trabalho.

O protocolo da INCA, recomenda a todo trabalhador que sofrer acidente ocupacional com exposição a material biológico, avaliação imediata pelo médico plantonista no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) da unidade assistencial do instituto, na qual o trabalhador sofreu o acidente. Durante a avaliação do acidente e do trabalhador no SPA, o médico plantonista deve fazer o registro do acidente na intranet da instituição, preenchendo a Ficha de Notificação de Acidente com Material Biológico e, após a conclusão deste primeiro atendimento, encaminhar

o trabalhador à Divisão de Saúde do Trabalhador (DISAT), para notificar o acidente e prosseguir com o acompanhamento clínico laboratorial a ser estabelecido pelo médico do trabalho até a alta.

Vale ressaltar que nenhuma das unidades assistenciais do INCA possui em suas dependências setor especializado no atendimento ao trabalhador (DISAT). Este setor localiza-se em outro endereço, próximo a uma das unidades assistenciais, o HC1, que está situado na Zona Central do município do Rio de Janeiro e distante das demais unidades assistências (HC2, HC3 e HC4) situadas na Zona Norte e em endereços diferentes.

Um dos motivos do trabalhador não comparecer a DISAT para notificar o acidente, bem como dar prosseguimento ao acompanhamento clínico laboratorial, pode estar relacionado à inexistência da DISAT nas dependências das unidades assistências e/ou a grande distância que a DISAT se encontra, principalmente das unidades assistenciais da zona norte. Desta forma, comparecer a este setor, implica aos trabalhadores lotados nas unidades distantes (zona norte) em tempo dispendido e no custeio próprio com meio de transporte, ou o uso do intervalo permitido para as refeições ou o dia do próprio descanso.

Tabela 3: Distribuição dos acidentes de trabalho com material perfurocortante de acordo com o registro e notificação do AT. INCA, janeiro a dezembro de 2017.

Variável	N	%
Registro/notificação		
DISAT	10	45,0
Intranet	12	55,0
Total	22	100,0

Fonte: Levantamento realizado pelo autor

Do total de 22 acidentes registrados na DISAT, somente quatro acidentes com material perfurocortante foram notificados no SINAN. Esse dado supostamente pode estar relacionado ao fato do protocolo anteriormente vigente do INCA, não abordar a necessidade de notificação ao SINAN, estabelecendo responsabilidade e o responsável pela notificação.

Em relação aos exames sorológicos, 100% realizaram o 1º exame no dia do acidente. O 2º e o 3º exames que correspondem, respectivamente, a realização em seis semanas e três meses

após o acidente, apenas um trabalhador seguiu o protocolo. O 4º exame que deve ser realizado em seis meses a contar da data do acidente, nenhum trabalhador realizou.

A partir desse levantamento, observou-se a subnotificação de eventos acidentários com perfurocortante e precariedade das informações e, mais do que isso, a importância do processo de vigilância em saúde do trabalhador referente à ocorrência desses acidentes que vá além do atual registro no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) e da avaliação de exames sorológicos realizados.

O SIASS, é a base estruturante da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). Tem por objetivo *“coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e funcional, de acordo com a PASS, estabelecida pelo governo”* (BRASIL, 2009, p. 1). O SIASS é utilizado a nível nacional pelos serviços de atenção à saúde do trabalhador nas instituições que estejam habilitadas para operar o sistema, sendo denominadas unidades SIASS.

Nas unidades SIASS, a operacionalização desse subsistema permite às equipes responsáveis pela assistência aos trabalhadores registrar todos os atendimentos e perícias realizadas. No entanto, nem todas as instituições estão habilitadas como unidades SIASS, o que leva os trabalhadores a procurar atendimento em unidades/locais ou cidades, mais próximas que estejam habilitadas com o serviço para serem atendidos.

Embora o SIASS tenha por objetivo integrar ações e programas nas áreas de assistência, perícia, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores, no INCA atualmente, a operacionalização das ações está voltada apenas para a perícia oficial.

A partir dos dados levantados e levando-se em conta dificuldades operacionais e restritos recursos materiais e humanos disponíveis, optou-se por desenvolver um Plano de Intervenção focado inicialmente na equipe de médicos residentes e o centro cirúrgico do HC1. A estratégia de priorizar a atuação junto aos médicos residentes e tendo o centro cirúrgico como lócus de análise e intervenção deveu-se ao resultado do levantamento realizado em 2017 e da viabilidade e factibilidade da intervenção. Houve interesse e autorização prévia por parte da Direção do HC1, da Coordenação de Gestão de Pessoas (COGEP), das Chefias do centro cirúrgico e Divisão Cirúrgica e Coordenação de Residência Médica (COREME). Outros setores como Coordenação de Ensino (COENS) e Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH), chefia dos residentes e da Divisão cirúrgica abdome/pélvica contribuíram com o estudo,

visando entender a dimensão dos fatores de riscos e causais referentes aos acidentes e investir em atividades educativas voltadas a prevenção de acidentes para esta categoria médica ainda em fase de formação.

O centro cirúrgico é um setor do hospital localizado em áreas isoladas, com acesso restrito onde atividades complexas são desenvolvidas. Envolve a atuação de equipes de trabalho, tecnicamente especializada, composta por diferentes profissionais de saúde (médicos cirurgiões de diferentes especialidades, médicos anestesiologistas, médicos residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, funcionários da limpeza, entre outros) que devem atuar de forma interdependente e cujas ações visam preservar a vida do paciente.

As equipes de trabalho constituem unidades de desempenho utilizadas no âmbito organizacional, caracterizadas como entidades sociais inseridas em um sistema, as quais executam tarefas consideradas relevantes para a missão da organização à qual pertencem, uma vez que os resultados de desempenho influenciam o ambiente interno e externo à equipe. São compostas por pessoas que trabalham de maneira interdependente, as quais são identificadas por outros membros da organização como parte da equipe (HACKMAN, 1987 apud PUENTE-PALACIOS, 2008, p. 145).

O centro cirúrgico tem um ritmo de trabalho muito peculiar, exigindo das equipes conhecimento técnico e atualização constante correspondente ao manuseio de diversos equipamentos como na execução dos procedimentos cirúrgicos.

O centro cirúrgico é uma unidade hospitalar onde são executados procedimentos anestésicos-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, tanto em caráter eletivo quanto emergencial. Este ambiente, marcadamente de intervenções invasivas e de recursos materiais com alta precisão e eficácia, requer profissionais habilitados para atender diferentes necessidades do usuário diante da elevada densidade tecnológica e à variedade de situações que lhe conferem uma dinâmica peculiar de assistência em saúde. O centro cirúrgico é considerado como cenário de alto risco, onde os processos de trabalho constituem-se em práticas complexas, interdisciplinares, com forte dependência da atuação individual e da equipe em condições ambientais dominadas por pressão e estresse (MARTINS; DALL'AGNO, 2016, p. 2).

A atuação do trabalhador no centro cirúrgico exige o cumprimento de ritual de biossegurança, uso de paramento específico, permanência de horas contínuas confinado em ambiente fechado. Em virtude de cirurgias prolongadas, o trabalhador pode permanecer em postura de pé por longos períodos, sujeito a sofrer alteração no horário de alimentação, o que poderá repercutir no desempenho de determinadas atividades.

O setor requer um sistema tecnológico e complexo que predispõe os trabalhadores a diversos riscos (como incêndio, devido uso de equipamento elétricos e rede de oxigênio), exposição à radiação ionizante (quando procedimentos diagnósticos são realizados) e outras exposições constantes (ar condicionado, ruído, gases anestésicos, etc).

O trabalhador também está submetido à sobrecarga física e mental referente ao manuseio de materiais perigosos como lâminas e agulhas e equipamentos, muitas vezes pesados que exigem esforço físico e ao ambiente de pressão de tempo pelo risco à vida do paciente. Estes e outros fatores podem levar ao aumento do risco de acidentes, entre eles o de acidentes perfurocortante, devido ao grande número de procedimentos invasivos realizados sob essas condições, podendo gerar adoecimento, muitas vezes não identificado como relacionado ao trabalho.

No INCA, a Residência Médica Oncológica tem por objetivo oferecer ao médico, aprimoramento dos conhecimentos e atividades práticas, bem como propõe desenvolver atitudes relativas a assistência médica em áreas especializadas (INCA, 2018).

A equipe de médicos residentes atua mediante o regime de 60 horas semanais, incluindo 24 horas de plantão. A duração da Residência em Oncologia é de três anos obrigatórios. São oferecidos programas em nove áreas com competências específicas: Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica, Hematologia, Oncologia Cirúrgica (área de concentração: abdômen, ginecologia e mastologia), Oncologia Clínica, Radiologia e Radioterapia.

Esta pesquisa teve por objetivo geral desenvolver projeto de intervenção para contribuir no aperfeiçoamento do sistema de notificação, prevenção e acompanhamento de casos de acidentes perfurocortantes com foco nos médicos residentes que atuam em centros cirúrgicos do INCA.

Os objetivos específicos delineados foram: analisar o processo e as condições de trabalho com as equipes de saúde nos centros cirúrgicos; atualizar e aprimorar o protocolo institucional de notificação e atendimento de acidentes com material perfurocortante; discutir e sensibilizar os médicos residentes sobre o protocolo de notificação e atendimento de acidentes com material perfurocortante e a importância do cumprimento integral dos procedimentos; e, discutir com os trabalhadores estratégias para melhoria do sistema de notificação de AT, prevenção e acompanhamento dos casos.

Buscou-se construir um Plano de Intervenção de maneira participativa de modo a contribuir no processo de sensibilização e envolvimento dos médicos residentes, equipes de trabalho e gestores na execução das ações previstas. Espera-se sensibilizar sobre importância da notificação, prevenção e acompanhamento dos casos de AT com material perfurocortante e aprimorar a formação dos médicos residentes e demais profissionais de saúde, melhorando o sistema de informação, o serviço de acolhimento e de acompanhamento do trabalhador acidentado, além de estimular e favorecer a participação dos trabalhadores na organização e gestão dos processos de trabalho visando a prevenção de acidentes.

2- REVISÃO DE LITERATURA

2.1- Aspectos teóricos e conceituais da vigilância em saúde do trabalhador

A VISAT distingue-se da vigilância em saúde em geral e de outras disciplinas das relações saúde-trabalho por considerar como seu objeto específico a investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde (MACHADO, 1997; TAMBELLINI, 1984).

O MS define a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) como

um componente do Sistema Nacional de Vigilância em saúde que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (BRASIL, 2014, p. 3).

A integração das ações compreende ações contínuas e sistemáticas e, desta forma, espera-se a existência de articulação entre as ações individuais e coletivas, considerando o planejamento, implementação, controle e avaliação das intervenções nos aspectos social, organizacional e epidemiológico a fim de controlar ou eliminar os fatores condicionantes e determinantes dos agravos ocupacionais (SILVA et al., 2016).

A concepção de VISAT, conforme a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS é um processo permanente de articulação entre uma grande diversidade de saberes e atividades que tenham interesse para saúde e regulação sanitária com ações transversais de vigilância devendo ser articulada e relacionada a um agravo à saúde ou determinado território, com avanços à prática intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 1998). Assim, a operacionalização das ações de saúde do Trabalhador deve contar com a participação e os saberes dos trabalhadores em todas suas etapas e diferentes níveis de complexidade. Neste sentido, Sato, Lacaz e Bernardo (2006, p. 285) destacam que a VISAT deve ser realizada por uma equipe multiprofissional e com a participação dos trabalhadores.

Compreende-se que essa ação deva constituir um processo do qual sejam envolvidos o conhecimento técnico-científico e o conhecimento dos trabalhadores. De acordo com Vasconcelos, Gomez e Machado (2014), no processo de vigilância o conhecimento técnico não substitui a contribuição do saber dos trabalhadores. Este saber é gerado na experiência e com a reflexão sobre a prática e deve ser integrado ao dos técnicos especialistas na discussão dos problemas e das estratégias para superá-los. Desta forma, pode ser o fundamento para

intervenções dos profissionais de vigilância e para o monitoramento das ações até que os problemas em pauta se solucionem.

A atenção integral à saúde dos trabalhadores é responsabilidade do SUS, resultante da mobilização social envolvendo representantes dos trabalhadores, técnicos de instituições públicas e dos serviços de saúde e da academia. Nos últimos vinte anos, as ações de saúde do trabalhador têm sido desenvolvidas em distintas estratégias e formas de organização nos três níveis de gestão do SUS. Desde 2002, a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) representa um marco importante nesse processo. Nesta estratégia os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) são considerados como locus excepcional, expandindo a visibilidade da área de saúde do trabalhador junto aos gestores e controle social por meio de execução, articulação e pactuação de ações em saúde, intra e intersetorialmente (DIAS; SILVA, 2013).

Em 2005, a Portaria GM/MS n. 2.437 que trata da ampliação e o fortalecimento da RENAST no SUS, inclui as ações em saúde do trabalhador na atenção básica tendo como objeto principal integrar a rede de cuidados dos SUS à implementação das ações de vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 2005a). Assim a atribuição da Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolve-se significativamente pela possibilidade de prover assistência à saúde dos trabalhadores.

A APS possui algumas características que favorecem as práticas da VISAT, entre elas ressalta-se: a capilaridade da rede de atenção presente nos municípios brasileiros que facilita o acesso dos trabalhadores ao cuidado; e à forma como as equipes de saúde organizam seu trabalho a partir do território favorece o fortalecimento do vínculo-usuário equipe e proporciona o planejamento e a execução de ações em saúde tendo em conta os problemas de saúde mais comuns, incluindo os relacionados ao trabalho. Em relação aos agravos relacionados ao trabalho, as ações de VISAT pelas equipes de Atenção Básica e saúde da família envolve a identificação, notificação e análise destes, assim como dos ambientes e condições de trabalho, para identificar os fatores de riscos, determinantes e condicionantes de saúde, presentes nos processos produtivos existentes no território (DIAS et al., 2016).

Apesar dos avanços atribuídos à área da Saúde do Trabalhador, no que tange, especificamente, ao trabalhador da saúde, diversos são os desafios. Estes trabalhadores apesar de ocuparem posição-chave na sociedade, ao assistir os indivíduos e às suas comunidades, eles mesmos constituem-se um grupo vulnerável. Atualmente vivem uma intensificação do trabalho com rotinas cada vez mais complexas e contraditórias realizadas em condições materiais e

organizacionais precarizadas, com número insuficiente de profissionais. Além disso, as manifestações de insatisfação e adoecimento convivem com carência de medidas protetivas (ALAMONICA, OLIVEIRA; MACHADO, 2014).

Machado (2012) sinaliza que análise e intervenção de VISAT nas instituições de saúde exigem o desenvolvimento de ferramentas que ajudem a compreender as dinâmicas e os espaços institucionais e a avaliação dos mecanismos de monitoramento e controle dos processos de trabalho. Acrescenta que a promoção da saúde dos trabalhadores da saúde se realiza por

meio da ação política, na sua relação com o fazer dos diversos setores, na regulação sanitária de produtos e de consumo, na intervenção da vigilância dos determinantes sanitários ambientais do trabalho, e na organização de uma rede de atenção à saúde dos trabalhadores. Requer uma capacidade sanitária voltada para a regulação e intervenção dimensionada em relação aos riscos, vulnerabilidades e iniquidades dos trabalhadores da saúde. (MACHADO, 2012, p. 160).

Sobre o campo da VISAT no Brasil observam-se várias produções textuais sobre o seu conceito e forma de ser. De acordo com Vasconcellos, Gomez e Machado (2014), a VISAT deve ser compreendida como um processo de saúde pública que associa saberes e práticas de controle e intervenção sobre os eventos que geram agravos à saúde dos trabalhadores, manifestos por sofrimento, desgaste, doença, lesão ou acidente, etc., envolvidos aos processos, ambientes e às condições de trabalho.

Contudo, atualmente, ainda se verifica na prática dos serviços de saúde do SUS, que o desenvolvimento de ações de VISAT ocorre de forma fragmentada, voltada para as ações assistenciais, com necessidade de articulação entre os componentes da vigilância em saúde e níveis de atenção do SUS e sem considerar a coparticipação e o saber dos trabalhadores. Na perspectiva da integralidade da assistência aos trabalhadores, é necessário que os profissionais envolvidos no cuidado à saúde avaliem suas práticas para melhor atender esta população.

2.2- Instrumentos legais e normativos referentes às ações em saúde do trabalhador da saúde

Nas últimas décadas, observa-se em nível mundial o desenvolvimento de ações e políticas voltadas para a valorização do trabalhador da saúde. Em 2005, foi realizada a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, em Toronto, Canadá, promovida pela Organização Pan-americana de saúde (OPAS) juntamente com o Ministério de Saúde do Canadá e Ministério de Saúde e Cuidados Prologados da província de Ontário. Dessa reunião resultou o Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde

2006-2015. O Chamado à Ação demanda mobilizar agentes nacionais e internacionais, do âmbito da saúde, de outros âmbitos importantes e da sociedade civil, com a finalidade de elaborar coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde que mirem para as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, para as prioridades nacionais de saúde e o acesso aos atendimentos de saúde tendo em conta a qualidade para toda a população das Américas até o ano de 2015 (BRASIL, 2006a).

Em resposta a esse Chamado à Ação o Ministério da Saúde do Brasil, no final de 2009, criou o Comitê Nacional de Promoção da Saúde dos Trabalhadores do SUS a partir do Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), tendo como convidados permanentes a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde, a OPAS, as instituições Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Dentre os objetivos principais do Comitê destacam-se os seguintes: desenvolver as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS abrangendo plano e práticas compreendido em melhorar, assegurar e/ou recuperar as condições e ambientes de trabalho no SUS; apresentar estratégias de vigilância e acompanhamento de riscos e agravos relacionados aos ambientes e processos de trabalho; propor técnicas de comunicação e atuação dos trabalhadores do SUS para assegurar o acompanhamento e a adesão das atividades e programas permanentes da política; manter articulação com a RENAST e desenvolver estudos e pesquisa em saúde do trabalhador, integrando uma rede de colaboradores, instituições de pesquisa e universidades para o desenvolvimento técnico-científico na área; desenvolver mecanismos de informação, formação em saúde do trabalhador e políticas de saúde para profissionais, gestores e conselheiros de saúde e representantes dos trabalhadores (OPAS/MS, 2011).

No Brasil, a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde faz parte dos princípios do SUS. Assim, observa-se importantes avanços voltados a promover melhorias do trabalho no setor da saúde, assim como a saúde dos trabalhadores.

A Política Nacional de Humanização (PNH), desde 2004, destaca a necessidade de transformação no modelo de gestão e atenção à saúde, com valorização da autonomia dos trabalhadores da saúde, valendo-se do direito constitucional e garantia à saúde a todos. Neste sentido, entende-se que humanizar é prestar assistência à saúde de qualidade, considerando as tecnologias com acolhimento, a organização dos ambientes e processos de trabalho dos trabalhadores. A estratégia de humanizar a atenção e a gestão em saúde prevê a qualificação da atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo, para a valorização dos

trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo (BRASIL, 2004). A PNH traduz-se na produção de saúde, com condições para os trabalhadores efetuarem seu trabalho dignamente, com potencialidade de criar novas ações e de poder participar como cogestores de seu processo de trabalho.

Em 2005, no âmbito do Ministério do Trabalho, foi publicada a Norma Regulamentadora (NR-32) que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Tem por objetivo prevenir os acidentes e o adoecimento causado pelo trabalho nos profissionais da saúde.

A NR 32 abrange ainda a questão da obrigatoriedade da vacinação a todo trabalhador dos serviços de saúde, contra tétano, difteria, hepatite B, e além disso, dedica atenção especial ao gerenciamento de resíduos, por suas implicações na biossegurança pessoal e no meio ambiente.

O Governo Federal, por meio do Ministério do Planejamento, a partir de dezembro de 2007 estabelece o compromisso de construir e implantar, de forma compartilhada, uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público - PASS, sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, uma rede de unidades e serviços e a garantia de recursos financeiros específicos para implementação de ações e projetos. Este movimento originou a criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS, base estruturante da PASS, sendo instituído pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, regulamentado pelo Decreto de nº 6.833, de 2009. Tem por objetivo “*coordenar e integrar ações e programas voltados para assistência à saúde dos servidores, de acordo com a PASS* (BRASIL, 2009).

O processo de construção da PASS deu-se de forma coletiva

por meio de encontros, oficinas e reuniões com as áreas de recursos humanos, técnicos de saúde e entidades sindicais com o propósito de compartilhar experiências e dificuldades, comprometer gestores, estimular parcerias intersetoriais e construir princípios, diretrizes e ações na área de saúde e segurança no trabalho. Um levantamento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes nos diversos órgãos foi realizado para melhor dimensionar as necessidades e fornecer os subsídios para a assinatura de Acordos de Cooperação Técnica que potencializem as ações de saúde do servidor (BRASIL, 2010b, p. 4).

A PASS foi consolidada como uma política transversal de gestão de pessoas, que compromete os diferentes órgãos da Administração Pública Federal, com ações na área de saúde e segurança no trabalho público federal. Objetiva oferecer aos servidores, em particular gestores de pessoas e profissionais de saúde, um conjunto de parâmetros e diretrizes para nortear a

elaboração de projetos e a consecução de ações de atenção à saúde do servidor. Foi estruturada a partir dos eixos: vigilância e promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde. A política está fundamentada na abordagem biopsicossocial, em informação epidemiológica, na interrelação dos eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar, no conhecimento transdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se considerem os ambientes e as relações de trabalho (BRASIL, 2010b).

Em 2011, foram aprovadas as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS – Protocolo da Mesa de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – SUS n. 008, considerada uma importante medida do MS que tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do setor de saúde, por meio do controle dos fatores de riscos existentes no ambiente e organização do trabalho e da certificação do acesso, por parte desses trabalhadores, aos serviços de atenção integral à saúde. Além disso, preconiza a democratização das relações de trabalho, com prioridade à gestão participativa e humanização do trabalho, educação permanente e a valorização dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

Ainda em 2011, o MTE publicou a Portaria n. 1.748 (Brasil, 2011a). Esta portaria prevê diretrizes voltadas para a elaboração e implementação de programa de prevenção para acidentes com materiais perfurocortantes, ampliando as questões de segurança dos trabalhadores da saúde, com o principal objetivo de reduzir os riscos de acidentes, por meio da substituição de materiais perfurocortantes por outros com dispositivos de segurança. De acordo com essa portaria, o subitem 32.2.4.16 da NR 32 passa a vigorar com a seguinte redação:

32.2.4.16. O empregador deve elaborar e implementar Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro-cortantes, conforme as diretrizes estabelecidas no Anexo III desta Norma Regulamentadora.

32.2.4.16.1. As empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes devem disponibilizar, para os trabalhadores dos serviços de saúde, capacitação sobre a correta utilização do dispositivo de segurança.

32.2.4.16.2. O empregador deve assegurar, aos trabalhadores dos serviços de saúde, a capacitação prevista no subitem 32.2.4.16.1.

Em seu Anexo III, esta portaria aprova o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, conferindo ao empregador a responsabilidade de elaborar e implantar este plano. Para isso, implica ao empregador constituir uma comissão gestora multidisciplinar responsável por elaborar, implementar e atualizar o plano de prevenção de riscos. A esta comissão cabe ainda analisar entre outras informações, aquelas referentes aos

acidentes ocorridos com materiais perfurocortantes, assim como estabelecer prioridades relacionadas à adoção de medidas de controle para a prevenção desses acidentes.

2.3 Acidentes de trabalho com material perfurocortante na área da saúde

O ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado favorável à ocorrência de acidente de trabalho devido a elevada frequência de procedimentos invasivos e à dinâmica das condições e organização do trabalho. Entre os acidentes, Gonçalves e Oliveira (2009) destacam, aqueles que envolvem fluídos corporais e o manuseio de materiais perfurocortantes.

O acidente com material perfurocortante é definido como “*evento que causa escoriação ou ferida pela penetração de um elemento perfurocortante*” (RAPPARINI; REINHARDT, 2010, p. 155). Os materiais perfurocortantes compreendem “*aqueles utilizados na assistência à saúde que tem ponta ou gume, ou que possam perfurar ou cortar*” (BRASIL, 2011, p.30).

O *National Surveillance System for Health Care Workers (NaSH)* nos EUA, indica que seis materiais perfurocortantes são responsáveis por aproximadamente 80% de todos os acidentes. Estes materiais são seringas descartáveis, agulhas hipodérmicas, agulhas de sutura, escalpes, lâminas de bisturi, estiletos de cateteres intravenosos e agulhas para coleta de sangue (RAPPARINI; REINHARDT, 2010).

Estudo realizado por Frijstein et al. (2011) na *Amsterdam Academic Medical Centre*, identificou 66% de acidentes envolvendo material perfurocortante. Na Europa estima-se que anualmente ocorrem cerca de 1 milhão de acidentes com perfurocortante. No entanto, o índice pode ser maior, considerando a subnotificação estimada em 29-61% dos casos (HANMORE, 2013). Os *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, estimam cerca de 384.325 casos de acidentes com materiais perfurocortantes envolvendo trabalhadores da saúde anualmente em hospitais americanos (RAPPARINI; REINHARDT, 2010).

Calcula-se que as infecções provenientes dessas exposições representam em torno de 70.000 pelo vírus da hepatite B, 15.000 pelo vírus da hepatite C e 500 pelo vírus da imunodeficiência humana. A maioria dessas infecções são preveníveis, e mais de 90% ocorrem em países em desenvolvimento (BRASIL, 2010a).

No Brasil, existem 3.078.518 trabalhadores da saúde, o que representa 4,3% da população ocupada no país (BRASIL, 2010 apud ASSUNÇÃO; LIMA, 2012). Um número

considerável de trabalhadores, o que alerta a importância de ações de vigilância das condições e do processo de trabalho a que estão submetidos.

Estudos realizados por Arantes et al. (2017); Valim et al. (2014); Canini et al. (2013); Cavalcante et al. (2013); Câmara et al (2011); Vieira; Padilha; Pinheiro, (2011), identificaram alta prevalência de acidentes de trabalho causados por perfurocortantes em hospitais brasileiros.

O acidente com material perfurocortante envolve não só a notificação do evento, mas também o atendimento médico e medidas de prevenção e profilaxia. Recomenda-se a notificação, assegurando ao trabalhador assistência integral compreendida desde o atendimento médico que envolve a análise do acidente e medidas de prevenção e profilaxia, assim como outras medidas preventivas e gerenciais estabelecidas pelas instituições (BRASIL, 2006b). Contudo, diversos estudos apontam que mais de 50% dos trabalhadores da saúde não notificam a ocorrência dos acidentes (RAPPARINI; REINHARDT, 2010), o que dificulta o real diagnóstico e as medidas preventivas.

Para boa parte dos profissionais que atuam em hospitais, os efeitos negativos dos acidentes decorrentes de materiais perfurocortantes parecem ser habitualmente desconsiderados. Observa-se o descumprimento de normas básicas de segurança, recusa em notificar o acidente, assim como da busca de atendimento médico após a exposição OSÓRIO; MACHADO; GOMEZ, 2005).

Alguns estudos identificam a subnotificação desses acidentes ocasionada por diversos fatores. Hanmore (2013) as razões para a subnotificação incluem a presunção de risco baixo para contaminação, bem como o desconhecimento dos sistemas de informação ou falta de eficiência e clareza dos sistemas de informação. Oliveira e Gonçalves (2009) destacam como fatores contribuintes para a subnotificação à irrelevância do acidente, displicência e sobrecarga de trabalho dos profissionais, bem como o desconhecimento do protocolo de atendimento ao acidentado.

Estudos epidemiológicos sobre acidentes de trabalho na área hospitalar em Portugal, que possam possibilitar o conhecimento da real magnitude relacionada às condições de trabalho e as consequências para a saúde pública, são poucos ou inexistentes. Pesquisadores sinalizam a importância de saber as circunstâncias em que ocorrem os acidentes de trabalho nos hospitais portugueses, de modo que possibilitem reunir indicadores e a implementação de medidas seguras para a prevenção de agravos ocupacionais e a promoção da saúde (MARTINS; SILVA; CORREIA, 2012).

No que corresponde ao contexto, sobre o qual os acidentes ocorrem, o *National Surveillance System for Health Care Workers (NaSH)* nos EUA, afirma que os acidentes com perfurocortantes ocorrem mais frequentemente após o uso e antes do descarte deste, durante seu uso em um paciente e durante ou após o descarte sob circunstâncias diversas. A maioria dos acidentes ocorrem em unidades de internação e no centro cirúrgico (RAPPARINI; REINHARDT, 2010).

As condições de trabalho ou institucionais e o comportamento individual do trabalhador influenciam a ocorrência dos acidentes com perfurocortante. A sobrecarga de trabalho em decorrência do déficit de recursos humanos, escassez de treinamento e capacitação, falta de EPI, entre outros fatores relacionados ao processo de trabalho, estão associados às condições do trabalho ou institucionais. Já em relação à atitude dos trabalhadores, observa-se desconhecimento dos riscos de contrair infecção; a falta de atenção e descuido durante a execução dos processos de trabalho; condições de pressão, estresse, cansaço e fadiga; o próprio aspecto cultural do trabalhador (VIEIRA; PADILHA, 2008).

Neste seguimento, Silva (2002) sinaliza que aspectos da organização do trabalho no hospital está relacionada a ocorrência de acidentes. Estes aspectos da organização dizem respeito a progressiva intensificação do trabalho, a superposição de atividades e as interferências repetidas no curso das mesmas, além de outras que poderiam ser identificadas num enfrentamento coletivo das dificuldades atuais.

A atividade do trabalho deve ser analisada levando-se em conta não apenas aquilo que é feito, mas também os conflitos vividos pelo trabalhador na sua realização, e os recursos subjetivos de que lança mão para chegar a uma solução (SILVA, 2002, p. 97).

Ao analisar a produção científica brasileira com o tema dos acidentes com exposição a material biológico, incluindo os perfurocortantes em hospitais, Leite et al. (2014) observa que, em geral, são investigações que utilizam abordagens quantitativas e atribuem a ocorrência do acidente à culpa do trabalhador e, sobre Medida de Proteção Padrão indicam o uso de EPI e educação em saúde para “conscientização dos trabalhadores”. Neste sentido, os autores percebem a importância de substituir a prática de atribuição da culpa ao trabalhador, o que requer esforços no que tange à revisão dos termos da Norma Regulamentadora (NR-1) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e da Norma Brasileira de Acidentes de Trabalho, dentre outras medidas, retirando deles as referências de “atos inseguros” como causa dos acidentes.

Considerar acidente de trabalho como um evento casuístico, relacionado a conduta individual, desconsiderando as condições e os processos de trabalho é resultado de um processo histórico contraditório, cujo ato inseguro é considerado, no Brasil e em muitos países, a causa mais importante do acidente de trabalho. Trata-se de uma ideologia propagada por instituições governamentais, empregadores e imprensa, na qual a ocorrência do acidente é atribuída ao trabalhador, causada, por exemplo, por negligência, cansaço, distração ou descontentamento com o trabalho e, dessa forma, exclui problemas em relação à organização e o processo de precarização do trabalho como causas de acidentes (LEITE et al., 2014).

Fatores diretamente relacionados ao próprio perfurocortante também influenciam os riscos de acidente. Um estudo realizado em um hospital americano (Jagger et al., 1988), apontou que os perfurocortantes que exigem manipulação ou desmontagem após o uso foram associados com uma taxa maior de acidentes em comparação as seringas com agulha descartáveis.

Os acidentes com perfurocortantes merecem mais atenção quando comparados a outros tipos de acidentes quando resultante de perfuração por agulha, corte por lâmina ou outros instrumentos que podem estar contaminados pela presença de sangue, o que torna os trabalhadores vulneráveis aos riscos de contrair infecções (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011). Os trabalhadores e instituições de saúde precisam estar atentos a estes acidentes bem como às notificações, adotando programas de prevenção para reduzir o número desses acidentes (VIEIRA; PADILHA, 2008).

3- METODOLOGIA

Esta pesquisa buscou inspiração no Método de Análise Coletiva de Acidentes proposta por Osório, Machado e Gomez (2005). Esta estratégia de intervenção frente aos acidentes de trabalho propõe-se a produzir efeitos tanto no ambiente de trabalho como na relação dos trabalhadores com sua atividade.

No método de análise coletiva de acidentes de trabalho, a tarefa consiste em

elucidar, para o outro e para si mesmo, as questões pertinentes ao curso de acontecimentos que culminaram, num dado momento, num acidente. Esta elucidação é fruto de deslocamentos que se dão numa relação dialógica. Nesta, o trabalhador acidentado, como portador da experiência, dirige-se a si mesmo, a seus colegas e ao analista. Por sua vez, o analista, como portador de conhecimento e conceitos, dirige-se em sua análise a si mesmo, a seus pares e aos trabalhadores implicados. Outros trabalhadores, desde outra posição que não de recém-acidentado, terão participação nessa análise conjunta (SILVA, 2002, p. 98-99).

A análise dos acidentes de trabalho, desenvolvida em parceria com os trabalhadores acidentados é vista como uma ferramenta de formação no trabalho, onde os trabalhadores fazem a análise das causas do acidente, observando como cenário o processo de trabalho como um todo, que deverá produzir efeitos transformadores. As possibilidades no uso do método não se restringem à análise e prevenção de acidentes com perfurocortante.

Ao contrário, ao ser utilizado na análise de diversos tipos de acidentes e incidentes, pode ter como efeito ampliar a participação e o poder de ação de grupos de trabalhadores de outras inserções” (OSÓRIO; MACHADO; GOMEZ, 2005, p. 518).

Na pesquisa em questão, buscou-se no método de análise coletiva de acidentes caminhos para influir na formação e na ampliação da capacidade de ação dos trabalhadores, direcionados a um processo coletivo de análise, organização e gestão do trabalho com potencial transformador frente as reais condições em que os trabalhadores executam suas atividades, a capacidade de identificar e gerir os riscos e situações decorrentes do ambiente e do próprio trabalho que favorecem os acidentes e a probabilidade de mudanças nas práticas de trabalho.

As ações que deram início e o desenvolvimento do estudo foram delineadas e direcionadas a um processo de construção e articulação de modo participativo transdisciplinar e intersetorial. Buscou-se sensibilizar e envolver gestores de setores específicos, profissionais da equipe da saúde do trabalhador e trabalhadores acerca dos acidentes de trabalho com perfurocortante, visando por meio do conhecimento técnico específico de cada profissional, especialmente da equipe de trabalhadores do centro cirúrgico, a reflexão, o levantamento de informações possíveis para o entendimento dimensional dos eventos acidentários e a percepção

dos fatores associados e conseqüentemente a construção coletiva de um plano de intervenção. O diálogo entre a equipe de profissionais técnicos especialistas e principalmente com os trabalhadores foi uma das medidas propulsora e importante para o desenvolvimento do estudo.

No método de análise coletiva dos acidentes de trabalho proposto por Osório, Machado e Gomez (2005), o diálogo entre o trabalhador e o analista do trabalho visa a elucidação das questões envolvidas no curso dos acontecimentos que propiciaram o acidente.

Embora o diálogo não tenha um roteiro definido, é um eixo norteador, com possibilidade de abarcar um conjunto amplo das questões envolvidas no acidente e que dizem respeito tanto ao trabalho prescrito, quanto o trabalho real. O diálogo funciona como dispositivo de análise e intervenção. Estabelece uma discussão entre o acidentado e o analista sobre o que foi percebido, apreendido e elaborado durante esse processo e finalmente são focalizadas e organizadas as sugestões e ações que podem ser iniciadas para alcançar alguma melhoria das condições de trabalho no setor posto em análise (ALVES; OSÓRIO, 2005).

Busca-se, com esse método, proporcionar, ao trabalhador que se acidenta, a oportunidade de ocupar o lugar de observador de si mesmo, estimulando sua ativa participação na manutenção e recriação dos recursos objetivos e subjetivos de que dispõe para a realização adequada de suas tarefas. (...) A análise é também coletiva por reunir especialista e trabalhador numa função não hierarquizada. A partir dessa interação entre analista e acidentado, em que um certo modo de subjetivação é posto a operar, se constrói, durante a análise, “um lugar onde se produziria aprendendo e, também, ao mesmo tempo, se reconstruiria a própria subjetividade” (CAMPOS, 2000 apud OSÓRIO DA SILVA, 2002; ALVES; OSÓRIO, 2005, p. 90).

Não foi possível, no entanto, aplicar o método na íntegra da forma como foi proposto pelos autores devido a limitações de tempo e de recursos humanos.

3.1- Contextualização do campo

A instituição de saúde na qual esta pesquisa foi desenvolvida é um órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil.

Essas ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento de pesquisa e geração de informação epidemiológica. É constituída por quatro

unidades assistenciais (Hospital do Câncer 1, Hospital do Câncer 2, Hospital do Câncer 3 e Hospital do Câncer 4) localizadas em três endereços em bairros diferentes.

O hospital do câncer 1 (HC1), lócus desta pesquisa, é a maior unidade hospitalar do Instituto Nacional de Câncer, servindo como sede à Direção do INCA e ao Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO). Esta unidade dispõe de 188 leitos e possui uma força de trabalho com cerca de 1600 profissionais. Está localizada na região central do Rio de Janeiro. Exerce um papel importante no desenvolvimento de pesquisa oncológica e ensino, nos programas de residência multiprofissional, cursos de especialização e atualização.

Os hospitais do câncer 2, 3 e 4 estão localizados na zona norte do Rio de Janeiro em endereços diferentes.

O hospital do câncer 2 (HC2) é o centro de referência na área de ginecologia oncológica. Dispõe de 83 leitos e cerca de 470 profissionais. O hospital do Câncer 3 (HC3) é a unidade de referência na área de câncer de mama conta com 52 leitos e cerca de 380 profissionais. Já o hospital do câncer 4 (HC4) é a unidade de cuidados paliativos. Presta assistência integral aos portadores de câncer avançado, sem possibilidade de cura. Dispõe de 56 leitos e cerca de 270 profissionais.

Localizada em outro endereço próximo a uma das unidades assistenciais, há uma equipe multidisciplinar organizada para atuar em saúde do trabalhador. Esta equipe iniciou sua atividade na década de 1990, com atividade denominada há época biometria. A partir de 2000 a equipe foi se organizando, progressivamente, como multidisciplinar, passando a ser chamada Divisão de Saúde do Trabalhador (DISAT). Atualmente conta com os seguintes profissionais: engenheiro de segurança do trabalho, médico do trabalho, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem e segurança do trabalho, assistente administrativo e recepcionista.

O INCA até dezembro de 2017, conforme dados disponibilizados pela COGEP conta com cerca de 3600 profissionais (funcionários efetivos, contrato temporário da União, estagiários, bolsistas e residentes) em área de atuação na assistência, ensino, pesquisa, prevenção, gestão, planejamento e infraestrutura. Até dezembro de 2018 o INCA conta com cerca de 153 médicos residentes distribuídos conforme o programa oferecido.

3.2- Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no centro cirúrgico do HC1. Este setor está localizado no 9º andar em área de circulação restrita e dispõe de equipamentos de alta tecnologia, tanto para os serviços cirúrgicos como para a anestesia dos pacientes. Realiza, inclusive, cirurgia robótica de alta complexidade.

Tem como estrutura física uma recepção entre os vestiários feminino e masculino, recepção pré-operatória, 10 salas cirúrgicas (atualmente, sete em funcionamento) e 10 leitos para recuperação pós-anestésica (oito para paciente adulto e dois para paciente pediátrico). O setor também é constituído de outras estruturas de apoio como: área de escovação, posto de enfermagem e serviços, sala de utilidades, almoxarifado, sala para guarda de equipamentos complementares, expurgo, secretaria, etc.

O centro cirúrgico é de grande porte, estruturado com aparato tecnológico e equipe especializada. O serviço funciona 24 horas por dia. As cirurgias são programadas de forma eletiva, de segunda a sexta feira, disponibilizando maior fluxo de procedimentos no turno diurno. Em média, realizam-se, vinte cirurgias diárias. Entretanto, têm dias que esse número varia, chegando a realizar cerca de trinta cirurgias, que demandam, maior atuação e manejo entre as equipes. Nos fins de semana, eventualmente, realizam-se cirurgias somente nos casos de emergência.

As equipes de profissionais de saúde atuantes neste serviço são multiprofissionais, formadas por servidores com vínculo empregatício estatutário federal (de nível superior, médio e básico), além de outros profissionais em formação como os médicos residentes.

A equipe de enfermagem conta com o total de 65 profissionais (19 enfermeiros e 46 técnicos em enfermagem), distribuídos nos dois turnos, diurno e noturno, com composição, predominantemente, feminina.

A equipe médica da Divisão cirúrgica, até dezembro de 2017, conforme dados da COGEP conta com cerca de 111 profissionais, distribuídos nos turnos diurno e noturno, sem contar com os médicos residentes. O serviço é coordenado por um Médico Cirurgião e uma Enfermeira.

3.3- Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos que participaram do estudo foram 11 profissionais da equipe dos médicos residentes atuantes no centro cirúrgico no programa Oncologia Cirúrgica – Área de Concentração: abdômen. Em janeiro de 2019, verificou-se que esta equipe concentrava o maior quantitativo, totalizando 36 profissionais.

Os critérios de inclusão compreenderam profissionais da equipe de médicos residentes atuantes no setor centro cirúrgico do HC1, que de forma voluntária, após a leitura e assinatura do TCLE (Apêndice B), se interessaram e se dispuseram em participar da pesquisa, contribuindo com a construção do Plano de Intervenção.

3.4- Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu preceitos éticos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Aos sujeitos foram explicados os objetivos e a metodologia da pesquisa e após o consentimento foi solicitada a assinatura do TCLE em duas vias. Uma via foi entregue para cada participante, e a outra ficou com o pesquisador coordenador.

A confidencialidade dos dados foi assegurada de modo que, qualquer dado que pudesse identificar individualmente o sujeito de pesquisa foi omitido no relatório e na divulgação dos resultados da pesquisa.

Os relatórios foram armazenados em arquivos digitais na DISAT, tendo acesso apenas o coordenador da pesquisa. No final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo digital, atendendo a Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e CEP/INCA.

O estudo foi aprovado através dos Pareceres Consubstanciados nº 2.771.058 e nº 2.873.753, dos Comitês de Ética e Pesquisa da ENSP e do INCA respectivamente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1- Matriz de intervenção

4.1.1- Plano Operacional

Identificado o problema – número significativo AT com perfurocortante entre médicos residentes do setor cirúrgico do HC1 – foram propostas algumas ações: visitas técnicas ao centro cirúrgico, revisão do protocolo para AT com material biológico, levantamento anual dos AT e reunião com médicos residentes.

Foram realizadas três visitas técnicas ao centro cirúrgico. As visitas foram precedidas de convites, feito de forma pessoal e individualmente a profissionais atuantes na DISAT (médica do trabalho, engenheiro e técnico de segurança do trabalho), informando o motivo da visita, a relevância da participação interdisciplinar no estudo, assim como a verificação quanto a disponibilidade e interesse destes profissionais em contribuir voluntariamente com seus conhecimentos técnicos específicos, para a realização da pesquisa. Entretanto, destes profissionais, apenas uma médica participou desta etapa.

Dando continuidade ao processo de articulação com profissionais e setores chaves para realização da pesquisa, na COENS, um profissional ligado a COREME foi consultado para obter orientação quanto a logística para reunir os profissionais residentes. Assim fui orientado a procurar a secretária do chefe dos médicos residentes para verificar a disponibilidade deste profissional quanto o agendamento de uma conversa e apresentação do projeto de pesquisa.

A primeira conversa com o chefe dos residentes foi muito rápida, aconteceu entre o atendimento que este realizava aos pacientes no ambulatório. Tendo em vista o número de pacientes a serem assistidos, acertamos para conversar em outro momento. Contratempos aconteceram até efetivamente podermos conversar. E quando foi possível, houve a apresentação do projeto de pesquisa, seguida de uma breve visita ao centro cirúrgico, que possibilitou a apresentação do pesquisador e o objeto central do estudo às chefias e trabalhadores que ali se encontravam. Na ocasião o chefe dos residentes se dispôs favoravelmente a realização da pesquisa, ressaltando diante da equipe de trabalhadores a relevância do estudo para o setor e para o entendimento dos eventos ocorridos com os trabalhadores.

Nesse primeiro momento, deu-se início as observações do setor e do processo de trabalho, a escuta de alguns trabalhadores sobre os fatores associados a ocorrência dos acidentes. Em algumas salas estavam ocorrendo cirurgias. A visita ocorreu por volta de 13h e teve duração de 1 hora aproximadamente.

As visitas seguintes necessitaram de agendamento prévio com a enfermeira chefe do setor. Sendo assim, a segunda visita, que foi realizada pelo pesquisador e a chefe da enfermagem, deu-se um pouco tardiamente em relação a primeira, devido a profissional se encontrar em férias, o que foi possível o agendamento, somente após seu retorno ao trabalho. A segunda visita teve início às 11:30 horas e teve duração de 1:30 hora aproximadamente. Algumas salas estavam ocupadas com cirurgias, outra estava no processo de limpeza pós cirurgia. Nesta ocasião foi possível continuar o processo de observação e levantamento das condições ambientais do setor; observar o processo de trabalho visando identificar práticas e comportamentos que favorecem a ocorrência de acidente; observar o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI); conversar com os trabalhadores da equipe para o levantamento de suas percepções acerca das condições de trabalhado que favorecem a ocorrência de acidentes.

A terceira visita foi realizada pelo pesquisador e uma médica do trabalho da DISAT em conjunto com a chefe de enfermagem do centro cirúrgico. Na ocasião, diferentes procedimentos estavam sendo realizados: inserção de cateter, cirurgias convencionais e robótica. A oportunidade foi favorável para observar outros processos de trabalho, além de reafirmar as observações e o levantamento das visitas anteriores.

Para a orientar a visita técnica foi construído um roteiro abordando alguns aspectos básicos referentes: I – Estrutura da área física; II – Recursos Humanos; e III – Condições ambientais e organizacionais e de proteção à saúde do trabalhador, a partir da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 50/2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais em saúde (BRASIL, 2002) e da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 63/2011, que dispõe sobre boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde BRASIL, 2011c) e leitura complementar do PNASS/2015 – Programa nacional de avaliação dos serviços de saúde do Ministério da saúde. O roteiro foi construído após verificar junto a equipe de segurança do trabalho, que esta não possuía nenhum modelo para visita técnica em setores específicos, no caso o centro cirúrgico.

As visitas atenderam o objetivo proposto de identificar elementos para subsidiar a construção do Plano de Intervenção junto a equipe de médicos residentes.

Concomitante a essa etapa, foi feita a revisão e análise do atual Protocolo de Acidente de Trabalho com Material Biológico do INCA, visando seu aprimoramento e atualização. De início, esta ação se processou mediante a análise da estrutura de todos os elementos que o constituem, descritos num total de sete páginas. Foram analisados os seguintes elementos constituintes: 1) Objetivo; 2) Abrangência; 3) Conceito de paciente-fonte; 4) Diretrizes; e 5) Procedimentos - referentes às rotinas em cada unidade (da chefia imediata, médico da emergência, banco de sangue, farmácia e DISAT). Algumas diretrizes implicaram na necessidade de consultar outras instituições envolvidas no processo de assistência ao trabalhador ocupacionalmente exposto a materiais biológicos, para a confirmação e adequação de conduta.

Em seguimento, foi feito levantamento de referências bibliográficas, consultas a protocolos de outras instituições de saúde e aos últimos protocolos publicados pelo Ministério da Saúde acerca do assunto, visando a revisão do texto.

Após a elaboração do novo texto, a proposta foi apresentada a chefia anterior da DISAT, médica do trabalho experiente com a temática, para avaliação e revisão conjunta. Esta ação envolveu a combinação prévia de dia e horário conforme disponibilidade do pesquisador e da profissional. Foram necessários quatro encontros, que ocorreram no intervalo para o almoço ou logo após o término da agenda de atendimentos aos trabalhadores, no final do expediente. A avaliação e revisão conjunta ocorreu por quase um mês.

Visando a continuidade do processo de vigilância, análise e comparação dos acidentes de trabalho ocorridos anualmente durante o estudo, foi realizado pelo pesquisador o levantamento dos acidentes ocorridos em 2018, das informações armazenadas em um banco de dados, a partir dos formulários de registro dos acidentes preenchidos quando do acidente, na intranet/INCA. Optou-se por esta busca no sistema, uma vez que por meio de consulta ao serviço especializado no atendimento ao trabalhador, a Disat, não seria possível identificar aqueles que não compareceram a este setor para notificar o acidente e fazer o acompanhamento clínico laboratorial.

No levantamento dos acidentes procurou-se identificar: sexo, idade, cargo/função, tempo no cargo/função, local/setor do acidentado, data, hora que ocorreu o acidente, agente causador do acidente, parte do corpo atingida, tipo de exposição, material envolvido, uso de EPI, evolução das etapas de acompanhamento de exame sorológico. Essas variáveis foram selecionadas para análise, tendo-se a preocupação de melhor conhecer as circunstâncias em que

os acidentes ocorrem, visando o desenvolvimento de estratégias para a prevenção e intervenção desses acidentes.

Dando seguimento a pesquisa, foi realizada uma reunião pelo pesquisador com o grupo de profissionais da equipe médica atuantes no centro cirúrgico, tendo como objetivo principal a construção do Plano de Intervenção em conjunto com os médicos residentes, visando, principalmente, intervir sobre os fatores de riscos e causais para prevenir e reduzir o número de acidentes. Como parte desta ação e antecedendo a construção do Plano foram feitas: a divulgação do Protocolo de Acidente de Trabalho com Material Biológico atualizado para sensibilizar e discutir ações de melhoria, com ênfase na necessidade de cumprimento integral do protocolo pelos profissionais de saúde e à problematização da subnotificação; a discussão dos elementos identificados durante as visitas técnicas realizada no centro cirúrgico referentes aos fatores causais e as situações que favorecem a ocorrência dos acidentes; e o levantamento dos AT.

Na reunião, cópia do protocolo impresso foi entregue aos participantes e realizada apresentação e discussão (em data show) e, posteriormente, a construção do Plano de Intervenção.

A reunião aconteceu no dia da mesa redonda da equipe médica e foi conduzida pelo pesquisador com duração de 30 minutos. O dia e horário e local foi previamente agendado com os chefes dos residentes e da Divisão Cirúrgica Oncológica - Área de Abdômen/pélvica. Estava previsto nesta etapa a presença de uma médica do trabalho da DISAT, porém no dia da reunião, esta não pôde comparecer.

4.1.2 Visita ao Centro Cirúrgico

As visitas técnicas realizadas no centro cirúrgico do HC1 pelo pesquisador em conjunto com outros profissionais, nos meses dezembro de 2018 e janeiro de 2019, teve por objetivo identificar elementos referentes aos fatores causais e situações que favorecem os acidentes. Os dados levantados foram apresentados e analisados a partir dos seguintes tópicos: a) levantamento das condições ambientais; b) levantamento das condições organizacionais e do processo de trabalho; c) observação do uso de EPI; d) percepções dos trabalhadores acerca das

condições de trabalho e práticas que favorecem o acidente; e) discussão a respeito do registro do acidente e da trajetória do acidentado.

Nas pesquisas participativas, o pesquisador se torna progressivamente um participante que deve negociar seus pontos vista com outros participantes: torna-se co-sujeito e co-pesquisador. Tal modalidade da pesquisa, é para esse autor, uma estratégia que tem por finalidade a transformação das organizações, das situações, dos sistemas e dos participantes implicados (GENDON, 1998 citado por BRITO, 2004, p. 98).

4.1.2.1 Levantamento das condições ambientais

Sobre as condições ambientais foram analisados os fatores relacionados a organização da área física, segurança, iluminação, temperatura, ruído.

Quanto a organização da área física observou-se: ambiente em boas condições de conservação e limpeza; corredores desobstruídos para circulação tanto de equipamento como para o transporte de pacientes; as áreas de apoio contam com estrutura e aportes de segurança e higienização; sistema de combate a incêndio; sinalização de orientação de segurança e saídas de emergência.

O sistema de iluminação do centro cirúrgico, segundo as informações levantadas obedece às especificações da RDC 63/2011, compatível com o desenvolvimento das atividades executadas no setor.

A refrigeração do ambiente é central. Os trabalhadores não têm controle de regulação. A regulação da temperatura é feita por setor específico. Em situações de significativo desconforto, os trabalhadores se mobilizam para solicitar a regulação a um nível considerado de conforto compatível para a execução das atividades.

Nas visitas realizadas os trabalhadores informaram que a climatização estava compatível com o desenvolvimento das atividades. Entretanto, relataram que há alguns meses esteve em um nível desconfortável, muito baixa e incompatível com o bem estar, que gerou muitas queixas por um grupo de trabalhadores, inclusive correlacionando-a com problemas de saúde que vinham enfrentando. O fato foi levado aos responsáveis pelo controle da refrigeração, que adequaram a um nível considerado de conforto no período do estudo.

A temperatura ambiente do centro cirúrgico foi o maior incômodo identificado no estudo realizado por Canedo (2009). A baixa temperatura foi associada pelos trabalhadores a

problemas apresentados como os diversos casos de sinusites de repetição, dores de cabeça e de garganta, inclusive um caso de paralisia facial devido o frio.

O ambiente hospitalar requer ventilação com adequada renovação de ar para que sejam minimizadas as emissões que podem gerar agravos à saúde dos pacientes e trabalhadores (MACHADO et al., 2016), áreas críticas, como o centro cirúrgico devem ser climatizadas conforme preconizado pela RDC 50/2002.

Não houve mensuração do ruído durante o estudo e nem foi detectado ruído em nível desconfortante no ambiente. Os trabalhadores também não relataram nenhuma queixa relacionada a este agente.

4.1.2.2 Levantamento das condições organizacionais e do processo de trabalho

Quanto as informações levantadas das condições organizacionais, o setor possui manual de normas e rotinas técnicas atualizadas disponíveis contemplando a definição e a descrição de todas as atividades técnicas; possui planejamento e cronograma de treinamento de pessoal, que inclui a utilização de EPI e EPC; garante aos trabalhadores com possibilidade de exposição a agente biológico o fornecimento de EPI; disponibiliza coletores para materiais perfurocortantes no local de sua geração. Esses dados estão em consonância com os requisitos de boas práticas preconizadas pela RDC 63/2011 para os serviços de saúde.

Em termos de recursos humanos, a equipe de enfermagem “a maioria dos trabalhadores são do sexo feminino e mães”. Esta informação foi acrescida com a ênfase no absenteísmo – “o número de absenteísmo é alto”.

O diálogo com as questões de gênero é fundamental para analisar o trabalho em saúde, sem desconsiderar a vinculação entre os trabalhos profissional e doméstico. As jornadas de trabalho longas e desgastantes das mulheres não as desobrigam das tarefas domésticas. A abordagem neutra em termos de gênero nas políticas públicas, contribui para a invisibilidade dos riscos do trabalho feminino que em geral são subestimados e negligenciados tanto nos projetos investigativos quanto nas formas de prevenção (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011).

O impacto do trabalho sobre os profissionais da saúde leva a uma sobrecarga mental e física que, aliada à precariedade das condições de trabalho e aos baixos salários, pode desencadear ansiedade, insatisfação, estresse, tensão e, conseqüentemente, ausências não justificadas ou justificadas por licenças médicas, denominadas de absenteísmo. O absenteísmo é um importante indicador de avaliação

da saúde dos trabalhadores e das condições em que o trabalho é realizado, como também da política de recursos humanos da instituição e do serviço de atenção à saúde do trabalhador (UMANN et al., 2011, p. 184).

O absenteísmo é um fenômeno complexo cujos preditores variam com a frequência e duração dos períodos de ausências. Poucos dias de ausência estão associados principalmente à cultura organizacional ou à (in)satisfação dos trabalhadores com seu trabalho, e, relacionada mais à estrutura e ao processo laboral do que aos problemas de saúde. Enquanto o absenteísmo de longa duração é considerado reflexo das condições de saúde e de problemas familiares (FERREIRA et al., 2001).

Para identificar o real motivo do absenteísmo dos trabalhadores, implica às instituições a necessidade de um estudo de suas causas, para que se possa diagnosticar os pontos com maiores problemas, o estado de saúde dos trabalhadores e riscos ocupacionais e a identificação das condições de trabalho que levam o adoecimento. E assim poder nortear e implementar ações preventivas em prol da saúde dos trabalhadores (CARDOSO, 2013; UMANN et al., 2011).

Estudos revelam que trabalhadores que atuam em áreas mais complexas como centro cirúrgico, apresentam os maiores índices de absenteísmo, tendo em vistas as especificidades dos processos de trabalho, à necessidade destes trabalhadores acompanharem o avanço técnico e científico, com incremento de novas tecnologias e conseqüente aumento da complexidade para o cuidado prestado, aumentando os riscos de agravos à saúde e afastamentos dos trabalhadores (UMANN et al., 2011).

O serviço de saúde deve prover o dimensionamento de pessoal, necessário à operacionalização do serviço de acordo com a demanda e modalidade da assistência prestada (RDC 63/2011).

As informações relevantes sobre processo de trabalho abrangeram os aspectos relacionados: ao espaço físico das salas cirúrgicas, o ritmo de trabalho, a equipe dimensionada para o procedimento.

Das sete salas cirúrgicas em funcionamento, três são dedicadas por especialidade cirúrgica: tórax/abdome, neuro e robótica.

Em geral as salas possuem muitos aparatos tecnológicos, principalmente a sala para cirurgia robótica, o que torna o espaço físico pequeno, inviabilizando a locomoção segura dos trabalhadores durante a execução dos procedimentos. Certos tipos de cirurgia, envolvem além dos aparatos já existentes na sala, a inclusão de outras tecnologias, manuseio de instrumentos

que chegam a pesar 20 kg e o envolvimento de um número maior de recursos humanos tecnicamente especializados, de difícil substituição considerando o absenteísmo. Muitas vezes, o ato cirúrgico implica à equipe de cirurgiões, a permanência na sala por mais de 10 horas sem poder sair, nem mesmo para as necessidades fisiológicas. Estes aspectos inerentes ao processo de trabalho no centro cirúrgico são preocupantes, uma vez que, segundo o relato dos trabalhadores “favorecem o risco de acidentes”, e ao mesmo tempo é um desafio para as ações de vigilância da saúde dos trabalhadores e intervenção nos fatores de riscos/causais para os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

O estudo realizado por Canedo (2009) apontou que o trabalho no centro cirúrgico gera alguns incômodos nos trabalhadores. Os incômodos têm origem com a temperatura considerada desagradável, espaço físico precário, barulho de diversas origens, sobrecarga de trabalho, falta de autonomia e relação ruim com colegas, relação insatisfatória com chefia, disposição inadequada dos aparelhos, inflexibilidade de horário e material inadequado para cirurgias especializadas.

Todos estes incômodos podem ser elementos importantes na ocorrência dos acidentes de trabalho registrados no local: as alterações de temperatura, tanto para mais quanto para menos podem provocar acidentes na medida que, interferem com o bem estar dos profissionais (quedas muito acentuadas de temperatura provocam dores de cabeça, dificuldade na manipulação de materiais, tremores e irritabilidade; temperaturas elevadas podem gerar suor principalmente nos cirurgiões, que podem pingar no campo cirúrgico e contaminar a cirurgia, assim como provocar tonturas nos cirurgiões e instrumentadores que estão sob o foco cirúrgico); barulho, seja qual for a origem (telefone, conversa, abertura de materiais) provocam irritabilidade e desconcentração na execução das tarefas. O espaço físico pequeno e a disposição inadequada dos equipamentos, não permite a locomoção segura necessária para a execução das tarefas; à este fator, soma-se a irritabilidade dos profissionais se verem obrigados à frequentemente terem de pular fios e sondas espalhados ao seu redor. A falta de autonomia, assim como uma relação inadequada com os colegas e/ ou com a chefia gera frustração e, conseqüentemente, desmotivação, podendo tornar o trabalhador descuidado e, assim aumentando o número de acidentes (CANEDO, 2009 p. 73).

4.1.2.3 Observação do uso de EPI

A informação e a formação centrada em aspectos técnicos não são suficientes para reduzir a ocorrência dos acidentes. Um estudo epidemiológico desenvolvido no Brasil mostrou que grande parte dos acidentes se deve à inobservância das precauções preconizadas, concluindo que a simples informação não é suficiente para modificar o quadro existente (OSÓRIO; MACHADO; GOMEZ, 2005).

Outro estudo realizado com trabalhadores de um centro cirúrgico de uma instituição americana apontou que 51,4% dos participantes sofreram acidentes com perfurocortantes durante o desempenho de suas funções. Destas ocorrências, o uso dos EPIs foi negligenciado por 14,1% dos acidentados (GAILIENE; CENEKIENE, 2009, citado por SOUZA et al., 2011).

Apesar dos grandes avanços na prevenção de infecções hospitalares, a adesão aos equipamentos de proteção individual continua sendo um importante desafio entre os trabalhadores da saúde. A baixa adesão está relacionada a aspectos comportamentais, tais como o desconforto durante o uso, a dificuldade para realizar determinados procedimentos, dentre outros motivos (SOUZA et al., 2011). Os trabalhadores alegam que os EPIs atrapalham na eficácia do trabalho, seja pela inadequação do tamanho principalmente de luvas, seja pela dificuldade de visibilidade, quando na utilização de óculos; pela alergia à látex, ou não os utilizam porque não gostam (CANEDO, 2009).

Para garantir a prevenção da exposição ocupacional a material biológico, as precauções-padrão recomendam que profissionais de saúde considerem todos os pacientes potencialmente contaminados quando houver possibilidade de contato com sangue e outras secreções. As principais recomendações incluem: uso de EPI sempre que houver possibilidade de contato com secreções orgânicas, manipulação cuidadosa e descarte adequado de objetos perfurocortantes (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2009, p. 908).

Neste estudo foi observado nas visitas técnicas que todos os trabalhadores faziam uso de EPIs durante a execução de suas atividades. No entanto, houve algumas queixas relacionadas a falta de monitoramento e proteção contra a radiação ionizantes. O fato foi comunicado aos profissionais técnicos da área saúde do trabalhador.

Os EPIs estão descritos na NR 6. O empregador é obrigado a fornecer aos trabalhadores os equipamentos adequados ao tipo de risco a que estão expostos. O trabalhador deve usar os EPIs de acordo com o risco e a finalidade.

Visando diminuir os potenciais riscos, a melhoria da qualidade do serviço e da assistência prestada com maior segurança para o trabalhador da saúde, foi criada a NR 32 que estabelece as diretrizes básicas para a implementação de ações de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores das instituições de saúde.

4.1.2.4 Percepções dos trabalhadores acerca das condições de trabalho e práticas que favorecem o acidente

As informações das percepções dos trabalhadores acerca das condições de trabalho e práticas que favorecem o acidente se fez necessária para explorar as questões apontadas no estudo quanto a relevância que os trabalhadores acidentados atribuem às condições e práticas de trabalho percebidas.

Percepção, para os seres humanos, é a capacidade de associar as informações sensoriais à memória e à cognição, de modo a formar conceitos sobre o mundo e sobre nós mesmos e orientar nosso comportamento. (...) Para que os mecanismos da percepção possam ser otimizados, é preciso selecionar dentre os inúmeros estímulos provenientes do ambiente aqueles que são mais relevantes para o observador (LENT, 2010, p. 612).

Mesmo com o emprego de tecnologias avançadas para o estudo dos ambientes e condições de trabalho, é essencial considerar o relato dos trabalhadores, tanto individual quanto coletivo. Muitas vezes, somente os trabalhadores são capazes de descrever as reais condições e circunstâncias em que executam suas atividades laborativas, bem como os imprevistos que ocorrem no cotidiano, e explicar os possíveis agravos (BRASIL, 2001a).

(...) “Ouvir o trabalhador falando de seu trabalho, de suas impressões e sentimentos em relação ao trabalho, de como seu corpo reage no trabalho e fora dele, é de fundamental importância para a identificação das relações saúde-trabalho-doença” (BRASIL, 2001a, p 30).

O trabalhador, como testemunha presencial de sua realidade ocupacional, percebe-a em três dimensões: lugar, tempo e pessoa. Sendo capaz

de delimitar o entorno em que se apresentam os principais fatores de risco, qualifica empiricamente nocividade a partir de sua própria sensação de bem-estar e é capaz de observar as variações de qualquer processo ao longo do tempo, conhecendo perfeitamente em que momento se intensificam os fatores que percebe como nocivos à saúde. Essa observação responde a uma associação de fatos em função do tempo e do espaço. Percebe os atributos das pessoas, de si próprio e de seus companheiros, e é capaz de reconhecer sinais e sintomas relacionados a algumas patologias. Essas experiências, individuais ou coletivas, se conjugam e criam um modelo de conhecimento que surge da observação direta e permanente (SOLAR, 1996, citado por BRITO, 2004, p. 98-99).

Os fatores causais de maior ocorrência e as situações que favorecem os acidentes segundo a percepção dos trabalhadores identificada nesta pesquisa, e que estão relacionadas as condições e práticas de trabalho não se distanciam de outros estudos. Os fatores causais de maior

ocorrência identificados foram: descarte inadequado do material, reencape de agulha, procedimento de sutura, recolhimento de material na mesa cirúrgica. As situações que mais favorecem a ocorrência foram: cansaço, fadiga, falta de atenção, pressa, passagem incorreta do material durante o procedimento, movimento inesperado de outro profissional que esteja auxiliando, agulha de anestesia desprotegida na mesa cirúrgica.

Falta de atenção, pressa e mau uso do material potencialmente infectante foram as situações identificadas no estudo realizado por Santana et al. (2018) que favoreceu a ocorrência de AT com materiais perfurocortantes. As autoras fizeram correlação com outros estudos, nos quais foi observado que a sobrecarga de trabalho é um forte gerador de estresse no ambiente cirúrgico que prejudica a adequada realização das atividades, exigindo maior rapidez e muitas vezes, sem o cuidado necessário; extensas jornadas de trabalho aumentam o déficit de atenção e risco de AT; e a manipulação incorreta de materiais contaminados aumenta o risco de acidente.

No estudo realizado por Oliveira e Gonçalves (2010), falta de atenção, pressa, más condições, descuido foram principais fatores contribuintes para o acidente relatados pelos trabalhadores.

Descarte inadequado de material, reencape de agulha, auxílio de procedimento e recolhimento de material foram os fatores causais identificados no estudo realizado por Pereira et al. (2004) e que coincidem com os resultados apresentados neste estudo.

Os controles nas práticas de trabalho são um importante componente de prevenção a acidentes perfurocortantes em ambientes cirúrgicos, já que o uso dos materiais perfurocortantes são inerentes as atividades nestes ambientes e não podem ser abolidos. Algumas estratégias ou mudanças nas práticas de trabalho podem prevenir os acidentes, além de ajudar a proteger tanto o trabalhador da saúde, que presta o atendimento, quanto o paciente da exposição ao sangue de outras pessoas. Essas medidas incluem:

usar instrumentos, ao invés dos dedos, para segurar agulhas, retraindo tecidos e montar/desmontar agulhas e lâminas de bisturis; anunciar verbalmente ao passar perfurocortantes; evitar passar instrumentos perfurocortantes de mão em mão, usando uma bacia/bandeja ou uma área de zona neutra; usar métodos alternativos de corte, como dispositivos de eletrocauterização cegos (blunt electrocautery) e a laser, quando adequados; substituir a cirurgia aberta por cirurgia endoscópica, quando possível; usar lâminas de bisturi com ponta arredondada ao invés de lâminas pontiagudas; e usar dois pares de luvas (RAPPARINI; REINHARDT, 2010, p. 28).

4.1.2.5 Discussão a respeito do registro do acidente e da trajetória do acidentado

Na discussão a respeito do registro do acidente e da trajetória do acidentado foi observado que alguns trabalhadores não têm conhecimento da existência do Protocolo de acidente com material biológico instituído pelo INCA, e nem do fluxo de atendimento que deve ser seguido quando da ocorrência do acidente. O que para eles é um dos motivos que favorece a falta de notificação dos acidentes.

Um estudo realizado no centro cirúrgico do HC2 identificou vários motivos relacionados a não notificação dos acidentes pelos trabalhadores. Entre os motivos os trabalhadores relataram que não notificaram porque não tinham informação de que todo tipo de acidentes deve ser notificado e a existência de uma burocracia excessiva.

A burocracia excessiva relatada, refere-se à inadequação do horário dos médicos da Saúde do Trabalhador em relação a jornada de trabalho dos profissionais. Para ser atendido pelo médico da Saúde do Trabalhador é necessário agendamento, o que nem sempre é compatível com o horário do trabalhador; além do mais, atualmente este serviço (Saúde do Trabalhador) fica situado no centro da cidade do Rio de Janeiro, inviabilizando o acesso do funcionário que se acidenta (CANEDO, 2009, p. 71).

4.1.3 Atualização e aprimoramento do Protocolo de Acidente com Material Biológico do INCA

Um dos objetivos específicos proposto desta pesquisa consistiu em revisar o Protocolo de Acidente de Trabalho com Material Biológico vigente do INCA, visando seu aprimoramento e atualização. A revisão se processou mediante a análise da estrutura de todos os elementos que o constituem.

Em termos gerais, dentre as diretrizes descritas, verificou-se que o protocolo do INCA determina: a todo trabalhador que sofrer acidente realizar exames sorológicos com período de tempo definido; recomenda os tipos de exames sorológicos a ser realizados no paciente-fonte e no trabalhador; determina ao trabalhador que se negar a realizar a rotina sorológica, assinar Termo de Responsabilidade; em caso de necessidade de quimioprofilaxia, o acidentado deve retirar o medicamento prescrito na farmácia de sua unidade; orienta sobre os cuidados higiênicos com área exposta; determina a chefia imediata prestar assistência ao trabalhador acidentado, bem como o preenchimento da Comunicação de Acidente em Serviço (CAS); recomenda ao médico da emergência após o atendimento do acidentado, registrar na

Intranet/INCA o acidente no formulário de Notificação de Acidente de Trabalho com Material Biológico; em caso de necessidade de realizar a imunoglobulina hiperimune, o médico deve encaminhar o funcionário ao serviço de saúde de referência. O trabalhador acidentado deve comunicar o acidente na DISAT em até 24h após a ocorrência ou no primeiro dia útil após o acidente.

Os Procedimentos relacionados a rotina pós-exposição ocupacional nas unidades assistenciais, estabelecidos no protocolo de acidentes com material biológico do INCA, são descritos no Fluxograma (Apêndice A)

O Protocolo de Exposição a Materiais Biológicos é um instrumento para atender aos profissionais de saúde que sofram exposição a material biológico com risco de soroconversão para os vírus da hepatite B e C e HIV. Deve estabelecer manejo clínico, orientação e acompanhamento dos trabalhadores acidentados, uso de quimioprofilaxia e notificação dos casos. Também deve apontar medidas para ser consideradas pelos serviços de saúde que irão prestar este tipo de atendimento. Dentre as medidas destacam-se: avaliar a capacidade de atendimento do serviço de saúde, incluindo pessoal treinado, realização de exames laboratoriais, o atendimento secundário de especialistas (infectologista e/ou hepatologista); manter o acompanhamento dos trabalhadores acidentados com risco de soro conversão por, no mínimo, seis meses; sistematizar um modelo de atendimento, priorizando o acolhimento do trabalhador acidentado e a responsabilidade de orientação junto ao ambiente de trabalho; manter o sistema de notificação e registro atualizado visando o processo de vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 2011d).

Neste contexto, e considerando as diretrizes preconizadas pelo MS de atualizar os protocolos, no âmbito do SUS, conforme as evidências mais recentes, bem como os problemas referentes ao processo de vigilância do trabalhador identificados no estudo, que inclui subnotificação, fragilidade do sistema de informação, precaridade das informações, falta de adesão ao seguimento dos eventos acidentários, fez-se necessário atualizar e aprimorar o protocolo vigente, tendo-se a preocupação em elaborar um instrumento prático e objetivo, para nortear e subsidiar as ações dos profissionais de saúde comprometidos no controle e promoção do atendimento do trabalhador acidentado com exposição a material biológico. Porém, não se pretende, com esse instrumento fazer vigilância em saúde do trabalhador em todos os seus termos, ciente de que é apenas uma das ferramentas para a construção e institucionalização de um processo de vigilância em saúde do trabalhador no INCA.

4.1.3.1 Modificações realizadas no Protocolo de Acidente de Trabalho com Material Biológico

O Protocolo de Acidente de Trabalho com Material Biológico e Perfurocortante atualizado (Apêndice C) trata-se da revisão, atualização e aprimoramento do Protocolo de Acidente com Material Biológico anteriormente em vigência no INCA. Esta ação se consubstancia nas ações do MS que vem desenvolvendo e atualizando protocolos de atendimento ao trabalhador exposto ocupacionalmente a material biológico e determinando que as instituições de assistência à saúde tenham protocolos escritos com condutas estabelecidas para esse tipo de acidente. Nesta premissa, esse instrumento foi construído pelo pesquisador a partir dos últimos protocolos publicados pelo MS acerca do tema e revisado em conjunto com uma médica do trabalho da DISAT.

É um instrumento que se destina a todos os trabalhadores, especialmente a equipe de profissionais de saúde do INCA envolvida na assistência dos trabalhadores ocupacionalmente expostos à materiais biológicos potencialmente infectantes.

As principais modificações feitas no Protocolo em relação ao modelo anterior abrangeram a construção e inclusão dos Termos de Consentimento Informado para realização de exames laboratorial para o paciente-fonte e o trabalhador acidentado, Termo de Consentimento Informado para quimioprofilaxia Anti-HIV; a construção e inclusão das Fichas de encaminhamento para a clínica de saúde da família para avaliação/tratamento da hepatite C, Ficha de encaminhamento para o centro de referência de imunobiológicos especiais – CRIE; a inclusão das Fichas do SINAN para material biológico, Ficha de comunicação de acidente de trabalho – CAT;

No INCA, observa-se que o processo de registro do acidente envolve várias etapas que consiste no preenchimento de diferentes formulários (Comunicação de acidente de Trabalho em Serviço Público-CAT/SP, Ficha de notificação de acidente com material biológico – intranet/INCA, Comunicação de Acidente de Trabalho em Serviço Público/SIASS, Ficha do SINAN para material biológico, Ficha de comunicação de acidente de trabalho – CAT/INSS) e acessos em sistema de informação (intranet/INCA, SIASS e INSS), determinados pelo vínculo empregatício do trabalhador. Desta forma, dos cinco formulários existentes, pode ser necessário o preenchimento de até quatro formulários. Dois formulários que são utilizados internamente

pelo INCA necessitaram de adequação: CAT/SP e a Ficha de notificação de acidente com material biológico – intranet/INCA,

A CAT/SP é um instrumento de registro tipicamente usado no INCA para documentar qualquer tipo de evento envolvendo o trabalhador (por exemplo queda, acidente com material biológico, acidente de trajeto). Embora esse tipo de formulário possa fornecer informações descritivas do evento, porém não coleta detalhes suficientes para analisar os acidentes, incluindo os que envolvem material biológico ou perfurocortante. Sendo assim, houve necessidade de adequação do formulário para uso específico nos casos de acidente com material biológico ou perfurocortante. Este formulário deve ser preenchido pela chefia imediata logo que o trabalhador informa o acidente ocorrido, para em seguida ser encaminhado ao médico plantonista no SPA.

A Ficha de notificação de acidente com material biológico – Intranet/INCA que deve ser preenchida pelo médico plantonista do SPA durante avaliação do trabalhador acidentado necessitou de adequação quanto as informações relacionadas ao acidentado e do respectivo acidente, visando melhorias na análise do evento. Desta forma foram incluídos campos para inserir as seguintes informações: data de admissão; circunstância do acidente (punção venosa/arterial, descarte inadequado de material perfurocortante, manipulação de caixa com material perfurocortante, lavagem de material, procedimento cirúrgico, sutura, reencape, outros); parte do corpo atingida; objeto causador; uso de EPI.

Foi feita uma abordagem sobre o acidente com material biológico ou perfurocortante, ressaltando entre outros aspectos, a potencialidade e risco de transmissão ocupacional dos agentes patogênicos mais comumente envolvidos, tipos de exposição e de fluídos, potencialidade infectante, bem como a gravidade relacionada ao volume de fluído e viremia.

Em relação as recomendações após a ocorrência do acidente foram atualizadas as condutas referentes aos cuidados com a área exposta; orientação e acolhimento do trabalhador; avaliação do status sorológico e tipos de exames a serem realizados na fonte e no trabalhador; condutas específicas ao acidente com exposição ao HIV, HBV e HCV; indicação de profilaxia pós-exposição e acompanhamento clínico-laboratorial e da toxicidade dos antirretrovirais.

Quanto aos procedimentos operacionais que trata do conjunto de operações específicas, estabelecidas no processo de pós-exposição ocupacional que envolve o trabalhador acidentado, chefia imediata, médico da emergência, laboratório, farmácia, médico da DISAT e técnico de segurança, houve necessidade de adequações.

4.1.4- Análise e comparativo dos acidentes com material perfurocortante ocorridos anualmente durante o estudo

Análise epidemiológica dos acidentes de trabalho requer, para seu entendimento, uma delimitação e classificação desses eventos, tornando-os específicos, a fim de ressaltar suas peculiaridades passíveis de contextualização no espaço e no tempo, segundo características pessoais do acidentado e da exposição a situações de risco MACHADO; GOMEZ, 1999, p. 125).

Visando a continuidade do processo de vigilância, análise e comparação dos acidentes de trabalho ocorridos anualmente durante o estudo, foi realizado pelo pesquisador o levantamento dos acidentes ocorridos em 2018, das informações armazenadas em um banco de dados (Apêndice D), a partir dos formulários de registro dos acidentes preenchidos quando do acidente, na intranet/INCA. Optou-se por esta busca no sistema, uma vez que por meio de consulta ao serviço especializado no atendimento ao trabalhador, a DISAT, não seria possível identificar aqueles que não compareceram a este setor para notificar o acidente e fazer o acompanhamento clínico laboratorial.

No período compreendido de janeiro a dezembro de 2018 (Tabela 4) foram registrados 65 acidentes de trabalho com material perfurocortantes na Intranet/INCA. Na amostra estudada há predominância da ocorrência em trabalhadores do sexo feminino (50,8%), coincidindo com os dados do ano anterior. Resultado semelhante também foi apresentado nos estudos realizados em hospitais brasileiros (SANTOS JUNIOR et al., 2015; MARZIALE et al., 2014) em hospital no norte da Tailândia (CHAIWARITH, et al., 2013) e num hospital universitário na Sérvia (MARKOVIC et al., 2013).

A predominância da força de trabalho do gênero feminino na área da saúde é observada por Wermelinger (2010), ao relatar que o setor de saúde, tem forte vocação feminina, em todo o mundo. No Brasil, a autora aponta que os dados censitários de 2000, mostram um enorme contingente feminino neste setor. Em continuação, enfatiza que a participação feminina chega em torno de 70% do total, com 62% da força de trabalho das categorias de nível superior, chegando a 74% das categorias de nível médio e elementar.

Com relação a faixa etária, neste levantamento observa-se o maior número de ocorrências em trabalhadores com idades entre 31-40 anos (30,8%), coincidindo com o estudo realizado por Verçosa, Monteiro e Ferreira (2014), e diferente do resultado apresentado por Lima, Oliveira e

Rodrigues (2011) e do levantamento anterior do INCA, quando se observou maior ocorrência entre trabalhadores mais jovens.

A maioria dos acidentes atingiram trabalhadores com tempo de admissão/função na instituição correspondente a um ano (12,3%). Esses dados se assemelham com os dados do ano anterior. O estudo realizado por Ottobelli et al. (2015) apontou a maior ocorrência de acidentes entre trabalhadores com menor tempo na ocupação e de experiência no exercício profissional.

A categoria de trabalhadores mais acometida em 2018 foi a dos médicos staff (43,01%), seguida da categoria dos médicos residentes (21,5%). Sobre esses dados observa-se uma inversão entre a categoria de trabalhadores com relação o levantamento anterior, que apontou predominância da ocorrência na categoria de médicos residentes, seguida pela categoria dos médicos staff.

Com relação a estes dados, estudos nacionais e internacional, também foi identificado maior percentual de acidentes perfurocortantes entre profissionais da equipe médica (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2010; BASSO, 1999; ISHAK; HAQUE; SADHRA, 2018).

Em 2018, o serviço com maior índice da ocorrência dos agravos foi o centro cirúrgico, correspondendo a 38,5% dos eventos. Esse dado coincidiu com o ano anterior, representada por 40% das ocorrências.

Assim como identificado no estudo, dados de outras pesquisas nacionais e internacionais apontam que setores como centro cirúrgico predominam com maior número das exposições (LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011; CHAIWARITH et al., 2013).

O centro cirúrgico é o segundo setor, entre os hospitais do NaSH, com maior frequência de acidentes com perfurocortantes, contabilizando 27% dos acidentes em geral (RAPPARINI; REINHARDT, 2010).

Em relação às ocorrências registradas nas unidades assistenciais do INCA, tanto o levantamento mais recente (93,9%) como o anterior (86,0%), revelaram predominância de acidentes perfurocortantes no HC1. O HC1 é a maior unidade assistencial do INCA e possui uma força de trabalho com cerca de 1600 trabalhadores distribuídos no quadro efetivo, temporário, residente, estagiário e bolsista e, maior número de atendimentos prestados à população usuária do SUS.

Em 2018, observou-se outra inadequação no preenchimento do formulário no registro dos acidentes feitos na intranet/INCA. Houve uma predominância de trabalhadores do sexo

masculino (65,6%) em relação ao sexo feminino (3,1%) sem o preenchimento do nome do acidentado. A ausência desta informação além de impossibilitar a identificação do trabalhador acidentado, dificulta a análise dos eventos, bem como as ações de vigilância e acompanhamento dos casos.

Tabela 4: Distribuição e comparativo dos AT com material perfurocortante de acordo com sexo, faixa etária, tempo de admissão, função, setor, unidade. INCA, janeiro a dezembro de 2017 e janeiro a dezembro de 2018.

Janeiro a dezembro de 2017. 22 AT			Janeiro a dezembro de 2018. 65 AT		
Variável	N	%	Variável	N	%
Sexo			Sexo		
Masculino	5	23,3	Masculino	32	49,2
Feminino	17	77,0	Feminino	33	50,8
Total	22	100,0	Total	65	100,0
Faixa etária			Faixa etária		
20 a 30	8	36,0	20 a 30	14	21,5
31 a 40	5	23,0	31 a 40	20	30,8
41 a 50	6	27,0	41 a 50	5	7,7
51 a 60	3	14,0	51 a 60	6	9,2
Total	22	100,0	60	4	6,2
			Não informado	16	24,6
			Total	65	100,0
Tempo de admissão			Tempo de admissão		
1 ano	13	59,0	1 ano	8	12,3
2 anos	1	4,5	2 anos	2	3,1
5 anos	2	9,0	3 anos	6	9,2
6 anos	3	14,0	4 anos	7	10,8
> 10 anos	3	14,0	7 anos	4	6,2
Total	22	100,0	8 anos	4	6,2
			> 10 anos	8	12,3
			Não informado	26	10,0
			Total	65	100,0
Função			Função		
Enfermeiro	3	14,0	Enfermeiro staff	10	15,4
Enfermeiro residente	1	4,0	Enfermeiro residente	1	1,5
Téc. de enfermagem	6	27,0	Téc. de enfermagem	11	17,0
Médico staff	3	14,0	Médico staff	28	43,1
Médico residente	9	41,0	Médico residente	14	21,5
Total	22	100,0	Não informado	1	1,5
			Total	65	100,0
Setor			Setor		
Ambulatório	1	4,5	Centro cirúrgico	26	40,0
Centro cirúrgico	9	41,0	CEMO	1	1,5
CTI adulto	1	4,5	CTI adulto	2	3,1
Emergência	1	4,5	Emergência	4	6,2
Endoscopia	3	14,0	Endoscopia	3	4,6
Enfermaria	6	28,0	Enfermaria	10	15,3
Radiologia	1	4,5	Medicina nuclear	3	4,6
Total	22	100,0	Quimioterapia	1	1,5
			Radiologia	2	3,0
			Não informado	13	20,0
			Total	65	100,0
Unidade do INCA			Unidade do INCA		
HC1	19	86,0	HC1	61	93,9
HC2	3	14,0	HC2	3	4,6
HC3	0	0,0	HC3	1	1,5
HC4	0	0,0	HC4	0	0,0
Total	22	100,0	Total	65	100,0

Fonte: Levantamento realizado pelo autor

Em relação ao turno da ocorrência dos acidentes, da mesma forma como no levantamento anterior, de 2017, o período diurno também predominou com o quantitativo de 87,7% dos registros.

Os resultados encontrados com esta pesquisa corroboram o estudo realizado em Portugal num hospital ao Norte do país (MARTINS; SILVA; CORREA, 2012;) e com os estudos realizados no Brasil, onde se verificou a prevalência dos acidentes no turno diurno (OTTOBELLI, et al., 2015; NOWAK et al., 2013).

Com relação aos materiais envolvidos nos acidentes em 2018, foi identificado sangue em 92,3% nos registros, fato condizente com os estudos encontrados na literatura nacional (SANTOS JUNIOR, et al., 2015; VALIM; MARZIALE, 2011; LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011). Os outros materiais envolvidos na presente pesquisa foram: líquido com sangue, líquido pleural e peritoneal e tecido. A exposição ao sangue pode ser responsável pela transmissão de vários agentes patogênicos e conseqüentemente causar sérias conseqüências à saúde do trabalhador.

No que diz respeito ao agente causador, parte do corpo atingida e o procedimento executado no momento do acidente, todos os registros identificados na Intranet/INCA, não continham informações dessas variáveis. Entretanto, foi verificado que o Formulário de Notificação de Acidente com Material Biológico, disponível na Intranet/INCA, para ser preenchido no momento do atendimento do trabalhador acidentado pelo médico plantonista do SPA, não estava estruturado com campos para inserir essas e outras informações importantes acerca do acidentado e do respectivo acidente. A ausência da informação destes e de outros dados que foram observados no formulário de registro na intranet/INCA, dificultou a melhor análise dos eventos, tendo em vista que são poucos os trabalhadores acidentados que comparecem a divisão de saúde do trabalhador para fazer a notificação, o que permitiria uma avaliação mais precisa do acidente ocorrido.

A existência de situações relacionada a informação incompleta no preenchimento de algumas notificações é verificada na literatura internacional no estudo realizado por Martins, Silva e Correia, (2012). Segundo as autoras, a inexistência de algumas informações nas notificações, dificultam a melhor análise dos acidentes.

Nesta amostra, todos os registros dos acidentes foram levantados na Intranet/INCA pelo autor. Entretanto, ao fazer a comparação da amostra com os registros levantados no mesmo

período do estudo pela DISAT, foi observado que apenas dez (15,4%) dos trabalhadores compareceram à DISAT para registrar o acidente.

Na presente investigação nos registros feitos na DISAT foi identificada a agulha como o agente do acidente em todas as dez notificações, fato condizente com os achados na literatura nacional (SANTOS JUNIOR, et al., 2015; NOWAK et al., 2013; VALIM; MARZIALE, 2011).

Os acidentes envolvendo agulhas com lúmen, especialmente aquelas utilizadas para coleta de sangue e inserção de cateter intravascular, geralmente contém sangue residual e associam-se com um risco elevado de transmissão do HIV (CARDO, et al., 1997 apud (RAPPARINI; REINHARDT, 2010).

Quanto a parte do corpo atingida nove notificações apontaram os quirodáctilos. Os dados corroboram com o estudo realizado por Ottobelli, et al., (2015) em que os quirodáctilos foram mais atingidos.

Quanto aos procedimentos que estavam sendo executados quando da ocorrência do acidente, os resultados obtidos dos registros feitos na DISAT, o descarte de material perfurocortante foi o principal procedimento, seguido de coleta de sangue. Os outros procedimentos relatados foram: sutura, teste de glicemia, desobstrução de acesso venoso e retirada de acesso venoso.

A prática das atividades exercidas pelos trabalhadores da saúde, as quais muitos procedimentos invasivos são realizados com o uso de materiais perfurocortantes, propicia a ocorrência destes acidentes. Entretanto, soma-se a isso, outros aspectos como o de descarte de material perfurocortante em caixas coletoras quando preenchidas acima do limite recomendado pelo fabricante, do ato de empurrar o material com as mãos ao depositar na caixa coletora, manejo de movimentar as caixas coletoras contendo perfurocortante para aumentar o espaço interno e depositar mais materiais, caixas afixadas em local alto para alguns profissionais. No caso de coleta de sangue, ainda é muito comum a prática com o uso de seringa com agulha, seguida da transferência do fluido sanguíneo para o tubo de coleta sem as mãos estarem apoiadas em alguma superfície. Essa situação põe em risco o próprio trabalhador bem como outros trabalhadores da equipe.

É importante ressaltar, que a adoção de tecnologia em dispositivos de segurança, bem como a implementação do Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, prevista na NR 32 (BRASIL, 2011b), estão entre as ferramentas que podem ser instituídas nas instituições com possibilidade de minimizar a ocorrência desses acidentes.

Durante a avaliação dos acidentes realizada na DISAT, os trabalhadores acidentados atribuíram os seguintes fatores causais e situações que favoreceram a ocorrência: fadiga e distração, cansaço e desatenção, reencape de agulha, material inadequado para coleta de sangue, recipiente de descarte cheio, falta de atenção durante o descarte, movimento do paciente, transferência do sangue para o tubo de coleta e procedimento inadequado.

Esses fatores e/ou situações atentam para a organização e as condições de trabalho, as quais os trabalhadores podem estar submetidos, num contexto de precarização, e sem o reconhecimento dos riscos, dos quais podem estar expostos, e intrínsecos às condições de trabalho.

Na Europa, Martins, Silva e Correa (2014) apontam que as condições de trabalho e o tipo de atividade ocupacional são fatores determinantes da saúde dos trabalhadores e associam-se a principal causa dos acidentes de trabalho. Acrescentam, que os trabalhadores da saúde convivem permanentemente com a dor, o sofrimento e a morte do doente. Essa situação,

associada à complexidade de determinados atos técnicos, ao grau de responsabilidade e rapidez inerente a certas decisões, ao regime de trabalho, à necessidade frequente de mobilizar doentes e equipamentos pesados, à deficiente qualidade de muitas instalações e equipamentos, a precariedade dos vínculos laborais, a pressão e exigências de trabalho e as relações competitivas dos ambientes de trabalho são fatores que constituem agressão permanente à saúde mental e física desses trabalhadores, expondo-os mais frequentemente a acidentes (MARTINS, SILVA; CORREA, 2014, p. 3).

Quanto ao uso de EPI todos os trabalhadores que foram avaliados na DISAT relataram estar usando EPI no momento do acidente.

As Precauções básicas ou Precauções Padrão são medidas de prevenção, cujo foco principal está no controle das práticas de trabalho. Entre as medidas recomenda-se a utilização de EPI durante a realização da assistência aos pacientes, independente do seu diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas, que visam reduzir a exposição do trabalhador aos materiais biológicos (RAPPARINI; REINHARDT, 2010).

O uso de EPI pelos trabalhadores é influenciado conjuntamente por três fatores, entre os quais, observa-se o relacionado a questões organizacionais (BREVIDELLI; CIANCIARULHO, 2009). No que corresponde aos fatores organizacionais, a adesão ao uso de EPI, implica para as instituições a responsabilidade relativa, entre outros aspectos, a garantia e disponibilidade do EPI compatível com as atividades desenvolvidas e condições de conforto para os trabalhadores, bem como instruções e supervisão para uso.

É importante ressaltar que a minimização ou determinação dos acidentes não deve ser vista apenas com o uso ou desuso dos EPI, faz-se necessário mudanças no processo e organização do trabalho e a utilização de outras estratégias de controle e tecnologia de gestão coletiva, que possam ser essencialmente reconhecidas tanto pelos trabalhadores como pelos gestores, e incorporadas às atividades laborais, com repercussão à promoção da organização dos processos e melhoria das condições de trabalho com efeito nos riscos de acidentes.

Seis trabalhadores revelaram ter recebido capacitação relativa às atividades desenvolvidas. E quase a metade, ou seja, cinco informaram não ter recebido. O desenvolvimento de estratégias institucionais que visem a capacitação dos trabalhadores antes do início das atividades de trabalho, é primordial tanto para o desempenho laboral como para a prevenção de acidentes. No entanto, faz-se necessário que esta estratégia atinja todos trabalhadores com garantia de continuidade e que seja adaptada à evolução do conhecimento, à identificação de novos riscos, bem como a inclusão de temas específicos de acordo com atividade desenvolvida pelo trabalhador.

É importante que todos os trabalhadores, especialmente aqueles profissionais que fazem o atendimento ao trabalhador acidentado com exposição ocupacional a material biológico potencialmente infectantes sejam capacitados quanto ao protocolo da instituição, incluindo o preenchimento correto dos formulários, fluxos a serem seguidos e o local para onde os trabalhadores devem ser encaminhados, conforme as diretrizes estabelecidas. Neste estudo observou-se, que apesar da instituição pesquisada ter o protocolo de acidentes com material biológico instituído, alguns trabalhadores relataram desconhecer o protocolo e o fluxo de atendimento dos acidentes.

Do mesmo modo, quando no momento da avaliação do acidente pelo profissional responsável pelo atendimento, o trabalhador acidentado observou que também este desconhecia o seguimento de atendimento instituído na instituição. Esses dados alertam para a importância da temática, reforçando a necessidade de estratégias que possibilitem melhor divulgação do protocolo de forma continuada e à medida que for atualizado, considerando, principalmente o atendimento imediato do trabalhador acidentado. Vale ressaltar a importância do envolvimento dos gestores e setores responsáveis pelo desenvolvimento de educação continuada ou permanente.

Tabela 5: Distribuição e comparativo dos AT com material perfurocortante de acordo com horário da ocorrência, material envolvido, agente causador, parte do corpo atingida, circunstância do acidente, registro. INCA, janeiro a dezembro de 2017 e janeiro a dezembro de 2018.

Janeiro a dezembro de 2017. 22 AT			Janeiro a dezembro de 2018. 65 AT		
Variável	N	%	Variável	N	%
Horário da ocorrência			Horário da ocorrência		
Diurno	16	73,0	Diurno	57	87,7
Noturno	6	27,0	Noturno	8	12,3
Total	22	100,0	Total	65	100,0
Material envolvido			Material envolvido		
Não informado	0	0,0	Fluído com sangue	1	1,5
			Líquido pleural/peritoneal	1	1,5
			Sangue	60	92,3
			Tecido	1	1,5
			Não informado	2	3,1
			Total	65	100,0
Agente causador			Agente causador		
Agulha	9	41,0	Agulha	10	15,4
Sangue	11	50,0			
Não informado	2	9,0			
Total	22	100,0			
Parte do corpo atingida			Parte do corpo atingida		
Dedo	9	41,0	1º Quirodactilo D	3	4,6
Não informado	13	59,0	2º Quirodactilo D	1	1,5
Total	22	100,0	1º Quirodactilo E	3	4,6
			3º Quirodactilo E	2	3,1
			Mão E	1	1,5
			Total	10	15,4
Circunstância do AT			Circunstância do AT		
Não informado	0	0,0	Descarte	3	4,6
			Coleta de sangue	2	3,1
			Sutura	2	3,1
			Teste de glicemia	1	1,5
			Retirada de acesso venoso	2	3,0
			Total	10	15,4
Registro/notificação			Registro/notificação		
DISAT	10	45,0	DISAT	10	15,4
Intranet	12	55,0	Intranet	55	84,6
Total	22	100,0	Total	65	100,0

Fonte: Levantamento realizado pelo autor

Em relação aos exames sorológicos, 89,2% realizaram o 1º exame no dia do acidente. Entretanto, 10,8% não realizaram. Este resultado difere do resultado anterior de 2017, no qual todos os trabalhadores acidentados realizam o 1º exame, no dia do acidente.

O 2º exame que deve ser realizado em seis semanas após o acidente nenhum trabalhador realizou em 2018. Em 2018 foi observado que apenas um trabalhador realizou o 2º exame.

O 3º exame sorológico que deve ser realizado em três meses após o acidente só foi realizado por um trabalhador, o mesmo resultado do levantamento de 2017.

O 4º exame que deve ser realizado em seis meses a contar da data do acidente, dois trabalhadores realizaram, diferentemente de 2017, quando nenhum trabalhador realizou o exame.

Tabela 6: Distribuição e comparativo dos AT com material perfurocortante de acordo com o acompanhamento sorológico. INCA, janeiro a dezembro de 2017 e janeiro a dezembro de 2018.

Janeiro a dezembro de 2017. 22 AT			Janeiro a dezembro de 2018. 65 AT		
Variável	N	%	Variável	N	%
Acompanhamento sorológico			Acompanhamento sorológico		
1º Exame	22	100,0	1º Exame	58	89,2
2º Exame	1	4,5	2º Exame	0	0,0
3º Exame	1	4,5	3º Exame	1	1,5
4º Exame	0	0,0	4º Exame	1	1,5

Fonte: Levantamento realizado pelo autor

O Ministério da Saúde recomenda a avaliação médica e o acompanhamento clínico-laboratorial para todos os trabalhadores de saúde acidentados com exposição a material biológico potencialmente infectante, com risco de infecção para HIV e/ou hepatites B ou C (BRASIL, 2011). Essa medida visa a proposição de conduta adequada quanto a possível quimioprofilaxia, vacinação, acompanhamento pelo profissional médico habilitado e a notificação do acidente.

Neste estudo não se investigou os motivos pelos quais os trabalhadores acidentados não notificam ou seguem as recomendações instituídas após a ocorrência dos acidentes com exposição a material biológico. No entanto a literatura aponta vários motivos relatados pelos trabalhadores referentes a não realização da notificação ou o abandono do seguimento. Um estudo que teve como objetivo descrever as condutas relatadas pelos profissionais de enfermagem de um hospital do interior paulista após exposição a material biológico, verificou-se que os motivos referidos para não notificar e não procurar atendimento especializado após os acidentes foram por considerar desnecessária a conduta de notificação e de atendimento clínico especializado (LUIZE et al., 2015).

No que corresponde a adesão ao seguimento clínico após a exposição, observa-se que essa recomendação ainda não é seguida pela totalidade dos trabalhadores acidentados em número expressivo. Um estudo realizado com profissionais de enfermagem envolvendo a adesão ao seguimento clínico após exposição ocupacional com material biológico mostrou que dos 56 casos, 25% abandonaram o seguimento proposto (LOUREIRO et al., 2009). Em outro estudo realizado com profissionais e estudantes da área da saúde mostrou que dos 461 acidentados, houve abandono ou interrupção do seguimento em 32,8% dos casos (ALMEIDA et al., 2015).

O índice de trabalhadores que não notificam e/ou não dão continuidade ao seguimento recomendado pelo protocolo institucional é alto, conforme constatado nos dois levantamentos sobre os acidentes com perfurocortantes realizado na instituição pesquisada, e constitui um grande desafio. Os dados reforçam a necessidade de estratégias de intervenção com intuito de aumentar a notificação e a adesão ao seguimento clínico proposto. A adesão ao seguimento, compreende o comparecimento do trabalhador acidentado a todos os agendamentos, na divisão de saúde do trabalhador, até a alta médica.

4.4 Grupo de discussão com os médicos residentes

4.4.1 A construção do Plano de Intervenção

O início da construção do Plano de Intervenção (Apêndice E) envolveu a definição de ações estratégicas a partir do diagnóstico situacional dos acidentes com material perfurocortantes no INCA, que incluiu: o levantamento epidemiológico com os AT com material perfurocortante, a revisão e atualização do protocolo institucional de acidente de trabalho com material biológico, as visitas técnicas realizadas no centro cirúrgico do HC1 e as reuniões com os gestores e equipe de saúde.

A execução, bem como os resultados destas ações teve por objetivo formar um grupo de discussão com os médicos no contexto da situação-problema - a ocorrência dos acidentes com material perfurocortante com a equipe de médicos residentes e staff que atuam no centro cirúrgico – e, a construção do Plano de Intervenção.

O grupo de discussão formado por onze médicos residentes e cinco médicos staff, reuniu-se durante uma programação da mesa redonda dos médicos, com duração de aproximadamente trinta minutos.

Os elementos discutidos sequencialmente foram: a análise preliminar do levantamento dos AT com material perfurocortantes ocorridos em 2017 que nortearam a intervenção e o estudo; a revisão e atualização do protocolo de AT com material biológico vigente do INCA; e as visitas técnicas realizadas no centro cirúrgico do HC1.

Sobre a análise preliminar do levantamento dos AT com material perfurocortante foram abordados o setor prevalente (centro cirúrgico) e a categoria mais acometida (médicos residentes), além dos problemas referentes ao processo de vigilância do trabalhador identificados, que inclui subnotificação, fragilidade do sistema de informação, precaridade das informações e falta de adesão ao seguimento dos eventos acidentários.

Quanto ao protocolo de acidentes de trabalho atualizado, cópias foram entregues aos participantes, e em seguida justificado o motivo que procedeu a atualização e revisão. As principais modificações realizadas foram comentadas e discutidas, tendo-se a preocupação em sensibilizar da importância do instrumento construído para nortear e subsidiar as ações dos profissionais comprometidos com o controle e atendimento do trabalhador ocupacionalmente expostos a material biológico, e o cumprimento integral dos procedimentos por todos os trabalhadores.

Sobre as visitas técnicas foram apresentados os elementos identificados como os fatores causais e as situações que mais favorecem a ocorrência de acidente. Nesta discussão, foi enfatizado que embora o uso de materiais perfurocortantes sejam inerentes as atividades exercidas no centro cirúrgico e não podem ser abolidos, a literatura aponta algumas estratégias ou mudanças e controle nas práticas de trabalho que podem prevenir os acidentes e proteger os trabalhadores. Alguns exemplos foram apresentados.

Após as discussões, reflexões e questionamentos o grupo propôs três ações principais: formar grupo intersetorial para discussão das ocorrências dos acidentes e determinação de prioridades; abordar, sensibilizar e orientar os médicos residentes acerca dos acidentes com perfurocortantes no centro cirúrgico; e conhecer experiências positivas de outras instituições.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados no estudo, apesar dos acidentes de trabalho com material perfurocortantes serem frequentes e inerentes a prática dos trabalhadores da saúde, o real diagnóstico sobre a ocorrência destes eventos, bem como as estratégias de prevenção e acompanhamento dos casos, ainda é um desafio por vários motivos.

O estudo demonstrou que, no período compreendido de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, houve 87 acidentes com material perfurocortante registrados na instituição pesquisada, excluindo aqueles ocasionados por fluídos biológicos, o que para um universo de mais de 3 mil trabalhadores denota clara subnotificação. No centro cirúrgico identificou-se a maioria dos acidentes, seguido das enfermarias. A equipe médica foi a mais acometida pelos eventos. Este resultado diverge de muitos estudos realizados, que apresentam a equipe de enfermagem como a mais afetada pelo problema, o que pode ser decorrente da subnotificação. Em relação à faixa etária e tempo de experiência, dos registros identificados com essas informações, mais da metade do total das ocorrências ocorreu com trabalhadores na faixa etária entre 20-40 anos de idade e com menor tempo de experiência na função.

Foi constatado no estudo um índice alto de trabalhadores que não notificam e/ou não dão continuidade ao seguimento recomendado pelo protocolo institucional. Esse dado foi justificado por alguns trabalhadores sob a alegação de desconhecimento da existência do protocolo, bem como do seguimento do fluxo de atendimento. Isto reafirma a necessidade de estratégias voltadas para melhor divulgação do protocolo e fluxo de atendimento aos trabalhadores, especialmente aqueles responsáveis pelo atendimento do trabalhador acidentado.

O plano terá início com apresentação dos resultados da análise das diversas etapas do processo (revisão do Protocolo de AT e do sistema de informação, reunião com gestores de alguns serviços, visitas ao centro cirúrgico e discussão com equipes de trabalho, reunião com os médicos residentes e staff) para discussão com grupo ampliado, envolvendo não só os trabalhadores e a DISAT, mas também representantes da CCIH, COREME, COENS e COGEP. Ficou clara a necessidade não só de sensibilizar os trabalhadores para a importância da necessidade de notificação, de prevenção e de controle dos acidentes com perfurocortantes, como também do desenvolvimento de atividades de formação e de educação permanente que contemplem este tema no âmbito da instituição.

O estudo possibilitou observar o quanto é necessário melhorar o sistema de informação de AT pois informação de qualidade é um passo importante para subsidiar qualquer intervenção. Demonstrou também que existem inúmeros fatores causais e situações que favorecem a ocorrência dos acidentes e outros que dificultam o acompanhamento dos casos de AT. Reafirmou que uma das melhores ferramentas para melhorar o processo de vigilância em saúde do trabalhador é a escuta e a participação dos trabalhadores no processo de VISAT. E, finalmente, que ações e práticas educativas e espaços de discussão sobre as questões do trabalho devem ser criados e desenvolvidos de forma rotineira nos serviços de saúde. A participação dos trabalhadores é fundamental pois somente eles são capazes de descrever as reais condições e circunstâncias em que executam suas atividades, e que permitindo contribuir coletivamente para o desenvolvimento de ações e melhoria dos processos do de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALAMONIA, R; OLIVEIRA, S.S; MACHADO, J. M, H, (2014) **Desafios à vigilância em saúde do trabalhador:** ações de um núcleo de saúde do trabalhador, in MARTINS, M. I. C. et al (Orgs). Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas, Portugal-Brasil, CICS-UM/ENSP-FIOCRUZ, 2014.
- ALMEIDA, M. C. M. de et al. Seguimento clínico de profissionais e estudantes da área da saúde expostos a material biológico potencialmente contaminado. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 0259-0264, abr. 2015.
- ALVES, C. A; OSORIO, C. Análise coletiva de acidentes de trabalho: dispositivo de intervenção e formação no trabalho. **Caderno de psicologia social do trabalho**, São Paulo, v. 8, p. 87-98, dez. 2005.
- ARANTES. M. C. et al. Acidentes de trabalho com material biológico em trabalhadores da saúde. **Revista UFPR/Cogitare Enfermagem**, v. 22 n. 1, p. 01-08, Jan/marc 2017.
- ARAUJO, T. M; RTENBERG, L. (2011) **Relações de gênero no trabalho em saúde:** a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores, in ASSUNÇÃO, A. A; BRITO, J. (Orgs). Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ASSUNÇÃO, A. Á. **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde:** caderno de textos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.
- BASSO, M. Acidentes ocupacionais com sangue e outros fluídos corpóreos em profissionais de saúde. Mariusa Basso. – 1999. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- BRASIL. Portaria n. 3.120, de 01 de julho de 1998. Dispõe sobre Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. In: Ministério da Saúde. Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. Ed. Brasília.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 6 – Equipamento de Proteção Individual, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de procedimentos para os serviços de saúde: doenças relacionadas ao trabalho. Brasília, DF, 2001b.
- BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção e Integral à saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Organização Pan-americana em Saúde. Reunião dos observatórios de recursos humanos em saúde (2005: Brasília, DF). Chamado à Ação de Toronto: 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas américas. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Exposição à material biológico: Saúde do Trabalhador - Protocolo de complexidade diferenciada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Decreto nº 6.833 – 29/04/2009 – Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF. 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual A B C D E das Hepatites Virais para Cirurgiões Dentistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS. Brasília, DF. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo da Mesa de Nacional de Negociação Permanente do SUS. Procotolo nº 008/2011 Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011a.

BRASIL. Portaria nº 1.748, de 30 de agosto de 2011. Aprova o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro-cortantes. Brasília, 2011b.

BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Exposição a Material Biológico: Saúde do Trabalhador – Protocolo de complexidade diferenciada. Brasília: ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para implementação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Brasília, 2014.

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, Dec. 2009.

BRITO, J. (2004) **Saúde do trabalhador**: reflexões a partir da abordagem ergológica, in FIGUEIREDO et al (Orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o tabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

CANEDO, Regina. C. R. Acidentes de trabalho no centro cirúrgico do hospital de câncer II. 96 f. Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de saúde pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

CANINI, S. R. M. da S. et al. Subnotificação de acidentes ocupacionais com material biológico pela enfermagem do bloco cirúrgico. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v.15, n.1, p.371-85, abr./jun. 2013

CÂMARA, P. F. et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais da equipe multidisciplinar de um hospital. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 583-6, out./dez. 2011.

CARDOSO, M. F; CARDOSO. J. de F; SANTOS, S. R. **O impacto da rotatividade e do absenteísmo de pessoal sobre o custo do produto: um estudo em uma indústria gaúcha.** **Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade, Salvador**, v. 1, n, 3 p. 107-121, 2013.

CHAIWARITH, R; NGAMSRIKAM, T; FUPINWONG, S. et al. **Occupational exposure to blood and body fluids among healthcare workers in a teaching hospital: an experience from northern Thailand.** **Japanese Journal of Infectious Diseases**, v. 66, n. 2, p. 121-125, 2013.

CAVALCANTE, C. A. A. et al. Acidentes com material biológico em trabalhadores. **Revista Rene**. V. 14, n. 5, p. 971-9, 2013.

DALAROSA, M. G.; LAUTERT, L. **Acidente com Material Biológico no Trabalhador de Enfermagem em um Hospital de Ensino: estudo caso-controle.** **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30 n. 1 p.16-26, mar. 2009.

DA SILVA, E. S.; DOS SANTOS, C. L. R.; BARBOSA, H. L. Vigilância em saúde do trabalhador: uma prática necessária pelos enfermeiros nas unidades básicas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEMS**, v. 6, n. 1, p. 20-25, oct. 2016.

DIAS, E. C. **Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas.** Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L.; MACHADO, J. M.; AMORIM, L. A. Diretrizes para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família. Belo Horizonte, 2016.

DUARTE, A. P, 1976 - Vigilância dos trabalhadores de enfermagem que sofreram acidentes de trabalho com materiais biológicos em um hospital universitário federal / Adriana Pereira Duarte. - 2018. Dissertação de Mestrado, Uberlândia, UFU.

FERREIRA, R. C. et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 259-268, Apr. 2012.

FRIJSTEIN, G et al. Needlestick injuries and infectious patients in a major academic medical centre from 2003 to 2010. **The Netherlands journal of medicine**. v.69, n.10, oct. 2011.

HANMORE, E. et al. Economic benefits of safety-engineered sharp devices in Belgium – a budget impact model. **BMC Health services research**. v.13, n.489, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Residência Médica**. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br> Acesso em: 2/9/2018.

ISHAK, A. S.; HAQUE, M. S.; SADHRA, S. S. Needlestick injuries among Malaysian healthcare workers. **Occupational Medicine**. October, 2018.

LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. **Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil**: relatório final do projeto. Ago. 2002.

LEE, J. H. **Occupational blood exposures in health care workers**: incidence, characteristics, and transmission of bloodborne pathogens in South Korea. **BMC Public Health** (2017) 17:827.

LEITE, A. R. et al. Acidente de trabalho com exposição a material biológico na enfermagem em unidades de pronto atendimento. **Revista de enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 8, n. 4, p.910-8, abr, 2014.

LENT, R. **Cem bilhões de neurônio**: conceitos fundamentais de neurociências. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

LIMA, L. M. de; OLIVEIRA, C. C. de; RODRIGUES, K. M. R. de. Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas - 2004 a 2008. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 96-102, Mar. 2011.

LOUREIRO, L. A. et al. Adesão de profissionais de enfermagem ao segmento clínico após exposição ocupacional com material biológico. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 11, n. 2, p. 303-8, 2009.

MACHADO, E. C. M. Avaliação da qualidade do ar de um centro cirúrgico de um hospital do sul do Brazil. **Revista salud pública**. V. 18, n. 3, p. 447-458, 2016.

MACHADO, J. M. H.; GÓMEZ, C. M. **Acidentes de trabalho**: concepções e dados. In: MINAIO, M. C. S. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1999. p. 117-142.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p. S33-S45, 1997.

MACHADO, J. M. H. (2012) **Proposta de uma matriz de vigilância em saúde do trabalhador da saúde**, in MACHADO, J. M; ASSUNÇÃO, A.A. (Orgs). Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2012.

MARTINS, M. D da S.; SILVA, N. A. P. da; CORREIA, T. I. G. Accidents at work and its impact on a hospital in Northern Portugal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 217-225, Apr. 2012.

MARTINS, F. Z; DALL'AGNOL, C. M. **Centro cirúrgico**: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e56945, 2016.

Marković Lj. D. et al. Occupational Exposures to Blood and Body Fluids among Health Care Workers at University Hospitals. **Srp Arh Celok Lek.** 2013 Nov-Dec;141(11-12):789-793.

NOWAK, N. L. Fatores de risco para acidentes com materiais perfurocortantes. **Mundo Saúde.** v. 37, n. 4, p. 419-26, 20013.

OLIVEIRA, J. D. S.; FERREIRA, A. A. A.; COSTA FEITOSA, M.S.; PAREDES MOREIRA, M. A. S. Representações sociais sobre o risco ocupacional na perspectiva do trabalhador da saúde. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 99-105, mar. 2009.

OLIVEIRA, A. C.; GONCALVES, J. de A. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. **Revista escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 482-487, June 2010.

OSORIO, C.; MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GOMEZ, C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 517-524, Apr. 2005.

PEREIRA, A. C. M. et al. Acidentes de trabalho com material perfurocortante em profissionais da equipe de enfermagem da rede hospitalar pública de Rio Branco-AC. **Online Brazilian Journal of Nursing** (OBJN-ISSN 1676-4285) [online] 2004 December; 3(3): 17-26.

PROCHNOW, A. et al. Perfil dos acidentes de trabalho publicados em estudos brasileiros. **Saúde (Santa Maria)**, [S.l.], p. 77-86, set. 2011. ISSN 2236-5834.

PUENTE-PALACIOS, K. (2008) **Equipe de trabalho**, in SIQUEIRA, M. M. M. et al (Orgs). **Medidas de comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão**, Porto Alegre: Artmed, 2008.

RAPPARINI, C; VITÓRIA, M. A. A; LARA, L. T. T. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C.** Brasília; Ministério da saúde, 2004.

RAPPARINI, C; REINHARDT, E. L. **Manual de implementação: programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde.** São Paulo: Fundacentro, 2010.

SANTANA, Rosane D. S. et al. Percepções da equipe de enfermagem sobre acidentes com materiais perfurocortantes em um centro cirúrgico. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.** Terezina, Vol. 24, n. 3, pp. 60-65. 2018.

SANTO JUNIOR, E. P.; BATISTA, A. M.; ALMEIDA A. T.F.; ABREU R. A. A. Acidente de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais e estudantes da área de saúde em hospital de referência. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho.** v. 13, n. 2, p. 69-75, 2018

SATO, L.; LACAZ, F. A. de C.; BERNARDO, M. H. **Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo.** **Estudo psicologia**, Natal, v. 11, n. 3, p. 281-288, Dec. 2006.

SILVA, C. O. **Vida de hospital**: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde. 2002. 128 f. Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, E. L. V. de et al. **Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva**. *Revista Enfermagem Referência*, Coimbra, v. serIII, n. 4, p. 125-133, jul. 2011.

UMANN, J. et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Santa Maria, v. 10 n. 1. p184-190, 2011.

WERMELINGER, M. et al. **A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil**: Focalizando a Feminização. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, abril 2010

VALIM, M. D. et al. Ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado em enfermeiros. *Acta paulista enfermagem*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 280-286, June 2014.

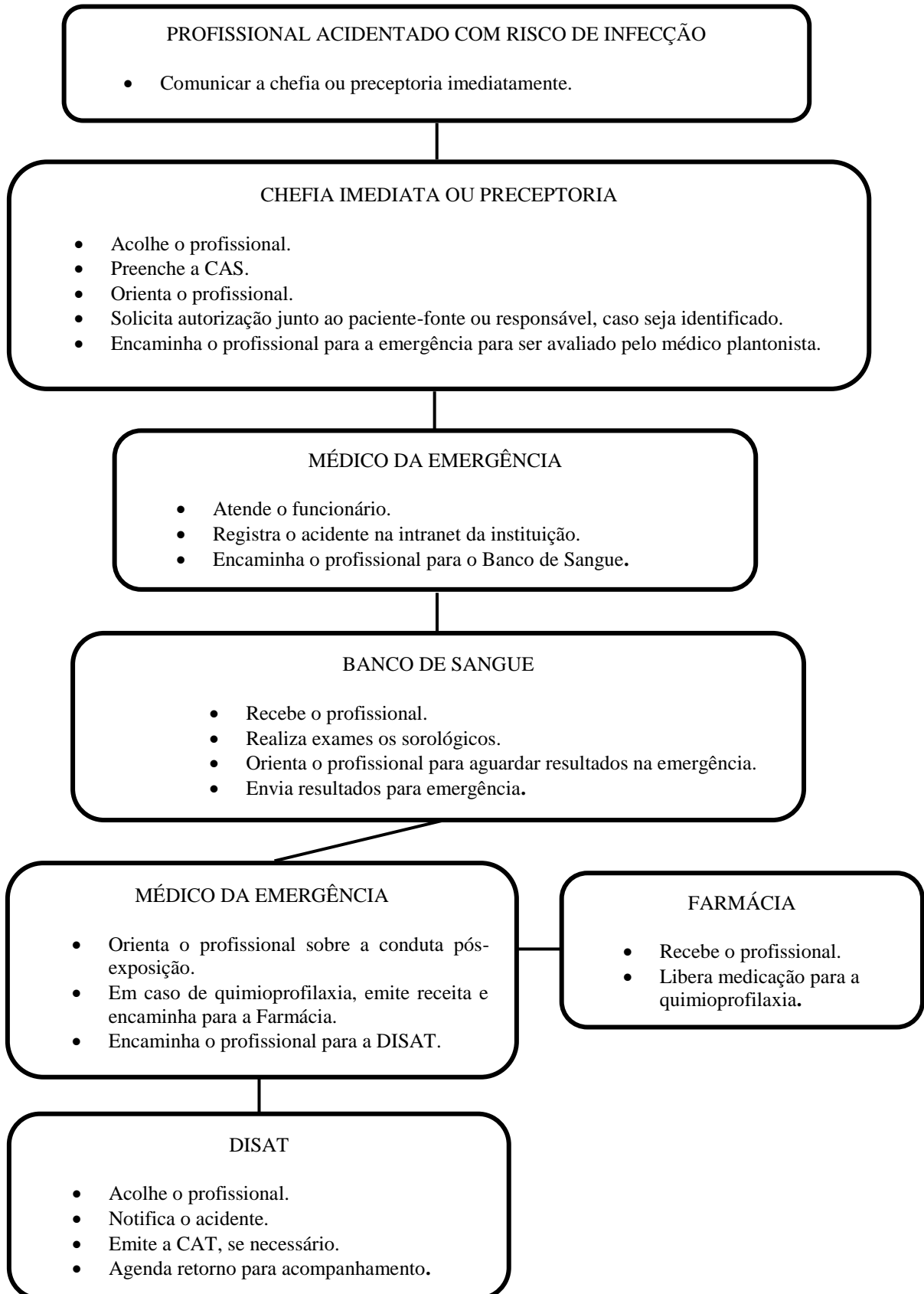
VASCONCELLOS, L. C. F. de; GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, Dec. 2014.

VERÇOSA, R. C. M; MONTEIRO, V. G. N; FERREIRA, F. A. S. Acidentes com perfurocortantes entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem UFPE* [In-ternet]. 2014.

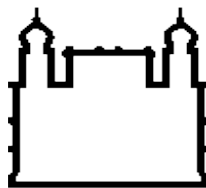
VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; PINHEIRO, R. D. C. Analysis of accidents with organic material in health workers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 332-339, Apr. 2011.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I. C. de S. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante. *Revista escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 804-810, Dec. 2008.

APÊNDICE A
Fluxograma protocolo acidente com material biológico/INCA



APÊNDICE B
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa *“Estratégias de prevenção e acompanhamento de acidentes perfurocortantes em hospital federal”*, desenvolvida por Elinaldo Leite Quixabeiro, aluno de Mestrado em Vigilância em Saúde do Trabalhador, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Élide Azevedo Hennington da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO

O convite para participar desta pesquisa se deve ao fato de você trabalhar na equipe de saúde do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, no setor centro cirúrgico e que esteja disposto e interessado em participar do projeto de intervenção para a melhoria das condições de trabalho e redução de acidentes com material perfurocortante. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as conseqüências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O objetivo central do estudo é desenvolver projeto de intervenção para aperfeiçoar o sistema de notificação, a prevenção e o acompanhamento de casos de acidentes de trabalho perfurocortantes entre trabalhadores do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

METODOLOGIA DA PESQUISA

Este projeto é composto pelas seguintes etapas: intervenção no setor centro cirúrgico por meio de visita técnica para análise e discussão da ocorrência de acidentes de trabalho (o tempo de duração desta etapa será de 1 hora); atualização ou aprimoramento do Protocolo de Notificação e Atendimento de Acidentes com Material Biológico; apresentação/discussão do Protocolo de Notificação e atendimento de Acidentes com Material Biológico e do relatório de visita técnica ao centro cirúrgico e, construção de um Plano de intervenção visando intervir sobre as causas e fatores de riscos destes acidentes.

Você está sendo convidado a participar da etapa que consiste de uma reunião, na qual será divulgado o protocolo de notificação e atendimento de acidentes com material biológico para sensibilização e proposição de ações com ênfase no cumprimento integral do protocolo pelos trabalhadores da saúde e na discussão sobre as causas da subnotificação de acidentes; discussão do relatório de visita técnica ao centro cirúrgico pela equipe de saúde do trabalhador e; da construção do Plano de Intervenção visando intervir sobre os fatores de riscos/causais para prevenir e reduzir o número de acidentes.

A construção do Plano de Intervenção envolverá a discussão do relatório de análise dos acidentes de trabalho ocorridos, incluindo a identificação da atividade que era realizada no momento do acidente e sobre o uso de equipamento de proteção individual, do levantamento do(s) processo(s) e das condições de trabalho (ambientais, da organização e da gestão do trabalho) do local/setor onde ocorreu o acidente, além da discussão com os trabalhadores da equipe de saúde para conhecer suas percepções acerca das condições que favoreceriam o acidente e, finalmente, para a proposição de ações, e validação do relatório final pela equipe.

Não será realizada nenhuma gravação de vídeo durante a execução desta etapa. Serão feitos apenas registros escritos. A reunião poderá ser gravada ser registrada através de áudio digital que posteriormente será transcrita e guardada pelo responsável pela pesquisa por, no mínimo cinco anos.

O tempo de duração da etapa de reunião será de 1 hora.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa poderá não oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal relacionado com sua participação/colaboração nesta pesquisa é sensibilizar e envolver as equipes de saúde e gestores sobre a importância da notificação, prevenção e acompanhamento dos casos de acidentes de trabalho com material perfurocortante, melhorar o serviço de acolhimento e de acompanhamento do trabalhador acidentado com material perfurocortante; favorecer a notificação de acidentes perfurocortante reduzir a ocorrência do número de acidentes; estimular e favorecer a participação dos trabalhadores na organização e gestão dos processos de trabalho.

RISCOS

Não existem riscos físicos, químicos ou ergonômicos adicionais a você pela sua participação nesta pesquisa. Poderá existir apenas riscos relacionados à constrangimento ou dano emocional. No entanto, sobre estes serão observados cuidados pelo coordenador da pesquisa para que não ocorram.

CUSTOS

Você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação nessa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e os relatórios da análise de acidentes de trabalho serão arquivados em local seguro na Divisão de Saúde do Trabalhador, tendo acesso apenas o coordenador da pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo digital, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e do CEP/INCA. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se você quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução do Plano de Intervenção.

ACESSO AO RESULTADOS DA PESQUISA

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato neste termo.

RESULTADO DA PESQUISA

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em Congressos e outras reuniões técnicas científicas e por meio de artigo científico.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para o **Elinaldo Leite Quixabeiro** no telefone **(21) 98219-7737** de 14 às 17h. Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP da ENSP/FIOCRUZ na Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 h, nos telefones (21) 2598-2863, ou também pelo e-mail: cep@ensp.fiocruz.br e com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203 – centro – Rio de Janeiro, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 h, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você

e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página deste termo. Todas as páginas deste termo são enumeradas da seguinte forma: número de páginas e o total de páginas (Ex: 1 a 3) para assegurar a integridade das informações contidas no documento.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações para a pesquisa. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **“Estratégias de prevenção e acompanhamento de acidentes perfurocortantes em hospital federal”** e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido e concordo voluntariamente em participar.

() Eu concordo em participar desta pesquisa e **CONCORDO** com o registro da reunião através de áudio digital.

() Eu concordo em participar desta pesquisa, mas **NÃO CONCORDO** com o registro da reunião através de áudio digital.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante	/ / Data
-----------------------------------	-------------

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante indicado acima. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	/ / Data
---	-------------

APÊNDICE C
PROTOCOLO PARA ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO E
PERFUROCORTANTE



MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

Protocolo para Acidente de Trabalho com Material Biológico e Perfurocortante

Elinaldo Leite Quixabeiro

Rio de Janeiro
2019

APRESENTAÇÃO

O presente Protocolo de Acidente de Trabalho com Material Biológico e Perfurocortante trata-se da revisão, atualização e aprimoramento do Protocolo de Acidente com Material Biológico anteriormente em vigência no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Esta ação se consubstancia nas ações do Ministério da Saúde (MS) que vem desenvolvendo e atualizando protocolos de atendimento ao trabalhador exposto ocupacionalmente a material biológico e determinando que as instituições de assistência à saúde tenham protocolos escritos com condutas estabelecidas para esse tipo de acidente. Nesta premissa, esse instrumento foi construído a partir dos últimos protocolos publicados pelo MS acerca do tema.

É um instrumento para atender a todos os profissionais de saúde do INCA que sofram exposição a material biológico com risco de soroconversão para os vírus da hepatite B e C e HIV. Estabelece manejo clínico, orientação e acompanhamento dos trabalhadores acidentados, uso de quimioprofilaxia e notificação dos casos.

As principais modificações feitas no protocolo em relação ao modelo anterior abrangeram a construção e inclusão dos termos de consentimento informado para realização de exames laboratorial para o paciente-fonte e o trabalhador acidentado, termo de consentimento informado para quimioprofilaxia Anti-HIV; a construção e inclusão das fichas de encaminhamento para a Clínica de Saúde da Família para Avaliação e Tratamento da hepatite C, Ficha de encaminhamento para o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE; a inclusão das fichas do SINAN para material biológico, Ficha de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.

No INCA, observa-se que o processo de registro do acidente envolve várias etapas que consiste no preenchimento de diferentes formulários (Comunicação de Acidente de Trabalho em Serviço Público-CAT/SP, Ficha de notificação de acidente com material biológico – intranet/INCA, Comunicação de Acidente de Trabalho em Serviço Público/SIASS, Ficha do SINAN para material biológico, Ficha de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT/INSS) e acessos em sistema de informação (intranet/INCA, SIASS e INSS), determinados pelo vínculo empregatício do trabalhador. Desta forma, dos cinco formulários existentes, pode ser necessário o preenchimento de até quatro formulários. Dois formulários que são utilizados internamente pelo INCA necessitaram de adequação: CAT/SP e a Ficha de notificação de acidente com material biológico – intranet/INCA,

A CAT/SP é um instrumento de registro tipicamente usado no INCA para documentar qualquer tipo de evento envolvendo o trabalhador (por exemplo queda, acidente com material biológico, acidente de trajeto). Embora esse tipo de formulário possa fornecer informações descritivas do evento, porém não coleta detalhes suficientes para analisar os acidentes, incluindo os que envolvem material biológico ou perfurocortante. Sendo assim, houve necessidade de adequação do formulário para uso específico nos casos de acidente com material biológico ou perfurocortante. Este formulário deve ser preenchido pela chefia imediata logo

que o trabalhador informa o acidente ocorrido, para em seguida ser encaminhado ao médico plantonista no SPA.

A Ficha de notificação de acidente com material biológico – Intranet/INCA que deve ser preenchida pelo médico plantonista do SPA durante avaliação do trabalhador acidentado necessitou de adequação quanto as informações relacionadas ao acidentado e do respectivo acidente, visando melhorias na análise do evento. Desta forma foram incluídos campos para inserir as seguintes informações: data de admissão; circunstância do acidente (punção venosa ou arterial, descarte inadequado de material perfurocortante, manipulação de caixa com material perfurocortante, lavagem de material, procedimento cirúrgico, sutura, reencape, outros); parte do corpo atingida; objeto causador; uso de EPI.

Foi feita uma abordagem sobre o acidente com material biológico ou perfurocortante, ressaltando entre outros aspectos, a potencialidade e risco de transmissão ocupacional dos agentes patogênicos mais comumente envolvidos, tipos de exposição e de fluídos, potencialidade infectante, bem como a gravidade relacionada ao volume de fluido e viremia.

Em relação as recomendações após a ocorrência do acidente foram atualizadas as condutas referentes aos cuidados com a área exposta; orientação e acolhimento do trabalhador; avaliação do status sorológico e tipos de exames a serem realizados na fonte e no trabalhador; condutas específicas ao acidente com exposição ao HIV, HBV e HCV; indicação de profilaxia pós-exposição e acompanhamento clínico-laboratorial e da toxicidade dos antirretrovirais.

Quanto aos procedimentos operacionais que trata do conjunto de operações específicas, estabelecidas no processo de pós-exposição ocupacional que envolve o trabalhador acidentado, chefia imediata, médico da emergência, laboratório, farmácia, médico da DISAT e técnico de segurança, houve necessidade de adequações.

Para atualizar e aprimorar o protocolo vigente, os organizadores tiveram a preocupação em elaborar um instrumento prático e objetivo, acreditando que o conhecimento desse instrumento contribua para nortear e subsidiar as ações dos profissionais de saúde comprometidos no controle e promoção do atendimento do trabalhador acidentado com exposição a material biológico.

Elinaldo Leite Quixabeiro

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma	Avaliação de acidente com material biológico.....	12
Quadro 1	Recomendações de exames laboratoriais para seguimento da PEP.....	14
Quadro 2	Recomendações para a profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico.....	15
Quadro 3	Seguimento quando a fonte for reagente para hepatite C.....	16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
ALT/TGP	Alanina aminotransferase
AST/TGO	Aspartato aminotransferase
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AVR	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CAT/SP	Comunicação de Acidente de Trabalho em Serviço Público
CRIE	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
CV	Carga Viral
DISAT	Divisão de Saúde do Trabalhador
DRV/r	Darunavir/Ritonavir
DTG	Dolutegravir
HBV	Vírus da hepatite B
HCV	Vírus da hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IGHAHB	Imunoglobulina Hiperimune Anti hepatite B
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
PEP	Profilaxia Pré-Exposição
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TDF	Tenofovir
3TC	Lamivudina

SUMÁRIO

1	OBJETIVO.....	9
2	ABRANGÊNCIA.....	9
3	O ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO.....	9
3.1	Tipos de exposição.....	9
3.2	Tipos de fluído e tecido.....	10
3.2.1	Quanto a potencialidade infectante de fluído biológico.....	10
3.2.2	Quanto a gravidade relacionada ao volume de fluído e a viremia.....	10
4	RECOMENDAÇÕES.....	10
4.1	Condutas após o acidente.....	10
4.1.1	Cuidados com a área exposta.....	10
4.1.2	Avaliação do acidente.....	11
4.1.3	Orientações e acolhimento do trabalhador acidentado.....	11
4.1.4	Avaliação do status sorológico da fonte.....	11
4.1.5	Avaliação do status sorológico do trabalhador acidentado.....	11
4.1.6	Condutas ao acidente com exposição ao HIV.....	13
4.1.6.1	Paciente-fonte HIV positivo.....	13
4.1.6.2	Paciente-fonte HIV negativo.....	13
4.1.6.3	Paciente-fonte desconhecido.....	13
4.1.6.4	Indicação de profilaxia pós-exposição.....	13
4.1.6.4	Acompanhamento clínico-laboratorial e da toxicidade dos antirretrovirais.....	13
4.1.7	Condutas ao acidente com exposição ao HBV.....	15
4.1.8	Condutas ao acidente com exposição ao HCV.....	15
5	DIRETRIZES DO INCA.....	16
6	PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DO INCA.....	17
6.1	Trabalhador acidentado.....	17
6.2	Chefia imediata.....	17
6.3	Médico da emergência.....	17
6.4	Laboratório.....	17
6.5	Farmácia.....	18
6.6	Médico da DISAT.....	18
6.7	Técnico de segurança do trabalho.....	18
7	NORMAS DE PRECAUÇÕES UNIVERSAIS.....	18
7.1	Equipamentos de Proteção Individual.....	18
7.2	Alertas e recomendações.....	19
	REFERÊNCIAS.....	20
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Informado para realização de exames laboratorial – paciente-fonte.....	21
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Informado para realização de exames laboratorial - trabalhador acidentado.....	22
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Informado para quimioprofilaxia Anti-HIV – trabalhador acidentado.....	23
	APÊNDICE D - Ficha de encaminhamento para a Clínica de Saúde da Família	

para avaliação e tratamento da hepatite C – trabalhador acidentado.....	24
APÊNDICE E - Ficha do Sistema de Informação de Agravos de notificação à Material Biológico – SINAN.....	25
APÊNDICE F - Ficha de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.....	26
APÊNDICE G - Ficha de encaminhamento para o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE.....	27
APÊNDICE H - Ficha de notificação acidente com material biológico – intranet/INCA.....	28
APÊNDICE I - Ficha de Comunicação de Acidente de Trabalho no Serviço Público – CAT/SP – (Material biológico e perfurocortante)	29

1 OBJETIVO

Estabelecer a sistemática de atendimento aos profissionais de saúde que venham a sofrer exposição a material biológico ou perfurocortante com risco de soro conversão (HIV, HBV e HCV), estabelecendo medidas de avaliação, orientação e seguimento dos trabalhadores, uso de quimioprofilaxia e notificação dos casos.

2 ABRANGÊNCIA

Aplica a todos os servidores, residentes, estudantes, estagiários, bolsistas e prestadores de serviços que integrem a estrutura organizacional do INCA, que atuem em atividades onde há risco de exposição ao sangue e outros materiais biológicos ou perfurocortantes contaminantes.

3 O ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO OU PERFUROCORTANTE

Os trabalhadores da saúde que assistem pacientes, direta ou indiretamente, realizando habitualmente procedimentos em instituições e serviços de saúde, são profissionais sob risco de sofrerem acidentes de trabalho e ou adquirirem doenças ocupacionais por manipulação de sangue e fluidos corporais e uso de materiais perfurocortantes.

Os acidentes ocupacionais com exposição a material biológico ou perfurocortante potencialmente contaminados são capazes de transmitir diversos tipos de agentes patogênicos, entre os quais os mais comumente envolvidos são os vírus da hepatite B, da hepatite C e HIV, vírus da imunodeficiência humana (COLLINS; KENNEDY, 1987 apud Duarte, 2018).

O risco de transmissão ocupacional após exposição a material biológico é variável e envolve vários fatores como: o tipo de acidente, o tamanho e a gravidade da lesão, presença de sangue envolvido, as condições clínicas do paciente-fonte e uso correto da profilaxia pós exposição. Em geral, o risco de infecção por HIV pós-exposição ocupacional com sangue contaminado é de aproximadamente 0,3%. No caso de exposição ao HBV, o risco de infecção varia de 6 a 30% e quanto a exposição ao HCV, o risco de transmissão é em torno de 1,8% a 10% (BRASIL, 2011).

Evitar o acidente e exposição ocupacional a material biológico ou perfurocortante é a principal medida para a prevenção e transmissão das infecções dos vírus da hepatite B e C e do vírus HIV. No entanto, o atendimento adequado pós-exposição e prévia imunização contra hepatite B são itens importantes para um programa de intervenção dessas infecções e componentes significativos para a proteção no trabalho.

3.1 Tipos de exposição (BRASIL, 2011):

As exposições consideradas de risco de transmissão ocupacional do HIV e dos vírus da Hepatite B e C são definidas como:

- Exposições percutâneas: lesões provocadas por instrumentos perfurantes e/ou cortantes (por exemplo: agulhas, bisturis, vidrarias, etc.);
- Exposições em mucosas: quando há respingos na face envolvendo olhos, nariz, boca;
- Exposições cutâneas (pele não íntegra): por exemplo: contato com pele com dermatite ou feridas abertas;
- Mordeduras humanas: consideradas como exposição de risco quando envolvem a

presença de sangue.

3.2 Tipos de fluido e tecidos (BRASIL, 2011):

3.2.1 Quanto a potencialidade infectante de fluidos biológicos

As exposições ocupacionais com material biológico são definidas em:

- Potencialmente infectante para Hepatite B, C e HIV: sangue, líquido orgânico contendo sangue visível e líquidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, líquido peritoneal, pleural, sinovial, pericárdico e amniótico).
- Potencialmente não-infectantes para Hepatite B e C e HIV: escarro, suor, lágrima, urina, vômitos, fezes, secreção nasal, saliva, escarro, exceto se tiver presença de sangue.

3.2.2 Quanto a gravidade relacionada ao volume de fluidos e a viremia

As exposições de alta gravidade envolvem maior volume de sangue e maior inoculação viral:

- Maior volume de sangue: lesões profundas provocadas por material cortante; presença de sangue visível no instrumento; acidentes com agulhas recentemente utilizadas em veia ou artéria de paciente-fonte; acidentes com agulha de grosso calibre; agulhas com lúmen;
- Maior inoculação viral: paciente-fonte com HIV/AIDS em estágio avançado; infecção aguda pelo HIV; situações com viremia elevada.

No entanto, deve-se observar, que há possibilidade de infecção, mesmo quando houver a presença de pequena quantidade de sangue e quando a carga viral for baixa.

4 RECOMENDAÇÕES

4.1 Condutas após o acidente (BRASIL, 2011):

4.1.1 Cuidados com a área exposta

O trabalhador acidentado deve lavar imediatamente o local exposto com água e sabão ou detergente nos casos de exposição percutânea ou cutânea sem escarificar. O uso de anti-sépticos não é contra-indicado. Entretanto, não há comprovação de que o uso deste, bem como a expressão do local da lesão, reduz o risco de transmissão.

É contra-indicado o uso de soluções irritantes (éter, glutaraldeído, hipoclorito de sódio), assim como realizar procedimentos que ampliem a área exposta.

Nas exposições de mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou solução salina fisiológica.

4.1.2 Avaliação do acidente

A avaliação do acidente consiste em:

- Identificar o material envolvido: sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes, fluidos orgânicos potencialmente não-infectantes.
- Tipo de acidente: perfurocortante, contato com mucosa, contato com pele não íntegra.
- Conhecimento da situação sorológica da fonte: fonte comprovadamente infectada, fonte

exposta à situação de risco, fonte desconhecida, material biológico sem origem estabelecida.

4.1.3 Orientações e acolhimento do trabalhador acidentado

Orientar o trabalhador acidentado quanto ao risco de transmissão de agentes patogênicos através do acidente, assim como a possível indicação de quimioprofilaxia (28 dias completos de uso de antirretrovirais) e os efeitos colaterais provocados pela mesma.

Orientar e solicitar autorização por escrito para realização de exames sorológicos (Apêndice B), e comprometer-lo com seu acompanhamento no período de seis meses ou outro prazo que for recomendado.

Reforçar a prática de biossegurança e precauções básicas em serviço, bem como a prevenção secundária (nos casos de exposição ao HIV, o trabalhador acidentado não deve realizar atividade sexual sem proteção pelo período de seguimento, principalmente nas primeiras seis a doze semanas pós-exposição). Deve também evitar: doação de sangue, plasma, órgãos, tecidos e sêmen. Orientá-lo a informar, imediatamente ao médico do trabalho ou infectologista o aparecimento de sintomas, tais como linfadenopatia, rash, dor de garganta, sintomas de gripe. No caso, de gênero feminino, deve evitar gravidez e suspender o aleitamento materno.

4.1.4 Avaliação do status sorológico da fonte

O paciente-fonte deve ser avaliado quanto a infecção pelo HIV, hepatite B e C, imediatamente após a ocorrência do acidente. Em vista disso, é fundamental, orientar, informar e solicitar ao mesmo a autorização de coleta de sangue e o preenchimento do Termo de Consentimento Informado (Apêndice A).

Serão realizados os exames:

- **Teste Rápido (RP) para HIV; HBs Ag; Anti-HBc IgM; Anti-HCV; Anti-HIV**

Em caso de recusa ou impossibilidade de realizar os exames, deve-se considerar o diagnóstico médico, sintomas e história de situações de risco para aquisição de HIV, HBC e HCV.

Caso a fonte seja desconhecida, levar em conta a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HIV, HBV, HCV, analisando a prevalência de infecção naquela população, local onde o material perfurocortante foi encontrado, procedimento ao qual ele esteve associado, presença ou não de sangue, etc.

4.1.5 Avaliação do status sorológico do trabalhador acidentado

Verificar a situação vacinal do trabalhador acidentado para hepatite B e comprovação de imunidade por meio de Anti-HBs. Coletar sorologia para HIV, HBV e HCV.

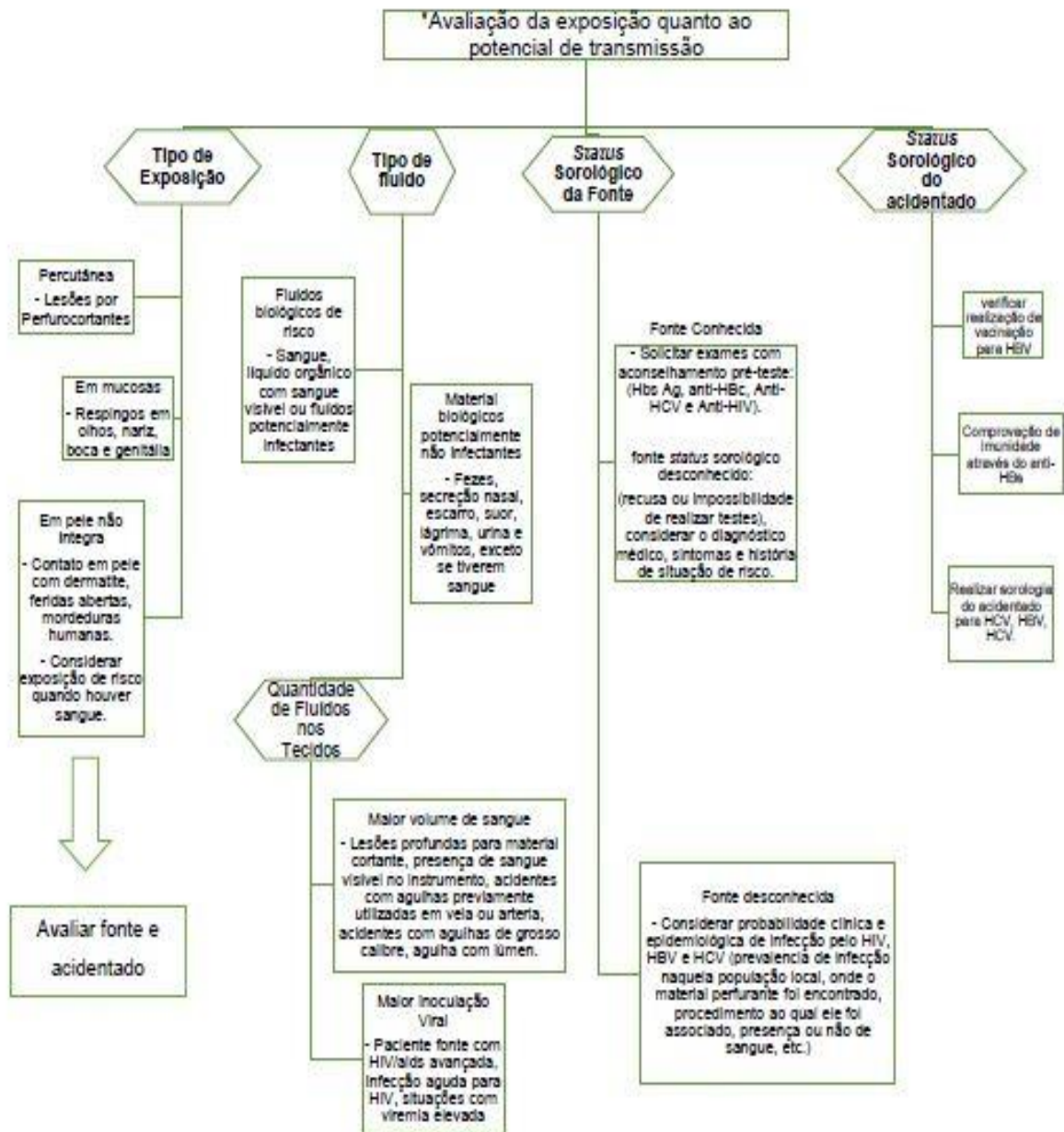
Serão realizados os exames:

- **Teste Rápido (TR) para HIV; HBs Ag; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti HIV.**

Nos casos (Brasil, 2017) em que seja indicada a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), coletar também:

- **Hemograma; Uréia; Creatinina; AST; ALT, Amilase, Glicemia.**

Fluxograma Avaliação de Acidente com Material Biológico



Fonte: Protocolo para Acidentes com Material Biológico e perfurocortante. SESMT/SMA – Piracicaba-SP, 2016.

4.1.6 Conduitas ao acidente com exposição ao HIV (BRASIL, 2011):

4.1.6.1 Paciente-fonte HIV positivo

Um paciente-fonte é considerado portador de HIV quando há documentação de exames anti-HIV positivo ou o diagnóstico clínico da AIDS. Neste caso deve-se fazer a análise do acidente e indicação de quimioprofilaxia.

4.1.6.2 Paciente-fonte HIV negativo

No caso de o paciente-fonte ter documentação de exames laboratorial disponível e recente (até trinta dias para o HIV negativo) ou Teste Rápido convencionado, realizado no momento do acidente negativo, não está indicada a quimioprofilaxia anti-retroviral.

4.1.6.3 Paciente-fonte desconhecido

Não sendo possível colher as sorologias do paciente-fonte ou de não conhecer o mesmo (Ex.: acidente com agulha encontrada no lixo), recomenda-se a avaliação do risco de infecção pelo HIV, levando-se em conta o tipo de exposição, o tipo de fluido e tecido, dados clínicos e epidemiológicos, e local do acidente de acordo com a fonte (BRASIL, 2011).

A critério do médico que atendeu o trabalhador acidentado, cabe a responsabilidade de indicar ou não a quimioprofilaxia anti-retroviral de acordo com o atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco a Infecção pelo HIV, IST e Hepatite Virais do Ministério da Saúde de 2017.

4.1.6.4 Indicação de Profilaxia Pós-Exposição

A PEP, quando indicada, deve ser iniciada o mais rápido possível, dentro das 02 primeiras horas após o acidente e no máximo até 72 horas. É mais efetiva quando é iniciada mais precocemente. A duração da quimioprofilaxia é de 28 dias (BRASIL, 2011).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites virais (BRASIL, 2017), estabelece o seguinte esquema preferencial, independentemente do tipo de exposição ou do material envolvido:

- **TDF + 3TC + DTG**

Este esquema possui menor número de efeitos adversos e baixa interação medicamentosa, propicia melhor adesão e manejo clínico.

Esquemas alternativos:

- **Na impossibilidade de TDF: AZT + 3TC + DTG**
- **Na impossibilidade de DTG: TDF + 3TC + ATV/r**
- **Na impossibilidade de ATV/r: TDF + 3TC + DRV/r**

4.1.6.4.1 Acompanhamento clínico-laboratorial e da toxicidade dos antirretrovirais

O acompanhamento clínico laboratorial do trabalhador acidentado em uso de PEP (Brasil, 2017) deve levar em consideração os seguintes fatores: a toxicidade dos ARV, a possibilidade do diagnóstico de infecção aguda pelo HIV, avaliação laboratorial (incluindo testagem para o HIV em 30 e 90 dias após a exposição), a manutenção de medidas de prevenção da infecção pelo HIV.

O trabalhador acidentado que inicia a PEP deve ser orientado a procurar atendimento médico caso surjam quaisquer sinais ou sintomas clínicos que possam indicar toxicidade medicamentosa grave. Recomenda-se a reavaliação do acidentado após 2 semanas de PEP, a fim de identificar possíveis efeitos adversos e reforçar a importância da adesão para que a profilaxia seja cumprida até o final da quarta semana (BRASIL, 2017).

O trabalhador acidentado que apresentar intolerância medicamentosa, deve ser reavaliado para adequação do esquema terapêutico. Em geral, não é necessário interromper o esquema profilático, resolvendo a intolerância com o uso de medicações sintomáticas (BRASIL, 2017).

Quadro 1

Recomendações de exames laboratoriais para seguimento da PEP

Exames laboratoriais	1º Atendimento	2ª Semana após início da PEP	4ª Semana após início da PEP	12ª Semana após início da PEP
Creatinina, uréia	X	X		
ALT, AST	X	X		
Amilase	X	X		
Glicemia	X	X		
Hemograma	X	X		
Teste de HIV	X		X	X

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco a infecção pelo HIV, IST e hepatite virais. MS/SVS, 2017.

4.1.7 Condutas ao acidente com exposição ao HBV

As recomendações vão estar sujeitas do status sorológico do paciente-fonte e dos níveis de Anti-HBs do trabalhador acidentado (BRASIL, 2011).

Quadro 2

Recomendações para a profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico

Situação vacinal e sorologia do profissional de saúde exposto	Pessoa-fonte		
	HBSAG reagente	HBSAG não reagente	HBSAG desconhecido
Não vacinado	IGHAHB+iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação
Vacinação incompleta	IGHAHB+completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBs maior ou igual 10UI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB+primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAB (2x)	Iniciar nova série de vacina (3 doses)	Iniciar nova série (3 doses)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAHB (2x)	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x)
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: IGHAB+primeira dose da vacina hepatite B	Testar o profissional de saúde Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação	Testar o profissional de saúde Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco a infecção pelo HIV, IST e hepatite virais.MS/SVS, 2017.

4.1.8 Condutas ao acidente com exposição ao HCV

Recomenda-se realizar testagem para hepatite C no paciente-fonte e no trabalhador acidentado (BRASIL, 2011).

O diagnóstico precoce da soroconversão possibilita a intervenção na fase aguda da transmissão pelo HCV, a fim de reduzir o risco de progressão para hepatite crônica, principalmente nos casos em que o paciente não apresenta sintoma (BRASIL, 2017).

Em caso de identificação precoce da infecção pelo HCV, o trabalhador acidentado deve ser informado sobre a possibilidade de tratamento e encaminhamento para um serviço de saúde de referência (Clínica de Saúde da Família próximo a seu domicílio).

Quadro 3
Seguimento quando a fonte for reagente para hepatite C

Exame	1º Atendimento	4-6 Semanas após exposição	3 meses após exposição	6 meses após exposição
ALT	Sim	Sim	Sim	Sim
CV-HCV	Não	Sim	Sim	Não
Anti-HCV	Sim	sim	Sim	Sim

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco a infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. MS/SVS, 2017.

5 DIRETRIZES DO INCA

- Imediatamente após o acidente, o trabalhador deve prover os cuidados necessários relacionados ao local exposto.
- A chefia imediata deve prestar assistência necessária ao trabalhador acidentado, assim como tomar outras providências relacionadas ao acidente e preencher o formulário Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT-SP), disponível na Intranet.
- O médico plantonista da Emergência deve registrar o acidente no Formulário de Notificação de Acidente de Trabalho com Material Biológico, na Intranet, no momento da avaliação do atendimento ao acidentado.
- Todo trabalhador acidentado, com exposição a material biológico com risco de transmissão ao HIV, HBV e HCV, deve realizar exames sorológicos para avaliação e acompanhamento de possível soroconversão.
- Os trabalhadores que se negarem a realizar a rotina sorológica devem assinar um Termo de Consentimento para a NÃO Realização de Exames de Laboratório (apêndice B), disponível na Intranet, o qual ficará arquivado no prontuário do mesmo na DISAT.
- Em caso de necessidade de uso de quimioprofilaxia antirretroviral, o trabalhador acidentado deve assinar o Termo de Consentimento Informado (apêndice C) e retirar o medicamento na Farmácia de sua unidade, com receita médica prescrita pelo médico plantonista da Emergência.
- Em caso de necessidade de realizar a Imunoglobulina Hiperimune, o trabalhador acidentado deve ser encaminhado pelo médico ao Hospital Municipal Rocha Maia (Centro de Referência para Imunológicos Especiais – CRIE), portando a Ficha de Encaminhamento preenchida (apêndice C). ENDEREÇO E CONTATOS: Rua General Severiano, 91 – Botafogo / Tel: 2275.6531 / 2295.2295 Ramal: 203. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: entre 08 e 17h, de segunda à sexta-feira. Após 17 horas, finais de semana e feriados procurar a emergência do Hospital.
- Todo acidente de trabalho com exposição a material biológico ocorrido entre os trabalhadores de saúde das unidades assistenciais do INCA, deve ser comunicado a Divisão de Saúde do Trabalhador (DISAT) em até 24h após a ocorrência ou no primeiro dia útil após o acidente, com o objetivo de estabelecer a avaliação, acompanhamento dos casos e medidas de intervenção e prevenção de novos acidentes. ENDEREÇO E CONTATO: Rua Marquês de Pombal, 125 – 12º Andar – Centro, Rio de Janeiro. Tel.: 3207-5831. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: 08 às 17h de segunda à sexta-feira.

- Os atendimentos para notificação e intervenção de acidente de trabalho necessitam de agendamento prévio.

6 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DO INCA

6.1 Trabalhador acidentado

- Realizar a higienização das mãos.
- Notificar a chefia imediatamente após o acidente.
- Se possível não dispensar o paciente-fonte.
- Autorizar a coleta da sorologia especificada neste protocolo.
- Não omitir informações ao médico plantonista.
- Seguir as recomendações do médico plantonista.
- Realizar exames de acompanhamento após a exposição até a alta.
- Informar o médico do trabalho e o infectologista sobre algum eventual efeito adverso.

6.2 Chefia imediata

- Prestar atendimento ao trabalhador imediatamente.
- Identificar o tipo de acidente, material envolvido e paciente fonte.
- Providenciar a coleta de exames de laboratório do paciente-fonte (se identificado) e do trabalhador acidentado.
- Solicitar ao paciente-fonte e ao trabalhador acidentado o preenchimento do Termo de Consentimento Informado.
- Acionar o laboratório.
- Preencher a CAT-SP.
- Encaminhar o trabalhador para a Emergência.

6.3 Médico da emergência

- Atender ao trabalhador acidentado,
- Preencher a solicitação dos exames sorológicos do paciente-fonte (se identificado) e do trabalhador acidentado.
- Avaliar o risco para HIV, Hepatite B e C.
- Orientar o trabalhador sobre a conduta pós-exposição.
- Emitir receita para retirada de medicação na farmácia, em caso de quimioprofilaxia para HIV.
- Encaminhar o trabalhador para realizar profilaxia para Hepatite B, caso indicado (vacina e/ou Imunoglobulina B).
- Registrar o acidente na Intranet.
- Encaminhar o trabalhador para a DISAT.

6.4 Laboratório

- Coletar material para realização de exames.
- Realizar os exames sorológicos.
- Enviar os resultados para o médico da Emergência o mais rápido possível.

6.5 Farmácia

- Receber o trabalhador.
- Liberar medicação para quimioprofilaxia.

6.6 Médico da DISAT

- Receber o trabalhador.
- Registrar os dados do acidente no SIASS.
- Avaliar a necessidade de afastamento do trabalho.
- Notificar o acidente no SINAN (para todos os trabalhadores acidentados).
- Emitir a CAT (somente para segurados da Previdência Social).
- Orientar o trabalhador sobre o seguimento pós-exposição.
- Solicitar avaliação do Infectologista quando necessário.
- Agendar retorno para acompanhamento.
- Encaminhar o trabalhador para o Técnico de Segurança do Trabalho.

6.7 Técnico de segurança do trabalho

- Receber o trabalhador.
- Realizar a análise do acidente.
- Orientar sobre as medidas de prevenção.
- Incluir no banco de dados os indicadores referentes aos acidentes com materiais biológicos.

7 NORMAS DE PRECAUÇÕES UNIVERSAIS

Atualmente denominadas Precauções Básicas ou Precauções Padrão são medidas de prevenção que devem ser utilizadas no atendimento a todos os pacientes, na manipulação de sangue, secreções e excreções e contatos com mucosas e pele não íntegra e de artigos médicos hospitalares. Independe do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa, como HIV/AIDS, Hepatites B e C. O foco principal está no controle das práticas de trabalho. Incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual, que visam reduzir a exposição do trabalhador aos materiais biológicos, e os cuidados recomendados para manipulação e descarte de materiais perfurocortantes contaminados por material orgânico (BRASIL, 2010).

7.1 Equipamentos de Proteção Individual

Os equipamentos de proteção individual (Brasil, 2010) são dispositivos de uso individual destinados a proteção da integridade física do trabalhador (luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção ou protetores faciais, capotes e botas) que devem ser usados rotineiramente, e atender às seguintes indicações:

- Luvas - quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, mucosas e pele não íntegra;
- Máscaras, gorros e óculos de proteção ou protetores faciais – durante a execução de procedimentos com possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, nas mucosas da boca, nariz e olhos do trabalhador;
- Capotes - na realização de procedimentos com possibilidades de contaminação por

material biológico;

- Botas - para proteção dos pés em áreas úmidas ou que contenha material infectante.

7.2 Alertas e recomendações (BRASIL, 2010):

- Executar todos procedimentos com máxima atenção e cuidado
- Não utilizar os dedos como anteparo durante procedimentos que envolvam materiais perfurocortantes
- As agulhas não devem ser reencapadas, ou retiradas das seringas com as mãos
- Os materiais perfurocortantes, devem ser desprezados em recipientes resistentes à perfuração e com tampa, mesmo que estéril
- Os recipientes específicos para descarte de material perfurocortante devem ser colocados próximos do local onde é executado o procedimento e não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Exposição a Material Biológico: Saúde do Trabalhador - Protocolo de complexidade diferenciada. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília, DF, 2017.

DUARTE, A. P. Vigilância dos trabalhadores de enfermagem que sofreram acidentes de trabalho com materiais biológicos em um hospital universitário federal. 84 f. Mestrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2018.

APÊNDICE A**Termo de Consentimento Informado para realização de Exames Laboratorial – paciente-fonte**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Divisão de Saúde do Trabalhador

Termo de Consentimento Informado para Realização de Exames Laboratorial – Paciente-fonte

Informamos que durante o seu atendimento no INCA um trabalhador foi vítima de um acidente onde houve contato com material biológico.

Com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e prevenir situações de risco, estamos solicitando, por meio da equipe médica que o está atendendo, autorização para que sejam realizados alguns exames. Serão solicitados exames para Hepatites B, C e HIV. Para realização destes exames será necessária uma coleta simples de sangue venoso, como realizada para qualquer outro exame convencional já realizado anteriormente. O risco associado a este tipo de coleta é o de poder haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências além de um pequeno desconforto local. O benefício que você poderá vir a ter é receber informações diagnósticas sobre estas três doenças já citadas e orientação do seu tratamento, se for o caso.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do trabalhador acidentado. A sua equipe médica será informada a respeito dos resultados dos seus exames que serão incluídos no seu prontuário médico.

Caso você não concorde com a realização dos exames, esta decisão não causará prejuízo em seu atendimento na instituição.

Eu, _____ após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação e dos procedimentos aos quais serei submetido, concordo () não concordo () que seja coletado meu sangue para a realização dos exames diagnósticos acima descritos.

Rio de Janeiro, ___/___/___.

Nome:

Assinatura: _____ Nº Prontuário: _____

Fonte: Manual de Exposição a Materiais Biológicos – Saúde do Trabalhador. Ministério da Saúde – Brasília, 2011.

APÊNDICE B
Termo de Consentimento Informado para Realização de Exames Laboratorial –
trabalhador acidentado



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Divisão de Saúde do Trabalhador

Termo de Consentimento Informado para Realização de Exames Laboratorial – Trabalhador
Acidentado

Devido ao acidente durante o trabalho, onde houve contato com material biológico, estamos solicitando autorização para que sejam realizados alguns exames. Serão solicitados exames para HIV e Hepatites B e C. Para a realização destes exames será necessária uma coleta simples de sangue venoso, como qualquer outro exame convencional já realizado anteriormente. O risco associado a este tipo de coleta é o de poder haver um pequeno derramamento local (hematoma), que habitualmente não tem consequências além de um pequeno desconforto local. O benefício que você poderá vir a ter é receber informações diagnósticas sobre estas três doenças já citadas e orientação do seu tratamento, se for o caso.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento, se necessário. Caso você não concorde com a realização dos exames, fica sobre sua responsabilidade qualquer complicação posterior relacionada ao acidente de trabalho.

Eu, _____ RG: _____ após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação e dos procedimentos aos quais serei submetido,

() SIM – EU CONCORDO

() NÃO – EU NÃO CONCORDO

que seja coletado meu sangue para realização dos exames diagnósticos acima descritos.

Responsável pela orientação: _____

Assinatura do trabalhador: _____

Data: ___/___/___.

APÊNDICE C**Termo de Consentimento Informado para Quimioprofilaxia Anti-HIV – trabalhador acidentado**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

Divisão de Saúde do Trabalhador

Termo de Consentimento Informado para Quimioprofilaxia Anti-HIV

Eu, _____ estou de acordo em me submeter à PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV adotada pelo INCA, após ter sido exposto à contato com material biológico e recebido as seguintes informações sobre:

1. risco de transmissão de HIV pós-exposição ocupacional.
2. a quimioprofilaxia indicada para o grau de risco de exposição.
3. os efeitos adversos que as medicações poderão causar.

Fui orientado sobre a importância de comparecer às consultas nas datas determinadas para realização dos exames de controle, assim como para informar qualquer manifestação que possa ocorrer em relação ao uso da profilaxia indicada.

Nome: _____

Assinatura: _____

Nº Prontuário: _____

Rio de Janeiro, ___/___/___.

APÊNDICE D

**Ficha de Encaminhamento para a Clínica de Saúde da Família para Avaliação/Tratamento
da Hepatite C – trabalhador acidentado**



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

Divisão de Saúde do Trabalhador

Ficha de encaminhamento para a Clínica de Saúde da Família

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR ACIDENTADO			
Nome:			
Sexo: F () M ()		DN (dd/mm/aa):	
Profissão:		Telefone:	
Mãe:			
Pai:			
Estado civil:		Escolaridade:	Natural (cidade)
Peso: (Kg)			
Endereço:		Nº:	Comp.:
Bairro:		CEP:	Município:
Nº do CPF:			
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO REQUISITANTE			
Nome:		Especialidade:	
Instituição:			
Telefones para contato:			
MOTIVO DA INDICAÇÃO PARA A CLÍNICA DA FAMÍLIA:			
Avaliação e tratamento de Hepatite C diagnosticada em rotina laboratorial realizada imediatamente após o acidente de trabalho com material biológico.			
RESULTADO DE EXAMES:			
Carimbo e assinatura:		DATA: __/__/__.	

APÊNDICE E

V - Ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação à Material Biológico – SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Nº

Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.

Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO	Código (CID10) Z20.9	3 Data do Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso				
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
		32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado		33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
Dados da Empresa Contratante					
34 Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador			
36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	38 Município		
39 Distrito		40 Bairro	41 Endereço		
42 Número		43 Ponto de Referência		44 (DDD) Telefone	
45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado					

Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

SVS

27/09/2005

Acidente com material biológico

46 Tipo de Exposição Percutânea Pele íntegra Outros _____
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado Mucosa (oral/ ocular) Pele não íntegra

47 Material orgânico
 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado
 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros:_____

48 Circunstância do Acidente
 01 - Administ. de medicação endovenosa 09 - Lavanderia
 02 - Administ. de medicação intramuscular 10 - Lavagem de material
 03 - Administ. de medicação subcutânea 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante
 04 - Administ. de medicação intradérmica 12 - Procedimento cirúrgico
 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 13 - Procedimento odontológico
 06 - Punção venosa/arterial não especificada 14 - Procedimento laboratorial
 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo 15 - Dextro
 16 - Reencape
 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 98 - Outros
 99 - Ignorado

49 Agente
 1-Agulla com lúmen (luz) 2 - Agulla sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros
 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado

50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 LUVA Avental Óculos Máscara Proteção facial Bota

51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)
 1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado

52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)
 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado
 Anti-HIV HbsAg Anti-HBs Anti-HCV

Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)

53 Paciente Fonte Conhecida?
 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?
 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado
 Hbs Ag Anti-HBc
 Anti-HIV Anti-HCV

55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 Sem indicação de quimioprofilaxia AZT+3TC+Indinavir Vacina contra hepatite B
 Recusou quimioprofilaxia indicada AZT+3TC+Nelfinavir Outro Esquema de ARV Especifique _____
 AZT+3TC Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)

Conclusão

56 Evolução do Caso
 1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus:_____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo
 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado

57 Se Óbito, Data / /

58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho
 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Informações complementares e observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
Nome	Função	Assinatura	


Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

SVS

27/09/2005

APÊNDICE F
Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT

 PREVIDÊNCIA SOCIAL <small>ORGANISMO DE SEGURANÇA DO TRABALHO</small>		2. Tipo de CAT	
COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT <small>(LER ATENTAMENTE AS ORIENTAÇÕES ANTES DO PREENCHIMENTO)</small>		1- Emitente 1 - Empregador 2 - Sindicato 3 - Médico 4 - Segurado ou dependente 5 - Autoridade Pública	
3 - Razão Social/Nome		2 - Tipo de CAT 1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de óbito em / /	
Empregado	4 - Tipo 1-CGC 2-CEI 3-CPF 4-NIT		5 - CNAE
	6 - Endereço Rua/Av/Nº/comp. Bairro CEP	7 - Município	8 - UF 9 - Telefone
Acidentado	10 - Nome		11 - Nome da mãe
	12 - Data de Nasc. 13 - Sexo 14 - Estado civil 1 - Masc 2 - Fem 1 - Solto 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Sep. Jud. 5 - Outro 6 - IGN		15 - CTPS/Série/Data de emissão
	17 - Carteira de identidade Data da emissão Órgão Exp.		18 - UF 19 - PIS/PASEP
	20 - Remuneração Mensal		16 - UF
Acidente ou Doença	21 - Endereço Rua/Av/Nº/comp. Bairro CEP		22 - Município 23 - UF 24 - Telefone
	25 - Nome da ocupação	26 - CBO	27 - Filiação à previdência Social 1 - Empregado 2 - Trab. Avulso 3 - Seg. Especial 8 - Médico resid.
	28 - Aposentado? 29 - Área 1 - Sim 2 - Não 1 - Urbana 2 - Rural		30 - Data do acidente
	31 - Hora do acidente		32 - Apos quantas horas de trabalho? Houve afastamento? 34 - Último dia de trab. 1 - Sim 2 - Não
Doença	35 - Local do Acidente 36 - CGC		37 - Município do local do Acidente 38 - UF 39 - Especif. do local do acidente
	40 - Parte(s) do corpo atingida(s)		41 - Agente causador
	42 - Descrição da situação do acidente ou doença		43 - Houve registro policial? 44 - Houve morte? 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não
	47 - Nome: Não houve testemunhas do ocorrido.		48 - UF 49 - Telefone
Testemunha	46 - Endereço Rua/Av/Nº/comp. Bairro CEP		47 - Município 48 - UF 49 - Telefone
	49 - Nome		50 - Endereço Rua/Av/Nº/comp. Bairro CEP
Atendimento	51 - Município 52 - UF 53 - Telefone		54 - Data 55 - Hora
	53 - Unidade de atendimento médico		54 - Data 55 - Hora
	56 - Houve internação? 57 - Duração provável do tratamento 1 - SIM 2 - NÃO 15 dias		58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? 1 - SIM 2 - NÃO
Diagnóstico com Lesão	59 - Descrição e natureza da lesão		
	60 - Diagnóstico provável		61 - CID - 10 S.40.0
	62 - Observações		
63 - Recebida Em / /		64 - Código de unidade 65 - Número de acidente	
66 - É reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentário? 1 - Sim 2 - Não		67 - Tipo 1 - Típico 2 - Doença 3 - Tajueto	
68 - Matrícula do servidor		Notas: 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos Arts. 171 e 209 do código penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa. 3 - A comunicação do acidente do trabalho rege-se pelos Arts. 134 do Dec. 2.172/97. 4 - Os conceitos de acidentes do trabalho e doença ocupacional estão definidos nos arts. 131 a 133 do Dec 2172/97 5 - A caracterização do acidente rege-se-á pelo art. 135 do Dec 2172/97.	
Matrícula		Assinatura do servidor	
A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE É OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.			

APÊNDICE G**Ficha de Encaminhamento para o Centro de Referência Imunobiológicos Especiais (CRIE)**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

Divisão de Saúde do Trabalhador

Ficha de encaminhamento para o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR ACIDENTADO			
Nome:			
Sexo: F () M ()	DN (dd/mm/aa):		
Profissão:		Telefone:	
Mãe:			
Pai:			
Estado civil:	Escolaridade:	Natural (cidade)	
Peso: (Kg)			
Endereço:		Nº:	Comp.:
Bairro:	CEP:	Município:	
Nº do CPF:			
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO REQUISITANTE			
Nome:		Especialidade:	
Instituição:			
Telefones para contato:			
IMUNOBIOLÓGICOS INDICADOS PARA APLICAÇÃO NO CRIE:			
MOTIVO DA INDICAÇÃO PARA O CRIE:			
(DESCREVER RESUMIDAMENTE A INDICAÇÃO E ANEXAR CÓPIAS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS)			
EM CASO DE EVENTO ADVERSO: (Informar o imunobiológico /dose/data de aplicação)			

Carimbo e assinatura:

DATA: ___/___/___.

APÊNDICE H

Ficha de Notificação Acidente com Material Biológico – Intranet/INCA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Divisão de Saúde do Trabalhador

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO – Intranet/INCA

IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO

Matrícula: _____ Nome: _____ Idade: ____ Sexo: ____ Data de
admissão ____/____/____ Telefone: _____

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Ocupação: () Médico Staff () Médico Residente () Enfermeiro Staff () Enfermeiro Residente () Enfermagem
– nível Médio () Área de Laboratório – nível superior () Área de Laboratório – nível médio () Estagiário ()
Equipe de Limpeza () outros

Unidade de Ocorrência: () HCI () HCII () HCIII () HCIV () CEMO () Outros

Setor onde ocorreu o acidente: _____ Data da ocorrência: ____/____/____ Hora da ocorrência __:__ h.

Nº de horas trabalhadas até o acidente: () 00 até 06 horas () + de 06 até 12 horas () + de 12 até 18 horas () +
de 18 até 24 horas () + de 24 horas **Hora da Notificação do Acidente:** __:__

Nº de horas até primeiro atendimento: () até 1 hora () + de 1 até 02 horas () + de 2 até 04 horas () + de 04 até
06 horas () + de 06 até 12 horas () + de 12 até 24 horas () + de 24 até 48 horas () + de 48 horas

Local do primeiro atendimento: () Emergência () Outros

Circunstância do acidente: () Punção venosa/arterial () Descarte inadequado de material perfurocortante ()
manipulação de caixa com material perfurocortante () Lavagem de material () Procedimento cirúrgico () Sutura
() Reencape () Outros

Tipo de fluido envolvido: () Sangue () Secreção visivelmente purulenta () Secreção Vaginal () Material
biológico não identificado () Escarro/secreção traqueal () Fluido contendo sangue () Tecidos () Semem () Liq
pleural, peritoneal, cefalo-raquidiano, articular, pericárdico, amniótico () Suor () Fezes () saliva () Lágrima ()
Urina

Tipo de exposição: () Pele íntegra () Mucosa ou pele não íntegra () Percutânea

Parte do corpo atingida: _____

Objeto causador: () Agulha com lúmem () Agulha sem lúmem () Lâmina/lanceta () Intracth () Vidros () Outros

Uso de EPI: () Luva () Avental () Óculos () Máscara () Proteção facial () Bota

Fonte do material envolvido:

Nome: _____ Nº de prontuário: _____ Situação sorológica:

() Desconhecido/impossível obter sorologia da fonte

RESPONSÁVEL PELA NOTIFICAÇÃO INICIAL

Nome: _____ Data do registro: ____/____/____.

APÊNDICE I

Comunicação de Acidente de Trabalho no Serviço Público – CAT/SP



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Secretaria de Recursos Humanos Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS

Comunicação de Acidente de Trabalho no Serviço Público – CAT/ SP (Material Biológico ou Perfurocortante)

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR ACIDENTADO:

Nome:			
Data de Nascimento:	Sexo:	CPF:	RG:
Nome da mãe:			

ENDEREÇO:

Logradouro:		Número:	Compl:
Bairro:	CEP:	Cidade:	
UF:	Tel.:	Cel:	E-mail:

DADOS FUNCIONAIS:

Órgão:	Data de admissão:
Lotação de exercício:	Matrícula SIAPE:
Cargo:	Função:

ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Data do acidente:	Hora do acidente:	Após quantas horas de trabalho?
Horário de início da jornada de trabalho:		
Horário de término da jornada de trabalho:		

Tipo de exposição: () Percutânea () Mucosa () Pele íntegra () Pele não íntegra	
Tipo de fluido:	
Parte(s) do corpo atingida(s):	
Circunstância do acidente:	
Objeto causador:	
Fonte do material envolvido: () Conhecido () Não conhecido	
Nome:	Nº do prontuário:
Uso de EPI: () Luva () Avental () Óculos () Máscara () Proteção facial () Bota	
Situação vacinal do acidentado (Hepatite B): () Vacinado () Não vacinado	

LOCAL DO ACIDENTE:

Local do acidente:	Unidade: () HC I () HC II () III () HC IV
--------------------	---

EMITENTE DA NOTIFICAÇÃO

Nome:		
Tel/cel.:	E-mail	Data do Registro:

Observações:

