

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Rildo Bezerra

**ACIDENTES COM PERFURO-CORTANTES EM PROFISSIONAIS DA
ASSISTÊNCIA DO SAMU, MACEIÓ**



Novembro de 2015

Rildo Bezerra

**ACIDENTES COM PERFUROCORTANTES EM PROFISSIONAIS DA
ASSISTÊNCIA DO SAMU, MACEIÓ**

Dissertação

Mestrado em Educação para a Saúde

Orientação: Professor Doutor Daniel Marques da Silva e
Professora Doutora Madalena Cunha

Novembro de 2015



AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por mais essa vitória em minha caminhada. A Ele toda a graça.

A minha família pela paciência, compreensão e apoio dados nos momentos mais difíceis na elaboração deste trabalho. Por entenderem a minha ausência em algumas circunstâncias, pois estava a dedicar-me à elaboração deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos pelo incentivo e por acreditarem em minha capacidade e determinação na elaboração desta dissertação.

Aos meus orientadores, professor Doutor Daniel Silva e Professora Doutora Madalena Cunha, pela confiança e orientação acadêmica indispensáveis à realização desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Amauri pela contribuição para a finalização desta pesquisa.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação.

RESUMO

Introdução – Os acidentes de trabalho envolvendo material biológico entre profissionais de saúde são frequentes e constituem um problema de saúde pública, pois representam uma preocupação constante das instituições e dos profissionais de saúde. Os profissionais do pré hospitalar tornam-se mais expostos pela tensão emocional vivida, pela natureza e circunstâncias do seu exercício profissional.

Objetivos – Identificar a ocorrência de acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes nos profissionais de saúde do SAMU Maceió; identificar os acidentes mais frequentes, os períodos em que ocorrem e avaliar as condutas tomadas após o acidente.

Métodos – Estudo descritivo com orientação analítico-descritiva desenvolvido numa amostra de 40 profissionais de saúde, Enfermeiro socorrista, Técnico Enfermagem e Médicos Socorristas. A recolha de informação foi suportada num questionário elaborado para o efeito.

Resultados – A nossa amostra apresentou uma média de idades de 39,2 anos, o sexo feminino foi maioritário com 70,0% e 50,0% trabalha entre 6 a 10 anos na unidade.

A maioria dos acidentes perfuro cortantes foram provocados por agulhas (75,0%) e dos quais não resultou incapacidade em 75%. A maioria dos acidentes ocorreram no verão e no turno da noite.

Grande número de profissionais (70%) não cumpriu com as normas de procedimentos após o acidente e 80,0% dos profissionais não realizaram a quimioprofilaxia, não cumprindo com o protocolo do Ministério da Saúde do Brasil.

O paciente-fonte foi identificado em 87,5% dos casos mas verificamos uma subnotificação dos acidentes pois 45,0% dos profissionais não o fizeram. Nenhum profissional frequentou formação específica sobre acidentes de trabalho

Conclusões – Verificamos uma alta incidência de acidentes perfurocortantes entre os profissionais do SAMU. Existe uma subnotificação do acidente e um déficite nas condutas apropriadas após o acidente. A população estudada necessita de uma maior sensibilização/formação quanto às medidas preventivas de segurança no ambiente de trabalho e motivação para o controle e prevenção dos acidentes ocupacionais no exercício de sua profissão.

Palavras-chave: Acidente de trabalho. Materiais biológicos. Materiais perfurocortantes.

ABSTRACT

Introduction - Workplace accidents involving biological material among healthcare professionals are frequent and constitute a public health problem because they represent a constant concern of the institutions and health professionals. The prehospital professionals become more exposed by the emotional stress experienced by the nature and circumstances of his professional practice.

Objectives - identify the occurrence of occupational accidents with perforating materials in health professionals SAMU Maceio; identify the most frequent accidents, the periods in which they occur and assess the steps taken after the accident.

Methods - descriptive study with analytical-descriptive orientation developed in a sample of 40 health professionals, paramedic Nurses, Nursing Technical and Medical First Responders. Data collection was supported in a questionnaire prepared for the purpose.

Results - Our sample had a mean age of 39.2 years, the female majority was with 70.0% and 50.0% work between 6-10 years in the unit.

Most sharps accidents were caused by perforating needles (75.0%) and which did not result in 75% failure. Most accidents occurred in the summer and the night shift.

Large number of professionals did not comply with the rules of procedures after the accident (70%) and 80.0% of the professionals did not realize chemoprophylaxis, not complying with the protocol of the Ministries of Health of Brazil.

The source patient was identified in 87.5% of cases but we found an underreporting of accidents for 45.0% of the professionals did not. No professional attended specific training on occupational accidents

Conclusion - We found a high incidence of needlestick injuries among trade professionals of the SAMU. There is an underreporting of the accident, and a deficit in the appropriate conduct after the accident. The studied population requires increased awareness / training on preventive safety measures in the workplace and motivation for the control and prevention of occupational accidents in the exercise of their profession.

Keywords: work Accidents. Biological materials. Perforating materials.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

ABREVIATURAS E SIGLAS

INTRODUÇÃO 15

PARTE I – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

1 – O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL 23

1.1- CONSIDERAÇÕES SOBRE AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO BRASIL 25

2 - A SEGURANÇA DO TRABALHO..... 31

2.1 - ORIENTAÇÕES LEGAIS À LEGISLAÇÃO TRABALHISTA EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO 34

3 – DOENÇAS INFECCIOSAS OCUPACIONAIS..... 39

3.1 – SINDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: O DESAFIO PARA O MILÊNIO 40

3.2 - HEPATITE B E C 44

4 - ACIDENTES COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES 47

4.1 - MEDIDAS PREVENTIVAS APÓS-ACIDENTE COM PERFUROCORTANTES 52

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 – METODOLOGIA..... 57

1.1 – A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO 57

1.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS 58

1.3 - TIPO DE ESTUDO 59

1.4 – VARIÁVEIS..... 59

1.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA..... 60

1.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 61

1.7 – PROCEDIMENTOS..... 62

1.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	62
2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	65
2.1- CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA.....	65
2.2 – CONTEXTOS E PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM O ACIDENTE.....	68
3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estatísticas relativas à idade	66
Tabela 2: Distribuição do grupo etário em função do sexo	66
Tabela 3: Categoria profissional e escolaridade em função do sexo	67
Tabela 4: Distribuição do estado civil em função do sexo	67
Tabela 5: Distribuição do tempo de exercício na unidade em função do sexo	68
Tabela 6: Variáveis relacionadas com os acidentes	69
Tabela 7: Variáveis relacionadas com os procedimentos após o acidente	70
Tabela 8: Variáveis relacionadas com o período de ocorrência do acidente	71
Tabela 9: Frequência formação em função do sexo	72
Tabela 10: Variáveis relacionadas com o acidente e a categoria profissional	73
Tabela 10: Distribuição do tipo de acidentes segundo o tempo de exercício na unidade	74

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência.
APh	Atendimento Pré-hospitalar móvel
BD	Base Descentralizada
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CC	Centro Cirúrgico
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
EPI	Equipamento de Segurança Individuais
HIV	HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Regulamentadora
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PPRO	Programa de Prevenção de Riscos Ocupacionais
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e AIDS
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESMT	Serviço especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
USA	Unidade Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Suporte Avançado
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

INTRODUÇÃO

Sabe-se que, com o desenvolvimento científico e tecnológico em todas as áreas do conhecimento após a segunda metade do século passado, surgiu um repensar e uma profunda reflexão quanto aos aspectos éticos e de biossegurança relacionados com a trabalho. É inegável a capacidade do homem em gerar tecnologias e de transformá-la em seu benefício. Tal fato tem favorecido a várias gerações nos mais diversos domínios (Navarro, 2014).

Entretanto, apesar dos inúmeros benefícios que os avanços tecnológicos tem propiciado, ainda existem intensos debates em torno dos diversos problemas de natureza ética e os riscos que muitas vezes tais tecnologias representam tanto para o próprio homem, para os animais, assim como para o meio ambiente (Navarro, 2014).

Sabe-se também que os profissionais da saúde e em particular os de enfermagem estão expostos a grande diversidade de riscos, principalmente no ambiente hospitalar e no pré-hospitalar, motivo este que determinou nossa preocupação não só com a exposição dos riscos, mas em particular com o tipo de assistência prestada aos referidos profissionais quando da ocorrência de acidente de trabalho advindo das exposições da prática profissional (Wada, 2012).

Os acidentes ocupacionais são uma vivência comum entre os profissionais da equipe de Enfermagem durante a sua prática, sendo uma das principais categorias sujeitas a exposições a material biológico, possuindo por isso um risco maior de adquirir infecções do que o resto da população em geral, entre as quais se destacam o vírus da hepatite B (HBV), o hepatite C (HVC) e do HIV.

A mesma autora (Wada, 2012, p.22), citando Trandafilov, refere que “dentre as maiores preocupações entre os profissionais que trabalham com APH sobre os riscos ocupacionais estão: possibilidade de adquirir infecções, agressões morais, acidentes automobilísticos, acidentes com material perfuro cortante, agressões físicas, carga física dispendida, contaminação por substâncias químicas, temperatura ambiental elevada e o próprio risco de atuarem em lugares onde não são propícios, mas se faz necessário o atendimento”.

A relação entre doença e trabalho conheceu o marco histórico no fato ocorrido na Itália, em 1700, quando o Médico Bernardo Ramazzini, publicou o histórico livro “De Morbis

Artificum Diatriba”, observando a relação das doenças com a ocupação ou profissão o que lhe deu o título de pai da medicina do trabalho. O autor descreveu com detalhes doenças relacionadas a cinquenta profissões diversas, salientando a importância de pausas, exercícios e postura causada por falta de ventilação e pelo desconforto térmico (Ramazzini, 2012).

A preocupação com riscos biológicos surgiu no início dos anos 40, em decorrência de problemas de contaminação de doenças tipo Hepatite B, com profissionais que exerciam atividades em laboratórios onde estes manipulavam microorganismos e material clínico, contudo, a elaboração de um plano sistemático para a redução dos riscos de exposição só foi desenvolvido após o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), na década de 1980 (Magagnini & Ayres, 2009).

Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como emergência médica, uma vez que, para atingir maior eficácia, as intervenções para a profilaxia da infecção do HIV e da Hepatite B, necessitam ser iniciadas logo após ocorrência do acidente. Todavia, é importante enfatizar que as medidas após a exposição não são totalmente eficazes, sendo preciso cultivar ações educativas permanentes (Mendes, 1995 *apud* Salgado, 2014).

Os profissionais de saúde em particular os de enfermagem tornam-se mais expostos tanto aos riscos físicos, químicos ou biológicos como também aos ergonômicos pela natureza do seu trabalho caracterizado pela assistência contínua e pelo contato direto com o paciente ao realizar diversas ações, entre as quais se incluem os procedimentos invasivos, principais fatores de risco para a ocorrência de um acidente ocupacional por necessitarem do manuseio de materiais biológicos (Oliveira et al., 2009).

O ambiente de trabalho expõe o profissional de qualquer área de atuação a diversos riscos ocupacionais que podem causar danos à saúde, tais como físicos, químicos, ergonômicos, psicossociais e biológicos (Brasil, 2010).

Contudo, os hospitais sempre foram considerados locais de assistência à saúde onde os profissionais estão mais vulneráveis aos riscos ambientais, tal situação decorre do fato dos profissionais de saúde que prestam serviços em unidades hospitalares receberem uma elevada carga de trabalho, sendo, deste modo, ambientes estressantes que provocam risco à saúde, tanto aos profissionais de saúde quanto aos demais funcionários, e ainda a qualquer pessoal que circule em suas dependências (Salgado, 2014).

Diante desse contexto, vale destacar que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, do Estado de Alagoas, que foi criado em 14 de dezembro de 2003, através da Resolução 68 do Ministério da Saúde, respaldado pelo Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Atenção Integral às Urgências e Emergências, através da Portaria GM/MS 2.048/2002, preconiza a regulação das urgências e emergências, o atendimento pré-hospitalar fixo e móvel, o atendimento hospitalar, as transferências inter-hospitalares, além de outros serviços pertinentes.

O SAMU funciona com duas Centrais Regionais, sendo uma em Maceió e a outra em Arapiraca, que são responsáveis por regular as ocorrências de Atendimento Pré-Hospitalar - APH e acionar os serviços nos municípios, ou através das Bases Descentralizadas – BD em caso de ocorrências no interior do Estado.

O SAMU/Maceió implantou seus serviços de Urgência e Emergência Móvel com apenas quatro viaturas; sendo três de Unidades de Suporte Básico – USB, que contempla dois profissionais auxiliar/técnico em enfermagem e um condutor/socorrista; e uma Unidade de Suporte Avançado - USA/UTI Móvel, com a presença de um médico, um enfermeiro e um condutor/socorrista.

Com o passar dos anos o serviço foi crescendo e se consolidando, tanto que nos dias atuais já se encontram operacionalizadas sete ambulâncias do tipo USB, quatro do tipo USA, além do serviço Aeromédico (UTI Aérea) e UTI Neonatal móvel com uso de um helicóptero adaptado para resgate e transporte de acidentados e de neonatos.

Atualmente o SAMU/Maceió conta com aproximadamente 500 servidores das diversas áreas de atuação. E como todas as empresa, necessita de organização administrativa e a presença de setores que são essenciais para um eficiente e eficaz serviço.

O Atendimento Pré-hospitalar APH móvel visa constituir uma assistência de qualidade imediata às vítimas no local do acontecimento, fora do ambiente hospitalar. Esse serviço oferece a melhor resposta a obtenção de ajuda, podendo variar de um simples conselho de avaliação médica até o envio de uma Unidade de Suporte Básico (USB) ou Unidade de Suporte Avançado (USA), ao local da ocorrência visando a manutenção da vida e\ou minimização de sequelas (Costa, 2011).

O SAMU surge como ordenador da assistência dos mais variáveis locais de atendimento, desde vias públicas, domicílio, local de trabalho, independentemente do local

em que se encontre a vítima. O atendimento oferecido abrange os eventos traumáticos, pediátricos, clínicos cirúrgicos, gineco-obstétricos e psiquiátricos.

Cuidar com atenção no local do acidente exige que os profissionais sejam bem treinados na rápida identificação dos riscos reais e potenciais do local da ocorrência, que são indispensáveis para tomada de decisões. A avaliação do local deve ser continuada, ter presente que pode sofrer alterações tornando-se propício a ocorrência de acidentes (Costa, 2011).

Costa (2011) define que as ações rápidas e precisas caracterizam o atendimento de urgência o qual exige do profissional um alto grau de domínio cognitivo afetivo e psicomotor nas atividades a serem desempenhadas.

A busca de estratégias que avaliem o ambiente e os fatores que determinam os cuidados necessários em medidas profiláticas para os profissionais da saúde do Serviço de Atendimento Móvel é importante para diminuir o número de profissionais dessa área expostos aos acidentes com perfurocortantes ocasionados durante expediente de trabalho.

Por isso, o tema proposto visa analisar os riscos que os profissionais da área de saúde estão expostos, sobretudo, no que diz respeito aos acidentes de trabalho causados por material perfurocortantes, especialmente devido a um número significativo de manipulação de agulhas, cateteres intravenosos, lâminas e outros materiais empregados no desempenho dos procedimentos técnicos.

A contribuição que o tema traz possibilita as adaptações. Sendo assim, torna-se importante caracterizar tais medidas como eficazes ao trabalhador do SAMU Maceió-AL, visto que estas informações sejam capazes de colaborar para a reflexão das ações educativas destinadas aos trabalhadores do SAMU.

No que se refere à prevenção e controle de acidentes com perfurocortantes, os principais problemas são os procedimentos invasivos que ferem os princípios de prevenção de infecção, podendo ocasionar a contaminação durante o procedimento realizado, sobretudo, pela grande demanda e exigências de rapidez no atendimento às vítimas.

Efetivamente, estas reflexões norteiam a questão de partida deste presente pesquisa:
Que acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes ocorrem nos profissionais de saúde do SAMU em Maceió?

Pela nossa experiência como enfermeiro do SAMU entendemos não estar a ser dada a importância devida a esta problemática na prática do dia a dia pois verificamos com frequência acidentes com perfurocortantes e com sub notificação clínica desses acidentes. A necessidade de implementar medidas de prevenção junto das entidades patronais e junto dos trabalhadores expostos a esses acidentes justificam a realização deste estudo.

Sendo assim, a presente pesquisa tem como objetivo geral identificar a ocorrência de acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes nos profissionais de saúde do SAMU Maceió. Como objetivos específicos procuramos identificar os acidentes mais frequentes (tipo de material e procedimento realizado), identificar os períodos em que ocorrem os acidentes, avaliar as condutas tomadas após o acidente e descrever as medidas aplicadas para redução dos danos pós-acidente e suas notificações

Partindo dessa análise, esta dissertação, além da introdução, integra cinco capítulos. No primeiro capítulo apresentamos uma revisão de literatura, abordando diversos aspectos da questão temática, como saúde pública no Brasil, conceito de segurança do trabalho, orientações legais e legislação, em caso de acidente de trabalho, doenças infecciosas ocupacionais, entre elas, AIDS e Hepatite B e C, acidentes com materiais perfurocortantes; medidas preventivas pós-acidentes e algumas considerações sobre sistema de saúde brasileiro de atenção às urgências e emergências.

No segundo capítulo apresentamos a metodologia adotada para a elaboração da presente pesquisa e no terceiro apresentamos os resultados, no quarto capítulo apresentamos a análise e discussão dos resultados e discussão sobre os dados recolhidos por meio da pesquisa realizada. Finalmente apresentamos a conclusão onde sintetizamos as observações acerca das questões abordadas e apresentamos algumas propostas.

PARTE I – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

1 - O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Costa (2011) cita a Organização Mundial de Saúde (OMS) na sua definição de saúde como sendo “um estado dinâmico de bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença”. Referindo-se ao risco do trabalhador da saúde de sofrer um acidente de trabalho, Rapparini (2010, p.9) esclarece que:

Os serviços de saúde são compostos por ambientes de trabalho complexos, apresentando, por isso mesmo, riscos variados à saúde dos trabalhadores e também das pessoas que estejam recebendo assistência médica nesses locais. Dentre esses riscos, um que é bastante peculiar ao serviço de saúde é o risco de sofrer um acidente de trabalho com material biológico envolvendo um perfurocortante. Além de incluir o ferimento em si, a grande preocupação em um acidente desta natureza é a possibilidade de vir a se infectar com um patógeno de transmissão sanguínea, especialmente os vírus das hepatites B e C e da AIDS. Essas são doenças que trazem grandes perdas não só ao trabalhador acidentado, mas também a toda a sociedade

Para ter saúde é necessário prevenir, que significa preparar, chegar antes, impedir que se realize. A saúde exige uma ação antecipada baseada no conhecimento da história natural da doença a fim de tornar improvável o progresso posterior da mesma. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a incidência e prevalência nas populações.

De acordo com Rodrigues (2009, p.03): “Através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública no Brasil passou por algumas reformulações quanto à sua forma de prestar serviços para melhor atender ao usuário. Dentre estas mudanças, destaca-se um de seus princípios fundamentais, que é a garantia aos seus usuários de uma melhor qualidade no atendimento”.

A base de saúde é a prevenção, atrelado a uma igualdade social com acesso digno a condições de higiene, com melhorias na qualidade de vida. Controlar a transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas em saúde estruturada na divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

O enfoque da promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macro-determinantes do processo de saúde-doença, e buscando transformá-lo favoravelmente na direção da saúde. Já a prevenção das doenças busca que os indivíduos ficassem isentos das mesmas.

Guimarães (2009, p.31) citando Buss (2003) define promoção saúde como uma “ uma estratégia que objetiva modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas,” apontando para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão na busca de atingir uma conscientização da importância das ações e decisões coletiva em prol de uma melhor qualidade de vida.

Silva, Cotta & Rosa (2013, p.348),referindo-se a estratégias de promoção da saúde, afirmam que:

É preciso grande empenho por parte dos tomadores de decisão e dos líderes em saúde de todos os países do mundo para superar esse desafio. Dentre os elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde, destaca-se a reorientação dos modelos antes voltados para problemas agudos no atendimento das condições crônicas, com ações que integrem a promoção da saúde e a prevenção primária dos fatores de risco. Sendo assim, novos estudos referentes às políticas e estratégias de prevenção de agravos das DCNT devem ser realizados, buscando avaliar periodicamente os resultados obtidos .

Já a prevenção, tem seu foco nas ações que busca detectar, controlar e enfraquecer os fatores de risco tanto de um grupos de enfermidades quanto de uma enfermidade específica, ou seja seu foco é a doença e os meios para ataca-la (Cavalcante & Andrade, 2012) .

Ogata (2013, p.14), referindo-se ao tema, esclarece que:

O Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar foi lançado durante o “Seminário Internacional sobre Inovações Assistenciais para Sustentabilidade da Saúde Suplementar”, no dia 04 de outubro de 2012, e em seu âmbito vêm sendo desenvolvidas, ao longo de 2013, metodologias para monitoramento e avaliação dos programas de promoção e prevenção atualmente executados pelas operadoras e instrumentos para elaboração, desenvolvimento e gestão de futuros programas

Desse modo, a promoção da saúde avança, incorporando o mal-estar como percepção subjetiva, relacionada ou não com a enfermidade, e a saúde como fato positivo, tanto na sua dimensão objetiva como subjetiva.

1.1 - CONSIDERAÇÕES SOBRE AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO BRASIL

No contexto internacional por volta de 1789, período em que ocorreu a Revolução Francesa, surgiu a assistência e o transporte de pessoas feridas oriundas do campo de batalha. Ante a negligência de alguns médicos ao transportar cidadãos feridos em pesadas carruagens, um estudante de medicina conhecido por Dominique resolveu equipar as carroças com duas rodas, ao mesmo tempo provendo medidas imediatas de primeiros socorros e transporte para os hospitais de campanha (Costa, 2011).

Há relatos que no Brasil os serviços precursores de atendimento pré-hospitalar (APH) datam do início do século XIX, em 1808, quando a presença da família real portuguesa no Brasil fez com que as ambulâncias funcionassem em conformidade com o serviço europeu, ou seja, por meio de carruagens, servindo exclusivamente como transporte dos acidentados para o ambiente hospitalar (Costa, 2011).

Apenas em 1893 o Brasil aprovou a lei que almejava estabelecer o socorro médico de urgência na via pública. O Estado de São Paulo nesse mesmo ano, por meio do Decreto nº 395/1893, criou a responsabilidade do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado para atender as emergências (Araújo, 2010).

Alguns anos depois, em 1904, foram instalados postos de Pronto Socorro, e em 1910, mediante o Decreto nº 1.392, o Prefeito à época – Sr. Pereira Passos, encomendou na Europa diversas ambulâncias, tornando obrigatória a presença de profissionais da saúde em acidentes e incêndios (Martins, 2006, cit. por Costa, 2011).

Por volta de 1949 o Presidente Eurico Gaspar Dutra, pelo Decreto nº 27.664, de 30 de dezembro, instituiu o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social sob a denominação de Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de

Urgência – SAMDU, vinculado ao Ministério do Trabalho (Martins, 2006, *cit. por* Costa, 2011).

Araújo et al.(2011) referem que a procura dos serviços de urgência e emergência têm pressionado os serviços de saúde para se prepararem, organizarem e equiparem par atender doentes graves. Nesse sentido o Ministério da Saúde publicou várias Portarias e regulamentos criando as componentes pré hospitalar fixo, pré hospitalar móvel, hospitalar e pós hospitalar. Foi assim implantado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e dos serviços associados de salvamento e resgate, em todo o território nacional.

A resolução CFM nº 2.110/2014 em seu artigo 2º dispõe que:

Art. 2º O sistema de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos, com a consequente terapêutica.

Nas últimas décadas, as pessoas têm presenciado mudanças no contexto econômico, político, social e cultural. Os serviços de saúde no Brasil apresentam uma série de deficiências cujas explicações devem ser buscadas em diferentes campos, e nesse sentido, o setor saúde vem sendo tomado como objeto de análise e de intervenção.

Silva et al (2010, p.1) entendem que hoje em dia pelo aumento das doenças cardio vasculares e as situações de emergência trazem maior afluxo aos serviços de urgência pelo um serviço bem estruturado dá segurança à população. Embora a população necessite de maior informação sobre a correta utilização dos serviços de urgência, verifica-se contudo que a distribuição geográfica dos meios e serviços ainda podem melhorar no sentido de melhorar a excelência no atendimento.

Bueno & Bernardes (2010, p.46) ao analisarem o atendimento pré hospitalar reforçam que

“As exigências crescentes de produtividade e de qualidade e um contexto de mercado de trabalho instável e flexível ampliam os requisitos de qualificação dos trabalhadores e tornam cada vez mais generalizada a implantação de modelos de formação e de gestão baseados em competências profissionais. Dentre eles está o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e

emergência, que se constitui em um importante componente de assistência à saúde.”

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU representa o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. A implantação da política se inicia por esse componente, pois parte do pressuposto de que as centrais de regulação de urgência se constituem um elemento-chave para organização do sistema de urgência, uma espécie de eixo organizador dos serviços da rede de saúde (Machado et al., 2013).

O sistema de saúde brasileiro de atenção às urgências vem apresentando avanços nos últimos anos em relação à definição de conceitos, à organização do sistema em rede mediante a incorporação de novas tecnologias. O serviço de emergência vem sendo abordado muito em seu caráter médico e político, em detrimento aos aspectos gerenciais operacionais, que em sua última instância, são os que garantem a execução do mesmo. Os componentes de atenção às urgências, em relação à organização de redes estão classificados em pré-hospitalar móvel, pré-hospitalar fixo e pós-hospitalar (Silva,2010).

O SAMU vinculado a uma Central de Regulação é um serviço de acesso gratuito a toda população sendo acionado pelo número 192, com equipe e frota de veículos disponíveis 24 horas por dia e compatíveis com as necessidades de saúde da população seja no âmbito municipal ou estadual.

A área de cobertura para o atendimento é previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O atendimento de urgência e de emergência é realizado em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, além das Centrais de Regulação, conta-se com profissionais e veículos de salvamento.

A saúde dos trabalhadores é um palco da saúde pública que age por meio de métodos próprios, propendendo a promover e proteger a saúde de pessoas no exercício do trabalho. No entanto, é necessário uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, junto a profissionais especializados, buscando preservação e promoção de saúde através de medidas de alcance coletivo.

Analisando os setores que compõem o quadro funcional da Instituição, temos: a Gerência; Ouvidoria; Núcleo de Educação Permanente – NEP; Coordenação Médica, responsável pelo Setor de Farmácia (Medicamentos e Correlatos); Coordenação de Enfermagem, responsável pelo Setor de Logística (Materiais e Equipamentos de APH);

Coordenação de Frota; Coordenação de Recursos Humanos; além da Coordenação Administrativa.

O setor da educação permanente tem um papel importante nas medidas profiláticas dos trabalhadores em conjunto com CCIH para instigar o incremento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto, e sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação. Inserida no PCIH, a intervenção educativa proporciona maior conhecimento, atitudes positivas por parte dos profissionais da saúde e índices melhores no cumprimento das medidas gerais de prevenção, qualificação contínua e promoção da saúde dos trabalhadores.

Também são múltiplas as formas de prevenção adotadas, porém ao longo do tempo ocorre variação do enfoque das mesmas. A adoção de técnicas e métodos adequados, bem como, a prática de medidas eficazes de higiene e segurança do trabalho podem minimizar os riscos ocupacionais.

Segundo Wanderley (2014, p.01):

Até outubro de 2014, foram registrados em Alagoas 392 casos de acidentes com material biológico, segundo dados do Sistema Nacional de Agravos e Notificações (Sinan). O seminário será articulado com o Núcleo de Qualidade de Vida do Hospital Geral do Estado (HGE) e o público alvo inclui enfermeiros, técnicos de enfermagem, engenheiros, técnicos de segurança do trabalhador, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos, dentistas e profissionais dos serviços gerais.

A diretora Gardênia Santana, disse que na portaria do Ministério da Saúde 104/2011 os acidentes em questão eram notificados nas unidades sentinelas, ou seja, os casos eram identificados e notificados no Sinan. A partir de 6 de junho deste ano, a portaria nº 1271 institui estes tipos de acidentes como de Notificação Compulsória dos Agravos à Saúde do Trabalhador.

“Com a nova portaria, as notificações são feitas, semanalmente, e em todas as unidades de saúde”, explicou Gardênia, lembrando que o Hospital Hélvio Auto é o único de Alagoas referência no tratamento dos acidentes com material biológico. “Os municípios devem notificar seus casos e só depois encaminhar para o tratamento em Maceió”, alertou a diretora de Vigilância em Saúde. O Ministério do Trabalho criou em 16 de novembro de 2005 a primeira norma

(NR 32) para estabelecer diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança dos trabalhadores da saúde.

O interesse pela temática decorre da existência dos vários riscos nos locais de trabalho, que podem afetar a saúde e a integridade física do trabalhador. Neste estudo evidenciaram-se especialmente os riscos biológicos, por serem os acidentes com material perfurocortante potencialmente contaminado pelo HIV os que mais acontecem entre os trabalhadores da saúde.

2 - A SEGURANÇA DO TRABALHO

O conceito de Segurança do Trabalho remonta ao ano de 1967, com pequenas alterações ocorridas entre 1976 e 1992. Cita-se como exemplo que Segurança do Trabalho “pode ser entendida como os conjuntos de medidas e ações que são adotadas visando diminuir os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais e assim proteger a integridade do trabalhador no ambiente de trabalho.” (Neto, 2015, p.1).

Na opinião de Cardella (2010, p.37), segurança no trabalho é “o conjunto de ações exercidas com o intuito de reduzir danos e perdas provocados por agentes agressivos”, ou seja, a preocupação está na redução de riscos e de suas fontes.

De acordo com Chiavenato (2010, p. 477) segurança do trabalho é o conjunto de medidas de ordem técnica, educacional, médica e psicológica utilizadas para prevenir acidentes, quer eliminando as condições inseguras do ambiente, quer instruindo ou convencendo as pessoas da implantação das práticas preventivas.

Pela história verificamos que o empregador determinava as condições de trabalho a serem desempenhadas pelos trabalhadores. Não havia qualquer regulamentação que resguardasse a classe operária e os empregadores assim abusavam de cargas diárias de trabalho de 16 horas sem descanso semanal com alimentação imprópria e instalações com condições precárias à saúde do trabalhador. Conforme Oliveira & Milaneli (2010, p. 3) “Todo esse quadro assumiu situações tão graves que seria inadmissível permanecer desprotegido o próprio respeito humano.”

Nesse sentido, esse conceito de prevenção demonstra proporcionar uma cultura prevencionista com o fim de evitar os acidentes no trabalho. Isso porque traz medidas que podem interferir no meio ambiente laboral, a partir da educação, do controle médico e psicológico, bem como de medidas administrativas com o fito de afastar o trabalhador das fontes emissoras de riscos à saúde. Com efeito, trata-se de uma proposta voltada para este trabalho.

A segurança do trabalho atua dentro da organização empresarial de várias maneiras objetivando adaptar o ambiente de trabalho ao trabalhador. Para tanto, segundo Neto (2015, p.1), “são desenvolvidas ações técnicas, administrativas e médicas. Algumas ações importantes são: estudo da legislação de segurança do trabalho, normas técnicas e responsabilidades do empregador e dos empregados perante a causa segurança, estudo do ambiente de trabalho, análise das causas de acidentes de trabalho, palestras treinamento, entre outras”.

Nota-se que houve maior participação da população no mercado de trabalho, pelo que, ao lado dos benefícios econômicos gerados, faz-se necessário e imprescindível considerar o significado da agressão à saúde e à segurança do ser humano (homens e mulheres) exposto em seu local de trabalho.

Cabe ressaltar que o meio ambiente do trabalho faz parte do cotidiano dos trabalhadores, e, em razão disso, deve oferecer condições salubres e sem risco para estes exercerem suas atividades laborais com segurança.

Nesse sentido, verifica-se que, no Brasil, o Serviço especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) funciona como um instrumento de gestão da segurança e da medicina do trabalho. Serviço este previsto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e regulamentado pela Portaria Ministerial (Ministério do Trabalho e Emprego) n. 3.214, de 08 de junho de 1978 e pela Norma Regulamentadora n. 4 (NR-4). Esta estabelece as atribuições do serviço especializado e determina a sua composição (engenheiro ou arquiteto, médico do trabalho, enfermeiros do trabalho, auxiliar de enfermagem do trabalho e técnico de segurança do trabalho) conforme o grau de risco da atividade em que se enquadre a empresa, em face da quantidade de empregados, conforme a norma laboral (quadro I e II da norma laboral atrás referida).

Dados do Ministério do trabalho relatam que em 2013, foram notificados 717.911 acidentes e doenças, dos quais 432.254 foram acidentes típicos e apenas 15.226 foram identificados como doenças do trabalho (Brasil, Ministério da Saúde, 2015), onde se percebe a existência de subnotificação relativa aos acidentes de trabalho, bem como às doenças do trabalho. Ressalta-se que, no número apresentado, não estão inclusos os trabalhadores autônomos (contribuintes individuais) e os empregados domésticos (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

Neste mesmo estudo o autor indicou que houve um grande impacto sócio-econômico em relação à saúde pública no Brasil causado pelos infortúnios e gerados pela ausência de políticas públicas satisfatórias. Assim sendo, os dados mostram que 20.786 eram doenças relacionadas ao trabalho, 580.592 afastados devido à incapacidade temporária, 8.504 afastados por incapacidade permanente e 2.804 óbitos de trabalhadores. Diante deste fato, percebemos que a preocupação do INSS não era só com a saúde do trabalhador e sim com os altos custos que ele representa apresentado aos cofres públicos.

Nesse sentido, Chagas, Salim & Servo (2011, p.56), esclarecem que:

Para se discutir a situação atual da área de segurança e saúde do MTE, bem como seus desafios presentes e perspectivas futuras é necessário abordar os dois momentos em que isso ocorre. O primeiro é o da elaboração e modificação de normas de SST a serem cumpridas por empregadores e trabalhadores nos ambientes de trabalho. O segundo é o da verificação do seu efetivo cumprimento, orientando ou sancionando, em caso de descumprimento, as partes interessadas. O objetivo último é induzir a regularização das desconformidades.

Os programas da OMS levam em consideração não só a prevenção de acidentes e doenças profissionais, mas a proteção, o fomento e a reparação da saúde no sentido amplo. Por outro lado, a responsabilidade pela vida e a saúde dos trabalhadores é do trinômio: Estado, empresa e trabalhadores. Já os profissionais da área de Serviços especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) têm como responsabilidade principal a prevenção de doenças ocupacionais e dos acidentes no trabalho.

No que se refere ao estudo do binômio homem-ambiente de trabalho, deve-se reconhecer, avaliar e controlar os riscos que podem afetar a saúde dos trabalhadores. Portanto, devem-se considerar, também, a prevenção e a redução dos riscos para a saúde dos trabalhadores, praticando o princípio estabelecido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).

2.1 - ORIENTAÇÕES LEGAIS DA LEGISLAÇÃO TRABALHISTA EM CASO DE ACIDENTES DE TRABALHO

A relação de trabalho ao longo da história, sempre se manteve atrelada à estrutura social das civilizações. O trabalho, categorizado pelo grau de desprendimento físico e pelas condições em que era realizado, encerrava uma classificação que determinava privilégios e castigos, distribuídos gradualmente entre as classes sociais (Neto, 2011).

O século XVIII trouxe um acontecimento científico de grande relevância para a história das relações de trabalho: a Revolução Industrial precursora do maquinismo permitiu a utilização das forças motrizes distintas das forças musculares de homens e animais através das máquinas. Afirma o autor Chiavenato (2010, p. 57) que:

[...] o trabalho tem sido uma constante na existência do ser humano. Ao longo de toda a história da humanidade sucedem-se os desdobramentos da atividade laboral do ser humano. Quem trabalha pra quem, quem faz a guerra pra quem, quem é o escravo de quem, quem é o dominador, quem é o chefe e coisas do gênero mostram que o trabalho vem sendo desempenhado sob múltiplas formas e diferentes tipos e usos. Todavia, é a partir da Revolução Industrial que surge o conceito atual de trabalho. E é no decorrer do século XX que o trabalho recebeu a configuração que hoje está assumindo.

Nesse contexto, a Inglaterra estabelece a sua indústria de base e transforma-se no primeiro país metalúrgico. Na indústria, a organização do trabalho se deu pelo fracionamento de atividades, proporcionando uma superespecialização do operário. Com o surgimento da eletricidade a partir de 1880, os ofícios mecânicos foram mais aperfeiçoados e o seu emprego mais efetivo, ante a nova alternativa de energia que fez aparecer problemas até então desconhecidos como os acidentes de trabalho.

Os trabalhadores das indústrias, pertenciam a classe dos proletários, camada mais baixa da sociedade, eram submetidos a intensas jornadas de trabalho, que variam de 14 a 16, recebiam baixos salários, moravam em miseráveis geralmente próximo ao local de trabalho

em condições subumanas, em sua maioria originários da zona rural, que pelo desemprego em sua região de origem sentiam-se atraídos pela possibilidade de emprego na indústria (Neto, 2011).

Devido às péssimas condições de trabalho, conforme esclarece Neto (2011, p.03), “principalmente nas minas de carvão e na metalurgia, intensificaram-se os *acidentes* e as enfermidades típicas. O trabalhador, por sua vez, além de perceber baixos salários, não possuía nenhum tipo de amparo, seja em caso de doença ou mesmo de invalidez”.

A sociedade tradicional passou por grandes transformações, como por exemplo, com o aumento de trabalhadores nas fábricas, a emigração campo cidade, o empobrecimento cada vez maior dos trabalhadores, que insatisfeitos passaram a brigar pelos seus direitos, cada vez mais enfraquecidos, fato que contribuiu decisivamente para criação de uma legislação protetiva do trabalhador (Neto, 2011).

A história prossegue até a chegada do capitalismo extensivo, marcado pela maior oferta de trabalho e pela minimização dos salários e das condições higiênicas para o trabalhador. Em consequência, foram verificadas altas taxas de lucro e de acumulação de riquezas, tornando a burguesia cada vez mais forte e dominadora. Dissipou-se o liberalismo que sujeitava as relações econômicas (inclusive as relações de trabalho) ao sabor do mercado (Neto, 2011).

Entretanto, em 1919, com a promulgação da Lei de Acidentes do Trabalho, com posterior edição da Lei Eloy Chaves de 1923, compreendia um marco no Ordenamento Jurídico Brasileiro. Foi após a promulgação dessas leis que foi possível assegurar não apenas aos ferroviários, mas aos trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) o benefício acidentário (Barroso, 2010).

Apesar das mudanças sociais, as primeiras relações de trabalho ocorreram na década de 30, cujo momento representa o nascedouro do movimento chamado Revolução de 30, tendo em vista dois fatores importantes da nossa história: a formação e transformação dos sistemas políticos e processo de implantação do capitalismo, que fazem surgir com toda força a classe operária que se incorpora e se molda na legislação do trabalho.

Costa (2011) refere que a ideia de acidente do trabalho nos remete a algo ligado à desgraça, destruição, fatalidade que emanou de um caso fortuito e anormal, acabando por destruir completa ou parcialmente a saúde do trabalhador, gerando consequências de ordem material.

O risco para a ocorrência de acidentes ocupacionais envolvendo o profissional de saúde modifica conforme o processo de trabalho, as características específicas do atendimento, a infraestrutura e os recursos disponíveis (Oliveira & Gonçalves, 2010).

A segurança no trabalho é uma meta a ser alcançada no setor organizacional, por isso as empresas devem dispor aos trabalhadores equipamentos de proteção individual e coletiva, além do aprimoramento das normas e a melhoria dos procedimentos operacionais. Busca-se, sobretudo identificar as causas e não meramente encontrar culpados.

De acordo com Lapa (2006) citado por Soares (2011, p.21):

A prevenção significa gerenciar os riscos ocupacionais para garantir resultados que contribuam para amenizar e reverter o cenário onde se perdem vidas e a capacidade para o trabalho, na busca por melhores condições e qualidade de vida. O gerenciamento de riscos ocupacionais é preconizado pela Legislação Brasileira em Saúde e pelas Normas Regulamentadoras.

A Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT evidencia as questões relativas à Medicina e Segurança do Trabalho, no Capítulo V, disciplinando nos artigos 154 e seguintes da CLT, cuja finalidade é a prevenção de acidentes no ambiente de trabalho. Com bastante clareza determina a CLT em seu artigo 157 que:

Art. 157. Cabe às empresas:

- I - cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho;
- II - instruir os empregados, através de ordens de serviço, quanto às precauções a tomar no sentido de *evitar acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais*;
- III - adotar as medidas que lhes sejam determinadas pelo órgão regional competente;
- IV - facilitar o exercício da fiscalização pela autoridade competente. (Grifos nossos)

Sendo assim, as empresas estão obrigadas a manter seus serviços em conformidade com a legislação, respeitando os parâmetros estabelecidos pelas normas que dispõem sobre a segurança e a medicina do trabalho. Na Constituição Federal de 1988, no artigo 196, se encontra disposto que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Através de políticas sociais e econômicas é possível reduzir o risco de doença, assim como, permitir o acesso

universal e isonômico às ações e serviços que visam a promoção, proteção e recuperação do indivíduo.

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2010, p.4) “ por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”, convém, no entanto, ressaltar, a grande necessidade de humanizar o trabalho do profissional para alcançar, no sentido de que ele possa prestar uma boa atenção aos clientes, mas para isto é imprescindível uma atenção especial à sua própria saúde, que precisa ser valorizada (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

Apesar de serem os regimes jurídicos diferenciados que regem a categoria dos trabalhadores públicos e privados, em ambos os casos, existe necessidade de ser feita a comunicação do acidente de trabalho, sendo que para a legislação privada essa comunicação deverá ser feita em 24h, por meio de formulário denominado CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho. Já no âmbito municipal ou estadual os funcionários devem observar os Regimes Jurídicos Únicos que lhes são específicos.

Segundo Guglielmi (2010) citado por Silva & Pinto (2012, p 96.)

Mostra-se essencial e indispensável, que as Instituições implantem uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), assim como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e os programas PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e PPRO (Programa de Prevenção de Riscos Ocupacionais), em suas unidades que atuarão juntamente com a participação dos profissionais.

De acordo com a Legislação Trabalhista Brasileira os medicamentos para a quimioprofilaxia, a vacina para hepatite B e a Imunoglobulina Hiperimune para hepatite B devem ser disponibilizados pelos locais de trabalho públicos ou privados.

Rapparini (2010, p.11), nesse sentido comenta que:

Um efetivo programa de prevenção de acidentes inclui diversos componentes que devem atuar em conjunto para prevenir que os trabalhadores da saúde sofram acidentes de trabalho com agulhas e outros materiais perfurocortantes. Esse programa de prevenção deve se integrar aos programas já existentes, como os de gestão da qualidade, de controle de infecção e de segurança e saúde ocupacionais. É baseado em um modelo de melhoria contínua da qualidade,

uma abordagem que serviços de saúde bem-sucedidos têm adotado de forma crescente. Pode-se descrever esse modelo através de diferentes termos, mas o conceito subjacente é aquele que envolve *uma abordagem sistemática, ampla, organizacional, de melhoria contínua do desempenho de todos os processos empregados para prover produtos e serviços de qualidade*. O programa de prevenção também traz conceitos da área de higiene do trabalho, na qual as intervenções de prevenção são priorizadas com base em uma hierarquia de estratégias de controle .

3 - DOENÇAS INFECCIOSAS OCUPACIONAIS

O risco ocupacional com agentes infecciosos passou a ser observado desde a década de 40. Entretanto, as medidas profiláticas e o acompanhamento clínico-laboratorial de profissionais expostos aos agentes patogênicos de transmissão sanguínea, só foram desenvolvidos e praticados a partir da epidemia de infecção pelo HIV/AIDS, no início da década de 80 (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

A incidência de acidentes de trabalho no tocante aos profissionais da área da saúde até há pouco tempo não eram considerados uma categoria profissional de alto risco. Sendo assim, as intervenções para profilaxia devem ser realizadas logo após o contato com paciente fonte, pois o sangue contaminado deve ser tratado como casos de emergência médica.

Lima et al (2011, p.5) cita Ribeiro e Shimizu (2007) e afirmam que

a maior frequência de acidentes de trabalho em hospitais sucede na Enfermagem e defendem este argumento porque os trabalhadores estão expostos a riscos advindos do desenvolvimento de atividades assistenciais diretas e indiretas, cuidados prestados diretamente a pacientes e em organização, limpeza, desinfecção de materiais, de equipamentos e do ambiente.

A informação sobre as ocorrências de acidentes de trabalho no ambiente hospitalar, através da devida notificação, é de extrema relevância no sentido de que se estabeleça medidas preventivas, no sentido de que os danos causados por este tipo de acidente possam ser evitados ao máximo (Rapparini, 2010).

Devido à alta manipulação de materiais perfurocortantes, os acidentes ocupacionais ocorrem constantemente entre os profissionais da equipe de enfermagem durante a sua prática (Guizelini, 2011).

Trandafilov (2009, p.17) cita vários autores e refere que:

O risco de contaminação por patógenos veiculados pelo sangue após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde, sobretudo, o de enfermagem e as consequências de acidente de trabalho tem sido descrito na literatura como um

problema relevante que necessita urgentemente ser minimizada devido aos sérios prejuízos que causam aos trabalhadores e às instituições, quer seja pelo sofrimento causado ou pelos custos gerados

Os custos como refere a mesma autora , não se limitam à infecção pois não podemos esquecer o trauma psicológico bem como as mudanças nas relações sociais, familiares e de trabalho.

Sendo assim, a prevenção da exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal e mais eficaz medida para evitar a transmissão do HIV e dos vírus da hepatite B e C. Deste modo, ações educativas permanentes e medidas de proteção individual e coletiva são fundamentais. Afirmam Silva & Zeitoune (2009, p.280) que:

Historicamente, os trabalhadores da área da saúde não eram considerados como categoria profissional de alto risco para acidentes de trabalho. A preocupação com os riscos biológicos surgiu somente a partir da epidemia de HIV/AIDS nos anos 80, quando foram estabelecidas normas para as questões de segurança no ambiente de trabalho.

As exposições percutâneas, cutâneas, mordeduras em humanos e em mucosas são as que podem trazer maiores riscos de transmissão ocupacional em se tratando do HIV e do vírus da Hepatite B e C. A Imunodeficiência Humana - HIV e os vírus das Hepatites B e C são os agentes infecciosos mais graves no contexto das doenças ocupacionais presentes em serviços de saúde. Por isso, serão abordadas neste tópico de forma mais abrangente.

3.1 - A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: O DESAFIO PARA O MILÊNIO

Acquired Immunodeficiency Syndrome - AIDS é a sigla em inglês que no português significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Recebeu o nome AIDS para diferenciá-la das outras imunodeficiências.

Sobre o tema Carmo (2009, p.01) esclarece que:

A AIDS é definida como síndrome porque não tem uma manifestação única ao contrário, caracteriza-se pelo surgimento de várias doenças sucessivas e simultâneas,

que ocultam a sua verdadeira causa. Imunodeficiência refere-se ao sistema imunológico “Imuno”, responsável pela capacidade natural que o corpo humano possui para se defender das doenças. Adquirida, a maioria das deficiências imunológicas são hereditárias. No caso da AIDS, a imunodeficiência se dá por contágio com pessoas, dentre outras (sangue, espermatozoides, etc.) em que o vírus esteja presente.

Quando em 1983, o agente etimológico AIDS foi identificado por cientistas franceses, tratava-se de um retrovírus humano, atualmente denominado vírus da imunodeficiência humana. Embora não se saiba ao certo a origem do HIV, existe hipótese que o vírus do macaco tenha passado para o homem há muitas décadas atrás (Carmo, 2009).

O vírus da imunodeficiência simia (SIV) presente com muita frequência nos macacos verdes africanos é muito próximo ao HIV, sugerindo uma evolução comum. Por estes fatos supõe-se que o HIV tenha origem geográfica africana e que sua disseminação se deve às características da sociedade contemporânea (Carmo, 2009).

Os primeiros casos de AIDS no Brasil foram publicados em 1982 e eram referentes a pacientes da Região Sudeste. Conforme Reggiori (2010, p.6) “de acordo com os dados oficiais atuais divulgados pelo Ministério da Saúde foram notificados até hoje mais de 76.000 casos de Aids no país sendo que 74.000 em pacientes com mais de 13 anos.”

Nos pacientes com menos de 13 anos, a transmissão perinatal, segundo Reggiori (2010, p.6) “foi responsável por 73% dos casos, a sanguínea por 17% e a sexual por 0,5%. Trata-se de um epidemia global, Aids foi descrita inicialmente aos EUA, na Europa Ocidental e na África. Hoje 70% dos casos se concentram na África.

Em menos de 2 décadas tornou-se uma doença epidémica dissiminada em diversos regiões do mundo. De início parecia acometer apenas a determinados grupos de indivíduos, mas hoje atinge de indiscriminadamente a pessoas de ambos os sexos e todas as camadas sociais, apesar de que algumas camadas da sociedade, continuam sendo mais atingidas.

Segundo relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e AIDS (UNAIDS), o número de novas infecções pelo vírus HIV caiu cerca de 56% entre 2000 e 2015 no Caribe e na América Latina, novas infecções por HIV têm mostrado apenas um lento declínio de 2000 para 2015, 44% das pessoas vivendo com HIV/AIDS em toda a região receberam terapia de tratamento antirretroviral, o maior número entre todas as regiões em desenvolvimento (UNAIDS, 2015)

Apesar da tendência à estabilidade, a epidemia de HIV afeta de maneira diferenciada as diversas regiões do país, avançando para o interior, entre as mulheres, os homossexuais e a população de menor renda e nível educacional (UNAIDS, 2009).

O Brasil é um dos países mais afetados pelo HIV/AIDS em todo o mundo. Entretanto, ao mesmo tempo, fornece um dos melhores exemplos de uma resposta ampliada e multissetorial à epidemia, tanto por parte do governo quanto, mais especialmente, da sociedade civil. A resposta brasileira ao HIV/AIDS é o tipo de resposta com os programas de ações públicas de combate ao HIV/AIDS.

Essa resposta vem através da educação, saúde, finanças e planejamento, desenvolvimento econômico, assuntos sociais, justiça, juventude, e setores não-governamentais, como instituições acadêmicas, setores religiosos, várias organizações e associações não-governamentais trabalhando com vistas a influenciar uma série de causas econômicas e sociais.

Entre estas, estão as organizações comunitárias que trabalham diretamente com HIV/AIDS, bem como aqueles atuando em questões correlatas, como a situação de mulheres, jovens, crianças na rua, pobreza urbana, e vários outros fenômenos sociais. Uma ação essencial em resposta ao HIV/AIDS é o envolvimento direto e ativo de associações de pessoas vivendo com a doença. No Brasil, essas organizações dá uma nova forma de como conviver com o vírus, pois estão na luta contra a discriminação e o estigma, em favor da proteção dos direitos humanos de pessoas vivendo com o HIV/AIDS.

O empenho de obter tais objetivos requer a vontade política de introduzir ações públicas imprescindíveis para a prevenção, assistência e apoio, e para abrandar o impacto da epidemia, assim como para constituir um ambiente de apoio que diminua a vulnerabilidade da população ao HIV/AIDS.

Estas ações podem beneficiar de um apoio coordenado da sociedade civil e das entidades públicas no combate ao vírus. A cooperação do setor privado leva a estimular mais trocas de informações com o setor público.

As ações que o Brasil promove é o incentivo de jovens no desenvolvimento de políticas e programas, em busca de uma melhor conscientização do público quanto ao efeito da epidemia sobre os jovens. As ações desenvolvem um programa de políticas e atividades

eficazes de HIV/AIDS, inclui-se um trabalho no aumento ao acesso de jovens à educação, instrumentos e serviços apropriados para a prevenção, como os preservativos, e o fortalecimento do apoio a jovens já infectados pelo HIV/AIDS. Com ênfase em direitos humanos e solidariedade, e busca mobilizar a sociedade para a ação.

O Brasil tem apoio com os países africanos de língua portuguesa e experiências significativas na área de grande valor usadas como cooperação horizontal entre países em desenvolvimento. O último desempenho do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde tem merecido o apoio e o reconhecimento dos organismos internacionais que representam o Sistema das Nações Unidas no Brasil.

Trata-se de um programa de excelência, destinado à implementação de soluções adequadas às necessidades brasileiras, incluindo o incentivo a ações de mobilização social, com ênfase para a informação e a prevenção, que levam na devida conta os vários aspectos socioculturais dessas questões de saúde da maior relevância. O Programa mostra-se competente no estímulo à participação das organizações não-governamentais em parceria com o poder público, e na contribuição ao aprimoramento técnico dos recursos humanos engajados na questão.

O Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS) têm como missão a redução da incidência do HIV/AIDS e a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (Brasil, 2010). Para atingir esta incumbência, define diretrizes de melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas portadoras de Aids e outros DST; traça metas de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; propõe o aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV; além de incentivar o aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade; e propor ações de redução do estigma e da discriminação; e da melhoria da gestão e da sustentabilidade.

Mas para que tais medidas fossem instituídas foi preciso considerar os rumos que a epidemia do HIV/AIDS foi tornando. Atualmente com uma forte expansão para os municípios do interior dos estados em todas as regiões do Brasil, atingindo em sua maioria grupos populacionais inseridos em várias condições de vulnerabilidade sociais e econômicas. Requerendo diversas estratégias para seu enfrentamento, reforçando a necessidade de descentralização e desconcentração de responsabilidades e ações, de maneira coordenada pelos três níveis governamentais.

Conforme o manual “Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças” do Ministério da Saúde do Brasil publicado em 2004, os principais sinais, sintomas e doenças associadas à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida são os seguintes: anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia, astenia, caquexia, dermatite persistente, diarreia, febre e linfadenopatia. Os indivíduos podem ainda apresentar: tosse, candidíase oral ou leucoplasia pilosa, disfunções do sistema nervoso, tuberculose etc.(Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

3.2 - HEPATITES B E C

Atualmente foi identificado um grande número de acidentes de trabalho ocasionados por material perfurocortante entre trabalhadores da saúde, devido à grande manipulação de agulhas. Tais acidentes podem apresentar riscos à saúde física e mental dos trabalhadores.

Lima et al. (2011, p.01) a propósito do risco acidental por manipulação de agulhas citam Dalarosa & Lauret (2009) e referem que

os indivíduos que trabalham em hospitais estão potencialmente expostos a ocorrência de danos a saúde, decorrentes do ambiente laboral. Entre os acidentes do trabalho, os com material perfurocortante e de contaminação de mucosa são os que apresentam maior magnitude, principalmente, se for considerado o potencial para contaminação por microrganismos patogênicos oriundos do contato direto com pacientes ou artigos e equipamentos contaminados com material orgânico.

Existe uma grande preocupação quando o acidente ocorre com material contaminado podendo acarretar doenças como a Hepatite B (transmitida pelo vírus HBV), Hepatite C (transmitida pelo vírus HCV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS (transmitida pelo vírus HIV). O acidente pode ter repercussões psicossociais, levando a mudanças nas relações sociais, familiares e de trabalho. As reações psicossomáticas pós-profilaxia, utilizada devido à exposição ocupacional e ao impacto emocional, também são aspectos preocupantes (Oliveira et al, 2009).

Várias são as consequências quanto à exposição ocupacional relacionadas aos patógenos transmitidos pelo sangue, pois não está somente incluída a infecção. A cada ano números significativos de trabalhadores de saúde são acometidos por trauma psicológico que perduram durante os meses de espera dos resultados dos exames sorológicos. Dentre outras consequências, estão ainda as alterações das práticas sexuais, os efeitos colaterais das drogas profiláticas e a perda do emprego (Costa, 2011).

O risco ocupacional no ambiente de trabalho pode ser real, estar oculto ou latente. Os riscos podem estar ocultos por falta de conhecimento, informação ou ignorância. O risco latente se manifesta em situações de emergência e estresse; o trabalhador sabe que está exposto ao risco, mas as condições de trabalho o forçam a se expor ao risco. O risco real é definido como aquele conhecido de todos, mas sem condições de solução e controle, pela inexistência de soluções, pelos altos custos ou por falta de vontade política (Santos, 2014)..

Dessa maneira, os riscos ocupacionais decorrem de ruptura de uma relação entre o trabalhador e os processos de trabalho e produção, e vêm da probabilidade de ocorrer um determinado evento (Sêcco et al., 2015).

Sobre o tema Ferreira et al (2012, p.99), comentam que:

Conforme relatório elaborado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), cerca de cinco mil trabalhadores morrem no mundo todos os dias por causa de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. O documento, denominado Trabalho Decente – Trabalho Seguro, alerta que a maioria da força trabalhista mundial não possui segurança preventiva, serviços médicos nem mesmo compensação para acidentes ou doenças. No Brasil, cerca de 500 mil pessoas se acidentaram e 2.708 morreram em 2005, segundo o Ministério da Previdência Social. Enquanto os óbitos tiveram uma redução de 4,6%, os acidentes aumentaram 5,6% em relação ao ano anterior. As doenças decorrentes do trabalho chegaram a 30.334.

Os dados acima demonstram que, apesar da existência de Normas regulamentadoras e de uma legislação específica que pune o empregador pela ausência de equipamentos de Segurança e cobra os danos causados ao empregado em decorrência de acidentes de trabalho, mesmo assim os índices de acidentes e de doenças decorrentes do trabalho ainda são bastante elevados.

4 - ACIDENTES COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES

Nas últimas décadas, os acidentes ocupacionais que envolvem material de cunho biológico e também trabalhadores que atuam na área da saúde, ganham cada vez mais destaque no cenário de inúmeras pesquisas, uma vez que a exposição aos patógenos veiculados pelo sangue pode levá-los a contrair tipos de infecções, podendo levar a pessoa a ter sérios problemas de saúde (Zaparoli, 2009).

Trandafilov, 2009) citando Marziale e Nishimura (2004) refere que

A exposição dos trabalhadores de enfermagem aos riscos biológicos ocorre com maior frequência devido ao grande número de atividades laborais que expõe esses profissionais ao contato com o material biológico, veículos que podem desencadear doenças como a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e a Hepatite.

Diversas consequências prejudiciais a saúde podem ser diagnosticadas quanto ao manuseio de materiais perfurocortantes. Nesse sentido, os acidentes que acometem os profissionais de saúde foram pesquisados, inclusive, para que seja possível analisar as verdadeiras causas motivadoras de tais eventos.

Referindo-se a um estudo realizado sobre acidentes com materiais perfurocortantes com enfermeiros que trabalham em um centro cirúrgico, Oliveira & Gonçalves (2010, p.484), esclarecem que:

os materiais perfurocortantes envolvidos nos acidentes foram categorizados em agulha (73,3%), seguidos por lâmina de bisturi (6,7%), eletrocautério (6,7%) e outros como, por exemplo, instrumental cirúrgico. Os fatores contribuintes para a ocorrência dos acidentes entre os trabalhadores foram falta de atenção (36,7%), seguida por más condições de trabalho (20,0%), descuido do colega (13,3%), pressa (10%) e acaso/azar (6,7%), diferentemente de um estudo, em que a desatenção foi considerada o fator principal associada a 48,1% das exposições dos profissionais de Enfermagem de uma rede hospitalar .

Em uma pesquisa realizada no sudeste brasileiro revelou as características dos acidentes e das exposições ocupacionais, onde a maioria foi do sexo feminino 78,9%. O tipo de exposição foi totalmente percutâneo, tendo como fundamental agente causador as agulhas com lúmen. O material orgânico da maioria das exposições foi o sangue 87,3% (Oliveira, 2010).

Em relação aos fatores predisponentes, De Mendonça et al (2015, p.204), comentam que:

A profissão da Enfermagem, além de ocorrência frequente de acidentes de trabalho relacionados a diversos fatores, como o cansaço, devido à carga horária excessiva; horários noturnos; condições insalubres; estresse; sobrecargas; e ainda a falta de conhecimento a respeito da temática, que propicia os riscos oriundos da profissão. Acredita-se que o trabalhador de enfermagem deva se preocupar com a implementação de práticas que lhe ofereçam condições seguras para o desempenho de suas atividades laborais, propusemo-nos realizar a pesquisa apresentada cujos resultados contribuirão para divulgação do conhecimento produzido sobre a referida temática.

Um dos primeiros casos a ser relatado, ocorreu no longínquo ano de 1984, na Inglaterra, após uma enfermeira ser contaminada por uma agulha que continha sangue de um paciente que estava infectado. Alguns estudos apontam que Estados Unidos e Inglaterra, estão entre os países que mais tiveram problemas acerca deste caso, e por isso alguns hábitos e cuidados foram redobrados (Silva et al, 2010).

No ano de 1987, o “*Centers for disease control and prevention*” (CDCP) publicou um manual tido como “precauções universais” com inúmeras instruções referentes ao assunto, tendo como objetivo principal a prevenção a futuras exposições a patógenos veiculados através do sangue.

Lima et al., 2011, p.1) citam Giomo et al., 2009 e comentam que:

Entre a diversidade de causas que podem favorecer a ocorrência de acidentes de trabalho encontram-se uma multiplicidade de agentes/fatores presentes nos ambientes de trabalho que constituem os riscos ocupacionais químicos, físicos, biológicos, de acidentes, psicossociais e ergonômicos, entre outros. Trabalhadores de Enfermagem tendo ainda uma concepção idealizada da

profissão submetem-se aos variados fatores de riscos ocupacionais, sofrem acidentes de trabalho e adoecem e na maior parte das vezes não atribuem estes problemas às questões decorrentes de sua atividade laborativa.

É de extrema importância a adoção das normas de proteção e segurança do trabalho como meio de precaução na prevenção de acidentes com material biológico nos hospitais. Por conta disso, é de suma importância existir uma referência-padrão para as medidas de prevenção que devem ser aplicadas na assistência aos pacientes durante a manipulação de sangue, excreções, secreções e contato com pele não íntegra e mucosa. Tais medidas compreendem o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), de acordo com o tipo de contato estabelecido com o paciente, como exemplo: luvas, máscara, gorro, óculos de proteção, capotes, calçados fechados entre outros, e também cuidados com o manuseio de materiais perfuro cortantes (Souza, 2013) .

Ultimamente, as discussões referentes aos riscos que os profissionais estão sujeitos no seu dia-a-dia de trabalho, com relação aos materiais biológicos, e principalmente após o surgimento da AIDS, vem ganhando um espaço que até então não era visto e abordado. Obviamente que há casos também inseridos neste contexto, que são ocasionados através de condições precárias em alguns hospitais, como por exemplo, a falta de estrutura e também simplesmente por descuidos dos profissionais.

O Ministério do Trabalho do Brasil, no ano de 2005, publicou a Norma Regulamentadora - NR 32 - do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). A NR 32 prevê o acompanhamento daqueles trabalhadores que ficam mais expostos, mas, contudo, não prevê um sistema de vigilância epidemiológica sistemática.

A Norma Regulamentadora reitera que acidentes com material biológico devam sempre ser considerados de emergência, pois, uma vez que as medidas profiláticas forem devidamente implantadas em tempo hábil, e têm a sua real eficácia comprovada (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

Na lista de materiais biológicos Pires (1999) inclui:

- Sangue, outros materiais contendo sangue, sêmen e secreções vaginais são considerados materiais biológicos envolvidos na transmissão do HIV. Apesar do sêmen e das secreções vaginais estarem frequentemente relacionados à transmissão sexual desses vírus, esses materiais não estarão envolvidos habitualmente nas situações de risco ocupacional para profissionais de saúde.

- Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido amniótico, líquor e líquido articular são fluidos e secreções corporais potencialmente infectantes. Não existem, no entanto, estudos epidemiológicos que permitam quantificar os riscos associados a estes materiais biológicos. Estas exposições devem ser avaliadas de forma individual, já que, em geral, estes materiais são considerados como de baixo risco para transmissão viral ocupacional.

- Suor, lágrima, fezes, urina, vômitos, secreções nasais e saliva (exceto em ambientes odontológicos) são líquidos biológicos sem risco de transmissão ocupacional. Nestes casos, as profilaxias e o acompanhamento clínico-laboratorial não são necessários. A presença de sangue nestes líquidos torna-os materiais infectantes.

- Qualquer contato sem barreira de proteção com material concentrado de vírus (laboratórios de pesquisa, com cultura de vírus e vírus em grandes quantidades) deve ser considerado uma exposição ocupacional que requer avaliação e acompanhamento.

Em casos específicos, em que a exposição é inferida (mas não documentada) também podem ser considerados como casos comprovados de contaminação quando há evidência de homologia da análise sequencial do DNA viral do paciente-fonte e do profissional de saúde. Já os casos prováveis de contaminação são aqueles em que a relação causal entre a exposição e a infecção não pode ser estabelecida porque a sorologia do profissional acidentado não foi obtida no momento do acidente (Souza, 2013).

Desde o ano de 1981, quando ocorreu o início da epidemia do vírus da AIDS até o momento atual, foram publicados no mundo inteiro cerca de 103 casos comprovados e 219 casos prováveis de profissionais de saúde contaminados pelo HIV por acidente de trabalho (Santos, 2014).

Risco de transmissão do vírus da hepatite B: Os riscos de contaminação através do vírus da Hepatite B (HBV) estão relacionados, na maioria das vezes, ao iminente grau de exposição ao sangue no local de trabalho e também à presença ou não do antígeno HBeAg no paciente (Santos, 2014).

No cenário nacional essa preocupação se consolidou com a Norma Regulamentadora 32 (NR- 32), que instituiu algumas diretrizes básicas para auxiliar na implementação das medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, abrangendo também os trabalhadores que operam na promoção e assistência à saúde em geral (Nowak, 2013).

Embora o fato de as exposições percutâneas se tratarem de um dos mais eficazes modos de transmissão do HBV, elas são responsáveis por uma minoria dos casos ocupacionais de hepatite B entre profissionais de saúde. Em alguns estudos acerca de surtos nosocomiais, a maioria dos trabalhadores infectados não relata exposições percutâneas. Todavia, em alguns estudos, cerca de 1/3 dos profissionais se lembram de terem atendido pacientes HBsAg positivo.

A eventualidade de transmissão do HBV através do contato com superfícies que estavam contaminadas, também já foi evidenciada em investigações de surtos de hepatite B, entre profissionais e pacientes de unidades de hemodiálise.

O Manual de Acidentes de Material Biológico do Ministério da Saúde (Brasil, 2015, p.10) define que:

O sangue é o material biológico que tem os maiores títulos de HBV e é o principal responsável pela transmissão do vírus nos serviços de saúde. O HBV também é encontrado em vários outros materiais biológicos, incluindo leite materno, líquido biliar, líquido, fezes, secreções nasofaríngeas, saliva, suor e líquido articular. A maior parte desses materiais biológicos não é um bom veículo para a transmissão do HBV. As concentrações de partículas infectantes do HBV são 100 a 1.000 vezes menor do que a concentração de HBsAg nestes fluidos.

Risco de transmissão e medidas com relação ao vírus da hepatite C: A única forma mais eficiente de transmissão do vírus da hepatite C (HCV), é através do sangue. Após a exposição percutânea com sangue infectado pelo vírus da hepatite C, a incidência média de soroconversão é cerca de 1.8% (com variação entre 0 a 7%) (Brasil, Ministério da Saúde, 2015).

Os números sobre o risco de transmissão em exposições a outros materiais biológicos que não o sangue não foi divulgado, mas os especialistas consideram que ele seja mínimo. A transmissão do vírus da hepatite C a partir de exposições em mucosas é aparentemente rara.

Nenhum caso de contaminação envolvendo pele não-íntegra foi publicado na literatura. Nos casos considerados de exposição não ocupacional, a estimativa é de que 30-40% dos casos não têm forma de infecção identificada (Brasil, Ministério da Saúde, 2015).

Diferentemente do HBV, dados epidemiológicos apontam que o risco de transmissão do HCV, a partir de superfícies contaminadas não é significativo, com exceção nos serviços de hemodiálise, onde já foram descritos casos que ocorreram contaminação ambiental e níveis precários de práticas de controle de infecção (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

Nunca existiu algum tipo de medida específica eficiente, para a redução do risco de transmissão do vírus da hepatite C após exposição ocupacional. Os estudos acerca do caso não comprovaram benefício profilático com o uso de imunoglobulinas. Os dados disponíveis até o momento revelam que o interfere só atua efetivamente quando a infecção pelo HCV está estabelecida, parecendo indicar que não atuam como profilaxia pós-exposição. Portanto, a única medida eficaz para a eliminação do risco de infecção pelo HCV, é através da prevenção da ocorrência do acidente (Brasil, Ministério da Saúde, 2015).

4.1 - MEDIDAS PREVENTIVAS APÓS-ACIDENTE COM PERFURO CORTANTES

Habitualmente, após o contato com o material biológico recomenda-se manter os cuidados imediatos com a área de exposição. E nesses procedimentos está inserida a lavagem de maneira exaustiva do local exposto com água e sabão nos casos de exposições cutâneas ou percutâneas. Os estudos não chegam a identificar claramente, se o sabão de fato é um grande aliado nos casos ocorridos, porém, os especialistas aprovam esta opção. No caso das exposições de mucosas, deve-se lavar até a exaustão através de solução salina fisiológica ou com água.

Os procedimentos que tem a tendência de aumentar as áreas expostas (como cortes e injeções), e a possível utilização de éter, hipoclorito ou glutaraldeído são sempre não recomendáveis e, portanto contra-indicados, pois podem piorar em muito a situação.

Durante um período de 6 meses, o profissional de saúde deverá ser acompanhado após ter sofrido acidentes com material infectado pelo HIV e em acidentes onde o paciente-

fonte era desconhecido. Em exposições com paciente-fonte anti-HIV negativo, o acompanhamento do profissional acidentado somente estará indicado caso haja possibilidade de exposição do paciente-fonte ao HIV em um período que seria dos últimos 3 a 6 meses. (Brasil, Ministério da Saúde, 2015).

Vale ressaltar que a solicitação de teste anti-HIV deverá ser feita com aconselhamento pré e pós-teste do paciente-fonte com informações sobre a natureza do teste, o significado dos seus resultados e as implicações para o profissional de saúde envolvido no acidente.

Recomenda-se o emprego de testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV (testes que produzem resultados em, no máximo, 30 minutos), quando não existe possibilidade de liberação ágil (dentro de 24-48 horas) de resultados de teste anti-HIV, com a finalidade de impedir o início ou a manutenção desnecessária do esquema profilático. Os testes rápidos oferecem um alto grau de sensibilidade (Malvestio, 2012).

Ao ser detectado um resultado negativo evita-se o início da quimioprofilaxia anti-retroviral para o profissional de saúde. As probabilidades de soroconversão recente “janela imunológica”, embora seja muito rara, e de resultados falso-negativos devem ser sempre levadas em conta na avaliação de qualquer teste sorológico anti-HIV em função dos dados clínicos do paciente (Brasil, Ministério da Saúde, 2015).

Convém ressaltar que os testes rápidos, contudo, não são determinantes para o diagnóstico da infecção no paciente-fonte, que apenas deverá receber o resultado final de sua sorologia anti-HIV após a realização de testes anti-HIV, segundo fluxograma específico de testagem anti-HIV do Ministério da Saúde. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde brasileiro (Brasil, 2006) para a confiabilidade do resultado do diagnóstico laboratorial, o profissional que realiza a coleta de sangue deve seguir, passo a passo, os procedimentos e técnicas recomendadas, identificação, preparo, armazenamento e transporte de amostras. Ao mesmo tempo, os cuidados de biossegurança indispensáveis para o desempenho seguro dessa tarefa devem ser observados.

Por isso, a realização de testes de quantificação da carga viral para diagnóstico da infecção pelo HIV no paciente-fonte, não está indicada, uma vez que esses testes não foram validados para tal fim. Os testes sorológicos, recentemente disponíveis, detectam precocemente a infecção pelo HIV e são indicados pelo Ministério da Saúde nesses fatos.

Sendo assim, nota-se que uma avaliação clínica deverá ser feita com o objetivo de

detectar se há sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV, que ocorrem de 3 a 4 semanas após a contaminação e incluem febre, adenopatias, faringite e erupção cutânea maculopapular-eritematosa. Essa sintomatologia está presente em cerca de 80% dos profissionais que soro converte (Brasil, 1998; Macena, 2007).

Por isso, o profissional que faz o diagnóstico deverá ter uma boa orientação durante o período de acompanhamento, para que ele possa adotar mecanismos de prevenção com relação à transmissão sexual (principalmente usando preservativos) e através de sangue, e para evitar a doação de sangue/órgãos, gravidez e também o aleitamento materno.

Algumas práticas serão sempre necessárias quanto à exposição a materiais biológicos, e devido a isso, certas recomendações específicas referentes à realização de procedimentos que envolvam a manipulação de materiais perfurocortantes são absolutamente indispensáveis e recomendadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, Ministério do Trabalho, 2008).

A despeito de não haver um benefício cientificamente comprovado de redução dos riscos de transmissão de patógenos sanguíneos, o uso de dois pares de luvas diminui significativamente a contaminação das mãos com sangue e, deste modo, recomenda-se em cirurgias com alto risco de exposições (p.ex. obstétricas, ortopédicas, torácicas) (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

Diante de todo o exposto, percebe-se que os profissionais de saúde que se encontram em exposição com material contaminado com sangue ou secreção devem buscar prontamente o serviço de saúde ocupacional ou a comissão de controle de infecção hospitalar conforme o seu ambiente de trabalho. Visando obter orientação sobre vacinação e quimioprofilaxia, se indispensável, uma vez que o caso deve ser tratado como emergência médica.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 - METODOLOGIA

Após a realização do enquadramento teórico, nesta segunda parte do trabalho iremos definir os procedimentos metodológicos relacionados com o estudo empírico.

A componente metodológica é um aspecto essencial em qualquer processo de investigação, uma vez que serve de “guia” durante o desenvolvimento da pesquisa. Neste capítulo apresentamos uma breve contextualização da problemática, as questões de investigação e os objetivos, descrevemos o tipo de estudo, as variáveis, a amostra, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos efetuados bem como a previsão do tratamento estatístico

1.1 - A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

O meio ambiente do trabalho faz parte do cotidiano dos trabalhadores e, em razão disso, deve oferecer condições salubres e sem risco para estes exercerem suas atividades laborais com segurança.

Os profissionais de saúde, em particular os de enfermagem, estão expostos tanto aos riscos físicos, químicos ou biológicos como também aos ergonômicos pela natureza do seu trabalho caracterizado pela assistência contínua e pelo contato direto com o paciente. O nosso estudo aborda a questão dos acidentes com materiais perfurocortantes em profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado de Alagoas, Brasil.

Os profissionais de saúde que trabalham nesta área de prestação de cuidados estão expostos, aos acidentes de trabalho sobretudo causados por material perfurocortantes, a um número significativo de manipulação de agulhas, cateteres intravenosos, lâminas e outros materiais utilizados no desempenho dos procedimentos técnicos.

O SAMU faz, entre outros, o atendimento pré-hospitalar fixo e móvel, e as transferências inter-hospitalares. Pela nossa experiência como enfermeiro do SAMU entendemos não ser dada a importância devida a esta problemática na prática do dia a dia, verificamos com frequência acidentes com perfurocortantes e com sub notificação clínica desses acidentes. A necessidade de implementar medidas de prevenção junto das entidades patronais e junto dos trabalhadores expostos a esses acidentes justificam a realização deste estudo.

1.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Perante o exposto, entendemos ser pertinente a realização deste estudo o qual nos levou a formular a **questão de partida** deste presente pesquisa:

Que acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes ocorrem nos profissionais de saúde do SAMU em Maceió

Com esta questão principal outras interrogações se nos colocaram:

- Quais as características sociodemográficas dos profissionais do SAMU de Maceió?
- Qual o tipo de acidente (material e procedimento) de trabalho mais frequente nos profissionais de saúde do SAMU de Maceió?
- Quais os períodos em que mais ocorrem os acidentes?
- Quais os procedimentos habituais após os acidentes de trabalho no SAMU de Maceió?

De acordo com estas questões definimos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das questões que esta problemática levanta

Como objetivo geral procuramos **identificar a ocorrência de acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes nos profissionais de saúde do SAMU de Maceió**

Como **objetivos específicos** pretendemos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais do SAMU de Maceió;
- Identificar os acidentes mais frequentes (tipo de material e procedimento realizado) no SAMU Maceió;
- Identificar os períodos em que ocorrem os acidentes;
- Avaliar as condutas tomadas após o acidente;
- Descrever as medidas aplicadas para redução dos danos pós-acidente e suas notificações.

1.3 - TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido segundo os pressupostos da pesquisa quantitativa, de natureza descritiva de matriz transversal, tendo em vista identificar a ocorrência de acidentes ocupacionais com material perfurocortante e biológico em profissionais de saúde que trabalham no SAMU de Maceió. Os dados serão recolhidos por questionário a partir da vivência dos profissionais de saúde que ali trabalham.

A opção metodológica terá uma abordagem quantitativa pois permite colher dados observáveis e quantificáveis sobre os aspectos abordados e presentes no instrumento de colheita de dados, possibilitando a sua classificação, comparação e análise dos dados distribuídos por variáveis quantificáveis. Salientamos ainda que a metodologia quantitativa constitui um processo dedutivo, pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos, no que concerne às variáveis em estudo (Fortin, 2009).

1.4 - VARIÁVEIS

Neste estudo, para a seleção de variáveis, tivemos em conta a pesquisa bibliográfica que efetuamos, assim como a experiência pessoal e profissional enquanto enfermeiro a exercer funções no SAMU, Maceió.

A **variável dependente** na presente investigação são os acidentes de trabalho com material perfuro cortante, nos profissionais de saúde do SAMU de Maceió.

As **variáveis independentes** que pretendemos estudar foram avaliadas pelas perguntas do questionário e que nós agrupamos do seguinte modo:

- Variáveis sociodemográficas e profissionais dos profissionais de saúde (sexo, idade, grau instrução, categoria profissional, estado civil, tempo experiência profissional no SAMU);
- Variáveis relacionadas com o acidente (existência de acidentes, tipo material envolvido, tipo de acidente (percutâneo ou biológico), local do acidente e incapacidade causada)
- Variáveis relacionadas com os procedimentos após o acidente (condutas tomadas, início de quimioprofilaxia, identificação do paciente, comunicação do acidente, afastamento do serviço);
- Variáveis relacionadas com os períodos de ocorrência dos acidentes (mês, dia da semana, turno de trabalho)
- Ação de formação sobre acidentes com material perfuro cortante

1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

O local da nossa investigação foi a Unidade SAMU de Maceió – AL, sendo que a população estudada foram os profissionais de assistência num total de 17 médicos, 31 enfermeiros e 77 técnicos de enfermagem efetivos. Existem ainda plantonistas extra que não têm vínculo com a instituição e têm uma rotatividade grande.

A nossa amostra foi composta por 40 (quarenta) profissionais de saúde (12 Médicos, 12 Enfermeiros, 16 Técnicos de Enfermagem), que trabalham no Sistema de Atendimento Móvel de Urgência.

Os critérios de inclusão foram ser profissional de saúde a exercer funções à data da colheita de dados e pertencer ao quadro de colaboradores desse serviço há pelo menos um ano.

Optámos por uma amostra não probabilística, acidental ou de conveniência, de profissionais de saúde a exercerem funções naquela instituição. Vilelas (2009) refere que uma amostra por conveniência, também designada acidental, é aquela que se obtém sem nenhum plano pré concebido, resultando as unidades escolhidas do produto das circunstâncias fortuitas, ou seja, nem todos os elementos da população têm a mesma possibilidade de ser escolhida para integrar a amostra.

1.6 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados utilizando-se um Questionário aplicado aos profissionais que compõem a equipe de saúde com o objetivo de identificar aqueles que já sofreram algum tipo de acidente durante sua atuação profissional e os contextos e procedimentos relacionados com o acidente.

Gil (2011, p.121) explica que:

Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado etc. Os questionários, na maioria das vezes, são propostos por escrito aos respondentes. Costumam, nesse caso, ser designados como questionários auto-aplicados. Quando, porém, as questões são formuladas oralmente pelo pesquisador, podem ser designados como questionários aplicados com entrevista ou formulários. Construir um questionário consiste basicamente em traduzir objetivos da pesquisa em questões específicas. As respostas a essas questões é que irão proporcionar os dados requeridos para descrever as características da população pesquisada ou testar as hipóteses que foram construídas durante o planejamento da pesquisa. Assim, a construção de um questionário precisa ser reconhecida como um procedimento técnico cuja elaboração requer uma série de cuidados, tais como: constatação de sua eficácia para verificação dos objetivos; determinação da forma e do conteúdo das questões; quantidade e ordenação das questões; construção das alternativas; apresentação do questionário e pré-teste do questionário.

Segundo a visão do autor devem-se organizar as questões preferencialmente fechadas, incluir apenas perguntas relacionadas ao tema, referir-se a uma única ideia de cada vez, ter pequeno número de perguntas curtas, objetivas para facilitar e não cansar o entrevistado, permitindo com facilidade o preenchimento.

O questionário foi construído por nós e está dividido em 5 secções: variáveis sociodemográficas e profissionais; variáveis relacionadas com o acidente; variáveis relacionadas com os procedimentos após o acidente; período de ocorrência do acidente com perfuro-cortante; formação sobre acidentes com material perfuro cortante

Para aplicação do questionário, foram antecipadamente marcados o horário, data e local, conforme disponibilidade e tempo de cada profissional, obtendo as informações detalhadas de cada participante a fim de enriquecer o estudo. Quando não foi possível responder por escrito foi feito em serviço em gravação em mp3. A recolha dos dados foi realizada no momento oportuno e mediante a disponibilidade dos profissionais, uma vez que, a entrevista foi realizada no ambiente de trabalho sem que causasse quaisquer empecilhos.

Os voluntários que estiveram disponíveis a participar da pesquisa, estavam cientes dos objetivos nesta pesquisa.

1.7 – PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi realizada após formulação de pedido com os objetivos e envio de questionário ao gerente do SAMU 192- Regional Maceió e após autorização da Instituição do SAMU e coordenação da Unidade Móvel.

Foi realizada uma reunião com os profissionais que fazem parte destes setores e foram explicadas todas as etapas da pesquisa, informação do carácter de voluntariado, do anonimato das respostas e da confidencialidade dos dados. Os dados foram recolhidos durante o mês de agosto e setembro de 2014

1.8 - TRATAMENTO DADOS

Com o tratamento estatístico procuramos transformar os dados recolhidos em informação, ou seja organizar a informação obtida para que possam ser analisados e tratados a fim de fornecerem respostas às questões de investigação previamente colocadas.

Os dados foram tratados estatisticamente através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Recorremos à estatística descritiva e determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como as médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação e desvio padrão.

A análise dos dados foi suportada nas informações recolhidas no questionário onde foram analisados em conjunto e dissertados de forma objetiva. Os dados obtidos foram exibidos em forma de tabelas, seguindo-se com exposição dos resultados apresentados e análise dos mesmos.

Os dados colhidos foram categorizados, incorporando elementos das respostas, dos profissionais de saúde do SAMU acerca dos dados pessoais e profissionais, circunstâncias dos acidentes e procedimentos após a ocorrência de acidentes Após isto foram analisados à luz do referencial teórico.

2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar os resultados obtidos pela aplicação do questionário. Organizamos a informação em tabelas e os valores foram retirados desses mesmos questionários pelo que nas tabelas omitiremos a fonte. Vamos evidenciar os resultados que mais se salientam.

Começamos por apresentar a caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde da nossa amostra, num segundo sub capítulo abordaremos as variáveis relacionadas com os contextos e os procedimentos relacionados com o acidente.

2.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

O presente estudo possibilitou o conhecimento sobre o perfil dos trabalhadores especializados em APH. Neste subcapítulo iremos apresentar os dados referentes à idade, ao sexo, categoria profissional, estado civil e tempo de serviço na instituição.

A distribuição dos profissionais por categoria nos serviços de Atendimento Pré hospitalar (APh) encontram-se de acordo com a Portaria 2.048/MS. Ou seja, organizada conforme sua atuação nas Unidades de Suporte Avançado (USA) e na regulação médica. Os enfermeiros são distribuídos por USA e em supervisão direta de Unidades de Suporte Básico (USB). Os técnicos de enfermagem são encontrados em maior proporção por estarem tanto em USB como em USA (Paiva 2012).

Ao analisarmos as características sociodemográficas verificamos que a nossa amostra é constituída por 40 profissionais (Tabela 1). As idades situam-se entre os 29 e os 51 anos e a média de idades é de 39,22 com um desvio padrão de 0,988

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade

Idade	N	%	Min	Max	Média	Mediana	Dp
Total	40	100	29	51	39,225	39,500	.988

Na tabela 2 procuramos agrupar as idades por grupos etários em função do sexo. Verificamos que a nossa amostra é maioritariamente feminina (70,0%). Constituímos 3 grupos: grupo 1 com idades iguais ou inferiores a 35 anos onde só aparecem elementos do sexo feminino; grupo 2 com idades compreendidas entre os 36 e os 42 anos e onde a distribuição entre os sexos é semelhante (7 masculinos e 6 femininos); grupo 3 com idades iguais ou superiores a 46 anos onde prevalecem as mulheres.

Tabela 2 – Distribuição do grupo etário em função do sexo

Grupo etário	Sexo		Masc		Fem		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ a 35 anos	-	-	13	32,50	13	32,50		
36-42 anos	7	17,50	6	15,00	13	32,50		
≥ a 46 anos	5	12,50	9	22,50	12	35,00		
TOTAL	12	30,00	28	70,00	40	100,00		

A tabela 3 mostra os trabalhadores participantes do estudo por escolaridade e por categoria profissional em função do sexo. O nível de formação é superior para 24 elementos da amostra (12 médicos e 12 enfermeiros) e nível médio para 16 técnicos de enfermagem. Existem 3 categorias, Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Médicos.

A maioria dos profissionais são técnicos enfermagem (40,0%) e os enfermeiros e os médicos tem valores iguais (30,0%). Apenas na categoria de médicos existem mais elementos do sexo masculino.

Tabela 3 – Categoria profissional e escolaridade em função do sexo

Sexo	Masc N=12		Fem N=28		TOTAL N=40	
	N	%	N	%	N	%
Escolaridade						
Superior	9	22,50	15	37,50	24	60,00
Médio	3	7,50	13	32,50	16	40,00
TOTAL	12	30,00	28	70,00	40	100,00
Categoria Profissional						
Enfermeiro	2	5,00	10	25,00	12	30,00
Técnico Enfermagem	3	7,50	13	32,50	16	40,00
Médicos	7	17,50	5	12,50	12	30,00
TOTAL	12	30,00	28	70,00	40	100,00

Na tabela 4 a grupamos o estado civil em duas categorias e podemos visualizar que a maioria da amostra são casados com 55% dos participantes. Dos solteiros/divorciados/viúvos a maioria são do sexo feminino. Existem 3 elementos da amostra que são divorciados (2 enfermeiros e 1 técnico) e 1 elemento viúvo (técnico). Os solteiros estão distribuídos pelas 3 categorias profissionais: 4 enfermeiros, 6 técnicos e 4 médicos).

Tabela 4 – Distribuição do estado civil em função do sexo

Sexo	Masc		Fem		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Estado civil						
Solteiro/divorciado/viúvo	2	5,00	16	40,00	18	45,00
Casados	10	25,00	12	30,00	22	55,00
TOTAL	12	30,00	28	70,00	40	100,00

Na tabela 5 verificamos que a maioria dos trabalhadores tem entre 6 e 10 anos (52,50%) seguindo-se o grupo etário dos que tem entre 1 e 5 anos (27,00%).

Tabela 5 – Distribuição do tempo de exercício na unidade em função do sexo

Tempo serviço	Sexo		Fem		TOTAL	
	Masc		N	%	N	%
1 a 5 anos	4	7,50	8	20,00	12	30,00
6 a 10 anos	5	12,50	15	37,50	20	50,00
> 10 anos	3	7,50	5	12,50	8	20,00
TOTAL	12	30,00	28	70,00	40	100,00

2.2 - CONTEXTOS E PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM O ACIDENTE

Neste subcapítulo iremos apresentar em primeiro lugar os resultados relacionados com os acidentes (existência de acidentes, tipo material envolvido, tipo de acidente (percutâneo ou biológico), local do acidente e incapacidade causada). Depois apresentaremos os procedimentos após o acidente (condutas tomadas, início de quimioprofilaxia, identificação do paciente, comunicação do acidente, afastamento do serviço). Por último apresentamos os resultados das variáveis relacionadas com os períodos de ocorrência dos acidentes (mês, dia da semana, turno de trabalho) e a participação em formação sobre acidentes com material perfurocortante.

A - Variáveis relacionadas com os acidentes

Quando perguntamos aos assistenciais se já tinham sofrido algum acidente de trabalho, todos eles responderam afirmativamente e todos referiram ter sido em atendimento na ambulância.

Na tabela 6 podemos verificar os resultados relacionados com os acidentes. O material perfurocortante envolvido foi maioritariamente com agulhas (75,00%).

Quanto ao tipo de acidente foi considerado na sua maioria como sendo pequeno.

Quanto ao acidente causado por material biológico a maioria refere que foi por agulha com lúmen (37,5%), seguidos de punção venosa (30%) e aspiração de secreção (17,5).

A maioria (75%) refere que o acidente que sofreu não provocou qualquer incapacidade contudo ainda houve 25,00% que tiveram uma incapacidade temporária.

Tabela 6 – Variáveis relacionadas com os acidentes

Variáveis	TOTAL	
	N (40)	% (100,00%)
Material perfurocortante		
Agulhas	30	75,00
Vidro	4	10,00
Lâmina	4	10,00
Outro perfuro cortante	2	5,00
Tipo de acidente		
Secreção	14	35,00
Pequeno	20	50,00
Grande	5	12,50
Lesões várias	1	2,50
Acidente por material biológico		
Punção venosa	12	30,00
Aspiração secreções	7	17,50
Realização de agulha com lúmen	15	37,50
Administração medicamentos	3	7,50
Não especificado	3	7,50
Incapacidade provocada pelo acidente		
Nenhuma incapacidade	30	75,00
Incapacidade temporária	10	25,00
Incapacidade permanente	-	-

B - Variáveis relacionadas com os procedimentos após o acidente

Nos procedimentos após o acidente verificamos que houve 35% que realizaram testes rápidos e 30% lavaram o local com água e sabão. Ninguém espremeu o local.

No item outras estão inclusos os que revelaram que não houve tomada de iniciativa administrativa visto que nos serviços de referência não havia kit para realização do teste-rápido, tendo que ser providenciado pelo próprio participante a realização do mesmo.

A grande maioria (80%) não iniciou quimioprofilaxia e 87,50% identificaram o paciente-fonte com o qual ocorreu o acidente.

A maioria dos trabalhadores que participaram do estudo (55%) não comunicou o acidente trabalho.

Às perguntas do questionário se após o acidente com perfurocortante e material biológico se foi necessário afastamento do serviço e qual o tempo de afastamento, todos responderem que não foi necessário afastamento.

Tabela 7 – Variáveis relacionadas com os procedimentos após o acidente

Variáveis	TOTAL	
	N (40)	% (100,00%)
Conduta após acidente		
Espremeu	-	-
Lavou com água e sabão	12	30,00
Realizado teste rápido para HIV, HBsAg, Anti-HBV	14	35,00
Fez curativo da lesão	8	20,00
Outras	6	15,00
Iniciou quimioprofilaxia		
Sim	8	20,00
Não	32	80,00
Identificou paciente-fonte		
Sim	35	87,50
Não	5	12,50
Notificação na CAT		
Sim	22	55,00
Não	18	45,00

C – Período de ocorrência do acidente

Os meses de Outubro, Novembro e Dezembro foram aqueles em que houve maior número de acidentes. Isto poderá dever-se ao fato de aos meses de verão que corresponderem um maior número de saídas das ambulâncias e por outro lado ser a época natalícia.

Com exceção da 3ª feira os acidentes acontecem nas mesmas proporções em todos os dias da semana. De realçar que mais de metade dos acidentes ocorrem no turno da noite.

Tabela 8 – Variáveis relacionadas com o período de ocorrência do acidente

Variáveis	TOTAL	
	N (40)	% (100,00%)
Mês da ocorrência		
Janeiro	4	10,00
Fevereiro	4	10,00
Março	1	2,50
Abril	3	7,50
Maio	2	5,0
Junho	4	10,0
Julho	-	-
Agosto	2	5,0
Setembro	3	7,5
Outubro	5	12,5
Novembro	5	12,5
Dezembro	7	17,5
Dia da semana		
2ª feira	8	20,00
3ª feira	2	5,00
4ª feira	7	17,50
5ª feira	5	12,50
6ª feira	6	15,00
Sábado	6	15,00
Domingo	6	15,00
Turno de trabalho		
Manhã	10	25,00
Tarde	9	22,50
Noite	21	52,50

D – Participação em formação sobre acidentes com material perfuro cortante

Na pergunta que fizemos acerca da participação em formação sobre acidentes com material perfurocortante verificamos que nenhum dos nossos participantes frequentou formação nessa área.

Tabela 9 – Frequência de formação em função do sexo

Formação	Sexo		Fem		TOTAL	
	Masc		N	%	N	%
Sim	-		-		-	-
Não	12	30,00	28	70,00	40	100,00
TOTAL	12	30,00	28	70,00	40	100,00

E – A categoria profissional e as variáveis relacionadas com o acidente

Na tabela 10 apresentamos algumas variáveis relacionadas com o contexto do acidente a algumas outras relacionadas com os procedimentos após o acidente e analisamos em função da categoria profissional.

Verificamos que as agulhas são o material perfuro cortante que mais acidentes provocou (75%). Quase todos os técnicos tiveram acidentes com as agulhas pois apenas 1 teve acidente com lâmina.

Quanto ao material biológico verificamos que foi por material que estava em lúmen de agulha (37,5%) ou por sangue aquando da punção venosa (30%). Nas condutas após o acidente verificamos que ninguém espremeu o local de penetração do material perfuro cortante, 35% fez teste rápido e 30% apenas lavou com água e sabão. Sentiam necessidade de fazer um curativo 20% dos profissionais.

Quanto à quimioprofilaxia 80% dos inquiridos referiram ter feito esse procedimento. Um pouco mais de metade fez a notificação do acidente (55%).

Tabela 10 – Variáveis relacionadas com o acidente em função da categoria profissional

Categ. Profissional	Enfermeiros		Técnicos		Médicos		TOTAL	
	N=12		N=16		N=12		N=40	
Variáveis	N	%	N	%	N	%	N	%
Material perfurocortante								
Agulhas	10	25,0	15	37,5	5	12,5	30	75,0
Vidro	2	5,0	-	-	2	5,0	4	10,0
Lâmina	-	-	1	2,5	3	7,5	4	10,0
Outro	-	-	-	-	2	5,0	2	5,0
Material biológico								
Punção venosa	3	7,5	8	20,0	1	2,5	12	30,0
Aspiração secreções	3	7,5	1	2,5	3	7,5	7	17,5
Agulha com lúmen	4	10,0	6	15,0	5	12,5	15	37,5
Administração medicam.	2	5,0	1	2,5	-	-	3	7,5
Não especificado	-	-	-	-	3	7,5	3	7,5
Condutas após acidente								
Espremeu	-	-	-	-	-	-	-	-
Lavou com água e sabão	3	7,5	5	12,5	4	10,0	12	30,0
Teste rápido para HIV, HBsAg, Anti-HBV	6	15,0	5	12,5	3	7,5	14	35,0
Fez curativo da lesão	1	2,5	5	12,5	2	5,0	8	20,0
Outras	2	5,0	1	2,5	3	7,5	6	15,0
Quimioprofilaxia								
Sim	3	7,5	4	10	1	2,5	8	20,0
Não	9	22,5	12	30,0	11	27,5	32	80,0
Notificação								
Sim	8	20,0	10	25,0	4	10,0	22	55,0
Não	4	10,0	6	15,0	8	20,0	18	45,0

Na tabela 11, quando analisada a relação do tempo de serviço na unidade em função do tipo de acidentes, percebe-se que acidentes com secreções foram menos frequentes nos profissionais mais recentes (entre 1 a 5 anos) e nos mais antigos (> a 10 anos). As lesões

consideradas pequenas foram mais frequentes nos profissionais que trabalham entre os 6 e os 10 anos na unidade.

Tabela 11. Distribuição do tipo de acidentes segundo o tempo de exercício na unidade

TEMPO DE EXERCÍCIO NA UNIDADE	TIPOS DE ACIDENTE PERCUTÂNEO								TOTAL	%
	Secreção	%	Peq.	%	Grd.	%	Lesões	%		
01 a 5 anos	10	25,00	2	5,00	-	00,0	-	00,0	12	30,00
6 a 10 anos	-	00,0	18	45,00	2	5,0	-	00,0	20	50,0
> 10	4	10,00	-	00,00	3	7,50	1	2,50	8	20,0
TOTAL	14	35,0	20	50,00	5	12,50	1	2,50	40	100,0

3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com a história da enfermagem o predomínio do sexo feminino na profissão é um fenômeno que ocorre até os dias de hoje e se deve ao fato de que as primeiras formas de prestação de assistência estiveram na sua origem associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar dos grupos nômadas (Maciel, 2010).

Diversos autores pesquisados confirmam esta característica feminina da profissão e Bezerra et al (2015, p.5) confirmam afirmando que

Historicamente as atividades de cuidar dos doentes com características tecnológicas próprias de assistir, higienizar, alimentar, prover dos elementos indispensáveis ao bom desenvolvimento do enfermo, seguido os padrões da divisão social do trabalho, sempre estiveram ligados à mulher.

Em estudos de Zapparoli & Marziale (2006) a predominância feminina também foi encontrada entre os profissionais de atendimento pré hospitalar.

Quanto ao maior número de casados na profissão justifica-se por que a idade dos profissionais da nossa amostra situa-se entre os 29 a 51 anos.

Quanto à existência de acidentes verificamos uma alta incidência pois todos os elementos da nossa amostra tiveram acidentes, a maioria tendo como agente causador as agulhas com lúmen. Autores como Martino & Misko (2004) apontam várias causas dos acidentes de trabalho nos profissionais de saúde referindo entre outros a sobrecarga de serviço, insatisfação com a profissão e os mecanismos de controle dos trabalhadores, bem como as situações de elevada tensão emocional, longas jornadas de trabalho, o trabalho por turnos, duplo emprego e as condições de trabalho. Todas estas situações são vividas com maior ou menor intensidade pelos profissionais do atendimento pré hospitalar.

Os acidentes ocupacionais que envolvem trabalhadores hospitalares têm impacto econômico nas instituições bem como dano à imagem da instituição, quando profissionais infectam os pacientes. As instituições têm a obrigação de informar e treinar a equipe para que estes sigam as medidas corretas para manter a segurança nas organizações.

Não foi questionado o número de acidentes que já tiveram ,pelo que não não foi possível determinar em que grupo (tempo de exercício na unidade) foram mais frequentes.

Canini (2002) ao analisar a influência do tempo de exercício na função com a ocorrência de acidentes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário constatou que a maior incidência de acidentes ocorreu entre trabalhadores com menos de 1ano seguidos daqueles com o tempo que foi 01 – 05 anos perfazendo um total de 55,29% o número de acidentes em indivíduos com menos de 06 anos de exercício na função.

Estes resultados da influência do tempo de serviço na profissão não são uniformes, levando a concluir que este elemento não é determinante para ocorrência de acidentes, sendo para o fato necessário ir ao encontro de outras variáveis, pois, em conjunto pode propiciar uma análise mais profunda, como nos lembra Lacerda (2003).

Bakke & Araújo (2010 p. 672) num estudo documental baseado no registo de acidentes de trabalho (notificações) num hospital universitário concuiu que ao acidentes pérfuro-cortantes foram a maioria entre os profissionais de saúde.

Os serviços de atendimento móvel realizado pelos profissionais de saúde apresentam particularidades no que toca aos acidentes, sobretudo, pelas características de sua clientela que, geralmente, mostram-se agitados, não somente em relação ao ambiente, mas, sobretudo no momento da execução de determinadas técnicas por parte dos profissionais, propiciando condições para a ocorrência de acidentes. Os acidentes resultam não apenas da manipulação destes objetos para a realização de intervenção terapêutica, mas também a sua manipulação, descarte e embainhamento final e incluem ocorrências com agulhas e material cortante, bem como exposição a material biológico, ou manipulação de lixo, feito numa situação de transporte, nem sempre estável e sob efeitos emocionais dos profissionais.

Nesse contexto, o número de casos/acidentes aqui apresentados são em si bastante para concluirmos que a ocorrência de acidentes é um fato, sendo que alguns oferecem maiores ou menores riscos de exposições para os profissionais de saúde.

A alta frequência de acidentes envolvendo agulha com lúmen especialmente aquelas utilizadas para coleta de sangue e inserção de cateter intravascular, são particularmente preocupantes, pois geralmente contêm sangue residual e estão associados com um risco elevado de transmissão do HIV.

Temos também como causa a administração de medicamentos e aspiração de secreção. Em relação à administração de medicamentos a alta frequência de acidentes neste procedimento, provavelmente esteja relacionada à forma como essa atividade é realizada, incluindo ainda sobrecarga e condições de trabalho entre outros fatores. Observa-se que a aspiração de secreção que é um procedimento que em si mesmo oferece mais risco, sendo este procedimento acrescido se levarmos em conta o tipo e a quantidade de equipamento de proteção individual (EPI) disponíveis nas instituições de saúde e sensibilização dos trabalhadores sobre os riscos envolvidos neste processo.

Estes acidentes referenciados no nosso estudo fortalecem a afirmação de Soares (2011, p.45), segundo a qual:

A equipe de enfermagem possui maior risco de exposição ocupacional a material biológico, entre os profissionais da área da saúde, tornando-se vulnerável, devido às características de suas funções, nas quais prevalecem atividades manuais como curativos, coleta de exames, vacinação, administração de medicação e higiene corporal, procedimentos estes que favorecem o contato do trabalhador com sangue e fluidos biológicos.

O presente estudo não teve como objetivo analisar os diferentes tipos de agulhas, mas na literatura as agulhas ocas superam o das agulhas de sutura, pelo fato de terem a possibilidade acrescida de carregar sangue outros materiais e também por serem injetadas no indivíduo, ao passo que as agulhas de sutura ao penetrarem nas luvas, parte dos resíduos fica retido nelas. Além disso, o profissional quando usa estas agulhas (sutura), encontra-se paramentado com luvas, o que frequentemente não acontece no caso das agulhas ocas (em medicações) (Lacerda, 2003, Bakker & Araújo, 2010, Soares, 2011, Araújo et al. 2012).

A respeito da ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes, entre trabalhadores de enfermagem, Marziale et al. (2010) consideram que o fato de estes profissionais manipularem com muita frequência estes materiais, associada às infecções que podem advir dos acidentes causados por esses instrumentos, os hospitais necessitam voltar sua atenção especial ao problema, direcionar medidas para notificação dos acidentes, melhorar o encaminhamento dos trabalhadores acidentados e adotar medidas de prevenção de acidentes nos locais de trabalho. Ainda segundo as mesmas autoras, a concentração dos patógenos está em maior ou menor quantidade em diferentes fluidos do organismo.

As agulhas foram os objetos causadores do maior número de acidentes, entretanto, merece destaque que não apenas a manipulação das agulhas, ou cateteres intravenosos,

constituem risco, mas também a maneira e o local de descarte do material perfuro-cortante. A contaminação por patógenos veiculados pelo sangue pós-exposição ocupacional entre trabalhadores de enfermagem tem sido descrita na literatura por vários autores (Marziali, Nishimura & Ferreira 2004).

O contato com sangue e outros materiais biológicos foram também referidos pelos trabalhadores em estudo. Recomenda-se como primeira conduta após exposição a material biológico, os cuidados imediatos com a área atingida: lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão nos casos de exposição percutâneas ou cutâneas. Nas exposições de mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou solução salina ou fisiológica (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

Mesmo existindo normas e condutas estabelecidas pela saúde ocupacional a serem seguidas em caso de exposição com material biológico, as condutas ainda não são adotadas por todos, sendo necessário não só o estabelecimento de condutas, como também a orientação dos trabalhadores em relação às medidas a serem tomadas, pois a tomada de condutas incorretas pode influenciar para o desencadeamento do processo infeccioso.

É recomendado testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV (testes que produzem resultados no máximo, 30 minutos) quando não há possibilidade de liberação ágil dos resultados dos testes convencionais anti-HIV. Um dos principais objetivos é evitar o único ou a manutenção desnecessária do esquema profilático (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

De acordo com Marziali, Nishimura & Ferreira (2004) o risco de infecção pelo HBV, adquiridos no trabalho pelos profissionais de saúde, representa 4% do total de casos, demonstrando ser a aquisição ocupacional da infecção a partir de fluidos corpóreos, principalmente o sangue. Araújo et al. (2012) referem que uma única perfuração por agulha ou corte tem até 40% de risco da transmissão do HIV e do HB. Deverá ser feita uma cuidadosa avaliação quanto ao risco de transmissão do vírus HIV. O acompanhamento sorológico anti-HIV deverá ser realizado no momento do acidente (paciente-fonte), sendo repetido após seis e doze semanas e pelo menos seis meses depois. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2010) o acompanhamento clínico-laboratorial deverá ser realizado para todos os profissionais de saúde acidentados que tenham sido expostos a paciente-fonte desconhecido ou paciente-fonte

com infecção pelo HIV e/ou Hepatite B e C, independente do uso de quimioprofilaxia ou imunização.

Marziali, Nishimura & Ferreira (2004) referem que em relação à quimioprofilaxia para Hepatite B, uma das principais medidas de prevenção é a vacinação pré-exposição, indicada a todos os profissionais da área da saúde e quando da ocorrência de exposição ocupacional, a maior eficácia na profilaxia é obtida com o uso precoce da Gamaglobulina Hiperimmune (HBIG), dentro do período de 24 a 48 horas após o acidente. Araújo et al. (2012) referem um estudo em São Paulo onde se verificou que apenas 72,8% dos trabalhadores de saúde acidentados tinham uma cobertura vacinal.

No nosso estudo procuramos saber acerca da notificação (CAT) do acidente e verificamos que 55% referiram ter efetuado a notificação, ou seja, houve 45% que não notificaram. A subnotificação dos acidentes pelos trabalhadores não explica quais as causas principais que levaram ao fato, contudo é um aspecto que deve ser investigado no sentido de diminuir estas percentagens.

Bakke & Araújo (2010) referem que a subnotificação dos acidentes de trabalho na área hospitalar é preocupante. Várias são os motivos que podem levar a que isto aconteça e um deles será a avaliação do profissional de que a situação ou lesão ocorrida não é de risco. No entanto, outras causas, tais como o desconhecimento da obrigatoriedade da notificação do acidente, a falta de tempo devido ao excessivo ritmo de trabalho, ou até o medo de ser despedido ou ser alvo de críticas, poderão ser outras.

A notificação correta e a apuração adequada dos fatos relacionados aos acidentes de trabalho são de extrema importância, pois permitem dar a conhecer as situações de riscos e intervir com medidas e ações direcionadas, mitigando os efeitos econômicos e sociais dos acidentes de trabalho nestas instituições (Bakke & Araújo (2010, p. 671).

O SESMT tem como finalidade promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho, para que haja eficiência do serviço é necessária a participação do trabalhador.

Segundo o Manual de Segurança e Controle de Infecção Hospitalar (2010) à medida que a prática da assistência à saúde se torna mais sofisticada, os profissionais de saúde precisam estar sensibilizados dos riscos potenciais para si próprios, e para seus pacientes. No entanto, para garantir o seu bem-estar, você não pode confiar unicamente nos profissionais de segurança da sua instituição ou do órgão em que trabalha, devem ainda ampliar seus

conhecimentos acerca das questões de segurança e incorporar práticas seguras de suas rotinas diárias do trabalho.

Os acidentes de trabalho deverão ter um protocolo de registro com informações sobre a avaliação, aconselhamento, tratamento e acompanhamento de exposições ocupacionais que envolvam patógenos de transmissão sanguínea (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

O alto risco de adquirir infecções devido à execução de atividades onde ocorre o contato com fluídos e secreções e material contaminado exige que os trabalhadores utilizem além dos EPIs as medidas de segurança conhecidas como precauções padrão (Martins, 2014).

As precauções padrão surgiram como tentativa de aumentar a segurança do profissional de saúde, dada a alta frequência de exposições a fluídos e secreções ligadas às suas atividades (Silva & Pinto, 2012).

Suarte et al. (2013, p.3) citando Freiburger, Correia, et al. (2009) referem que “nos serviços de saúde, especialmente na Unidade de Centro Cirúrgico (CC), grande parte dos acidentes que envolvem profissionais da área da saúde se deve à não observância e obediência às normas de segurança.”

Com a finalidade de proteger a saúde e integridade física do trabalhador, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) conforme esclarece Suarte, (2013, p.2)

[...] tem o seu uso regulamentado pelo Ministério do Trabalho e Emprego em sua norma regulamentadora NR-6. A aludida norma compreende as seguintes precauções: lavagem das mãos; uso de luvas (não estéreis); uso de aventais limpos não estéreis; máscara, óculos e protetor facial; equipamentos devidamente manuseados e higienizados.

Essas precauções incluem o uso de barreiras para a proteção individual: avental, luvas, óculos, máscaras, gorros e botas. Grande ênfase é dada para a lavagem das mãos e cuidados com instrumentos perfurocortantes (Suarte, 2013).

Apesar da possibilidade de prevenção de acidentes pelo uso destas precauções nem sempre são facilmente praticadas, pois ainda se observa um alto índice de acidentes e doenças.

Sobre o tema, Suarte (2013, p.2) cita Neves e Ribeiro que orientam:

Para que haja sucesso na implementação das PP, em especial do EPI, é necessário compreender o significado das forças existentes entre as crenças do profissional e os fatores intrínsecos e extrínsecos ao ambiente de trabalho. Essa compreensão poderá resgatar a valorização profissional necessária, capaz de motivar os indivíduos a estabelecerem práticas éticas, para a prevenção e controle das infecções, bem como uma mudança de comportamento

Considera-se de suma importância que os trabalhadores conheçam os riscos ocupacionais a que estão expostos e as atividades que lhes são legalmente prescritas. Mesmo os trabalhadores públicos que são regidos pelo Regime jurídico Único - RJU há obrigatoriedade de ser feita a comunicação do acidente de trabalho, bem como o acompanhamento seguindo o protocolo exigido pelo Ministério da Saúde.

Questiona-se o percentual de 80 % sem realização de quimioprofilaxia não se enquadram no que preconiza o protocolo do Ministério da Saúde sobre exposição biológica, especificando a obrigatoriedade de iniciar a quimioprofilaxia quando o paciente-fonte, apresenta teste rápido negativo.

Segundo o Manual do Ministério de Saúde do Brasil, os acidentes de trabalhos com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que, para obter maior eficácia, as intervenções para quimioprofilaxia da infecção pelo HIV E HBV necessitam ser iniciados logo após a ocorrência do acidente.

Quando indicada, a quimioprofilaxia deverá ser iniciada o mais rápido possível, nas primeiras horas após os acidentes. Estudos em animais sugerem que a quimioprofilaxia não é eficaz, quando iniciada 24 a 48 horas após a exposição. Recomenda-se que, o prazo máximo para o início da quimioprofilaxia seja de até 72 após o acidente. A duração da quimioterapia é de 28 dias, (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

Verificamos um percentual de 80% que não iniciaram a quimioprofilaxia especificada na tabela 7. Um dos entrevistados relatou o seguinte: *“Quando me acidentei eu atribui a sobrecarga de trabalho e o tipo de ocorrência grave, onde para se trabalhar sem risco de acidente é de fundamental importância que estejamos descansados e sem problemas adicionais tanto pessoais como profissionais e com salários dignos para que nos possibilite*

ter apenas um emprego e não 2, 3 ou 4 vínculos, onde somando tudo daria para se ter um salário de vergonha”.

Deste relato nota-se claramente a insatisfação do profissional no tocante a sobrecarga de trabalho, visto que, para assegurar uma vida digna é preciso muitas vezes exceder na sobrecarga de trabalho, e isso acaba prejudicando o dia a dia do profissional de saúde. A jornada de trabalho em excesso pode ocasionar juntamente com o cansaço problemas que podem intervir diretamente na saúde do profissional.

Existem casos em que o paciente-fonte é conhecido, mas a informação sobre doença prévia ou situação sorológica para HIV, HBV, HCV é desconhecida, é preciso orientá-lo sobre a importância da realização dos exames sorológicos para profissional de saúde acidentado. Aconselhando prévia para a realização do exame é necessário. Os exames laboratoriais devem ser colhidos preferencialmente, logo após o acidente.

Oportunidades perdidas de coleta de anos atrás podem ocorrer caso o paciente seja transferido, tenha alta ou evolua para o óbito, por exemplo. Os resultados dos exames sorológicos devem ser sempre comunicados aos pacientes. Na presença de qualquer evidência de infecção o paciente deverá ser encaminhado para o aconselhamento clínico-laboratorial, (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

Se a fonte da exposição não é conhecida ou não pode ser testada, devem-se avaliar a probabilidade clínica e epidemiológica da infecção pelo HIV, HNV e HCV. Algumas situações e tipo de exposição podem sugerir um risco aumentado ou reduzido da transmissão. Importante itens a serem considerados são a prevalência da infecção naquela localização, origens do material (áreas de alto risco como serviços de emergência, centro cirúrgico, diálise, entre outros) e a gravidade do acidente, (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

As doenças profissionais e os acidentes de trabalho constituem um importante problema de saúde pública em todo o mundo que revelam a ocorrência anual de 160 milhões de doenças profissionais, 250 milhões de acidentes de trabalho e 300 mil óbitos baseiam-se somente em doenças não transmissíveis (Rapparine, 2010).

No Brasil esse quadro é agravado pelo fato de os principais bancos de dados, dos quais provêm informações sobre acidentes de trabalho (CAT), que de acordo com análise do Ministério da Saúde, concentram-se nos acidentes causadores de traumas. Não há estabelecido

nenhum sistema ou vigilância de acidentes de trabalho, com material biológico (Rapparine, 2010).

O ônus humano provocado pelos acidentes de trabalho com material biológico, não somente em razão do acidente em si, mas também pelas prováveis consequências futuras que o trabalhador poderá estar sujeito (sequelas, incapacitações, etc.) não deve ser ignorado.

Quanto ao período de ocorrência do acidente em maio, junho, julho e agosto houve uma ligeira diminuição e verificamos um ligeiro aumento nos meses de outubro, novembro e dezembro. Nos dias da semana há uma distribuição mais ou menos uniforme com exceção da 3ª feira com ligeira diminuição. Já quanto aos turnos de trabalho verificamos um aumento de acidentes no turno da noite. Bakke & Araújo, (2010) num estudo com profissionais de saúde num hospital universitário o turno da manhã apresentava maior número de acidentes, contudo pensamos que terá a ver com as “rotinas” e procedimentos efetuados em maior número do que nos outros turnos ou seja com maior ritmo de trabalho. No nosso estudo no turno da noite houve mais acidentes e pensamos que será pelo fato de alguns já terem trabalhado noutro turno, as condições de visibilidade e de transporte, o stress pela alteração do bioritmo do profissional. É um dado interessante para se poder investigar no futuro.

Para nossa surpresa nenhum dos profissionais frequentou ações de formação sobre acidentes de trabalho nomeadamente o relacionado com material perfuro cortante. Deve a instituição ponderar esta situação, analisar os acidentes ou incidentes que não tenham culminado em lesões ou doenças, mas que apresentavam potencial para isso, bem como a ocorrência de eventos inesperados e indesejáveis e realizar formação com o objetivo de que estas situações não ocorram novamente. A análise das causas dos acidentes e medidas preventivas e a posterior disseminação dessas informações entre os indivíduos expostos às condições perigosas são consideradas procedimentos eficazes de se evitar lesões e doenças.

4 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Pelos estudos analisados em relação aos acidentes de trabalho com material biológico e perfurocortante observou-se um aumento considerável nos últimos anos, especialmente a partir na década de 90. No Brasil, a carência de dados sistematizados sobre esses acidentes não permite apreciar a amplitude do problema, impedindo, assim a avaliação das medidas preventivas utilizadas atualmente.

Os riscos de acidentes com material biológico e/ou perfurocortantes existem em todas as instituições de saúde, sendo de essencial importância o incentivo aos trabalhadores de saúde para a capacitação, treinamento e atualização sobre normas de biossegurança garantindo o desenvolvimento seguro de suas atividades. Os fatos atrás referidos foram a principal motivação para o desenvolvimento deste estudo.

Nesta pesquisa foi possível constatar que é bastante comum no cuidado ao paciente que o profissional da área de saúde realize tanto o manuseio como o descarte de objetos perfurocortantes. Uma vez que, quanto maior a necessidade de cuidado, maior a probabilidade de manipulação de agulhas, bisturis, cateteres intravenosos em procedimentos cirúrgicos ou invasivos, pode-se afirmar que os profissionais da área de saúde encontram-se diariamente susceptíveis a acidentes com objetos perfurocortantes.

O nosso estudo tinha como objetivos identificar a ocorrência de acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes nos profissionais de saúde do SAMU Maceió, identificar os acidentes mais frequentes, os períodos em que ocorrem e avaliar as condutas tomadas após o acidente.

Após a análise das variáveis estudadas verificamos no nosso estudo que a amostra foi constituída por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, entere os 29 e os 51 anos com uma média de idades de 39,2 anos. O sexo feminino foi o maioritário com 70%. Na sua maioria são casados (55,0%) e já trabalham na unidade entre 6 a 10 anos 50,0% dos profissionais.

Todos os profissionais já sofreram acidentes e o material perfuro cortantes envolvido foi maioritariamente as agulhas (75%) e o material biológico resultou de agulha com lúmen

(37,5%) seguido de punção venosa (30,0%). Dos acidentes em 75% dos casos não resultou qualquer incapacidade.

Nas condutas após o acidentes apenas 30,0% procederam à lavagem com água e sabão e 80,0% não iniciaram quimioprofilaxia. O paciente fonte foi majoritariamente identificado (87,5%).

Quanto à notificação verificamos uma subnotificação pois 45% não o fizeram. Os acidentes foram em maior número na época do verão e no turno da noite (52,5%). Todos os profissionais referiram não ter frequentado ações de formação específica sobre acidentes com perfurocortantes.

Pelos riscos que estes profissionais de saúde correm percebe-se a relevância de um sistema que priorize os trabalhadores destes ambientes. A implantação de um Sistema de Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional auxilia no reconhecimento e análise dos riscos ocupacionais nestes ambientes, com o objetivo de evitar ou minimizar a ocorrência de acidentes de trabalho, gerenciá-los, embasar as tomadas de decisões, as medidas de controle e de prevenção, e a promoção da conscientização sobre práticas seguras entre os profissionais.

Portanto, o estudo minucioso acerca das causas dos acidentes de trabalho pode contribuir significativamente para a redução de sua ocorrência. O trabalhador, quando orientado, pode evitar as situações de risco e a administração pode direcionar e adaptar medidas mitigatórias de risco à realidade desses profissionais.

Outro dado bastante importante é com relação aos acidentes com material contaminado, daí a necessidade de manter-se atento as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, sobretudo, devido ao alto índice de acidentes ocupacionais.

Sendo imprescindível também oferecer a essas profissionais condições apropriadas de trabalho como, por exemplo: estrutura física satisfatória, materiais e equipamentos de qualidade para melhor desempenho de seu trabalho.

Os fatores de riscos peculiares ao SAMU identificados pelos trabalhadores foram: acidentes automobilísticos, agressões físicas causadas por pacientes e comunidade, principalmente de localidades violentas, risco de adquirir infecções devido ao contato principalmente com sangue e fluidos corpóreos.

O acidente ocupacional com materiais perfurocortantes mostrou ser um preocupante fator de risco do trabalho aos profissionais de saúde do SAMU e merece ser investigado a fim de subsidiar o preparo dos trabalhadores para o enfrentamento desses fatores e na promoção de maior segurança no trabalho.

Dentre os fatores identificados pelos trabalhadores estão: risco de contaminação por substâncias químicas e falta de treinamento dos profissionais.

Quanto às medidas utilizadas pelos trabalhadores para tornar o trabalho seguro foi constatado que embora os EPIs estivessem disponíveis, as luvas foram os equipamentos mais utilizados pelos trabalhadores, seguidos pelo uso de óculos e máscaras.

Quanto ao conhecimento que os trabalhadores possuíam em relação às atividades que lhes eram prescritas, grande parte não soube informar sobre as atividades que lhes são legalmente atribuídas na Lei de Exercício Profissional, demonstrando a alienação de muitos trabalhadores em relação a suas obrigações, direitos e deveres.

Considerando que as ações da área de Saúde do Trabalhador precisam ser direcionadas além do ambiente fabril, com utilização de uma abordagem profunda no seu aspecto cultural e sócio-econômico, capaz de condicionar melhores níveis de vida e de saúde em favor dos trabalhadores das diferentes categorias profissionais, novos estudos necessitam ser direcionados aos acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes com vistas a elaborar, aplicar e avaliar estratégias preventivas à ocorrência de doenças ocupacionais e melhorar as condições de trabalho neste setor.

O estudo possibilitou ainda um maior conhecimento acerca dos fatores predisponentes entre eles: riscos a que os profissionais estão expostos, medida de prevenção, legislação específica quando da ocorrência de acidentes (protocolo do Ministério da Saúde do Brasil e papel do SESMT), incluindo a conduta dos profissionais quando da ocorrência de acidentes.

Espera-se com a presente pesquisa alertar os profissionais da saúde, quanto às medidas existentes de segurança no ambiente de trabalho, despertando, acima de tudo o interesse pelo controle e prevenção dos acidentes ocupacionais no exercício de sua profissão.

Assim sendo, sugere-se desenvolver estudos no sentido de aprofundar a gênese do problema e fazer estudos numa área geográfica mais alargada. Com essas novas pesquisas sobre a temática será dada maior visibilidade a essa questão, possibilitando um maior conhecimento sobre esse tipo de ocorrência e conseqüentemente um maior debate sobre suas

causas e consequências, promovendo assim maior segurança, saúde e integridade física aos profissionais de saúde, em especial os profissionais de enfermagem, mas também aos usuários dos serviços de saúde, bem como, maior confiabilidade as empresas prestadores desse serviços.

Sugere-se ainda que seja elaborado um estudo de cobertura e implementação de uma política de imunização dos trabalhadores expostos (HVB). Será necessário também analisar o quadro de pessoal e ajustar o mesmo em função das reais necessidades pelo SAMU.

È importante implementar uma política de notificação imediata do acidente pois podem ser precisas mais medidas dependendo da gravidade da situação. A notificação dos casos de acidentes de trabalho é essencial para que haja tomada de decisão e ações preventivas. A subnotificação das informações retarda a real dimensão do problema destacado nesse estudo. Será necessário um sistema de registo que nos dê de forma atempada dados mais fidedignos, bem como uma maior conscientização dos trabalhadores não apenas em relação aos riscos inerentes as suas atividades, mas no estabelecimento de condutas adequadas, quando da realização de procedimentos e quando da ocorrência de acidentes nomeadamente motivar os profissionais a lavar bem o local com água e sabão ou soro fisiológico pois muitos não o fazem. Importante divulgar a necessidade de identificar o estado serológico do paciente-fonte.

A formação continuada dos profissionais de saúde é importante nesta e noutras áreas relacionadas com a atuação. A educação continuada dos profissionais de enfermagem deve estar associada às circunstâncias do dia a dia desses profissionais, como atualização sobre mecanismo de proteção e sensibilização sobre os riscos na manipulação de dispositivos e seu descarte. A população estudada necessita de uma maior sensibilização quanto às medidas preventivas e ao uso de EPI, embora já saibamos que os profissionais de enfermagem já conhecem algumas das medidas de biossegurança, porém não empregadas de forma sistemática e constante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, M.T.(2010). *Representações sociais de profissionais de saúde das unidades de pronto atendimento sobre o serviço de atendimento móvel de urgência*. (Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem), Belo Horizonte. Acedido em <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/657M.PDF>
- Araújo, M.T., Alves, M., Gazzinelli, M.F.C. & Rocha, T.B. (2011). Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. *Texto Contexto Enferm.* 20(Esp), 156-163. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea20.pdf> Acesso em: 05 jan.2015.
- Araújo, T.M., Caetano, J.A.C., Barros, L.M.B., Lima, A.C.F., Costa R.M. & Monteiro, V.A. (2012). Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de Enfermagem. *Rev. Enf. Ref. Ser III, n°7*.
- Bakke, A.H. & Araújo, N.M.C. (2010). Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. *Produção*, 20(4), 669-676. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/prod/v20n4/aop00040109.pdf>
- Barroso, G. H. F. (2010). Aposentadoria especial e a conversão do tempo de serviço especial em comum. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, 78. Acedido em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8000>. Acesso em 25.jul. 2015.
- Bezerra, A. M.F., Bezerra, K.K.S., Bezerra, W.K.T., Athayde, A.C.R. & Vieira, A.L. (2015). Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 5(2), 1-7. Acedido em www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/download/.../3259
- Brasil, Ministério da Saúde (2015). *Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico : HIV e Hepatites B e C*, 20. Acedido em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual_acidentes.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (2010). *Humaniza SUS, Cadernos de textos, Cartilhas da política nacional de humanização*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44p. Acedido em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf
- Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego.(2008). *Riscos Biológicos. Guia técnico. Os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora N°. 32*. Brasília. Acedido em: http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BD509161913AB/guia_tecnico_cs3.pdf

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.(2006). *Caderno de Atenção Básica – HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde.(1998). *Manual de condutas em exposição ocupacional a material biológico*.Ministério da Saúde.
- Bueno, A.A. & Bernardes, A. (2010). Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 19(1), 45-53. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05>
- Canini, S. R. M. S. et al. (2002). Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2),172-178.
- Cardella, B. (2010). *Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes*. São Paulo: Atlas, 2010.
- Carmo, P.P. (2009). Aspectos jurídicos da transmissão dolosa do vírus HIV e sua repercussão no Direito Penal. *Conteúdo Juridico*, Brasília-DF: 23 maio. Acedido em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.24041&seo=1>. Acesso em: 01 ago. 2015.
- Cavalcante, B.S. & Andrade, F.O.(2012). *O papel do enfermeiro no programa saúde na escola: Revisão Integrativa*. (Monografia (Enfermagem). Universidade Católica de Brasília, Brasília). Acedido em: <
<http://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/5105/1/Bianca%20Souza%20Cavalcante%20e%20Fabiana%20Oliveira%20Andrade.pdf>> Acesso em: 05 jan.2015.
- Chagas, A.M.R., Salim, C.A. & Servo, L.M.S. (org.) (2011). *Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. Brasília, Ipea. Acedido em: http://www.cpn-nr18.com.br/uploads/documentos-gerais/livro_sst_ipea_e_fundacentro.pdf> Acesso em: 25 jul.2015.
- Chiavenato, I. (2010). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*.3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Costa, I.K. F. (2011). *Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho em um serviço de atendimento móvel de urgência do Rio Grande do Norte*. Natal. (Dissertação de Pós graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte). Acedido em: http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14732/1/IsabelKFC_DISSERT.pdf> Acesso em: 05 jan.2015.
- De Mendonça, A.E.O., De Oliveira, A.V.T., Neto, V.L.S. & Da Silva, R.A.R. (2015) Perfil de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente da Terapia Intensiva. *Enfermería Global*. Revista eletrónica trimestral de enfermeria, 39. Julho Acedido em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/201861/177311>> Acesso em: 25 jul.2015.

- Ferreira, B.L.A., Neto, F.G.V., Franco, H.M.S.L., Souza, I.O.P., Mota, J.D.T., Polido, J.A. & Silva, M.J. (2012). *Segurança no Trabalho: uma visão geral*. Cadernos de Graduação - Ciências Exatas e Tecnológicas. *Sergipe*. 1(15); 95-101. Acedido em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernoexatas/article/view/209/129>
- Fortin, M. F., (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gil, A. C.(2011). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas.
- Guimarães, C.C. P. A. (2009). *Educação Física Escolar e Promoção da Saúde: uma pesquisa participante*. (Dissertação apresentada ao Programa de Stricto-Sensu em Educação Física da Universidade São Judas Tadeu). Acedido em: http://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/101.pdf Acesso em: 05 jan.2015.
- Guizelini, B. P. (2011). Acidentes ocupacionais com material biológico em serviços de saúde. *Revista Gestão & Saúde*, Curitiba, 2(1),1-17.
- Lacerda R. A. (org). (2003). *Controle de infecção em centro cirúrgico, fatos, mitos e controvérsias*. São Paulo: Atheneu.
- Lima, L. M., Moura, A.M.C., Moura, M.E.B., Nunes, B.M.V.T. & Oliveira, F.B.M. (2011). Incidência de acidentes ocupacionais envolvendo profissionais de enfermagem em um hospital público. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina 4(3). Acedido em; www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n3/pesquisa/p6_v3n3.html Acesso em: 05 jan.2015.
- Macena, E.R. (2007). *O conhecimento do protocolo de acidente ocupacional na equipe de enfermagem no centro cirúrgico*. (Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentada como requisito parcial para a conclusão do 9º semestre do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília UniCEUB). Acedido em <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2543/2/20324573.pdf>
- Machado, K.M., Moura, L.S.S. & Conti. T.K.F. (2013). Medidas preventivas da equipe de Enfermagem frente aos riscos biológicos no ambiente hospitalar. *Revista Científica do ITPAC*, 6(3), Pub.1. Acedido em <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/63/1.pdf>
- Maciel, C. M.R. (2010). *Estratégia saúde da família e o papel do enfermeiro na saúde do hipertenso*. (Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em atenção Básica em Saúde da Família. Univ. Minas Gerais). Acedido em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3056.pdf .Acesso em: 05 jan.2015.
- Magagnini, M. A. M.& Ayres, J. A. (2009). Acidentes com material biológico: a realidade de uma instituição hospitalar do interior paulista. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 123-130.Acedido em:< <http://reme.org.br/artigo/detalhes/171> > Acesso em: 05 jan.2015.
- Malvestio, M.A.A. & Sousa R.M.C.(2002). *Suporte Avançado à Vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito* . *Revista Saúde Pública* 36(5), 584-589 .
- Martino, M.M.F. & Misko, M.D. (2004). Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 38(2), 161-167. Acedido em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41392>

- Martins, A.O. (2014). Riscos biológicos medidas de prevenção e controle no atendimento pré-hospitalar móvel. (Trabalho de Conclusão de Curso de Pós Graduação da Faculdade Método. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://issuu.com/famesp/docs/riscos_biologicos_medidas_de_preven> Acesso em: 05 jan.2015.
- Marziale, M.H. P. (1995). *Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar* (Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo).
- Marziale, M.H. P. Hong, O.S., Morris, J.A. & Rocha, F.L.R. (2010). Atribuições e funções dos enfermeiros do trabalho no Brasil e nos Estados Unidos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem. Acedid*, 18(2). Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_07.pdf
- Marziale, M.H. P., Nishimura, K.Y.N. & Ferreira, M.M. (2004). Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 12(1): 36-42. Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000100006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Melo, H.R.L.(2004). *Condutas em doenças infecciosas*. 1ª ed. Rio de Janeiro : Medsi
- Navarro, M. B. M.A., Cardoso, T.A.O., Vital, N.C. & Soares, B.E.C. (2014). Inovação tecnológica e as questões reflexivas do campo da biossegurança. *Estud. Avançados*, 28(80), 223-236. São Paulo. Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142014000100019 > Acesso em: 05 jan.2015.
- Neto, A.H.T. (2011). *Flexibilização e desregulamentação do direito do trabalho: avanço ou retrocesso?* Acedido em: : <http://www.frm.edu.br/2011/08/flexibilizacao-e-desregulamentacao-do-direito-do-trabalho-avanco-ou-retrocesso/>> Acesso em: 25. jul.2015.
- Neto, N.W. (2015) *O que é segurança do trabalho*. Acedido em: <http://segurancadotrabalhonwn.com/o-que-e-seguranca-do-trabalho/> Acesso em: 25. jul.2015.
- Nowak, N. L.; Campos, G.A., Borba, E.O.; Ulbricht, L.;Neves, E.B. (2013). Fatores de risco para acidentes com materiais perfurocortantes . *O Mundo da Saúde*, São Paulo 37(4), 419-426. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/fatores_risco_acidentes_materiais_perfurocortantes.pdf. Acesso em: 05 jan.2015.
- Ogata, A.J. N. (org) (2013). *Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar Brasileira*. Acedido em: <www.unidas.org.br/download/biblioteca/promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas-na-saude-suplementar-brasileira.pdf Acesso em: 05 jan.2015.
- Oliveira, A. C., Lopes, A.C.S. & Paiva, R.S. (2009). Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico entre a equipe multiprofissional do atendimento pré-hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(3). Acedido em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000300025&script=sci_arttext>
Acesso em: 05 jan.2015.

- Oliveira, A.C. & Gonçalves, J.A. (2010). Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 44(2), 482-487. Acedido em:<
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/34.pdf>> Acesso em: 05 jan.2015.
- Oliveira, C. A. D.& Milaneli, E. (2010). *Manual prático de segurança e saúde do trabalho*. São Caetano do Sul, SP: Yendis.
- Paiva, M.H. R.S. (2012). *Acidentes ocupacionais por exposição a materiais biológicos entre trabalhadores do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de Minas Gerais* (Doctoral dissertation, Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem).Belo Horizonte. Acedido em:
<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/440D.PDF>. Acesso em: 05 jan.2015.
- Pires, D. (1999). A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi MT, (organizador). *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*, Florianópolis (SC): Programa de Pós Graduação em Enfermagem UFSC - Ed. Papa-Livros, 25-48.
- Ramazzini, B. (2012). *Proyecto de Traducción comentada de la obra “De Morbis Artificum Diatriba”*. Trad. Comentada. Acedido em:
<http://www.itpshi.es/documents/promorbis.pdf> > Acesso em: 05 jan.2015.
- Rapparini, C. & Reinhardt, E.L. (2010) (Coord). *Manual de implementação: programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde*. São Paulo: Fundacentro. Acedido em: http://www2.unifesp.br/reitoria/residuos/orientacao-geral/grupo-e-1/mte_perfurocortantes.pdf> Acesso em: 05 jan.2015.
- Reggiori, M.G. (2010). *Diagnóstico de alterações ósseas em mandíbula de pacientes com HIV administrando a terapia antirretroviral altamente potente (HAART)*. (Dissertação de pós graduação em odontologia da Universidade Paulista – UNIP). Acedido em: http://www3.unip.br/ensino/pos_graduacao/strictosensu/odontologia/download/odonto_mauriciogamarrareggiori.swf> Acesso em: 05 jan.2015.
- Rodrigues, A. M. (2009). *Satisfação do usuário sobre o programa de acolhimento oferecido na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição*. (Projeto de Conclusão do curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica. Porto Alegre). Acedido em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3113/2/TCC%20%C3%82ngela.pdf>>
- Salgado, T. A. (2014). *Acidentes com material biológico entre pessoas sem risco presumido*. (Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem). Acedido em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/3865/2/Disserta%.pdf>>. Acesso em: 25. jul.2015.
- Santos, K. F. (2014). *Análise dos aspectos epidemiológicos dos acidentes ocupacionais, práticas de biossegurança e impacto na rotina de trabalho de cirurgiões-dentistas, após exposição a material biológico*. (Tese de Pós graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo). Disponível em: ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5584>. Acesso em: 25 jul.2015.

- Sêcco, I.A.O., Robazz, M.L.C.C., Gutierrez, P.R. & Matsuo, T. (2015). *Acidentes de Trabalho e Riscos Ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador hospitalar: desafio para a Saúde do Trabalhador*, 2015. <http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v4n1/doc/hospital.htm>. Acesso em: > 05 jan.2015.
- Silva, C. D. L. S. & Pinto, W. M. (2012). Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. *Saúde Coletiva em Debate*, 2(1), 62-29. Acedido em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo10.pdf>>. Acesso em: 25. jul.2015.
- Silva, E.A.C., Tipple, A.F.G.,Souza, J.T. & Brasil, V.V.(2010). Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Rev. Eletrônica de Enfermagem.*, 12(3), 571-577.
- Silva, L.S., Cotta, R. M.M. & Rosa, C.O.B.(2013). Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 34(5), 343-350 Acedido em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf> .Acesso em: > 05 jan.2015.
- Silva, M.K..D. & Zeitoune, R.C.G. (2009). Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipa de enfermagem.. *Esc. Anna Nery*, 13 (2). Acedido em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200007/> Acesso em: > 05 jan.2015.
- Soares, L.G. (2011). *O risco biológico em trabalhadores de enfermagem: uma realidade a ser compreendida*. (Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba). Acedido em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oLeticiaGramazioSoares.pdf> Acesso em: 25. jul.2015.
- Souza, A.C.S. et al (2013). *Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Acedido em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro4-MedidasPrevencaoIRASaude.pdf> . Acesso em: 25. jul.2015.
- Suarte, H.A.M, Teixeira, P.L. & Ribeiro, M.S. (2013). O uso dos equipamentos de proteção individual e a prática da equipe de enfermagem no centro cirúrgico. *Revista Científica do ITPAC*, 6(2), Pub.3. Acedido em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/62/3.pdf>. Acesso em: 25. jul.2015.
- Takeda, E.(2002). *Riscos ocupacionais, acidentes do trabalho e morbidade entre os motoristas de uma central de ambulância do Estado de São Paulo*. (Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para título de doutor). Acedido em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09032004-083307/pt-br.php>.

- Trandafilov A.Z. (2009). *Promoção a saúde do trabalhador de enfermagem: intervenção para uso de luvas na punção venosa. Ribeirão Preto*. (Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do título de doutor em enfermagem). Acedido em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-29102009-150556/pt-br.php>. Acesso em: 25. jul.2015.
- UNAIDS (2009). *Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e AIDS*. Relatório. Acedido em: http://www.unaids.org.br/biblioteca/port_BRASIL.pdf/ . Acesso em: 05 jan.2015.
- UNAIDS (2015). *Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e AIDS*. Relatório. Acedido em: <http://www.unaids.org.br/>
- Vilelas J. (2009): *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Edições Silabo
- Wada, M. A. R.(2012). *Estresse no profissional de enfermagem em atendimento pré-hospitalar*. (Trabalho de conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Especialista, em Emergência/APH). São Paulo. Acedido em: http://www.posgraduacaoredentor.com.br/hidden/path_img/conteudo_542b1324c45b4.pdf Acesso em: 25. jul.2015.
- Wanderley, M.(2014). *Seminário alerta profissionais sobre segurança e saúde no trabalho*. Acedido em : <http://agenciaalagoas.al.gov.br/noticias/2014/11/seminario-discute-seguranca-e-saude-no-trabalho.pdf>
- Zapparoli, A.S. & Marziale, M.H.P. (2006). Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. *Rev Bras Enferm*, 59(1), 41-46.

ANEXO 1

Resposta ao pedido de colheita de dados



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SESAU
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

Autorizo para os devidos fins a realização da coleta de dados/informação no SAMU Maceió, durante o período de 01 a 30 do mês de setembro do ano de 2014, para a realização da pesquisa intitulada "**Prevalência, incidência e medidas profiláticas em acidentes com perfurocortantes em profissionais da assistência do SAMU Maceió: Uma contribuição da educação para a saúde**", tendo como pesquisador o aluno do curso de Mestrado em Educação para Saúde, da Escola Superior de Saúde de Viseu: Rildo Bezerra, mat.3688 do 2º ano do 3TM.

Maceió, 25 de agosto de 2014.


SAMU 192 Maceió
Lucas Barreto Casado
Gerente SAMU
Mat. 80041-2

Lucas Barreto Casado
Gerente SAMU192-Regional Maceió

ANEXO 2
Questionário

QUESTIONÁRIO

ACIDENTES COM PERFUROCORTANTES EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SAMU, MACEIÓ.

Chamo-me Rildo Bezerra, sou enfermeiro e encontro-me a realizar o Mestrado em Educação para Saúde, na Escola Superior de Saúde de Viseu., cujo tema de dissertação é **Acidentes com perfurocortantes em profissionais de saúde do SAMU Maceió**, sob orientação da Professor Doutor Daniel Silva e Madalena Cunha

Este questionário demorará entre 10 a 15 minutos a responder e com ele pretende-se identificar acidentes que tenham ocorrido com os profissionais da assistência do SAMU bem como algumas variáveis relacionadas com o acidente Solicita-se que expresse a sua opinião pessoal na certeza de que os questionários serão tratados com a devida confidencialidade e anonimato.

SECÇÃO A: Variáveis sociodemográficas e profissionais

1 - Idade: _____

2 - Sexo : 1 - Masculino () 2 - Feminino ()

3 - Escolaridade (anos escolaridade) _____

4 - Categoria profissional_

1. Enfermeiro	<input type="radio"/>
2. Téc enfermagem	<input type="radio"/>
3. Médico	<input type="radio"/>

5 - Estado civil _____

1. Solteiro	<input type="radio"/>
2. Casado	<input type="radio"/>
3. Divorciado	<input type="radio"/>
4. Viúvo	<input type="radio"/>

6 - Tempo de exercício (anos) na unidade

1. 1 - 5 anos	<input type="radio"/>
2. 6 - 10 anos	<input type="radio"/>
3. > 10 anos	<input type="radio"/>

SECCÃO B: Variáveis relacionadas com o acidente

7) Dados referentes ao acidente de trabalho: você já sofreu algum acidente de trabalho?

1. Sim	<input type="radio"/>
2. Não	<input type="radio"/>

8) Com qual tipo de material perfurocortante envolvido ?

1. Agulhas	<input type="radio"/>
2. Vidro	<input type="radio"/>
3. Lâmina	<input type="radio"/>
4. Outro Perfuro-cortante: Qual?	<input type="radio"/>

9) Tipo de acidente percutâneo

1. Secreção	<input type="radio"/>
2. Pequeno	<input type="radio"/>
3. Grande	<input type="radio"/>
4. Lesões várias	<input type="radio"/>

10) Tipo de acidente causado por material biológico

1. Punção venosa	<input type="radio"/>
2. Aspiração de secreção	<input type="radio"/>
3. Realização procedimento com agulha com lúmen	<input type="radio"/>
4. Administração de medicamentos	<input type="radio"/>
5. Não especificado	<input type="radio"/>

11) Em qual local ocorreu o acidente? _____

12) O acidente causou incapacidade ?

1. Nenhuma incapacidade	<input type="radio"/>
2. Incapacidade temporária	<input type="radio"/>
3. Incapacidade permanente	<input type="radio"/>

SECCÃO C: Variáveis relacionadas com os procedimentos após o acidente

13) Condutas tomadas após o acidente

1. Espremeu	<input type="radio"/>
2. Lavou com água e sabão	<input type="radio"/>
3. Realizado teste rápido para HIV, HBsAg, Anti-HBV	<input type="radio"/>
4. Fez curativo da lesão	<input type="radio"/>
5. Outras	<input type="radio"/>

14) Foi iniciado quimioprofilaxia ?

1. Sim	<input type="radio"/>
2. Não	<input type="radio"/>

15) O paciente foi identificado ?

1. Sim	<input type="radio"/>
2. Não	<input type="radio"/>

16) Você realizou notificação na CAT S:

1. Sim	<input type="radio"/>
2. Não	<input type="radio"/>

17) Ao ocorrer o acidente no trabalho com perfuro-cortante e material biológico registrado foi necessário afastamento do serviço?

1. Sim	<input type="radio"/>
2. Não	<input type="radio"/>

18) Qual o período de tempo de afastamento

1. Afastamento 1 a 14 dias	<input type="radio"/>
2. Afastamento 15 a 30 dias	<input type="radio"/>
3. Mais de 30 dias	<input type="radio"/>
4. Sem afastamento	<input type="radio"/>

SEÇÃO D: Período de ocorrência do acidente com perfuro-cortante?

19) Qual o mês de ocorrência

1. Janeiro	<input type="radio"/>
2. Fevereiro	<input type="radio"/>
3. Março	<input type="radio"/>
4. Abril	<input type="radio"/>
5. Maio	<input type="radio"/>
6. Junho	<input type="radio"/>

7. Julho	<input type="radio"/>
8. Agosto	<input type="radio"/>
9. Setembro	<input type="radio"/>
10. Outubro	<input type="radio"/>
11. Novembro	<input type="radio"/>
12. Dezembro	<input type="radio"/>

20) Em que dia da semana em que ocorreu o acidente

1. 2ª feira	<input type="radio"/>
2. 3ª feira	<input type="radio"/>
3. 4ª feira	<input type="radio"/>
4. 5ª feira	<input type="radio"/>
5. 6ª feira	<input type="radio"/>
6. Sábado	<input type="radio"/>
7. Domingo	<input type="radio"/>

21) Qual o turno de trabalho em que ocorreu o acidente

1. Manhã	<input type="radio"/>
2. Tarde	<input type="radio"/>
3. Noite	<input type="radio"/>

SECÇÃO E: Participação em formação sobre acidentes com material perfuro cortante

22) Você participou de algum tipo de orientação, em relação ao manuseio com material perfuro-cortante?

1. Sim	<input type="radio"/>
2. Não	<input type="radio"/>