



**INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL**
DESDE 1902



**UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

**ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO: CARACTERIZAÇÃO
E PERCEÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE O FLUXO
ASSISTENCIAL**

Estudo piloto, Vitória da Conquista, Brasil

ALBERTO LIMA FERREIRA

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM SAÚDE TROPICAL PELO
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA
TROPICAL DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (IHMT/UNL)**

ABRIL 2019



**INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL**
DESDE 1902



**UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA**

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**

**ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO: CARACTERIZAÇÃO
E PERCEÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE O FLUXO
ASSISTENCIAL**

Estudo piloto, Vitória da Conquista, Brasil

Autor: Alberto Lima Ferreira

**Orientadora: Doutora Rosa Maria Figueiredo Teodósio, Professora
Auxiliar da Unidade de Ensino e Investigação em Clínica Tropical,
Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade
Nova de Lisboa (UNL)**

**Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários
à obtenção do grau de Mestre em Saúde Tropical pelo Instituto de
Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa**

Dedicatória

A Ana Luiza, esposa presente, amiga, pessoa que me levanta só com o olhar. Sempre comigo a cada passo de tantas jornadas, e nessa especificamente, muito além de mim mesmo.

Poliana, filha que vai passando de aprendiz a “mestre”, com um invejável foco naquilo que deseja. Você é demais.

Ao incansável trabalhador da saúde, ainda mais aquele que ultrapassa a barreira técnica comum, e consegue levar conforto ao escutar, paz ao olhar, segurança ao tocar e esperança ao falar. Parabéns a vocês, e se cuidem...

Agradecimentos

A Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) por essa oportunidade de ouro em poder crescer na carreira acadêmica.

Ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical, pelo aprendizado e grande experiência, além da paciência.

Aos profissionais do CAAV na pessoa da coordenadora Riviane e o enfermeiro Antoniel, pelo acolhimento e confiança, e pelo exemplar trabalho desenvolvido nesse Centro de Referência.

Aos queridíssimos colegas de trabalho em tantas frentes: da UESB (uma convivência muito especial em nossas aulas, pelo companheirismo), CEREST (na pessoa da coordenadora Jamilly, mais que colegas, amigos de compreensão mútua, ambiente de trabalho que a gente acorda, levanta e tem prazer em estar).

À Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista que há 18 anos me acolheu em seu quadro, com uma confiança que tenho gratidão eterna, aqui especialmente o Polo de Educação Permanente.

Ao Professor Luis Rogerio da UFBA, que me ajudou imensamente no direcionamento e foco nesse trabalho, você foi meu orientador de partida.

A Professora Rosa do IHMT pela compreensão sem igual, e um olhar cuidadoso com toques de uma verdadeira mestra.

Dr. Claudilson e Dra Monica Trindade (colegas infectologistas), pela recomendações de leitura e atualizações.

Resumo (Português)

O acidente ocupacional com material biológico apresenta uma condição de potencial risco à saúde dos trabalhadores desse setor, insegurança frente à condução dessa ocorrência, além da necessidade de seguimento adequado ao longo do tempo pós-exposição. Esse trabalho tem como objetivo geral caracterizar a percepção dos trabalhadores da saúde acidentados em relação ao fluxo assistencial pós-exposição. Descreve o perfil do profissional acidentado, a caracterização da ocorrência e do seu seguimento assistencial (monitoramento biológico), avaliando o cumprimento do protocolo do Ministério da Saúde e o sentimento do trabalhador frente a essa condição. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, associando dados de indivíduos de uma população definida colhidos de prontuários, complementado com a aplicação de um inquérito por entrevista a um subgrupo de indivíduos selecionados por amostra de conveniência. Os dados foram coletados no Centro de Testagem e Aconselhamento de Vitória da Conquista/BA que é nominado de Centro de Atenção e Apoio à Vida (CAAV), órgão de referência regional para a assistência na exposição biológica ocupacional, HIV e Infecção Sexualmente Transmissível. Os critérios de inclusão foram: maiores de 18 anos, trabalhador do setor saúde de Vitória da Conquista, ter estado exposto a material biológico. O ano de 2016 foi selecionado visando avaliar a aplicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós exposição de risco a infecção pelo HIV lançado em 2015. Foram 271 atendimentos, sendo que após submissão aos critérios de inclusão, a amostra dos casos selecionados dos prontuários teve n=98 e 9 profissionais entrevistados. Os trabalhadores acometidos foi sua maioria do sexo feminino (84,7%) e o setor de enfermagem representou pouco mais da metade, com representatividade para os estudantes (16%). 62,24% das ocorrências foi em ambiente hospitalar com instrumentos perfuro-cortantes (87,7%), com atenção especial para o descarte ou limpeza daquele instrumental, compreendendo cerca de metade dos casos. Somente 27,55% das instituições de saúde fez encaminhamento com detalhamento da ocorrência (descrição do acidente, suporte inicial prestado), mas ainda assim esse trabalhador teve tempo hábil para usufruir com segurança da quimioprofilaxia. No centro de referência, os acidentados tiveram oportunidade de realizar os exames necessários conforme recomendado no protocolo nacional (testes rápidos e/ou no marco zero referencial e sequencial), sentindo-se seguros e acolhidos, reduzindo esse sentimento quando suporte vem da instituição onde trabalha. Foi visto que o trabalhador reconhece a existência de um programa ocupacional na sua instituição, mas declara não saber se conduzir adequadamente diante do evento acidentário. Uma parcela considerável desses acidentados não fazem o seguimento recomendado até finalização do caso (43,44% não há registro de retorno e cerca de 86% não fechou o caso). Mesmo com uma reduzida necessidade do uso de quimioprofilaxia ARV, de imunoglobulina ou profilaxia para sífilis, ainda foi preocupante a taxa de abandono de 41%.

Esse estudo aponta os nós, e procura oferecer ferramentas para melhoria das estratégias de monitoramento biológico das instituições, sempre envolvendo o trabalhador com informações para o entendimento e sugestões dele próprio como vítima, de como melhor ser conduzido nesse fluxo assistencial.

Palavras-chaves: saúde do trabalhador; acidente com material biológico; exposição biológica.

Abstract (Inglês)

The occupational accident with biological material presents a condition of potential risk to the health of workers in this sector, insecurity in relation to the conduct of this occurrence, and the need for adequate follow-up over time after exposure. This paper aims to characterize the perception of injured health workers in relation to the post-exposure care flow. Describes the profile of the injured professional, the characterization of the occurrence and their attendance (biological monitoring), evaluating compliance with the protocol of the Ministry of Health and the feeling of the worker against this condition. This is a descriptive, cross-sectional study combining data from individuals from a defined population collected from medical records, complemented by the application of an interview survey to a subgroup of individuals selected by convenience sample. The data were collected at the Vitoria da Conquista / BA Testing and Counseling Center, which is nominated as a Center of Attention and Life Support (CAAV), a regional reference body for assistance in occupational biological exposure, HIV and Sexually Transmitted Infection. The inclusion criteria were: older than 18 years, a worker in the health sector of Vitória da Conquista, having been exposed to biological material. The year 2016 was selected in order to evaluate the application of the Cynic Protocol and Therapeutic Guidelines for antiretroviral prophylaxis after exposure of risk to HIV infection launched in 2015. There were 271 visits, and after submission to the inclusion criteria, the sample of cases selected from the medical records had $n = 98$ and 9 professionals interviewed. The majority of females were females (84.7%) and the nursing sector accounted for just over half, with representativeness for students (16%). 62.24% of the occurrences were in a hospital environment with puncture-sharp instruments (87.7%), with special attention to the disposal or cleaning of that instrument, comprising about half of the cases. Only 27.55% of the health institutions made referrals with details of the occurrence (description of the accident, initial support provided), but still this worker had time to enjoy the chemoprophylaxis safely. In the reference center, the accident victims had the opportunity to perform the necessary examinations as recommended in the national protocol (rapid tests and / or benchmark and sequential), feeling safe and welcomed, reducing this feeling when support comes from the institution where they work . It was seen that the worker recognizes the existence of an occupational program in his institution, but declares that he does not know if he is conducting properly in the event of an accident. A considerable number of these victims do not follow up the recommendation until the case is finalized (43.44% no return record and about 86% did not close the case). Even with a reduced need for the use of ARV chemoprophylaxis, immunoglobulin or prophylaxis for syphilis, the dropout rate of 41% was still worrying. This study points out the nodes and seeks to offer tools to improve the biological monitoring strategies of the institutions, always involving the worker with information for the understanding and suggestions of himself as a victim, on how best to be conducted in this care flow.

Keywords: worker health; accident with biological material; biological exposure.

Índice

1. Introdução.....	01
2. Referencial Teórico.....	03
2.1. Estruturação de rede assistencial ao trabalhador acidentado por material biológico.....	03
2.1.1. Conformação geral (perspectiva histórica).....	03
2.1.2. Conformação específica (acidente por material biológico).....	07
2.2. Protocolo de exposição a materiais biológicos (quanto ao fluxograma e indicação da PEP).....	08
2.2.1. A referência nacional.....	08
2.2.2. Referência loco-regional – Centro de Atenção e Apoio à Vida (CAAV).....	12
3. Objetivos.....	14
3.1. Objetivo Geral.....	14
3.2. Objetivos Específicos.....	14
4. Materiais e Métodos.....	15
4.1. Tipo de Estudo.....	15
4.2. População e amostra.....	15
4.3. A entrevista.....	16
4.4. Tratamento dos dados.....	16
4.5. Considerações éticas.....	16
5. Resultados e Discussão.....	18
5.1. Pré-ocorrência.....	18

5.2. Na ocorrência.....	26
5.3. Pós-ocorrência.....	31
5.3.1. Imediata I.....	31
5.3.2. Imediata II.....	32
5.3.3. Sequencial I.....	38
5.3.4. Sequencial II.....	40
6. Conclusões.....	44
7. Recomendações.....	45
7.1. Gerenciais.....	45
7.2. Dos registros da ocorrência	46
7.3. Do comportamento do trabalhador.....	46
7.4. Do envolvimento intersetorial.....	46
Referências Bibliográficas.....	48
Anexos.....	52
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	53
- Termo de Informe às Instituições.....	57
- Modelo do questionário semi-estruturado.....	59

Índice de Figuras

Figura 1. Organograma do CEREST, Vitória da Conquista/Bahia, 2014.....	07
Figura 2. Fluxograma para indicação da PEP do PDCT, Ministério da Saúde, Brasil, 2015.....	11

Índice de quadros e gráficos

Quadro 1. Critérios para avaliação do risco da exposição biológica do PDCT. Ministério da Saúde, Brasil, 2015.....	10
Quadro 2. Perfil amostral geral dos trabalhadores acometidos por AMB. CAAV - Vitória da Conquista/BA, 2016.....	18
Quadro 3. Encaminhamento inicial pelas instituições após AMB. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.....	32
Quadro 4. Distribuição dos testes rápidos realizados nos pacientes-fonte. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.....	35
Quadro 5. Intervalo da realização das consultas de seguimento do trabalhador acometido por AMB. Vitória da Conquista, 2016.....	40
Quadro 6. Informações sobre o conhecimento do trabalhador referente aos programas de monitoramento à saúde e segurança do trabalhador. Vitória da Conquista, 2016....	41
Gráfico 1. Distribuição dos casos de AMB por sexo. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.....	21
Gráfico 2. Distribuição etária amostral dos AMB. CAAV, Vitória da Conquista, 2016.....	21
Gráfico 3. Distribuição amostral das profissões entre os trabalhadores acometidos por AMB. CAAV - Vitória da Conquista, 2016.....	22
Gráfico 4. Estudantes da área de saúde acometidos por AMB. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.....	22
Gráfico 5. Distribuição amostral geral dos AMB pelos tipos de instituições de saúde. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.....	24
Gráfico 6. Status vacinal dos trabalhadores da saúde no momento da ocorrência e atendimento inicial no fluxo assistencial. CAAV, 2016.....	25
Gráfico 7. Distribuição geral do tipo de exposição no AMB. CAAV – Vitória da Conquista/Ba, 2016.....	27
Gráfico 8. Amostra da exposição a sangue no AMB conforme característica do material perfuro-cortante utilizado. CAAV, 2016.....	27
Gráfico 9. AMB com perfuro-cortantes distribuídos conforme a ação. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.....	27

Gráfico 10. Características da exposição ao fluido corpóreo no AMB. CAAV, Vitória da Conquista, 2016.....	28
Gráfico 11. Distribuição dos testes rápidos solicitados para o acidentado. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.....	34
Gráfico 12. Distribuição dos exames complementares no marco zero solicitados para o acidentado. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.....	36
Gráfico 13. Resultados dos antiHBs dos trabalhadores acometidos pelo AMB. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.....	37
Gráfico 14. Presença dos trabalhadores nas consultas de retorno para seguimento dos AMB. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.....	38
Gráfico 15. Cumprimento dos retornos protocolares recomendados no seguimento do AMB. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.....	39
Gráfico 16. Sentimento de segurança do trabalhador quanto à conduta após o AMB na sua instituição de saúde. Vitória da Conquista, 2016.....	42
Gráfico 17. Sentimento de segurança do trabalhador quanto à conduta após o AMB no Centro de Referência. Vitória da Conquista, 2016.....	42

Lista de abreviaturas, siglas

AMB – Acidente com Material Biológico

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CAAV – Centro de Atenção e Apoio à Vida

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

DOU – Diário Oficial da União

EPI – Equipamento de Proteção Individual

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NR – Não reagente

NRs – Normas Regulamentadoras

PEP – Profilaxia pós exposição

PF – Paciente-fonte

ST – Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

T – Trabalhador

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

1. Introdução

O trabalho traz em sua essência um dos pilares da vivência da plenitude adulta. Forma um importante tripé com o lazer e a família, e é a base da condição de sustentabilidade do indivíduo, trazendo identificação social imediata e necessária, além da determinação do status econômico. Interfere diretamente na vida e na saúde das pessoas e das famílias (1). O desgaste físico e mental que muitas vezes ocorre, deveria traduzir-se sempre na sensação de prazer e dignificação. Expressar Saúde do Trabalhador (ST) deveria elevar o exercício laboral ao maior grau de satisfação possível de ser alcançada, e a doença do trabalhador na sua pior condição. Dentre algumas definições para a Saúde do Trabalhador, segundo a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº8080/1990 em seu parágrafo 3º do artigo 6º (2) apresenta como sendo “um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa a recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. Entre essas duas situações (saúde-doença) são percorridos caminhos onde oscilam variáveis que deveriam sempre ser controladas, visando manter o trabalhador estável no polo saúde. Se reforçarmos o campo do sofrimento psíquico, existe a máxima de que o trabalho deva ter sempre uma conotação positiva e o sofrimento/adoecimento psíquico em muitas vezes interpretado como um sinal de fraqueza pessoal (3). Cada grupo profissional contém peculiaridades que podem favorecer ou desfavorecer essas oscilações: pessoais comportamentais, formação acadêmica, gerenciamento do seu processo de trabalho, relações interpessoais no ambiente laboral, valorização da sociedade, atualizações.

A categoria dos trabalhadores que atuam na área da saúde pode ter contato íntimo e permanente com as pessoas a serem assistidas em suas diversas linhas de cuidado, assim como seus fluidos, e está em risco para exposição a materiais biológicos – “sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, líquido, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico), fluidos orgânicos potencialmente não infectantes (suor, lágrima, fezes, urina e saliva), exceto se contaminado com sangue” (4). A tradição do imaginário de força dessas pessoas que atuam no campo da assistência direta à saúde, lhe confere uma sensação de proteção automática, mas que muitas vezes, na prática, contribui negativamente na sua

biossegurança. O que é prescrito para sua conduta de não contaminação (guias e protocolos) mostra-se no exercício real uma face adaptada pela rotina, sendo transformada em uma nova prescrição que se incorpora e é repassada entre os seus pares laborais. “As prescrições são as regras que definem como o trabalho deve ser realizado. No entanto, as situações cotidianas, os imprevistos nem sempre são definidos pelas prescrições. Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a pensar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender os diversos contextos específicos” (5).

Na condição de médico de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – atenção especializada, e previamente atuante no Programa de Saúde da Família (PSF) – atenção básica à saúde, foi possível observar nas discussões das capacitações entre os profissionais da área, as dificuldades no encaminhamento dos colegas e também de si mesmos após uma ocorrência quando exposto a material biológico.

Conhecendo com maior profundidade essa percepção do indivíduo acidentado durante seu percurso no fluxo assistencial, isso poderá trazer uma maior adesão ao tratamento visto que nesse mesmo protocolo do Ministério da Saúde do Brasil, faz-se referência a estudos de Girianelli e Rietra num hospital público de ensino de São Paulo em 2002 (6), com taxa de abandono de 45% em 326 acidentes notificados e em outro hospital público de ensino em Porto Alegre, Carvalho et al também em 2002, encontrou uma taxa de 36% em 241 acidentes notificados (7), além de fornecer à rotina de vida dessas pessoas uma melhor qualidade de inserção familiar, social e laboral.

Outro estudo em quatro hospitais na cidade de Ribeirão Preto/SP com 30 trabalhadores da enfermagem, observou-se que apenas 23,3% retornaram às consultas de seguimento (8). Nesse mesmo texto, em sua conclusão, apesar de não ter sido encontrada contaminação daqueles trabalhadores que deram sequência ao acompanhamento, observou-se um baixo nível de atendimentos daqueles que foram encaminhados aos serviços especializados, apenas 22.2%.

É fundamental identificar corretamente os pontos desse fluxo que trazem maior dificuldade para o indivíduo acidentado e por conseguinte as implicações psíquicas.

2. Referencial Teórico

2.1. Estruturação da rede assistencial à saúde do trabalhador

2.1.1. Conformação geral (perspectiva histórica)

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz em sua proposta de construção histórica estrutural toda a sua reorganização atual partindo das conhecidas Leis 8080 e 8142 de 1990 (2, 9) do poder executivo nacional. Ficam determinadas as formas de organização e funcionamento dos serviços de saúde, além dos aspectos da prevenção, promoção e recuperação da mesma. O Estado assume um papel no protagonismo, mas não exime a responsabilidade da iniciativa privada, e nem das pessoas individual ou coletivamente. Parte do pressuposto, visando essa organização da rede, que existem fatores condicionantes e determinantes na análise das condições de saúde, sendo o trabalho um deles, e por conseguinte objeto das suas ações na ST. Na Lei 8080, no art. 6º, § 3º, fica estabelecido o âmbito dessa atuação (assistência no caso de acidente ou doença ocupacional, pesquisa, normatização e fiscalização dos processos e máquinas, avaliação do impacto de novas tecnologias, informação e participação do trabalhador nas decisões com presença sindical). Em seu art. 13º, define a articulação intersetorial para a criação das políticas e programa. No direcionamento hierárquico nos três níveis de poder (federal, estadual e municipal), a ST está sempre inserida conforme as diversas competências (federal – formulação e implementação das políticas; estadual – apoio na formulação e suporte técnico na implementação das políticas; municipal – execução, controle e avaliação). O apoio financeiro é partilhado em todos os níveis, além da formação dos recursos humanos. A Lei 8142, vem para regulamentar a participação da comunidade na gestão do SUS (Controle Social) e das transferências financeiras, organizadas através de conferências e dos conselhos de saúde, também nos três níveis de governo.

Evolutivamente e no sentido de descentralizar, hierarquizar e regionalizar as ações, foram lançadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs), a primeira delas em 1996 - NOB 1/96 (10), imputando com mais determinação a gerência e execução pelos municípios nas áreas assistencial e ambiental – condições sanitárias e do ambiente do trabalho, com as devidas instâncias de pactuação com o estado e outros municípios. Nesse momento fica estabelecida a municipalização da saúde, classificando-os conforme a sua condição de gestão (Gestão Plena da Atenção Básica ou Plena do

Sistema Municipal), agregando ao foco atenção que sempre foi centrado na doença e no cuidado individual, a qualidade de vida das pessoas e do seu ambiente, adotando novas tecnologias não armadas (estreitar relação das equipes de saúde com a família e valorizando os seus saberes e práticas, educação em saúde, ética da coletividade). Sendo assim, no ano seguinte, em 1997, é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), reorientando todo o modelo de atenção, criando equipes de saúde multiprofissionais (médico, enfermeiro e técnicos em enfermagem, odontólogo e agentes comunitários) que estariam prestando cuidado às comunidades territorialmente definidas para cada equipe de saúde da família de uma maneira mais humanizada, reconhecendo de perto as suas necessidades. Justamente nesse último tópico citado é onde está inserido o embrião da relação com a ST dentre as atribuições do PSF: “identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta” [...] (11).

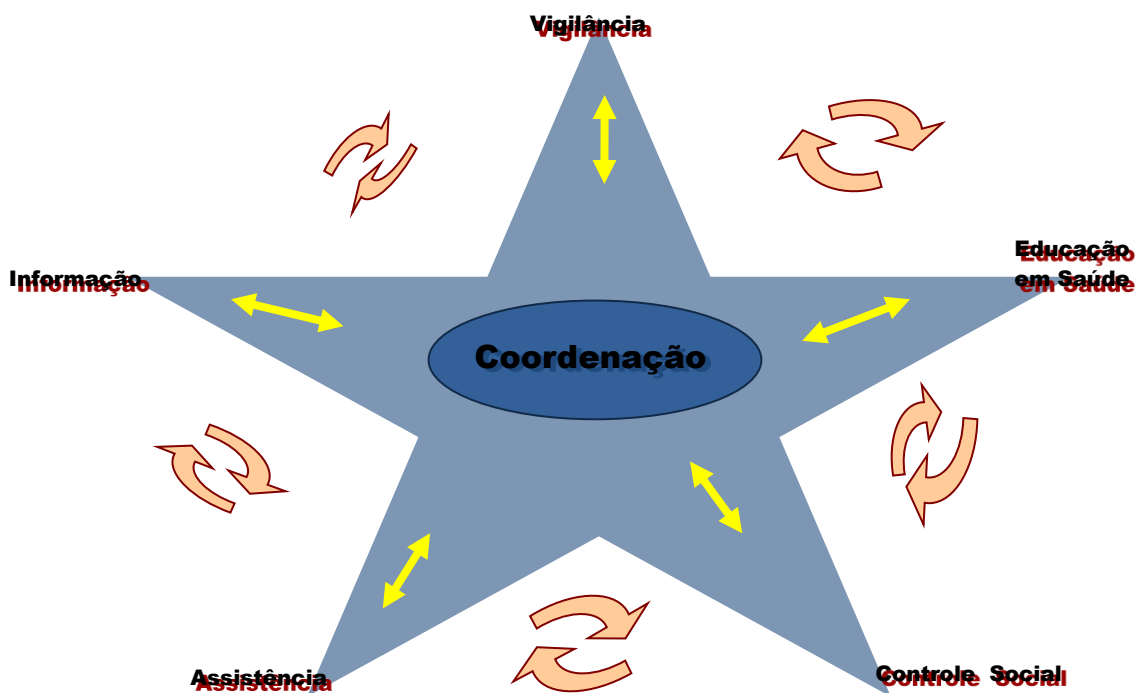
A ST aparece explícita, quando em novembro/1998, a Portaria 3.925 do Ministério da Saúde aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no SUS (12) contendo em suas ações a grupos específicos, a redução da morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho (ainda dentro da resolutividade de 85% proposta sob a responsabilidade desse nível de atenção, sem considerar os níveis de média e alta complexidade). Ainda em 1998, a Portaria 3.120 apresenta a Instrução Normativa em Vigilância à Saúde do Trabalhador (13), já procurando também aproximar-se das vigilâncias epidemiológica e sanitária no sentido fiscalizatório, mas principalmente visando dar suporte para realização da análise e intervenção no processos de trabalho. Na sua conceituação, “a Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los” [...] (13), sempre balizados nos princípios maiores do SUS (universalidade, integralidade das ações, hierarquização e descentralização, interdisciplinaridade – equipe e abordagem multiprofissionais com seus diferentes saberes, com controle social). Diante da crescente importância da ST, e da necessidade do melhor entendimento das particularidades dessa área de atuação,

tornou-se imperativo o lançamento de uma norma operacional para ST, a Portaria 3.908 de outubro/1998 (14), definindo as responsabilidades para os Sistemas de Gestão – Plena a Atenção Básica e Plena Municipal, e também do estado, dando conta da assistência, vigilância, notificação dos agravos, análise dos dados para tomada de decisões das ações, emissão de laudos técnicos relacionados ao adoecimento pelo trabalho, manter atualizado o cadastro das empresas e ramos produtivos do território, e finalmente manter uma unidade especializada de referência em ST.

Em fevereiro/2002, na Portaria Ministerial da Saúde nº 373, é criada a Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS - NOAS 01/SUS – (15) em reforço à implementação da NOB/96, ampliando as responsabilidades dos municípios e fortalecendo também a regionalização para hierarquização na oferta dos serviços e buscar de maior equidade. No capítulo I, item 6, inicia-se a ideia de “estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas” [...] (15) – prenúncio da criação das instituições futuras descritas a seguir e relacionadas com objeto dessa pesquisa (exposição ocupacional a material biológico). E é então que nesse mesmo ano (setembro/2002), o Ministério da Saúde estabelece, em duas fundamentais e históricas portarias, a nº 1.679 e a nº 656 (15, 17), a criação da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador) e os CERESTs (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) que continuam atuantes e fazendo parte da política nacional até os dias de hoje, obviamente com suas mudanças de abrangência ao longo dos últimos anos. A RENAST determina a articulação de três segmentos: ações na rede de atenção básica, PSF (momento em que os profissionais serão capacitados em ST), média e alta complexidade, assim como a implantação dos CERESTs (abrangências estadual e regional). Os profissionais que compõem uma equipe do CEREST da área da saúde e segurança de nível médio ou superior (atualmente há uma diversidade de composições conforme as necessidades loco-regionais) deverão estar capacitados para dar suporte técnico e científico nessa área do conhecimento dentro do território definido pela regionalização. Deve servir de retaguarda ao sistema composto pela rede básica, média e alta complexidade, incluindo ações de promoção, formação de recursos humanos e a vigilância em ST, além da notificação que se torna compulsória, desde a portaria 777 de 28/04/2004 (18), o Acidente com Exposição a Material Biológico, e também do atendimento a um conjunto de agravos específicos relacionados ao trabalho. Em 2005 e

2009, respectivamente as novas portarias 2.437 e 2.728 (19, 20), são dispostas diretrizes para ampliação e fortalecimento da RENAST.

Antes formatado como Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT) em 2001, apenas com um médico, um enfermeiro e uma secretária, a partir da implantação das políticas acima citadas, a equipe do CEREST regional com sede na cidade Vitória da Conquista (região Sudoeste da Bahia) foi implantada desde 2003 e atualmente é formada por médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, engenheiro e técnicos de segurança do trabalho, além do pessoal de apoio administrativo. Sua área de abrangência, que já teve 75 municípios sob sua responsabilidade, atualmente contempla 19 municípios após a implantação de outros CERESTs na região sudoeste.



Fonte: CEREST, 2014.

Figura 1. Organograma do CEREST, Vitória da Conquista/Bahia, 2014

Na perspectiva do Controle Social em ST, esse CEREST integra a Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST) que presta apoio técnico ao Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista nas temáticas em ST.

Outras publicações governamentais e ministeriais vem sendo implantadas e implementadas, tanto com recomendações técnicas quanto políticas. O ano de 2012 marca o lançamento da Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora – PNST

(21), definindo então as diretrizes para as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com uma clara ênfase na vigilância visando a proteção e promoção da ST. A universalidade é uma tônica para quem exerce qualquer atividade laborativa, englobando o(a) trabalhador(a) independente do seu vínculo e inserção no mercado de trabalho. Mantém a RENAST e os CERESTs na linha de frente no formato de rede e eixo estruturante.

2.1.2. Conformação específica (acidente por material biológico)

Constituir um histórico sobre a regulamentação na exposição ocupacional a material biológico é objeto de estudo específico, considerando as publicações internacionais, nacionais e loco-regionais. Um artigo de revisão bibliográfica de 2011 da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo sobre a legislação nacional (22), comparou com aquelas internacionais, encontrando e citando publicações entre os anos de 1978 e 2008 (portarias, resoluções, normas regulamentadoras - NRs) consolidadas no quadro I desse mesmo trabalho, leis nacionais que regulamentam a saúde e a segurança ocupacional dos profissionais de saúde. A primeira delas é a portaria 3.214 de 08/06/1978 que aprova as primeiras oito Normas Regulamentadoras em Segurança e Medicina do Trabalho (NRs), e nelas estão incluídas e abordam a estruturação do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) nas empresas, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), o Equipamento de Proteção Individual (EPI) e os Exames Médicos. Essas NRs, atualizadas até 2019 pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)/Brasil, estão em número de 36. A NR32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviço de Saúde), inicialmente publicada em 2005, teve sua última atualização em 30/08/2011 na Portaria 1.748 (23), caracterizando os riscos biológicos e estabelecendo as diretrizes para implantação e implementação por parte das empresas do Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA) – NR9, e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Esse trabalho conclui a necessidade de fiscalização na adoção das medidas recomendadas e melhoria numa forma de capacitação mais dialogada com os profissionais.

Exposição ocupacional biológica tem estreita relação com as legislações sobre biossegurança. Iniciou em 1995, sob a lei 8.974 que perdurou até 2005, quando foi revogada pela lei 11.105/05 e atualizada até fevereiro/2011 com uma abordagem geral

nos diversos campos de atuação, mas com a participação de um representante especializado em ST na Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (24).

O acidente por material perfuro cortante e exposição aos fluidos corpóreos podem implicar numa dualidade de sentimentos quando o profissional se depara diante da objetividade teórica e protocolar no segmento preventivo para doenças infecto contagiosas (HIV, Hepatite B, Hepatite C, por exemplo), e a insegurança gerando tensão e ansiedade de que terá assegurado a si o rápido andamento profilático, assim como a onda de sentimentos gerada no indivíduo afetado por essa condição. Há um potencial risco de contaminação, e isso pode implicar numa amplificação desses sentimentos. O risco estimado, segundo esse mesmo protocolo de 2006 para exposição a materiais biológicos do Ministério da Saúde/Brasil (4), é de 0,3% (HIV), 6 a 30% (hepatite B) e 1,8% (hepatite C), dependendo do estado do paciente-fonte. Em parte da sua dissertação de mestrado, Brandão Junior PS, revela que o “profissional de saúde após o acidente, sente-se ameaçado (a) em sua condição psicossocial, preocupado (a) com o seu futuro, sua família, seu trabalho e, principalmente, associando o acidente com a contaminação pelo vírus HIV” [...] (25).

2.2. Protocolo de exposição a materiais biológicos (quanto ao fluxograma e indicação da PEP)

2.2.1. A referência nacional

A partir do primeiro casos de SIDA identificado no Brasil (1982), seguindo dos relatos da ocorrência em profissionais da saúde no mundo (1983), o Ministério da Saúde/Brasil, lança a Portaria 236 em 1985 (26) com as primeiras diretrizes governamentais, se tornando um dos marcos para uma proposição na criação de protocolos assistenciais nesses casos. Deu partida pelo governo brasileiro ao surgimento do Programa Nacional de DST e AIDs no ano de 1987, evoluindo para o plano estratégico desse mesmo programa em 2005 com ênfase na descentralização para os municípios (qualificar as ações de prevenção, melhorar a estratégia de abordagem sobre a doença na atenção básica e ampliar a oferta de testes rápidos para identificação do HIV, contagem de linfócitos CD4 e o desenvolvimento para detecção de carga viral, além da melhoria do acesso à terapia anti-retroviral) (27).

A base principal para o fluxo assistencial após um acidente com material biológico (AMB) é o protocolo nacional em que os municípios devem traçar suas estratégias e

adaptar às realidades loco-regionais. Naquele protocolo do Ministério da Saúde (4) - uma publicação referenciada à saúde do trabalhador - no item 5 da sua introdução, sugere a organização de um modelo de atendimento, dando ênfase ao acolhimento do paciente e orientação à comunidade. Os outros parâmetros dessa mesma introdução apontam para as questões técnicas referentes ao acesso imediato à quimioprofilaxia com o atendimento pelos especialistas em infectologia assim como manter atualizada a notificação, porém sem especificar a amplitude desse acolhimento em seus aspectos psíquicos, mesmo trazendo no tópico de recomendações o suporte emocional ao acidentado. Envolve pontos como o treinamento de pessoal e identificação na rede (instituições e profissionais) já capacitados na área de atendimento e exames laboratoriais.

A oferta de medicamentos para a profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV, foi adotada no Brasil pelo SUS desde 1999, visando a prevenção da transmissão vertical, acidentes ocupacionais e violência sexual, sendo que especificamente em 2015 foi publicado o primeiro Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PCDT), ao mesmo em que define no mesmo documento as profilaxias para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV e Hepatites Virais. Esse PCDT veio substituir o Manual de Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV de 2010 e passou a adotar a avaliação de risco da exposição em detrimento da anterior avaliação por categoria da exposição. O fluxograma proposto, além de iniciar pela avaliação do risco de exposição, aborda também o próprio esquema antirretroviral para PEP, medidas gerais no atendimento à pessoa exposta e acompanhamento clínico-laboratorial (28). Contudo, a conduta do PEP é para o HIV. As outras doenças (hepatites B e C, Sífilis) seguem o fluxo do protocolo de 2006 citado acima.

Conforme o PDCT, a avaliação do risco da exposição analisa os itens resumidos na tabela abaixo. Considerada uma emergência médica, a brevidade do atendimento para possível uso da PEP será fundamental para o êxito terapêutico profilático.

Quadro 1. Critérios para avaliação do risco da exposição biológica do PDCT. Ministério da Saúde, Brasil, 2015.

Condições da Exposição					
Tipo de material biológico					
Com risco		Sem risco		Potencialmente infectantes	
Sangue e outros materiais contendo sangue; Sêmen; Fluidos vaginais;		*Suor; Lágrima; Fezes; Urina; Vômitos; Secreções nasais; Saliva (exceto em ambientes odontológicos).		Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido amniótico, líquor e líquido articular	
Tipo de exposição					
Com risco			Sem risco		
Percutânea (perfuro-cortantes); Mucosas; Cutâneas (pele não íntegra); Mordeduras humanas com presença de sangue			Cutâneas (pele íntegra); Mordedura sem presença de sangue		
Tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento					
**Iniciar o mais precoce possível, preferencialmente nas primeiras 2h da ocorrência, tendo com limite até 72h					
Investigação diagnóstica através do teste rápido (TR)					
Pessoa exposta			Paciente fonte (PF)		
Positivo	Negativo	Impossibilidade de realizar TR imediato	Negativo	Positivo	Desconhecido
PEP não indicada (realizar segundo TR), acompanhamento clínico/tratamento	Avaliar status do PF sempre que possível	Avaliar status do PF sempre que possível	***PEP não indicada	PEP indicada	Indicada em qualquer situação em que não se possa descartar HIV

Fonte: criada a partir do PDCT, Ministério da Saúde, Brasil, 2015.

*a presença de sangue torna potencialmente infectantes, e pode estar indicado PEP

**mesmo não indicada após 72h, o acidentado deve prosseguir com o seguimento clínico/laboratorial.

***considerar PEP se exposição de risco nos últimos 30 dias (devido a possibilidade de falso-negativo), se fluido oral, considerar a janela imunológica de 90 dias.

As medicações combinadas utilizadas nos esquemas antirretrovirais são as mesmas para qualquer tipo de exposição com duração de 28 dias, podendo ser preferenciais ou alternativos levando em consideração a condição clínica prévia da pessoa (diabetes ou hipertensão arterial de longa data, função renal, hepática, paciente fonte portador de HIV multiexperimentado quanto ao uso de antirretrovirais). Não é objeto desse estudo discutir sobre a opção do tipo de droga.

Outras medidas que devem ser orientadas ao acidentado são: cuidados de limpeza da área exposta com solução salina e antissépticos degermantes, evitando soluções irritantes ou procedimentos que aumentem a área; anticoncepção de emergência e profilaxia de outras infecções sexualmente transmissíveis (se for o caso); imunização

para tétano; orientação à gestante e lactantes; vigilância epidemiológica (notificação e investigação do acidente). Abaixo um resumo do fluxograma.

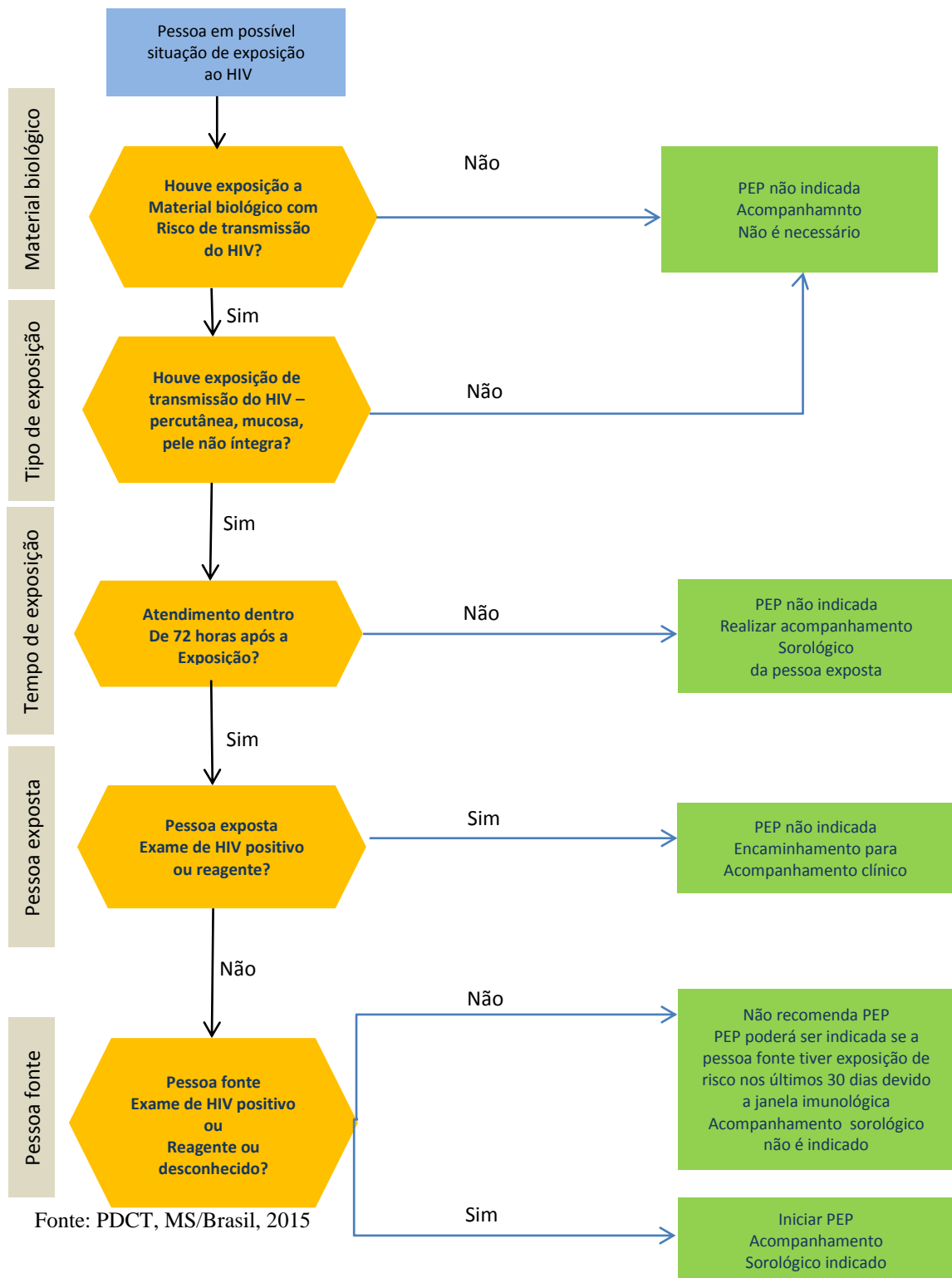


Figura 2. Fluxograma para indicação da PEP do PDCT, Ministério da Saúde, Brasil, 2015.

2.2.2. Referência loco-regional – Centro de Atenção e Apoio à Vida (CAAV)

Não somente para condições de exposição biológica ocupacional, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) foram difundidos pelo país no sentido de ampliar universalmente e com equidade o acesso da população ao diagnóstico e tratamento do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Inicialmente denominados de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) em 1989 na cidade de São Paulo, as recomendações organizativas e sistematizadas desses centros foram organizadas a partir as Normas de organização e funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), 1993 (29). A partir de 1997 passou a chamar-se de CTA.

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em Vitória da Conquista é denominado de CAAV, que é o centro de referência para atendimento e orientação nas ocorrências de AMB. Foi implantado em 1999 com o nome de Centro de Referência DST/AIDS. Atualmente, essa unidade possui uma equipe multiprofissional (infectologista, pediatra, ginecologista, urologista, enfermeiros, psicólogos, bioquímico, farmacêuticos, assistente social, técnicos de enfermagem, técnico de laboratório, auxiliares administrativos), e realiza a investigação dos acidentes definindo o tratamento profilático para contaminação por HIV e hepatites virais e o seu seguimento. Os trabalhadores das diversas instituições de saúde, após a primeira assistência em seus ambientes de trabalho de origem, são encaminhados ao CAAV. No contexto do período que envolveu esse estudo, o CAAV estabeleceu como parâmetro o PDCT de 2015, revisado no item acima. O serviço produziu um documento próprio mais objetivo (30), visando uniformizar as condutas entre os profissionais assistentes e os serviços que encaminham os acidentados. O acolhimento e atendimento inicial é realizado por enfermeiros capacitados, e a consulta médica quando indicada PEP. Avaliação com psicólogo também quando da percepção da necessidade. Esse fluxo adaptado incluiu conjuntamente as condutas para hepatite B e C, e a realização de sorologia para HTLV e sífilis. Traz também informações referentes ao horário de funcionamento do serviço, inclusive como proceder aos finais de semana e recomendando que os hospitais e unidades de saúde tenham testes rápidos e antirretrovirais para o primeiro atendimento, além de enfatizar a importância do seguimento até a finalização do caso (recomenda que o profissional acidentado seja liberado do trabalho visando comparecer às consultas e

realizar os exames laboratoriais necessários). Ainda sobre as responsabilidades das instituições, o CAAV, em seu fluxo de atendimento, orienta a notificação pela CCIH (Comissão de Controle de Infecção hospitalar), avaliação com o médico do trabalho e emissão da CAT, investigação do acidente envolvendo a medicina do trabalho e a CIPA (quando houver). Define orientações sobre o direito de recusa do profissional em aceitar a quimioprofilaxia, sugerindo que o profissional assistente documente essa recusa no prontuário, por exemplo.

Realiza, ainda, atividades de promoção e prevenção com a população e capacitação técnica da rede.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

- Caracterizar a percepção dos trabalhadores da saúde acidentados com material biológico em relação ao fluxo de assistência pós-exposição.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características profissionais de uma amostra de trabalhadores com história de AMB (categoria profissional, instituição de saúde, conhecimento de programa de saúde ocupacional, conhecimento de fluxo assistencial pós AMB);
- Descrever o tipo de exposição e atividades no momento da exposição
- Caracterizar o acompanhamento e monitoramento biológico na rede de atenção à saúde pós- exposição a material biológico (comunicação e formalização do acidente, realização de testes, tempo acidente-atendimento, aconselhamento);
- Avaliar o cumprimento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (Ministério da Saúde, 2015).
- Identificar a percepção dos indivíduos acidentados sobre os aspectos psicofísicos decorrentes da exposição a material biológico em sua trajetória na rede assistencial.

4. Materiais e Métodos

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, associando dados de indivíduos de uma população definida colhidos de prontuários, complementado com uma aplicação de um inquérito por entrevista a um subgrupo de indivíduos selecionados.

4.2. População e amostra

A população trabalhadora exposta a material biológico foi selecionada no município de Vitória da Conquista/BAHIA atendidos no Centro de Amostra e Testagem (CTA) que chama-se Centro de Atenção e Apoio à Vida (CAAV) que é o centro de referência na condução dessas ocorrências. Inicialmente realizado o contato com esse serviço, seguida da autorização prévia pela sua coordenação assim que foi liberado pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisa conforme Resolução 466/2012 em nível local (CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista) e nacional através do CEP da UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Dentro do CAAV houve o encaminhamento ao profissional de enfermagem responsável por essa área para discussão, e coleta de informações gerais relativas ao funcionamento do serviço.

O CAAV possui um banco de dados com os registros dos atendimentos onde constam nome do acidentado, data da ocorrência, sexo, idade, profissão, escolaridade, telefone, cidade de origem, nome da instituição de saúde da ocorrência e o número correspondente no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento). Esse número corresponde também à identificação do prontuário no serviço.

Baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas lançado pelo Ministério da Saúde/Brasil em 2015, ficou estabelecido o ano de 2016 para o estudo, momento em que os profissionais já estavam adaptados às alterações contidas nesse mesmo protocolo. Nesse ano, foram atendidos 271 casos classificados como acidente biológico ocupacional. Foram excluídos 51 casos de outros municípios, 30 ocorrências que não eram profissionais da saúde, 02 que foram somente testagem (sem outras informações), e outros 03 casos ocorridos em um ano diferente do proposto. Outros 87 casos que não foram encontrados e/ou não estavam com o número no CTA do banco de dados do CAAV, impossibilitou a localização dos prontuários. A amostra analisada, então, compreendeu 98 casos, considerando todas as exclusões descritas. Esses prontuários foram separados pelos profissionais do serviço de arquivo, e o pesquisador compareceu

in locu para verificar um a um, transcrevendo as informações nas planilhas específicas com as variáveis a serem analisadas.

Os critérios de inclusão foram: idade \geq 18 anos; ser trabalhador de saúde do município de Vitória da Conquista/BA (médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnico de laboratório, equipe de higienização, equipe de lavanderia); ter estado exposto a material biológico.

4.3. Entrevista: elaboração e aplicação

Um questionário semiestruturado foi aplicado através de contato direto do pesquisador com 09 entrevistados selecionados por conveniência conforme a disponibilidade dos participantes. Consta constando de perguntas fechadas e abertas abordando suas percepções durante o fluxo assistencial. Nas entrevistas, além dos critérios acima descritos, aqui consta a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4. Tratamento de dados

A maioria dos dados versam para uma análise univariada, exemplificados por gráficos e tabelas de frequências.

A análise da entrevista foi processada quantitativamente no que se refere aos dados objetivos em suas respostas fechadas – sim / não / não sei, e qualitativamente relacionando os sentimentos gerados durante o processo assistencial, permitindo ao entrevistado expressar seus valores, razões e motivos.

4.5. Considerações éticas

Algumas importantes considerações éticas foram estabelecidas: solicitação e autorização da Coordenação do CAAV para a realização do estudo; informação aos diretores de serviço dos funcionários acidentados o teor da pesquisa, e que será mantido o total sigilo (não será revelado o nome), não trazendo prejuízo a instituição; respeito ao anonimato e a confidencialidade, havendo um número de código para o prontuário e o questionário e somente o investigador saberá a correspondência entre o número de código e o nome de cada participante; os indivíduos selecionados poderiam desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo pessoal e somente os que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) poderiam integrar o estudo; a entrevista foi conduzida da maneira o mais cortês e natural possível, permitindo ao entrevistado esclarecer suas dúvidas com total liberdade para responder ou não aos questionamentos,

ênfatizando que não existem respostas certas ou erradas; não houve compensação financeira na presente pesquisa.

5. Resultados e Discussão

Podemos constatar as seguintes etapas relacionadas ao evento aqui denominado acidente com material biológico (AMB): pré-ocorrência (perfil do trabalhador acidentado), ocorrência (processo de trabalho) e pós-ocorrência (aspectos técnicos assistenciais e repercussões no indivíduo). Notar que nas descrições que se seguem, quando escrito “o trabalhador”, está sempre referido à pessoa que executa sua tarefa laboral, independente da questão de gênero.

5.1. Pré-ocorrência

Esses dados expressam o perfil do trabalhador acidentado (gênero, idade, formação, tipo de instituição de saúde onde trabalha, status vacinal). No quadro 2 que se segue estão os dados desse perfil que procuram valorizar mais os pontos influentes de maneira mais direta nas alterações relacionadas com a ocorrência e os seus desdobramentos durante o fluxo assistencial, assim como no sentimento da pessoa.

Quadro 2. Perfil amostral geral dos trabalhadores acometidos por AMB. CAAV – Vitória da Conquista/BA, 2016.

Trabalhador	Perfil				
	Gênero	Idade (anos)	Formação	Instituição de Saúde	Status Vacinal no momento da ocorrência e do atendimento
T1	F	26	Estudante (técnica de enfermagem)	Hospital Privado	Não sabia, não apresentou o cartão.
T2	M	29	Higienização	Hospital público	Informou completo, não apresentou o cartão
T3	F	25	Médica residente	Não identificada	Não consta informação
T4	F	28	Técnica enfermagem	Hospital Público Psiquiátrico	Informou HB (não mostrou cartão)
T5	M	56	Técnico Enfermagem	Hospital Público Psiquiátrico	Informou HB (não mostrou cartão)
T6	F	62	Técnica enfermagem	Hospital Público	Não consta informação
T7	F	36	Instrumentadora de cirurgia	Hospital Privado	Informou completo, não apresentou cartão
T8	F	29	Técnica Enfermagem	Hospital Público	Completo. Com cartão
T9	F	36	Técnica de Enfermagem	Hospital Público	Informou HB (não mostrou cartão)
T10	F	26	Técnica de Enfermagem	Clínica de Hemodiálise	Não sabia, não apresentou o cartão
T11	F	46	Auxiliar de Saúde Bucal	Ensino	Informou completo, não apresentou o cartão
T12	F	37	Técnica enfermagem	Hospital Público	Informou completo, Não apresentou no momento
T13	M	22	Técnico enfermagem	Hospital Privado	Não sabe informar, Não apresentou cartão,
T14	F	26	Fisioterapeuta	Hospital Público	Informou completo, Não apresentou cartão
T15	F	26	Odontóloga	Consultório odontologia Particular	Informou completo, não apresentou o cartão
T16.1	F	29	Médica Obstetra	Hospital Público	Completo, com cartão
T16.2	F	29	Médica Obstetra	Hospital Público	Completo, com cartão
T18	F	42	Odontóloga	Consultório odontologia	Informou completo, não apresentou

				Particular	o cartão
T19	F	21	Estudante Enfermagem	Hospital Público	Não consta informação
T20	M	26	Estudante Farmacia	Hospital Publico	Não consta informação
T21	F	34	Tecnica Enfermagem	Hospital Privado	Informou completo, Não apresentou no momento
T22	F	59	Camareira	Hospital Privado	Informou completo, Não apresentou no momento
T23	F	31	Enfermeira	SAMU 192	Informou completo, Não apresentou no momento
T24	F	32	Tecnica Enfermagem	SAMU 192	Informou completo, Não apresentou no momento
T25	F	53	Tecnica Enfermagem	Hospital Privado	Completo, com cartão
T26	F	39	Tec. Análises Clínicas	Laboratório público	Completo, com cartão
T27	F	34	Técnica Enfermagem	Hospital Privado	Não consta informação
T28	F	24	Farmacêutica	Farmácia privada	Incompleto
T29	F	28	Estudante Medicina	Hospital Privado	Completo, com cartão
T30	F	24	Tecnica Enfermagem	Clinica Médica Privada	Incompleto
T31	F	25	Enfermeira	Hospital Publico	Completo, com cartão
T32	F	22	Estudante Enfermagem	Unidade Básica de Saúde	Completo, com cartão
T33	F	34	Tecnica Enfermagem	Hospital Privado	Apresentou AntiHBs reagente
T34	F	41	Auxiliar Saude Bucal	Unidade Básica de Saúde	Apresentou AntiHBs reagente
T35	M	35	Tecnico Enfermagem	Hospital Privado	Não sabia, não apresentou o cartão
T36	F	34	Higienização	Unidade Básica de Saúde	Informou completo, Não apresentou no momento
T37	F	25	Auxiliar Saude Bucal	Não identificada	Informou completo, Não apresentou no momento
T38	F	28	Auxiliar Saude Bucal	Não Identificada	Completo, com cartão
T39	F	54	Tecnica Enfermagem	Hospital Público	Informou completo, Não apresentou no momento
T40	F	40	Tecnica Enfermagem	Hospital Público	Completo, com cartão
T41	F	28	Tecnica Enfermagem	Hospital Privado	Incompleto
T42	F	25	Higienização	Hospital Privado	Incompleto
T43	F	49	Tecnica de Enfermagem	Hospital Privado	Não consta informação
T44	F	26	Tecnica de Enfermagem	Hospital Privado	Completo, apresentou cartão
T45	F	57	Enfermeira	Hospital Privado	Informou completo, refere antiHBs<10
T46	F	20	Tecnica de Enfermagem	Hospital Privado	apresentou, antiHBs reagente
T47	M	28	Higienização	Hospital Privado	Não consta informação
T48	F	28	Higienização	Hospital Privado	Completo, apresentou cartão
T49	F	22	Estudante Enfermagem	Hospital Público	Não consta informação
T50	F	36	Odontóloga	Consultório Odontologia Público	Completo, apresentou cartão
T51	M	23	Estudante medicina	Hospital Público	Informou completo, não apresentou cartão
T52	F	22	Estudante Odontologia	Ensino Privado	Informou completo, não apresentou cartão
T53	F	28	Estudante enfermagem	Ensino Privado	Completo, apresentou cartão
T54	F	25	Estudante odontologia	Ensino Privado	Informou completo, não apresentou cartão,
T55	F	19	Estudante odontolgia	Ensino Privado	Incompleto
T56	M	23	Estudante medicina	Hospital Público	Incompleto
T57	M	31	Tecnico de Enfermagem	Hospital Privado	Informou completo, não apresentou cartão
T58	M	32	Tecnico de Enfermagem	Hospital Privado	Completo, apresentou cartão
T59	F	28	Enfermeira	Hospital Público	Completo, apresentou cartão
T60	F	32	Medica	Hospital Público	Não consta informação
T61	F	32	Medica	Hospital Público	Informou completo, não apresentou cartão
T62	F	26	Técnica Enfermagem	Hospital Privado	Não consta informação,
T63	F	19	Técnica Enfermagem	Hospital Privado	Não consta informação,
T64	F	35	Técnica Enfermagem	Hospital Público	Informou completo, não apresentou cartão
T65	F	35	Técnica Enfermagem	Hospital Público	Informou incompleto, não apresentou cartão
T66	F	31	Técnica Enfermagem	Hospital Público	Completo, apresentou cartão
T67	F	36	Técnica Enfermagem	Hospital Público	Completo, apresentou cartão
T68	F	27	Auxiliar Saude Bucal	Consultório Odontologia Particular	Incompleto

T69	F	24	Enfermeira	Clinica Médica Particular	Informou completo, não apresentou cartão,
T70	F	29	Estudante Auxiliar Saude Bucal	Consultório Odontologia Público	Não consta informação
T71	F	45	Higienização	Hospital Privado	Completo, apresentou cartão
T72	F	35	Técnica Enfermagem	Hospital Privado	Completo, apresentou cartão
T73	F	20	Auxiliar Saude Bucal	Consultório Odontologia Particular	Não sabia, não apresentou o cartão
T74	F	24	Técnica Enfermagem	Hospital Público	Não consta informação
T75	F	32	Auxiliar Saude Bucal	Consultório Odontologia Particular	Completo, apresentou cartão
T76	F	30	Auxiliar Saude Bucal	Consultório Odontologia Particular	Completo, apresentou cartão
T77	F	50	Técnica Enfermagem	Não identificada	Informou completo, não apresentou cartão
T78	F	23	Estudante de Odontologia	Ensino Privado	Completo, apresentou cartão
T79	F	22	Estudante de Odontologia	Ensino Privado	Não sabia, não apresentou o cartão
T80	F	45	Técnica Enfermagem	Hospital Privado	Não consta informação,
T81	M	35	Técnico Enfermagem	Hospital Público	Não consta informação,
T82	M	48	Higienização	Hospital Público	Não consta informação
T83	M	27	Estudante de Medicina	Ensino Público	Completo, apresentou cartão
T84	F	24	Técnica Enfermagem	Clinica de Hemodiálise	Informou completo, não apresentou cartão
T85	F	20	Auxiliar Saude Bucal	Consultório Odontologia Particular	Não sabe informar, não apresentou cartão
T86	F	33	Técnica Enfermagem	Hospital Privado	Não consta informação
T87	F	39	Técnica Enfermagem	Hospital Público	Não consta informação
T88	F	42	Enfermeira	Hospital Privado	Não consta informação,
T89	F	48	Técnica Enfermagem	Hospital Público	Não consta informação,
T90	M	41	Técnico Enfermagem	Hospital Público	Completo, apresentou cartão
T91	M	25	Higienização	Hospital Público	Não sabe informar, não apresentou cartão
T92	F	21	Auxiliar Saude Bucal	Consultório Odontologia Particular	Não sabe informar, não apresentou cartão
T93	F	29	Odontóloga	Consultório Odontologia Particular	Completo, apresentou cartão
T94	F	25	Auxiliar Laboratório	Laboratório	Completo, apresentou cartão
T95	F	51	Higienização	Hospital Privado	Incompleto
T96	F	34	Auxiliar Saude Bucal	Consultório Odontologia Particular	Não consta informação
T97	F	25	Médica	Hospital Público	Completo, apresentou cartão
T98	F	26	Enfermeira	Hospital Público	Completo, apresentou cartão

M (masculino); F (feminino); NRP (não respondeu à pesquisa); T (trabalhador)

Participaram neste estudo 98 indivíduos, 15,3% do sexo masculino e 84,7% do sexo feminino. A idade média foi de 32 anos (mínima de 19 anos e máxima de 62 anos). Nos gráficos 1 e 2 podem ser observadas a distribuição por sexo e por grupo etário dos participantes no estudo.

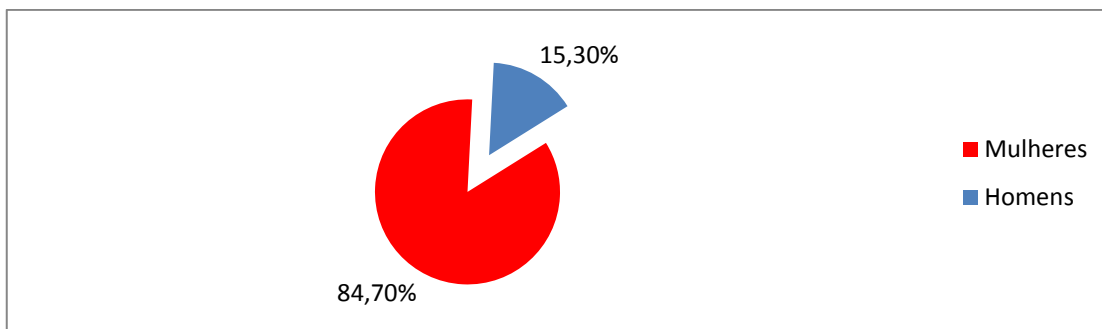


Gráfico 1. Distribuição dos casos de AMB por sexo. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.

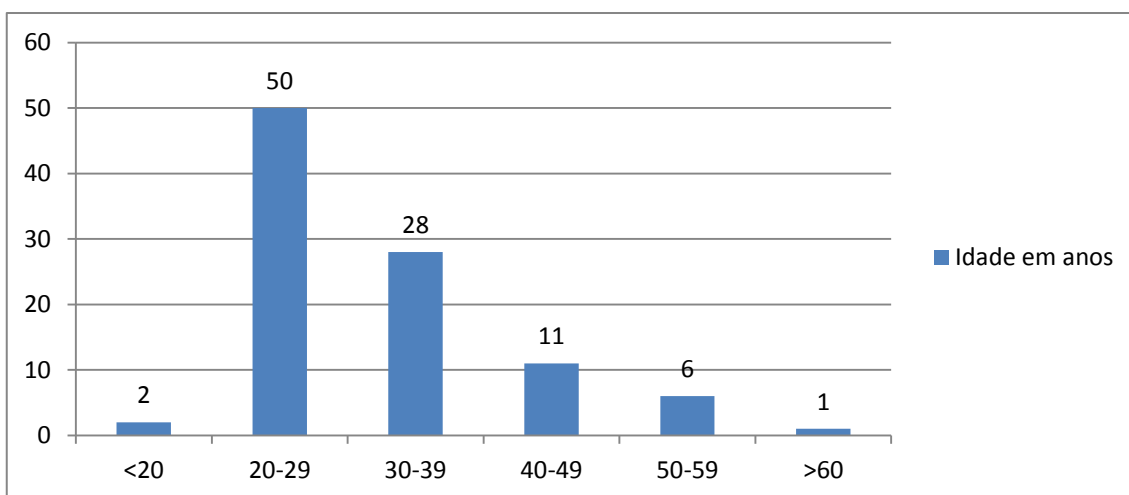


Gráfico 2. Distribuição etária amostral dos AMB. CAAV, Vitória da Conquista, 2016.

A população do sexo feminino representou a grande maioria (84,7%) e a do sexo masculino correspondeu a 15,3%, predominando a faixa etária jovem de até 29 anos em mais da metade dos trabalhadores. Não somente o aspecto do número elevado e expressivo dessa representação, mas também a condição de pouca experiência poderiam estar relacionados com esse achado relativa a idade.

Nos gráficos 3 e 4 pode ser observada a distribuição amostral das profissões e as áreas de estudo do grupo de estudantes, respectivamente.

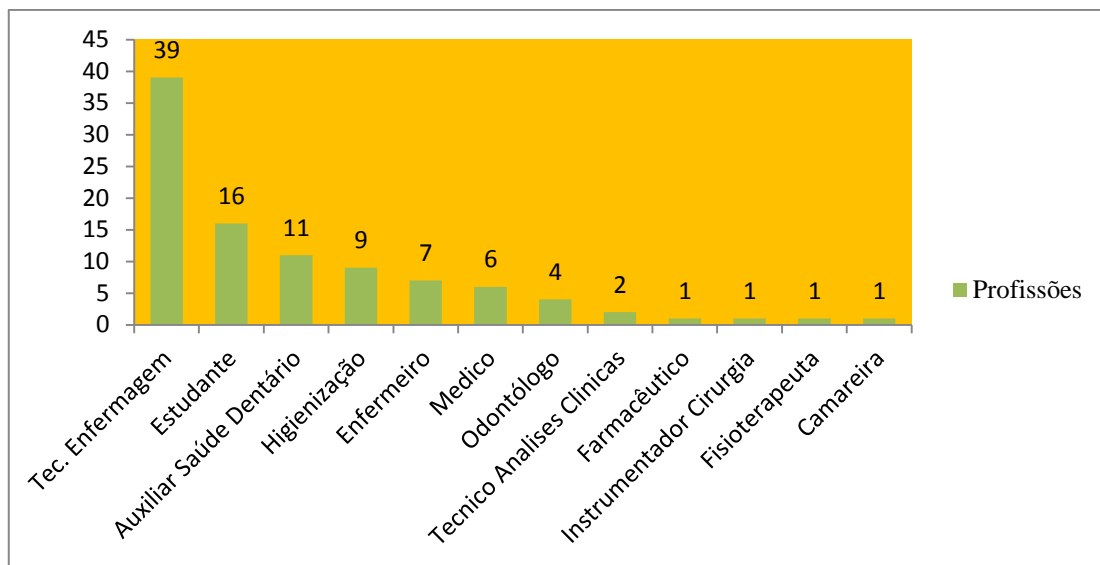


Gráfico 3. Distribuição amostral das profissões entre os trabalhadores acometidos por AMB. CAAV – Vitória da Conquista, 2016

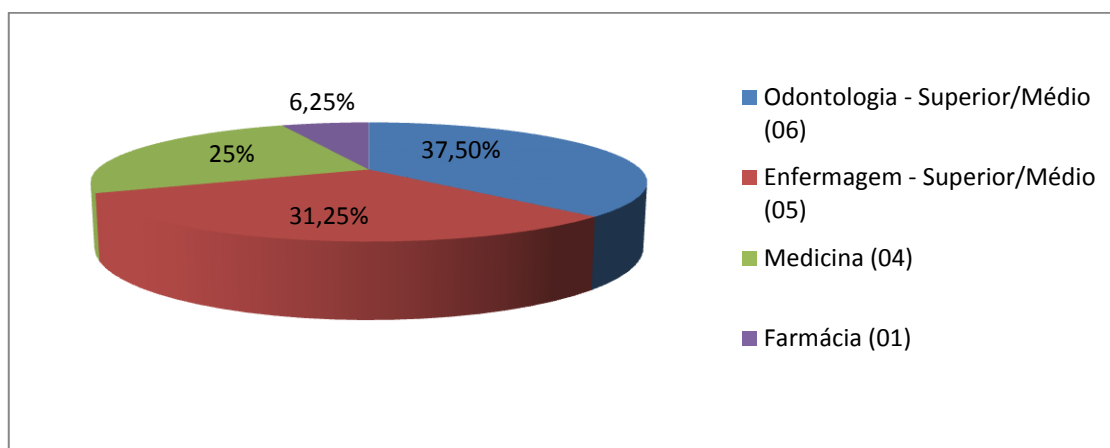


Gráfico 4. Estudantes da área de saúde acometidos por AMB. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.

Considerando a categoria profissional, os técnicos de enfermagem, além de serem mais numerosos dentro das instituições de saúde principalmente hospitalar, são também aqueles que estão mais diretamente envolvidos com procedimentos próximos aos pacientes. No nosso estudo representaram quase 40% dentro da categoria profissão. Se somarmos ainda os enfermeiros de nível superior e os estudantes desse segmento, serão mais da metade dos profissionais. Comparativamente ao estudo em um hospital

universitário no estado de Alagoas sobre acidente com perfuro cortantes nos profissionais de enfermagem, observou-se também uma correspondência elevada para o sexo feminino (espaço mais ocupado por esse gênero – 93%), e onde os técnicos e auxiliares de enfermagem perfizeram uma taxa de 66,7% entre as ocorrências (31). Outro estudo (n=47) que apresentou dados sócio demográficos com profissionais de saúde do ABC paulista (cidades de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul) em parceria entre a Faculdade de Medicina do ABC, Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra/Portugal e Instituto de Ciências Ambientais, Químicas e Farmacêuticas - Universidade Federal de São Paulo, Diadema/SP apontaram também o sexo feminino mais envolvido (70%), auxiliares e técnicos de enfermagem representando cerca de 53% dos acometidos por AMB (32). Contudo, o grupo etário foi mais prevalente acima dos 30 anos (83%), discordante desse presente estudo que indicou faixa etária mais jovem (20-29 anos). Referindo-se ainda o trabalho do ABC paulista, os profissionais do setor de odontologia representaram 19% da amostra, próximo ao estudo em questão (15%). Ampliando a odontologia abrangendo os acadêmicos da área, há uma maior representatividade determinando cerca de 37,5% das ocorrências. Dando seguimento na discussão envolvendo os estudantes da área de saúde, aqui eles apareceram com cerca de 16% do total, mostrando a tendência do município de Vitória da Conquista como pólo educacional, necessitando uma especial atenção nas orientações de formação referentes à biossegurança. Essa referência aos aprendizes e estagiários é destacada no trabalho publicado na Revista Latino Americana de Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) em 118 fichas do CEREST da Macroregião de Florianópolis em 2007 representando 19,32% (33). Segundo Lages et al, em 2014, realizou uma pesquisa entre estudantes de odontologia para verificação do conhecimento sobre o AMB e o papel das instituições de ensino pública e privada, mostrou que há “vulnerabilidade dos alunos quanto à exposição ao material biológico potencialmente contaminado e que ambas as instituições necessitam reavaliar suas ações referentes ao risco biológico e prevenção de acidentes” (34).

Um destaque para a baixa ocorrência nos profissionais de laboratório, o que poderia traduzir um maior cuidado dessa categoria no que tange à biossegurança.

Em outro ponto desse perfil inicial pré-ocorrência, seguem-se variáveis que poderiam influenciar com grande impacto na condução dentro do fluxo assistencial. São as

características das instituições onde ocorreram os AMB, principalmente como orientador imediatamente após o evento, visto que a celeridade se faz necessária. Totalizaram 28 instituições de saúde distintas, agrupadas aqui no gráfico 5 conforme o tipo de estabelecimento e suas características gerais de atuação, e baseada classificação do DATASUS – Departamento de Informática do SUS (35).

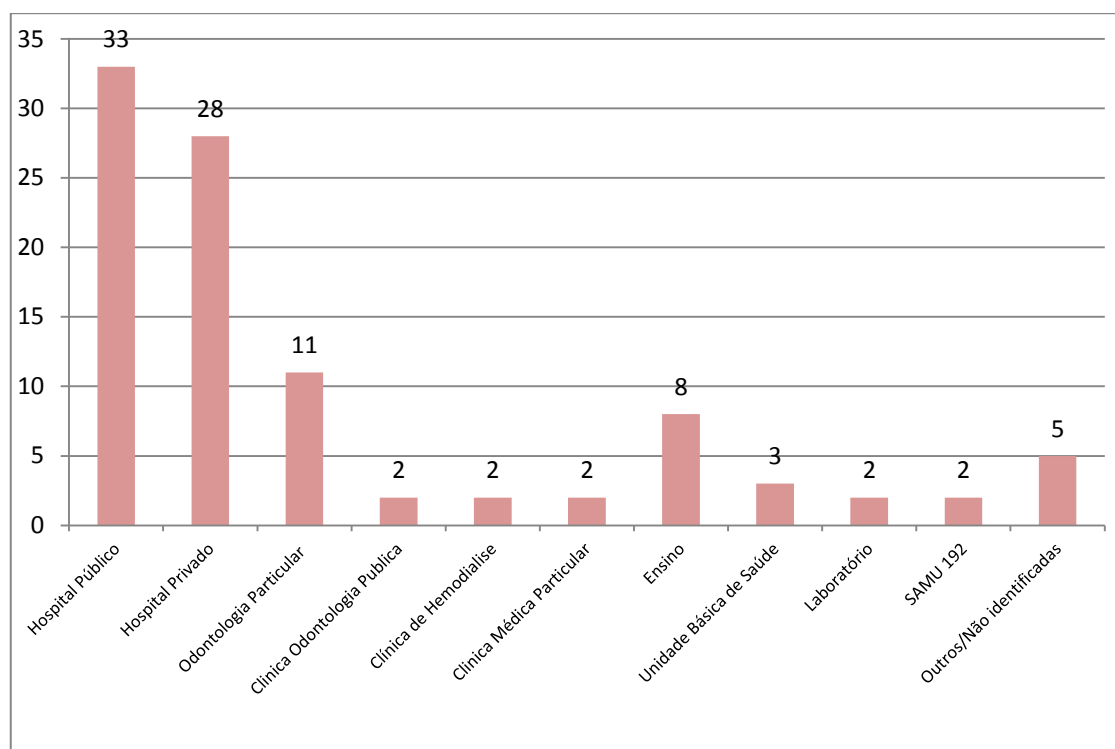


Gráfico 5. Distribuição amostral geral dos AMB pelos tipos de instituições de saúde. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.

As instituições hospitalares (62,24%) representaram a grande maioria entre os locais de ocorrência do AMB com pouca diferença entre públicas e privadas. São espaços onde são desenvolvidos múltiplos e diferenciados tipos de assistências e variadas complexidades de processos de trabalho (emergência, internação, cirurgia, UTI, laboratório, exames), além de ter no seu quadro um maior número de profissionais e suas especialidades distintas. Dentre os locais com mais ocorrências seguem-se as clínicas e consultórios odontológicos (13,26%). O destaque relativo aos AMB em estudantes (16 casos) foram divididos entre duas instituições de ensino e dentro dos próprios hospitais como ambiente de estágio. Ambientes de menor complexidade de

procedimentos (Unidade Básica de Saúde e Clínicas Médicas) com número reduzido de ocorrências. O serviço móvel de urgência em atendimento pré-hospitalar onde há exposição de contato em situações frequentes com sangue, e que poderia evidenciar mais casos, se destacou pelo contrário. Isso poderia traduzir um maior nível de atenção na execução da tarefa desse trabalhador, aliado às medidas sequenciais de abordagem mais treinadas e rígidas. Entre as cinco instituições que apareceram como outras/não identificadas, está uma farmácia, onde o trabalhador perfurou-se ao orientar o uso da lanceta do instrumento de glicemia capilar que havia vendido. A lanceta já havia sido utilizada.

A última, e não menos importante variável nessa parte da pré-ocorrência, está o status vacinal do trabalhador (gráfico 6 a seguir). É um elemento básico e fundamental quando correlacionada com a infecção pelo vírus da hepatite B, doença de significativa morbimortalidade e felizmente imunoprevenível. Contudo, as respostas encontradas foram bastante variadas, considerando que estar com a vacinação em dia para o trabalhador da saúde deveria ser uma condição óbvia e elementar diante do risco de exposição e adoecimento. A interpretação dos dados abrange a informação imediata que o trabalhador tinha naquele instante quando atendido no CAAV. Os dados coletados apontam informações que geram insegurança para o acidentado e também aos profissionais que prestam assistência e tomada de decisão.

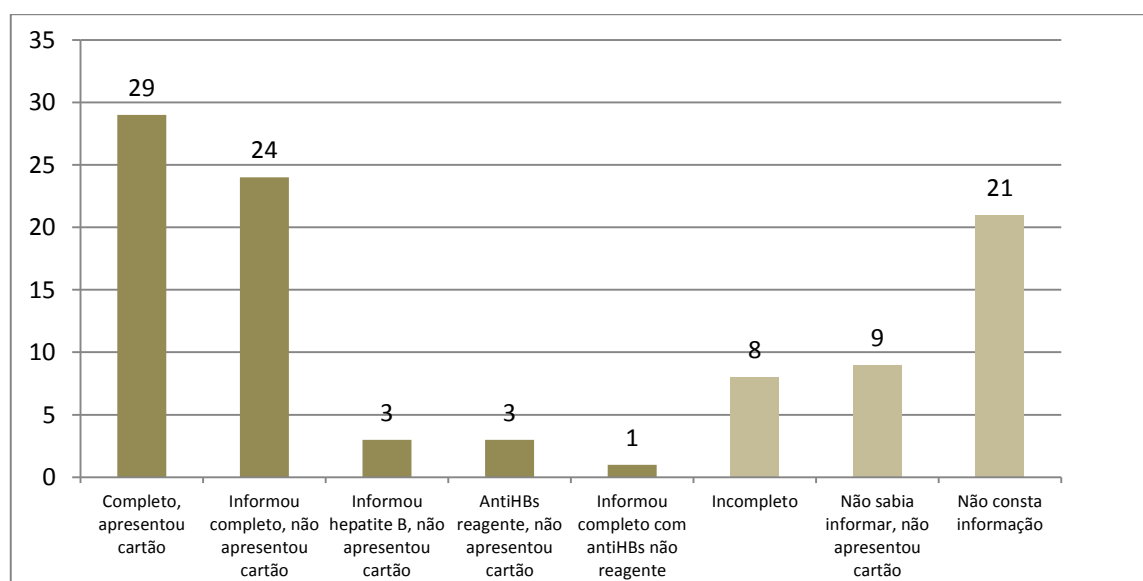


Gráfico 6. Status vacinal dos trabalhadores da saúde no momento da ocorrência e atendimento inicial no fluxo assistencial. CAAV, 2016.

Apesar das múltiplas combinações desse gráfico do status vacinal, é possível congregiar importantes evidências.

A maioria dos profissionais estava vacinado e/ou informou estar vacinado (61,22%), porém, dentre esses, menos da metade apresentou o cartão comprovatório no momento do atendimento no CAAV. Mesmo não apresentando o cartão, três pessoas já levaram o resultado da dosagem do anticorpo (AntiHBs), demonstrando cuidado em assegurar a condição imunitária de proteção. Essa taxa está em acordo com estudo de Garcia e Facchini* em 2008 (36), que mostrou uma taxa 64,6% de vacinação contra hepatite B (principal vacina para prevenção na transmissão por AMB). No caso do trabalhador que não soro-converteu, isso alerta para o cuidado do monitoramento por parte da instituição contratante pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e do próprio profissional. Mesmo considerando que a própria vítima do acidente é responsável pela informação do seu status vacinal e das suas consequências de uma negativa (ser contaminado, por exemplo), a conduta segura para o fluxo deve sempre ser a verificação pelo profissional ou instituição que atende ao acidentado. Infelizmente, chama atenção ainda cerca de 8% dos profissionais acidentados com o cartão vacinal incompleto, e que mais 9% nada sabia informar sobre a vacinação. Teve um dos casos em que o indivíduo *“desconhecia essa necessidade”*.

Conforme verificado nos prontuários do CTA, os profissionais do centro de referência questionaram e recomendaram atualização do cartão vacinal, além de solicitar o antiHBs para verificação da imunidade possivelmente adquirida com a vacina. Contudo, um percentual de 21,42% não constava nenhuma referência sobre a vacinação do acidentado.

5.2.Na ocorrência

Evidenciam as condições em que ocorreu o acidente propriamente dito, mostrando o processo operativo de trabalho no momento do evento e a descrição do cenário. As situações da amostra foram de ocorrências com material perfuro-cortante e exposição a fluidos corpóreos. Os quatro gráficos (7, 8, 9 e 10) a seguir detalham o tipo de exposição. Foram 86 casos de exposição ao material perfuro-cortante e 12 casos aos fluidos corpóreos, distribuídos entre as características do material perfuro utilizado e sua respectiva ação, e as também as características do fluido corpóreo.

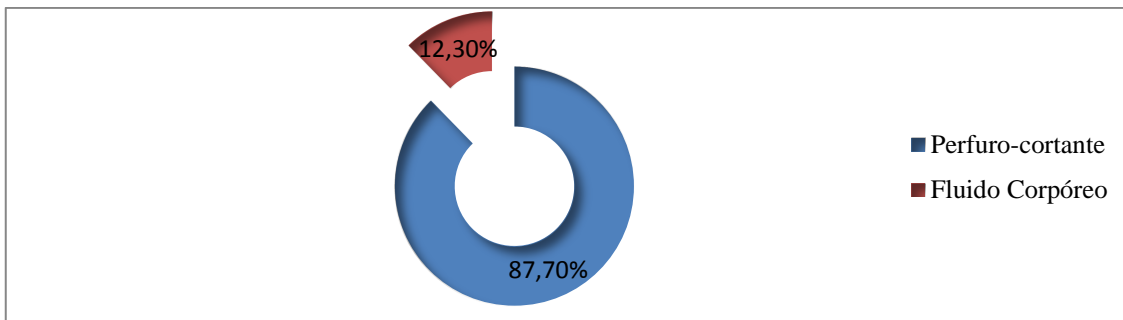


Gráfico 7. Distribuição geral do tipo de exposição no AMB. CAAV – Vitória da Conquista/BA, 2016.

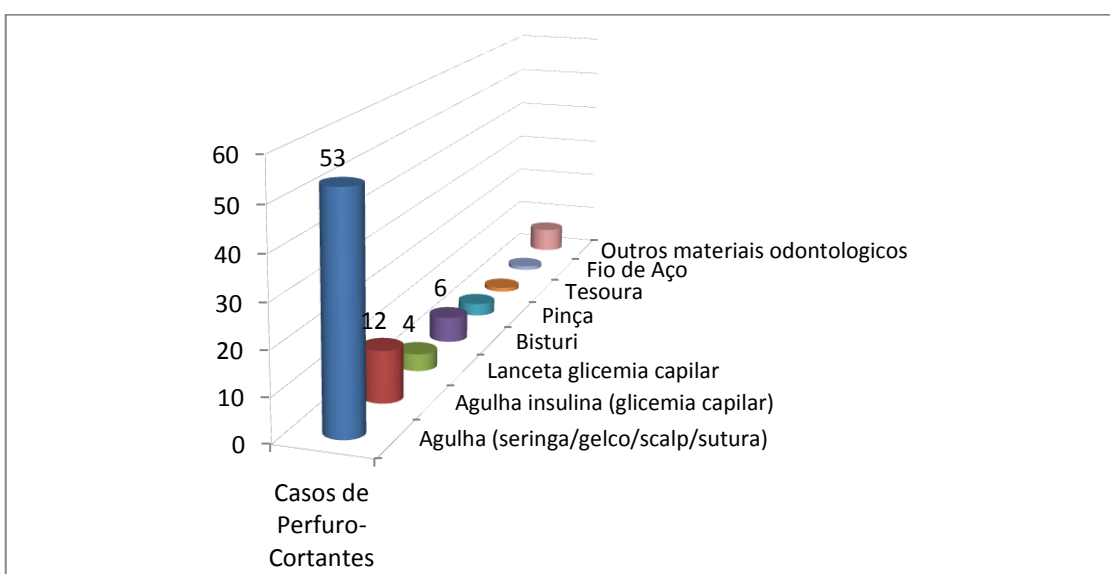


Gráfico 8. Amostra da exposição a sangue no AMB conforme característica do material perfuro-cortante utilizado. CAAV, 2016.

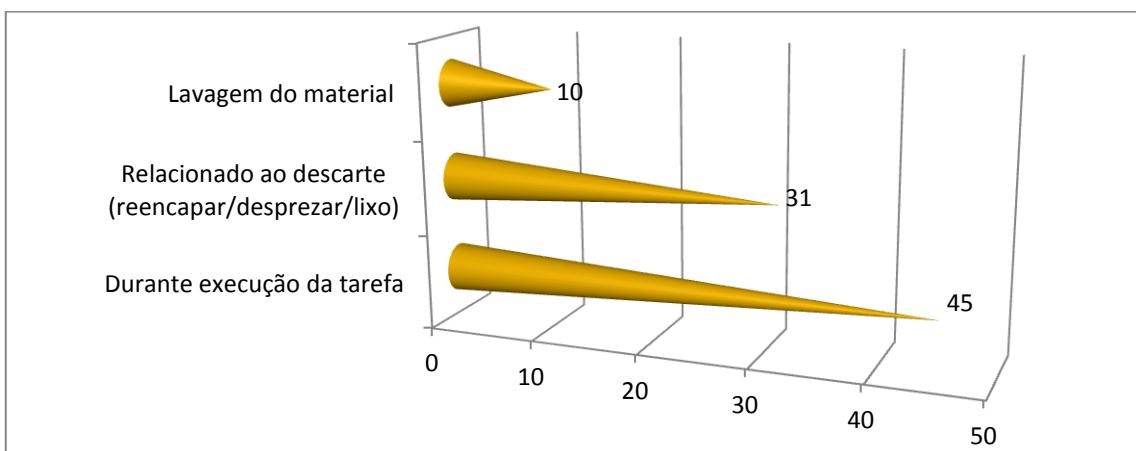


Gráfico 9. AMB com perfuro-cortantes distribuídos conforme a ação. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.

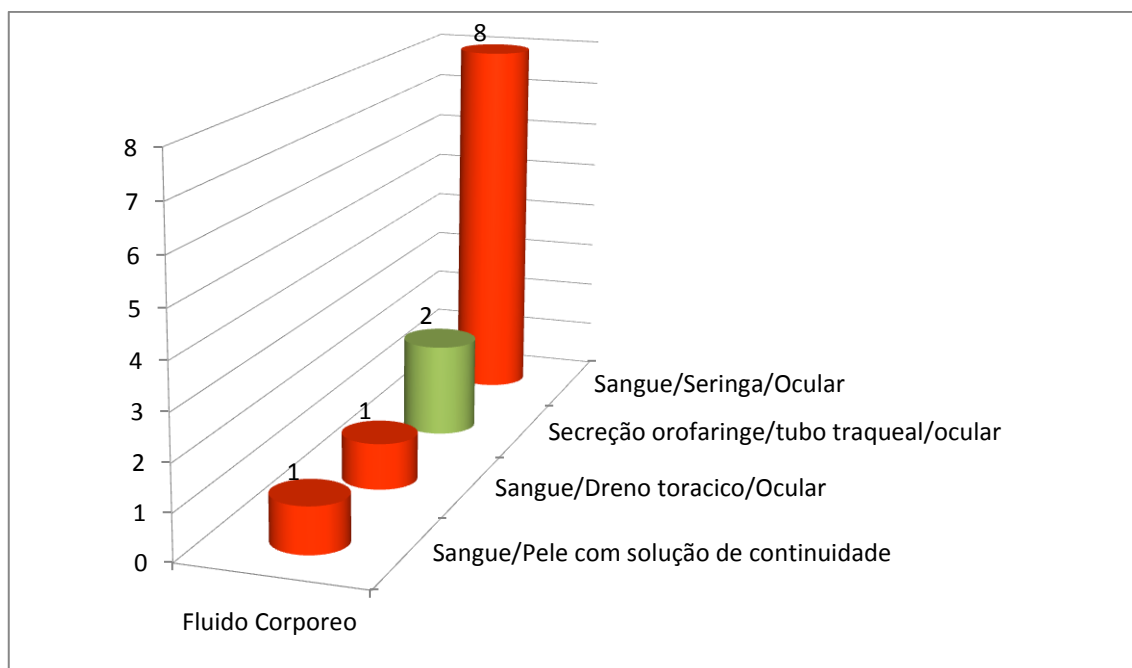


Gráfico 10. Características da exposição ao fluido corpóreo no AMB. CAAV, Vitória da Conquista, 2016.

Os quatro gráficos sequenciais acima são complementares. Foi encontrada uma incidência 87,7% por material perfuro-cortante, com uma grande variação de ferramentas e instrumentais diferentes, o que diversifica bastante o cenário das situações. A agulha de seringas diversas, gelco, scalp e sutura (66,32% das ocorrências) foi o instrumental mais comumente implicado, seguido de materiais odontológicos, lancetas de glicemia capilar, bisturi, tesoura e fio de aço. No gráfico referente aos materiais, há um destaque para as agulhas de insulina utilizadas para a coleta de glicemia capilar (12 casos). Apresenta-se como um material pequeno, que pode dar impressão de menor impacto, mas que tem a sua manipulação que muitas vezes embola nas luvas, e fica difícil a visualização (tanto no manuseio quanto no descarte). A Universidade Federal do Maranhão (n=38) publicou um trabalho referindo taxa equivalente quanto à característica percutânea (84,4%) coletados das fichas do Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) de janeiro de 2012 a janeiro de 2013 no hospital universitário (37).

No gráfico 9, os resultados referentes à ação do trabalhador quando manuseia o perfuro-cortante, demonstra que cerca de metade das ocorrências se concentram após a

execução propriamente dita (no descarte/armazenamento e lavagem). Fundamental que as orientações de capacitação dessa etapa do processo de trabalho estejam também voltadas a esse momento.

Apesar de menor proporção de casos (12,3% do total), os fluídos tiveram importância quando atingiram a mucosa ocular do trabalhador durante a execução das tarefas em sua grande maioria. O sangue foi implicado em 83,33% dos acidentes, sendo a fonte da própria seringa, além de dreno e tubo orotraqueal. Na referência citada no Maranhão, o sangue englobou cerca de 73% dos AMB, se aproximando dos valores encontrados.

Nas descrições da execução das atividades no momento da exposição (processo de trabalho propriamente dito), foram extraídas informações dos registros nos prontuários do CTA, sendo observados níveis de detalhamento diversos, uns mais outros menos, conforme o profissional que prestou assistência e complementados nos questionários.

Abaixo alguns exemplos dessas descrições que ilustram bem essa diversidade de processos:

Processo de trabalho I (aplicação de medicação injetável):

I.1. agulha de seringa reencapada após medicação venosa, porém estava transfixada através invólucro e deixada em local onde não foi possível identificar com segurança em qual paciente havia sido utilizado;

I.2. agulha de insulina utilizada no chão do ambiente de trabalho na área de circulação;

I.3. agulha de injeção intramuscular que acabara de ser utilizada;

I.4. agulha utilizada na aplicação de anestésico (procedimento de sutura e outro procedimento dentário)

I.5. auxiliando uma colega numa punção venosa para acesso; perfuro o dedo com agulha de gelco 22;

Processo de trabalho II (sutura):

II.1. agulha de sutura diretamente no dedo da mão no momento do procedimento (duas ocorrências);

Processo de trabalho III (coleta de sangue do paciente):

III.1. estava auxiliando uma colega de trabalho segurando um tubo de ensaio (sem luvas), e no momento em que o sangue venoso era injetado no tubo, a agulha se desprende da seringa e a pressão fez espirrar sangue e contato com a pele (mãos e

dedos); OBS: a trabalhadora refere que havia feito a cutícula da unha no dia anterior, preocupando-a com aumento de área exposta.

III.2. perfuro com agulha de glicemia capilar imediatamente após o procedimento, luva que utilizava estava grande para a sua mão (não havia o tamanho adequado no momento) e embolou na agulha quando manipulava;

Processo de trabalho IV (durante ato cirúrgico/campo):

IV.1. perfuro com fio de aço durante cirurgia cardíaca no campo de trabalho; perfurou a luva;

IV.2. respingos de sangue durante parto cesariano atingiram o olho; descreve grande volume

Processo de trabalho V (transferência do paciente de um leito para outro):

V.1. ao término do ato cirúrgico de colocação do dreno torácico, quando transferia o paciente para outra maca, o encaixe do dreno não estava bem fixado, desprendeu, respingando secreção sero-sanguinolenta no seu olho; descreve pouco volume;

V.2. paciente acabara de ser traquesotomizado, ao transferi-lo da maca para o leito a criança tossiu e respingou sangue no olho da trabalhadora; OBS – foi o seu segundo AMB, e após o primeiro, sempre foi muito mais cuidadosa em relação a biossegurança e “nunca” deixava de utilizar os EPIs (é reconhecida por essa característica entre seus colegas), contudo não era a trabalhadora escalada para esse atividade, era algo rápido, procurou o óculos e não encontrou; “...*fiquei chateada comigo mesma...*”

Processo de trabalho VI (hemodiálise):

VI.1. perfuro com o cateter que acabara de ser retirado do paciente de uma fístula de hemodiálise.

Processo de trabalho VII (limpeza de material dentário):

VII.1. ao pegar uma espátula dentária dentro da caixa de solução para limpeza que havia sido utilizada no dia anterior; a ponta da espátula estava para fora da caixa.

Processo de trabalho VIII (aspiração de tubo endotraqueal):

VIII.1. ao aspirar o tubo endotraqueal no paciente; utilização de um equipamento adaptado com folga na conexão, houve respingo no olho.

Quando se trata do processo de trabalho e as condições da sua execução, a análise detalhada dessa condição permite fornecer ferramentas preventivas fundamentais. Um trabalho que foi realizado constando da Análise Coletiva do Trabalho e Modelo de

Análise e Prevenção de Acidentes com técnicos e auxiliares de enfermagem (38), oportunamente a categoria que mais se acidenta conforme exposto acima, reforça que essa caracterização da ocorrência aponta mais facilmente os possíveis erros, e quanto mais variáveis para essa análise, aumenta a chance de correções.

5.3. Pós-ocorrência

Nesse momento é destacado um dos aspectos principais dessa pesquisa, quando é descrito o caminho percorrido pelo trabalhador após ser exposto a material biológico durante sua atividade laborativa. Traduz a assistência prestada pelos colegas de trabalho e da instituição onde atua, e o seguimento na rede referenciada imediatamente após ser vitimado até finalizar o caso com alta de seguimento ou, se necessário, um acompanhamento permanente futuro. Agrega, além do protocolo técnico, os aspectos psíquicos experimentados pela pessoa acidentada.

5.3.1. Imediata I

Essas pessoas acometidas pelo AMB expressaram sentimentos de insegurança, medo, apavoramento, referiram responsabilidade ao pouco suporte e despreparo na instituição, tensão, agitação, nervosismo e preocupação (mais intensamente até o fechamento da janela biológica), associado também a quadros patológicos como ansiedade e depressão. Uma trabalhadora, por exemplo, foi encontrada chorando enquanto aguardava atendimento no centro de referência. Nesse sentido, as informações que seguem procuram complementar com justificativas para essas reações passíveis de intervenção de mudança, independente do medo em contrair uma doença que tem morbimortalidade e que pode limitar para sempre o comportamento e atitudes da pessoa.

No quadro abaixo é discorrido acerca da do tempo de encaminhamento para conduta após o AMB e se houve uma formalização pela instituição.

Quadro 3. Encaminhamento inicial pelas instituições após AMB. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.

Encaminhamento inicial da ocorrência									
Formalizado pela instituição					Tempo transcorrido entre o acidente e o atendimento				
Instituição	*Sim, com protocolo	**Sim, com descrição sumária	Não	Procura pessoal	< 2h	2h-24h	24h-72h	>72h	Indefinido
Hospital Público	12	04	16	01	-	21	03	05	04
Hospital Privado	11	05	12	-	-	15	04	09	-
Consultório/ clínica odontologia privado	-	-	04	07	01	09	-	-	01
Clinica odontologia pública	-	-	02	-	-	-	01	-	01
Clinica de Hemodiálise	01	-	01	-	-	01	-	01	-
Clínica Médica Particular	01	-	01	-	-	-	02	-	-
Ensino	-	01	07	-	-	06	01	01	-
Unidade Básica de Saúde	01	01	01	-	-	02	-	01	-
Laboratório	01	-	01	-	-	02	-	-	-
SAMU 192	-	-	02	-	-	01	-	01	-
Outras/não identificadas	-	01	04	-	-	03	-	-	02
TOTAL	27	12	51	08	01	60	11	18	08

*documento detalhando o AMB (descrição do acidente/data/hora/tipo/material envolvido/intensidade da exposição/informações do paciente-fonte/status vacinal do trabalhador/testes rápidos quando disponíveis/uso ou não de EPI – equipamento de proteção individual)

**documento apenas relatando sumariamente a ocorrência e solicitando as medidas cabíveis, às vezes recomendando realizar as sorologias.

***período ideal para início de antirretrovirais, quando indicado.

Diante de um AMB, e após conhecimento e conduta inicial pela instituição, o trabalhador é encaminhado ao CAAV ou espontaneamente se dirige ao centro de referência quando conhece o fluxo ou tem orientação de algum colega. A proximidade temporal da ocorrência assim como a sua descrição no próprio ambiente laboral podem trazer uma possibilidade maior de detalhamento do evento, fornecendo um melhor suporte para a conduta. Sendo assim, somente 27,55% das instituições fizeram encaminhamento com protocolo, e outros 12,24% com descrição sumária. Contudo, em contra partida negativa, não foi encontrado nenhum registro de encaminhamento formal pelas instituições em mais da metade das ocorrências. Houve um hospital privado que conduziu o trabalhador acidentado acompanhado do profissional cipeiro (integrante da CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) designado pela instituição. Os hospitais tanto públicos quanto privados se equipararam na forma de encaminhamento.

Das oito ocorrências nos espaços de ensino, e onde deveria ser exemplo para o fato, sete delas não fizeram nenhum encaminhamento. Conforme comentado anteriormente, alguns hospitais são campos de estágio, mas quando há um AMB com um estudante, em vários casos não são feitos os protocolos, talvez deixando essa responsabilidade para a instituição de ensino.

O terceiro grupo de instituições onde mais ocorreu AMB mostrado no gráfico 5 e correlacionando com a tabela 3 (consultórios e clínicas de odontologia particular), os profissionais procuram diretamente o CAAV, e praticamente todos compareceram em no máximo até 24h, denotando que conheciam como se conduzir diante do AMB. Foi o único grupo em que os registros permitiram identificar o atendimento em até 2h. Quanto a esse último dado, chama atenção que não foi possível a determinação do tempo exato entre a ocorrência e o atendimento no CAAV, pois não houve registro dos referidos horários (na instituição original e/ou no centro de referência), muitas vezes apenas a data com o horário do acidente. Considerando esse intervalo de tempo baseado principalmente no início oportuno da quimioprofilaxia com antirretrovirais (até 72h), 73,46% das pessoas puderam ter acesso ao atendimento no centro de referência, no sentido de ter aconselhamento especializado. Cerca de 18% dos trabalhadores perderam a chance de iniciar quimioprofilaxia em tempo hábil para proteção, mas outras orientações profiláticas e exames sequenciais continuaram aos seus alcances. Em torno de 8% dos casos não foi possível definir esse intervalo de tempo devido à inconsistência das informações.

5.3.2. Imediata II

Todos os trabalhadores atendidos pelo CAAV foram orientados com medidas gerais e solicitados os exames de seguimento, bem como a necessidade das consultas de retorno até finalização do caso. Nesse ano de 2016, todos os casos foram notificados no Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN).

O passo inicial, que se segue imediatamente após o acolhimento ou até conjuntamente é solicitação e realização dos testes rápidos no acidentado e no paciente fonte, permitindo a tomada de decisão, principalmente referente ao uso de quimioprofilaxia. No gráfico 11 e no quadro 4, os dados desse trabalho são revelados, respectivamente.

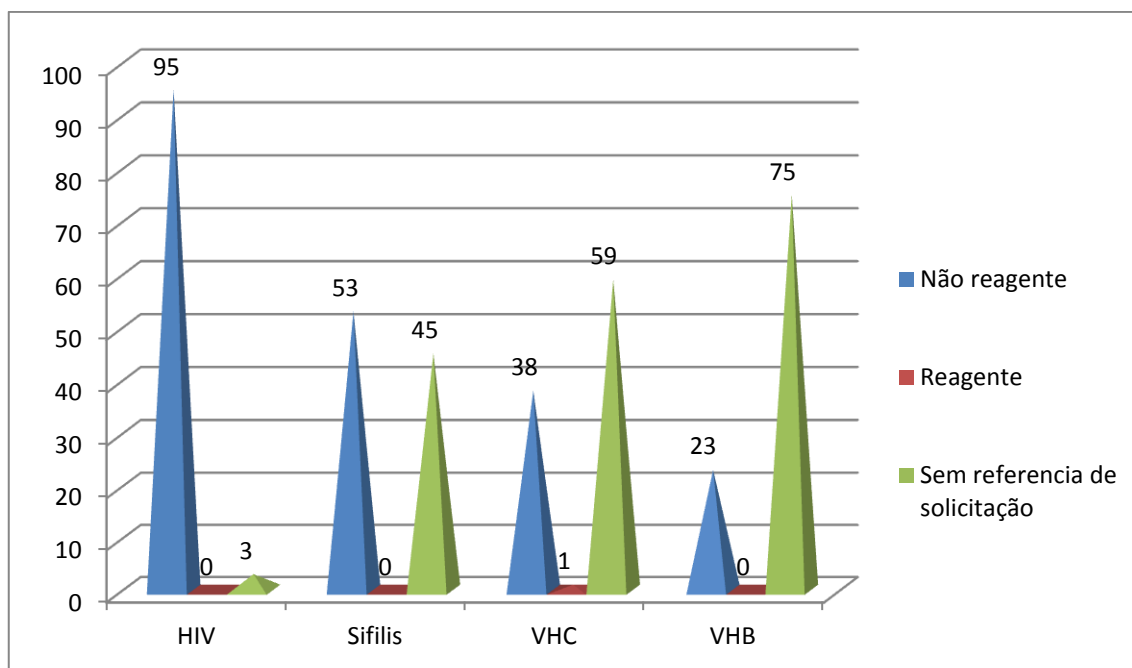


Gráfico 11. Distribuição dos testes rápidos solicitados para o acidentado. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.

Para os testes rápidos no trabalhador acidentado, não foi encontrado uniformidade nas solicitações, sendo HIV o mais realizado em sua quase totalidade em face da sua condição de uma patologia mais preocupante quanto à morbimortalidade e de impacto social na mudança de comportamento dos indivíduos, seguido por sífilis, VHC e VHB. Apenas um caso foi reagente (VHC), sendo ampliado para dois casos após os testes sorológicos do marco zero.

Quadro 4. Distribuição dos testes rápidos realizados nos pacientes-fonte. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.

		Não reagente	Reagente	TOTAL
SIM	HIV	40	01	41
	SIFILIS	05	01	06
	VHB	04	01	05
	VHC	08	02	10
TOTAL		57	05	62
PF Recusou	02			02
Desconhecido	29			29
Conhecido mas não foi testado	Após anamnese com a PF, sentiu-se segura quanto a condição sorológica		01	01
	Não justificou o motivo		03	03
Não consta referência de solicitação ou realização	11			11

PF: Paciente-fonte

Os exames realizados no PF (na instituição origem, laboratório particular ou no CAAV) tiveram grande variabilidade dos tipos testados. Foram solicitados isolados ou ao mesmo tempo e conjuntamente com outros, por esse motivo o somatório do número de exames realizados com os não testados estão acima do total de ocorrências. Dentre aqueles realizados, 8% do total foi reagente, sendo HIV o mais testado (41 casos), mas somente 01 caso foi reagente. Se consideramos o PF desconhecido, aproximadamente 30% de todas as ocorrências dessa pesquisa enquadraram-se nessa condição, e sendo um valor expressivo, isso pode causar dificuldade na decisão da conduta, além do aumento da tensão psíquica nos trabalhadores acidentados. Essa condição aumenta ainda mais ao agregar aqueles que se recusaram a serem testados. Outras situações atípicas surgiram, e que fogem dos fluxos protocolares: anamnese do PF como referência para decisão de não testagem; testado um paciente-fonte do leito próximo ao local onde se encontrava a agulha que perfurou o acidentado; uma paciente-fonte gestante havia realizado exames sorológicos 3 meses antes do AMB (não reagentes) – nesse foi recomendado novo teste, mas não houve retorno para verificação dessa testagem.

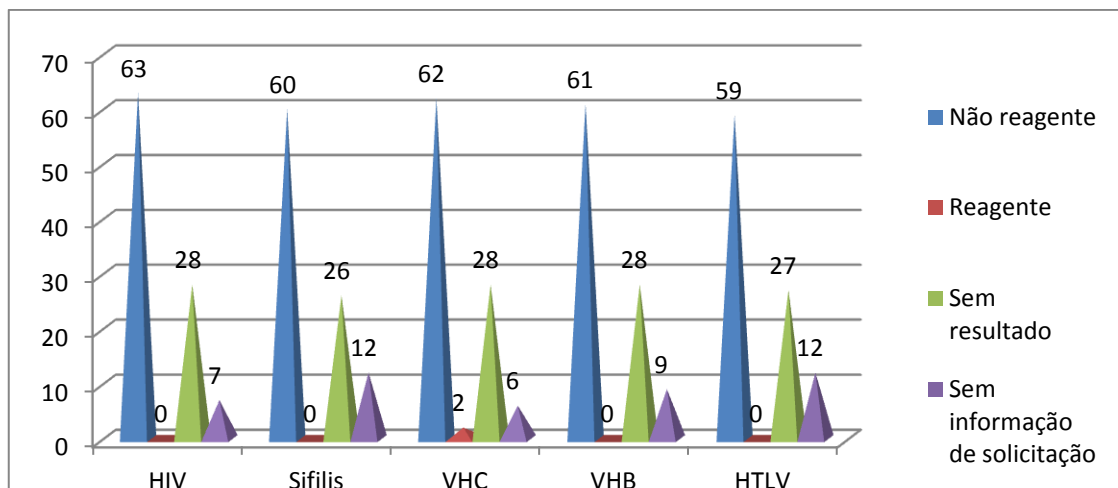


Gráfico 12. Distribuição dos exames complementares no marco zero solicitados para o acidentado. CAAV – Vitória da Conquista, 2016

Um aspecto bastante positivo foi a solicitação protocolar regular dos exames no marco zero, a maioria anotada em prontuário e não reagentes, porém com pequenas diferenças entre os tipos de exames. Em contra partida, em torno de 27% desses exames não tinham os resultados, levando às seguintes hipóteses: não realização pelo trabalhador acidentado ou que o mesmo realizou e levou o resultado em outro serviço, levando a uma descontinuidade do seguimento e fechamento do caso com segurança. Esse tópico do seguimento será melhor tratado numa seção mais a frente (sequencial I).

Quanto a resultados reagentes, apenas o VHC foi detectado previamente em dois trabalhadores.

Uma paciente-fonte já era sabidamente portadora de HTLV e o seguimento com os exames sequenciais no trabalhador não houve soroconversão.

Sendo assim, e quanto à quimioprofilaxia com os antirretrovirais (ARV), esta foi indicada formalmente em 12 casos (07 utilizaram, sendo que 02 concluíram o tratamento e 05 casos não constam informações de seguimento sobre o término da terapêutica; outros 05 recusaram tomar as medicações). Dois trabalhadores/pacientes iniciaram os ARV antes da avaliação no centro de referência e mesmo sem o resultado do teste no PF. Considerando os trabalhos citados na introdução (4), que encontrou taxa de abandono entre 36% e 45%, esse estudo ora apresentado estimou a interrupção do tratamento em torno de 41%.

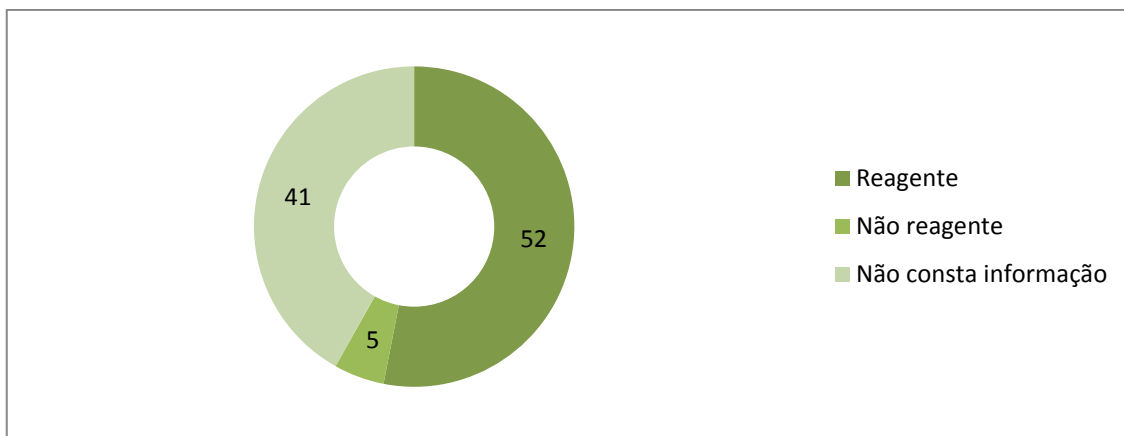


Gráfico 13. Resultados dos antiHBs dos trabalhadores acometidos pelo AMB. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.

Valorizando o quesito do gráfico acima (antiHBs), faz-se necessário um cruzamento com as informações sobre o status vacinal e a condição de positividade do paciente-fonte. Visa-se a prevenção do adoecimento pelo vírus da hepatite B, e caso haja uma possível lacuna deixando insegura a proteção para essa patologia, é indicada a imunoglobulina. Os dados do gráfico 6 (status vacinal), se aproximam das informações daqueles antiHBs reagentes quando foi verificado que estavam com os cartões de vacinação completos (apresentados ou informados no momento do atendimento), e possivelmente dentro dos 41 casos que não constavam dados sobre o antiHBs nos registros, podem estar inclusos naqueles que não constavam informações e/ou não sabiam informar seu status mais os sabidamente incompletos, que totalizaram 38 casos. Nessa amostra pesquisada, foram cinco exames reagentes para VHB nos pacientes-fontes, e recomendado o uso da imunoglobulina em seis trabalhadores acidentados.

Profilaxia para sífilis foi necessária em apenas um trabalhador.

Apesar de constar no protocolo assistencial, não foi identificada nenhuma informação nos registros dos prontuários analisados relativa à emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) para o sistema da previdência, ação essa “decorrente do diagnóstico de uma doença ocupacional ou dano relacionado ao trabalho” (39). Essa é uma obrigação do empregador, mas que também poderá ser feita pelo próprio trabalhador, sindicato ou autoridade pública.

5.3.3. Sequencial I

Até a finalização do caso com plena segurança de que não houve contaminação por algum vírus que necessite monitoramento a médio e longo prazo, a pessoa acidentada deve realizar as consultas e exames laboratoriais sorológicos sequenciadas conforme recomendação protocolar. Observa-se que há um relaxamento quando o paciente-fonte apresenta status sorológico negativo ou não reagente, e esse acompanhamento torna-se irregular pois esse trabalhador, que agora passa a ser o paciente, não retorna para as avaliações.

O seguimento clínico e laboratorial proposto pelo centro de referência é a realização da consulta com enfermeiros capacitados (orientação a cuidados locais, notificação, avaliação do risco de exposição, tipos de material biológico e da exposição) e a realização das sorologias para HIV, VHC e VDRL (marco zero, 45 dias, 90 dias e 180 dias), VHB (no marco zero e após 45/90/180 dias conforme resposta imune à vacina), HTLV e AntiHBs (marco zero). Ainda com relação a exames laboratoriais, recomenda-se realizar hemograma, determinar o valor de transaminases, ureia, creatinina e glicemia quando recomendada quimioprofilaxia. A consulta médica somente se faz necessária em situações especiais e nos casos do uso de quimioprofilaxia.

Apesar da recomendação e aprazamento das reavaliações executadas pelos profissionais que atenderam no centro de referência, o trabalhador/paciente acidentado retornou ao serviço com datas díspares em relação às programadas. Sendo assim, o gráfico 14 abaixo considera três retornos como base para esse seguimento sequencial, e depois a tabela 5 com os intervalos médios quando o paciente cumpriu três retornos e o fechamento do caso.

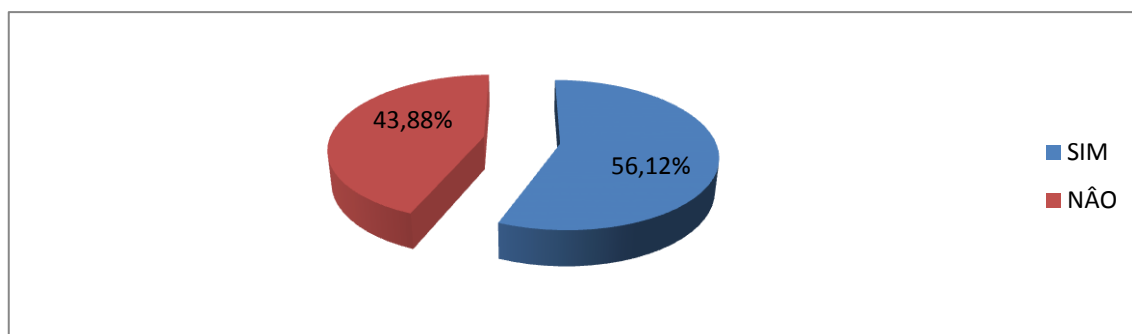


Gráfico 14. Presença dos trabalhadores nas consultas de retorno para seguimento dos AMB. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.

Há um significativo volume de trabalhadores/pacientes que não consta nenhum registro de retorno (43,88%), taxa bem acima do estudo de Ribeirão Preto/SP (8) que apresentou taxa de não seguimento de 23,3%. Um outro estudo no Hospital do Trabalhador em Curitiba/PR com um “n” maior (450 atendimentos realizados), foram analisados 114 prontuários que não retornaram para o monitoramento e também em 30 dias, perfazendo 25,3% (40). Ainda nesse Hospital, apenas 9,2% completaram todo o ciclo de monitoramento. Em nosso estudo, somente cerca de 3% dos casos foram registrados como fechados, porém, se agregarmos os casos em que foram solicitados os exames do terceiro retorno (o que poderia encaminhar para o fechamento), essa taxa sobe para 14% (gráfico 15).

Ressalta-se ainda, que no universo daqueles casos onde não constam registros de consultas de retorno, há os resultados dos exames do marco zero dentro dos envelopes dos prontuários mas sem sinalização de que os acidentados tenham sido informados (se por telefone, por exemplo, ou apenas o profissional assistente deixou de escrever no prontuário).

No gráfico 15, dentro daquele grupo dos 55 casos em que há registro dos seus retornos ao serviço, a maioria realizou o primeiro retorno, mas essa frequência foi decaindo até o fechamento definitivo do caso. Nesses retornos, seis trabalhadores fizeram apenas teste rápido e 49 seguiram com todos os exames recomendados.

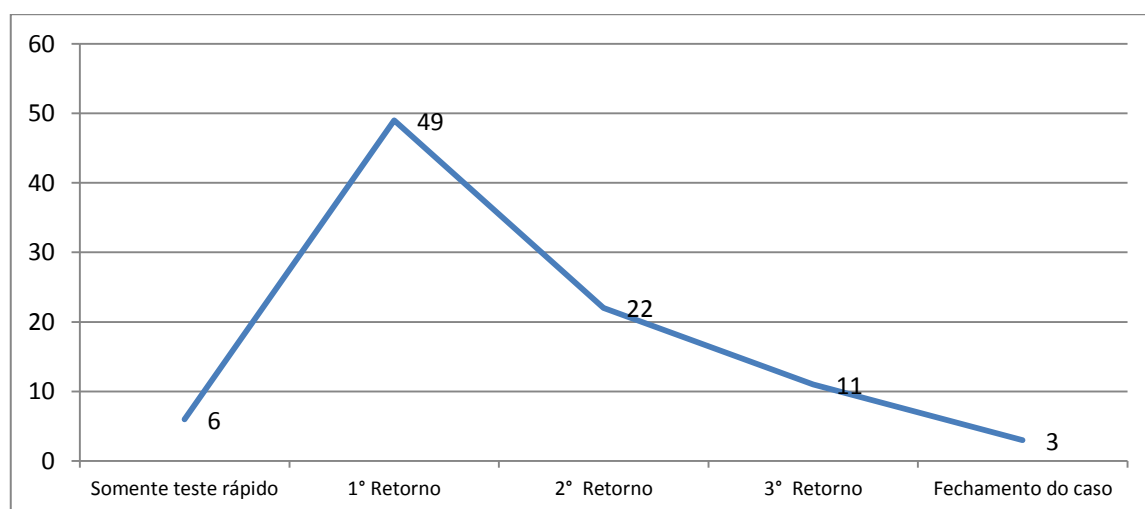


Gráfico 15. Cumprimento dos retornos protocolares recomendados no seguimento do AMB. CAAV – Vitória da Conquista, 2016.

Apesar de algumas observações escritas em prontuário sobre busca ativa dos pacientes, é possível que muitos tenham procurado outros serviços de saúde para conclusão do período de janela imunológica mas que não informaram ao centro de referência.

Da assistência prestada pelo CAAV, apesar das citações positivas quanto a um bom atendimento, os dados do quadro 5, abaixo, apontam uma baixa adesão na complementação para os todos os retornos, assim como uma grande variação de intervalos de tempo.

Quadro 5. Intervalo da realização das consultas de seguimento do trabalhador acometido por AMB. Vitória da Conquista, 2016.

Etapas das avaliações sequenciais dos trabalhadores acidentados			
Intervalo realizado	1º retorno (previsto 45 dias)	2º retorno (previsto 90 dias)	3º retorno (previsto 180 dias)
Até 8 dias	02	-	-
15 dias	05	-	-
30 dias	05	02	-
45 dias	23	-	-
60 dias	05	-	-
90 dias (3 meses)	02	05	-
4 meses	02	02	-
5 meses	-	03	-
180 dias (6 meses)	02	-	02
7 meses	-	06	03
8 meses	02	-	03
9 meses	01	02	01
10 meses	-	02	01
1 ANO	-	-	01
TOTAL	49	22	11

Fonte: prontuários do CAAV, Vitória da Conquista/BA

Ocorreu uma grande variação tendo como base os dias previstos e aprazados em todos os três retornos, com até um ano para que o paciente retornasse. No primeiro retorno (45 dias) houve uma maior regularidade no cumprimento desse intervalo (cerca de 47%), melhorando um pouco mais quando englobamos de 30 a 60 dias. Tiveram pacientes que só retornaram a primeira vez após 6 a 9 meses. Na distribuição para o segundo retorno e terceiro retornos, essa variação ainda foi mais significativa. Essa irregularidade pode elevar o risco de transmissibilidade viral e adoecimento pois não há certeza de não ter havido viragem sorológica.

5.3.4. Sequencial II – relativa às entrevistas

Ainda considerando 10% de entrevistas coletadas, essas foram bastante significantes. A repercussão mais prolongada de um AMB sobre a pessoa e o trabalhador pode ser

muito variada e abordada na perspectiva do impacto psíquico e comportamental (nas relações interpessoais sociais e no ambiente laborativo).

O cenário físico é um fator significativo para a análise da ocorrência de um AMB, porém a relevância para o fluxo assistencial é justamente como se comportam essas instituições nas medidas de biossegurança e também na informação referente aos passos que o trabalhador deverá tomar frente ao AMB. Abaixo as informações colhidas diretamente com o trabalhador pelo questionário da pesquisa.

Quadro 6. Informações sobre o conhecimento do trabalhador referente aos programas de monitoramento à saúde e segurança do trabalhador. Vitória da Conquista, 2016.

	Sabe se existe um programa de saúde ocupacional na sua instituição?			Conhece o fluxo assistencial após um AMB?		
	Sim	Não	Não sei 0	Sim	Não	Parcial
	09	0	0	04	04	01
TOTAL	09			09		

Nesse quadro 6, o trabalhador, de alguma maneira, sabe que existe um programa de monitoramento da saúde ocupacional na sua instituição. Contudo mais da metade não sabe ou sabe parcialmente como deveria proceder na sequência do fluxo assistencial após ocorrência de um AMB.

Na sequência ao AMB, é fundamental que o trabalhador tenha a quem procurar no sentido do apoio para orientação dentro do fluxo assistencial e partilhar seu sentimento inicial. Foram citados o enfermeiro de plantão, e os próprios colegas como referências dentro das instituições. Houve compartilhamento também com amigos, conjugues e familiares. Em outra citação, o entrevistado achou diferenciada a assistência que é prestada quando o médico se acidenta e quando o técnico de enfermagem se acidenta, referindo-se à celeridade mais efetiva e menos “burocracia” (no caso para um médico). As condutas no fluxo assistencial foram avaliadas conforme os gráficos abaixo, medidas pelo nível de segurança do trabalhador acidentado.

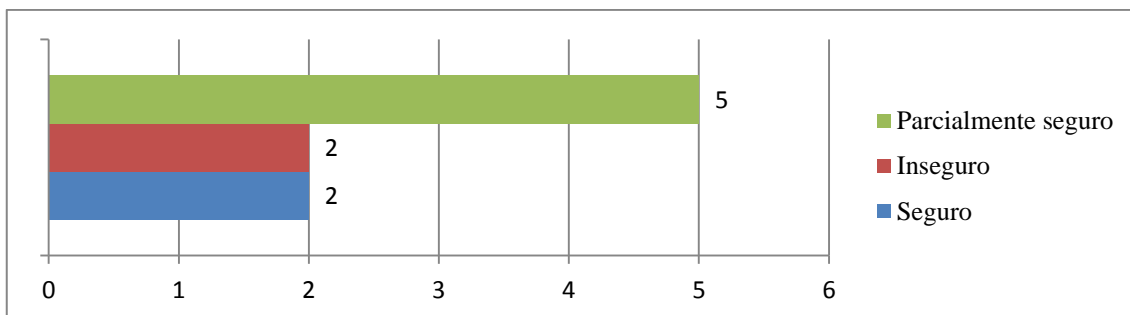


Gráfico 16. Sentimento de segurança do trabalhador quanto à conduta após o AMB na sua instituição de saúde. Vitória da Conquista, 2016.

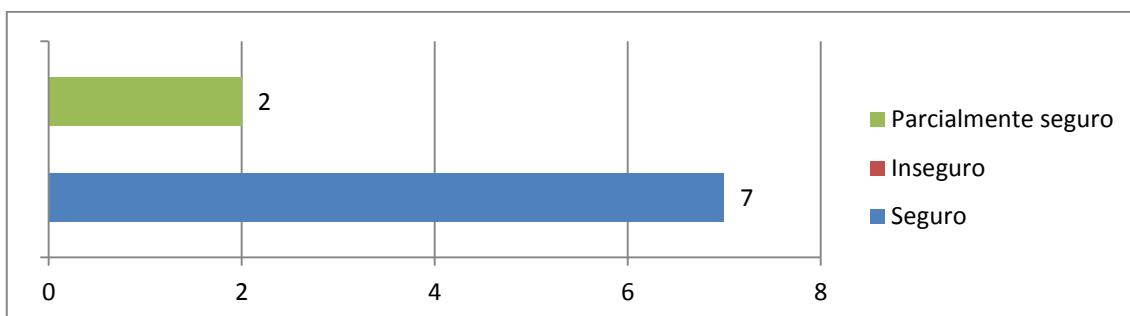


Gráfico 17. Sentimento de segurança do trabalhador quanto à conduta após o AMB no Centro de Referência. Vitória da Conquista, 2016.

Houve uma diferença significativa relativa ao nível de segurança do trabalhador quando assistido na instituição e depois no centro de referência. No seu ambiente laboral, mais da metade dos trabalhadores sentiram-se inseguros ou parcialmente seguros (“...*não deram importância...*”; “...*foi a noite...*”; “...*eu tinha apenas o conhecimento da época da faculdade...*”; “...*o técnico de segurança me orientou, mas tive que ir ao CAAV sozinha...*”; “...*esse foi meu o segundo acidente, já conhecia melhor, pois no primeiro estava completamente perdida... tinha pouca informação...*”). Aqueles outros que se consideraram seguros, colocaram que o acompanhamento presencial de uma pessoa da sua instituição até o centro de referência, o fato de conhecer tanto os procedimentos sequencias quanto ao paciente que estava sendo assistido, e ao reconhecer alguém que trabalhava no centro de referência, contribuíram positivamente.

No centro de referência, todos tiveram o sentimento de segurança parcial ou total (maioria), e ninguém se sentiu inseguro nessa amostra estudada. Os entrevistados enalteciam a segurança no suporte técnico e no apoio emocional e psicológico. (“...*no CAAV foi perfeito...*”; “...*eu não conhecia o CAAV...*”). Contudo, há relatos de um nível

de tensão mais elevado até o resultado dos testes laboratoriais e também no aconselhamento de quimioprofilaxia. O uso ou não do antirretroviral foi o principal motivo de sentirem-se parcialmente seguros. Duas situações: a primeira, mesmo quando não indicada, e ficava facultado ao acidentado a opção de tomar ou não a medicação; a segunda, quando houve a indicação, a pessoa optou não tomar devido aos efeitos colaterais e também justificando que “...muita gente não quer fazer a medicação...”. Esse último ponto fica clara a influência do senso comum do não usar, necessitando que os profissionais assistentes sejam persuasivos no convencimento.

É fato que o impacto inicial no momento da ocorrência (nesse caso o acidentado está na instituição) tende a ser mais intenso no seu local de trabalho, mas o seu conhecimento prévio do que deva ser feito e o suporte imediato deveriam a amenizar mais essa tensão e insegurança iniciais.

No item 5.3.1 (Imediata I) é citado genericamente expressões e sentimentos logo em seguida à ocorrência, porém amenizadas com os resultados laboratoriais negativos no fluxo assistencial. Isso é um ponto crucial e pode ter sido um motivo preponderante para o não comparecimento para seguimento do acidentado até a finalização protocolar do caso. No momento das entrevistas, foi claramente percebida uma preocupação das pessoas quando abordadas e perguntadas se finalizaram o atendimento conforme a recomendação do centro de referência. Mesmo com a explicação do teor da pesquisa e do TCLE, algumas falas foram marcantes durante as entrevistas: “...doutor, está tudo bem mesmo? Esse incidente foi há dois anos...”; “...poxa, agora me preocupei...”; “até há pouco tempo pensava na janela com medo de não ter tomado o coquetel...”. Essas citações mostram que mesmo passado algum tempo, há um resgate mental daquela ocorrência com o pensamento de aquela ocorrência está inacabada, marcadamente nos trabalhadores que por algum motivo não finalizou o caso.

Numa fase mais posterior, o comportamento e atitudes nas suas rotinas laborais foram as principais citações:

- “...toda coleta eu lembro que pode acontecer outra vez, hoje eu tenho essa visão...”
- “...presto mais atenção no trabalho...”
- “...não uso mais luva de outro tamanho...”
- “...verifico mais os ajustes de equipamentos e de conexões onde circulam fluidos...” – referindo-se aos drenos e traqueostomias.

6. Conclusões

De acordo com os objetivos propostos, mostrou-se evidente que as pessoas acometidas pelo AMB foram, em sua maioria, do sexo feminino e do setor de enfermagem. Destaque para os estudantes, principalmente da odontologia, visto o grande número de instituições no município. Os trabalhadores em geral estavam atuando mais nos hospitais no momento da ocorrência ao se envolverem com processos de trabalho que continham instrumentos perfuro, mesmo que os mais diversos, merecendo uma menção às agulhas de insulina muitas vezes utilizadas para coleta de glicemia capilar e uma atenção especial para o instante reservado ao descarte ou limpeza daquele instrumental. Não houve diferença significativa entre esses hospitais, se público ou privado, porém, ao considerarmos a totalidade dos tipos de instituições, uma expressiva parte delas não realizou o encaminhamento ao centro de referência com a devida formalização protocolar (descrição do acidente, suporte inicial prestado), o que ajudaria bastante na tomada de decisão e amenizaria o sentimento de insegurança do trabalhador acidentado. Ainda assim, mesmo sem o protocolo, esse trabalhador teve tempo hábil para usufruir com segurança da quimioprofilaxia. Contudo, uma parte dele perdeu essa oportunidade por ter sido assistido com mais de 72h após o AMB.

Quando no acesso ao centro de referência, para os acidentados foram oferecidos os exames necessários conforme recomendado no protocolo nacional (testes rápidos e/ou no marco zero referencial e sequencial), e sentiram muito bem acolhidos e apoiados, ao contrário quando esse suporte vem da instituição onde trabalha. Foi visto que o trabalhador reconhece a existência de um programa ocupacional, mas uma parte declara não saber se conduzir adequadamente diante de um AMB.

Muitos pacientes fonte (PF) foram desconhecidos, gerando uma maior insegurança nas decisões dos envolvidos, mas felizmente, só uma pequena parte dos PF apresentaram-se exames reagentes a alguma das patologias habitualmente investigadas nas recomendações do protocolo analisado. Nesse particular, apesar de ser uma condição positiva, mas que passa a contar o destino, visto que um parcela considerável desses acidentados não fazem o seguimento recomendado até finalização do caso. E mesmo com uma reduzida necessidade do uso de quimioprofilaxia ARV, de imunoglobulina ou profilaxia para sífilis, ainda foi preocupante o abandono dessa intervenção.

A estratégia principal desse estudo no sentido da compreensão dos entraves enfrentados pelo profissional que sofreu um AMB, foi traçar como se processa o fluxo assistencial sendo o profissional acidentado o centro da questão – o trabalhador que pode virar paciente na execução da sua tarefa. Apontar os nós, e ter ferramentas com evidências para mudar a realidade, após uma ocorrência, melhorando as estratégias de monitoramento biológico das instituições, sempre envolvendo o trabalhador com informações para o entendimento e sugestões dele próprio como vítima, de como melhor ser conduzido nesse fluxo assistencial. Ter sempre em foco que o objetivo precípuo é evitar a contaminação por doenças infecto contagiosas.

Foram encontrados, para um mesmo trabalhador, mais de uma ocorrência registradas em outros anos.

Não foi proposto nesse estudo, a avaliação dos esquemas terapêuticos antirretrovirais.

7. Recomendações

A conclusão exposta acima está complementada com algumas recomendações nos seguintes aspectos:

7.1. Gerenciais

- Importância do monitoramento ocupacional sob responsabilidade das instituições (PPRA e PCMSO);
- Necessidade da participação dos trabalhadores na construção de uma parte desse programa, nesse caso, no encaminhamento dentro fluxo assistencial, principalmente ouvindo as pessoas que já sofreram um AMB;
- Informação constante ao trabalhador de como proceder após um AMB, verificando a sua compreensão, visto que muitas vezes só passou a conhecer após a ocorrência, gerando uma maior tensão psíquica;
- Enfatizar a informação ao trabalhador sobre importância e necessidade de cumprir todas as etapas do fluxo assistencial até a finalização do caso, e quando necessário, traçar estratégias de busca ativa (tanto pela instituição, quanto pelos centros de referência);
- Atenção na manutenção dos equipamentos e fornecimento de material e ferramentas de trabalho melhor adequadas às necessidades operativas quanto àquelas de uso pessoal;

- Condução assistencial igualitária a todos os trabalhadores após um AMB, independente da sua condição funcional e hierárquica dentro do sistema (houve referências à facilitação no caso de médicos);
- Fazer com que o trabalhador acidentado sinta-se apoiado pela sua instituição, determinando sempre uma pessoa de referência que o acompanhe em todo o processo do fluxo, valorizando o apoio dos colegas e melhorando as relações interpessoais no trabalho;
- Avaliar estratégias para descentralizar a realização dos testes rápidos e a realização dos exames do marco zero para as instituições, assim como a liberação do uso da quimioprofilaxia após identificar profissionais que possam ser capacitados para essa atividade;
- O Centro de Referência dessa região (CAAV) foi indicado como uma organização que conduz de maneira a dar segurança ao trabalhador acidentado e aplicar o protocolo dentro dos padrões recomendados nacionalmente, adotando recomendações adicionais conforme as necessidades locais;

7.2. Dos registros da ocorrência

- Sempre encaminhar ao centro de referência com um protocolo e informações da ocorrência e da assistência inicial pela instituição de origem, inclusive com a devida identificação da autorização do paciente-fonte consentindo a coleta dos exames em si;
- Melhorar o detalhamento descritivo do AMB, assim como do processo de trabalho envolvido em cada caso, visto que há uma grande diversidade de tipos de situações entre as ocorrências, facilitando as possíveis mudanças nesse processo;

7.3. Do comportamento do trabalhador

- Sempre cumprir as rotinas de biossegurança, mesmo que haja variação no processo de trabalho ou imposição hierárquica, utilizando sempre o EPI recomendado;
- Importância em realizar todas as etapas das consultas e exames laboratoriais no fluxo assistencial recomendado;

7.4. Do envolvimento intersetorial/multidisciplinar

- Todos os casos que foram encaminhados ao CAAV com protocolos registrados não há descrição sobre a decisão de indicação de PEP, deixando a responsabilidade dessa decisão para o centro de referência.

- Melhorar a interlocução com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), estabelecendo o papel contributivo dessa instituição quanto a vigilância à saúde do trabalhador (aprofundar o conhecimento dos processos de trabalho envolvidos nas ocorrências, visitas no ambientes de trabalho, análise dos programas de monitoramento ocupacional da saúde e segurança), emissão da CAT;

- Estabelecer parâmetros na ocorrência e no atendimento que facilitem a identificação de casos que possam necessitar de atendimento médico ou psicológico, procurando extrapolar a questão puramente técnica;

Pode-se afirmar que as questões gerenciais, principalmente a partir das instituições foram as variáveis mais implicadas nos entraves dentro do fluxo assistencial, e que as intervenções devam se concentrar especialmente na melhoria da qualidade do monitoramento ocupacional e também no seguimento. O serviço público deverá estar envolvido, sendo a vigilância à saúde do trabalhador a sua estratégia que mais se aproxima do ideal.

Referências Bibliográficas

1. Maeno M, Carmo JC. Saúde do Trabalhador no SUS. 1ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.
2. Brasil. Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº8080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 1990 set 20; Seção 1. P.18055 (Publicação Original).
3. Bernardo MH, Garbin AC. A Atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2011 [acesso em 2017 dez 29]; 36(123). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100010
4. Brasil. Ministério da Saúde. Exposição a materiais biológicos. Saúde do Trabalhador – protocolos de complexidade diferenciada 3. Brasília, 2006. P.06.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2008. P.06.
6. Girianelli, VR; Rietra, RCP. Adesão ao programa de prevenção de acidente com material biológico. *Anais...* Belo Horizonte: ABIH, 2002 apud (4).
7. Carvalho, VG et al. Perfil de aderência ao controle/seguimento após acidente com material biológico em um Hospital Universitário. *Revista HCPA*, [S.l.], v. 22, p. 254, 2002. Suplemento apud (4).
8. Marziale MPH, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2004 janeiro-fevereiro [acesso em 2018 jan 14]. 12(1): 36-42. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000100006&script=sci_abstract&tlng=pt.
9. Brasil. Presidência da República. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União (DOU). 1990 dez 31; Seção 1 – p. 25694 (Publicação Original).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) – NOB 1/96. Brasília. Diário Oficial da União. 1996 nov. 134(216); Seção1, p. 22932-22940.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial. Brasília, 1997. P.15.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.925 de 13 de novembro de 1998. Manual para Organização da Atenção Básica no SUS. Brasília. Diário Oficial da União. 1998 nov 13.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120 de 01 de julho de 1998. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília. DOU 124. 1994 jul 14; Seção 1.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.908 de 30 de outubro de 1998. Norma Operacional de Saúde do Trabalhador. DOU 215. 1998 nov 10.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002. Brasília. 2002 fev; 139(40). P.52-68.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST. DOU. 2002 set 20; Seção 1. p.80.
17. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 656 de 20 de setembro de 2002. Normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 777 de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no SUS. DOU 81. 2004 abr 29; Seção 1.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437 de 07 de dezembro de 2005. Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST. DOU. 2005 dez 09; Seção 1.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). DOU. 2009 nov 12; Seção 1. P. 7577.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. DOU. 2012 ago 24; Seção 1.p. 46.

22. Galon T, Marziale MHP, Souza WL. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes. Rev. Bras. Enferm. 2011 [acesso em 2019 fev 10]; 64(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100023
23. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n° 1.748 de 30 de agosto de 2011. Atualização da Norma Regulamentadora n° 32 – NR32. DOU. 2011 ago 31.
24. Brasil. Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas. Biossegurança e transgenia – Coleção Ambiental. Brasília, 2011. p.22.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 236 de 02 de maio de 1985.
26. Brandão Junior, PS. Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. [acesso em 2018 jan 14]. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5409>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. História da AIDS. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. [acesso em 2019 fev 10]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antiretroviral pós-exposição de Risco para Infecção pelo HIV – PDCT. Brasília, 2015.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços. Brasília, 2008.
30. CAAV (Centro de Atenção e Apoio à Vida). Fluxo de Atendimento e conduta pós-acidente com exposição a Fluidos Biológicos. Vitória da Conquista, 2018.
31. Verçosa RCM, Monteiro VGN, Ferreira FAZ. Acidentes com perfuro cortantes entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. Revista de Enfermagem UFPE [on line]. 2014. [acesso em 2019 abr 08]; 8(4): 864-871. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9754/9873>.
32. Domingues JN et al. Desfechos de acidente de trabalho com exposição a agentes biológicos. Journal of Human Growth and Development – Rev. bras. Crescimento

- desenvolv. Hum. 2014. [acesso em 2019 abr 08]; 24(3). 10p. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822014000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
33. Vieira M, Padilha MI, Pinheiro RDC. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011. [acesso em 2019 abr 08]; 19(2). 8telas. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_15.pdf
 34. Lages SMR, Santos AF, Junior FFS, Costa JG. Formação em Odontologia: o papel das instituições de ensino na prevenção do acidente com exposição ao material biológico. Cienc Trab. 2015 [on line] [acesso em 2019 abr 09]; 17(54). Disponível em https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-2449201500030000
 35. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde - tipo de estabelecimento. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. [acesso em 2019 fev10]; Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm
 36. Santos LSV, Alves SB, Sousa ACS, Tipple AFV, Mendonça KM. A imunização dos profissionais de saúde: uma reflexão necessária. Rev. Min. Enferm. 2010 [acesso em 2019 abr 09]; 14(4): 595-601. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/155>.
 37. Marques ACG et al. Caracterização de acidentes com exposição a material biológico em um hospital público. Rev Pesq Saúde. 2014. [acesso em 2019 abr 09]; 15(3): 364-367. Disponível em <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/3661>.
 38. Donatelli S, Vilela RAG, Almeida IM, Lopes MGR. Acidente com material biológico: uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho. Estudo realizado para obtenção do grau de Mestre. Cumprido no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, 2011 a 2013.
 39. Ministério da Saúde (BR). Doenças relacionadas ao trabalho – manual de procedimentos para serviço de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
 40. Sarquis MLM et al. A adesão ao protocolo de monitoramento biológico entre trabalhadores de saúde. Cienc. enferm. Ago/2009 [acesso em 2017 dez 29]; 15(2): 107-113. Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n2/art11.pdf>

Anexos



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

**Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa
(IHMT/UNL)
e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo atende à Resolução 466/2012. Tem por finalidade o esclarecimento do participante sobre a pesquisa para tese de mestrado intitulada **ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO: CARACTERIZAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE O FLUXO ASSISTENCIAL - Estudo piloto, Vitória da Conquista, Brasil**, sob a responsabilidade do pesquisador **Alberto Lima Ferreira** (mestrando da IHMT/UNL e UESB) e orientação da professora **Rosa Teodósio** (IHMT/UNL).

INFORMAÇÕES AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral conhecer a percepção dos trabalhadores da saúde acidentados com material biológico em relação ao fluxo de assistência pós exposição, e como objetivos específicos conhecer o protocolo de monitoramento biológico na rede de atenção à saúde pós exposição biológica, e identificando a percepção dos indivíduos acidentados sobre os aspectos psicofísicos decorrentes dessa exposição na sua trajetória da rede assistencial.

As informações fornecidas por você se somarão àquelas já coletadas durante a assistência no Centro de Apoio e Atenção à Vida (CAAV), contribuindo para

aperfeiçoar o suporte prestado ao acidentado, além das ações da gestão e das instituições de saúde prestadoras desse serviço.

As perguntas constarão de respostas objetivas e outras serão abertas e gravadas, visando facilitar o registro e a compilação posterior durante a análise. Esclareço que a sua participação nesta pesquisa não trará prejuízos a você. A realização da pesquisa busca minimizar a possibilidade de riscos e desconfortos, no entanto, o fato de ser empregado o gravador para registro da sua fala, poderá lhe gerar algum desconforto, especialmente, no início da entrevista. Ainda assim, conforme a resolução 466/2012, *“toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas”*. Nessa minha pesquisa: riscos ao trabalhador/paciente (caso não seja mantido o sigilo proposto nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), há possibilidade de exposição da sua condição de portador de doença infecto-contagiosa); benefícios (sua participação irá gerar conhecimento sobre entraves assistenciais, assim como da percepção dos sentimentos dos indivíduos, trazendo ferramentas para mudança dos processos de trabalho, com melhor suporte aos trabalhadores no caso da ocorrência de novos acidentes).

Não haverá compensação financeira por sua participação na presente pesquisa, sendo a sua participação de caráter voluntário.

Você terá assegurada a liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, mesmo que inicialmente tenha concordado, sem que isto lhe gere qualquer prejuízo. Você poderá esclarecer suas dúvidas, mesmo àquelas que apareçam durante o desenvolvimento da pesquisa, sendo garantido a você o comprometimento do pesquisador em respondê-las. Todos os dados colhidos serão tratados com total sigilo e serão utilizados apenas para fins de construção científica. Seu nome e da instituição na qual trabalha não serão revelados e somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso aos dados coletados.

Você terá total liberdade para responder ou não aos questionamentos, enfatizando que não existem respostas certas ou erradas. Terá ainda assegurado o direito de não ser identificado e ter sua privacidade preservada e a garantia de que receberá uma via do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para tanto, esse TCLE será elaborado em duas vias, ambas rubricadas em todas as páginas e

assinadas pelo pesquisador responsável e pelo participante da pesquisa. É garantido total anonimato.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____

RG: _____, residente e domiciliado à

_____, na cidade

de _____, estado da Bahia, abaixo assinado, depois de

conhecer os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa,

bem como de estar ciente da necessidade de minha fala, especificado no Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, por meio do presente termo,

o pesquisador do projeto de pesquisa intitulado “**ACIDENTE COM MATERIAL**

BIOLÓGICO: CARACTERIZAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES

SOBRE O FLUXO ASSISTENCIAL - Estudo piloto, Vitória da Conquista,

Brasil”, a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das

partes. Após ter recebido as informações sobre esta pesquisa e seus objetivos, concordo

em participar da mesma. Autorizo, para os devidos fins, o uso, a divulgação e a

publicação dos dados e resultados obtidos por meio do relatório final da pesquisa e em

outras publicações científicas. Após ter lido todas as informações sobre a pesquisa e ter

esclarecido as minhas dúvidas, concordo em participar desta.

Assim, por estar de pleno acordo com o presente termo, assino abaixo o mesmo.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu apresentei a cada participante da pesquisa as informações contidas no TCLE, para que entendam os aspectos do estudo, riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Vitória da Conquista, Data: ___/___/___

Assinatura do Pesquisador

**Em caso de dúvidas, entrar em contato com:
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Alberto Lima Ferreira

Av. Braulino Santos, 1125 apto 401. Candeias

Vitória da Conquista – Bahia – CEO 45028170

Fone: (77) 98819-2929

E-mail: albertol_ferreira@yahoo.com.br

ORIENTADORA

Professora Rosa Teodosio

E-mail: RosaTeo@ihmt.unl.pt

CEP/UESB- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RUA JOSÉ MOREIRA SOBRINHO, S/N - UESB

JEQUIÉ (BA) - CEP: 45206-190

FONE: (73) 3528-9727 / E-MAIL: cepuesb.jq@gmail.com

Ana Angélica Leal Barbosa (coordenadora)

Curso de Medicina – Vitória da Conquista/BA

(77)3425-9352



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

**Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa
(IHMT/UNL)
e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)**

TERMO DE INFORME ÀS INSTITUIÇÕES

Esse termo tem por finalidade o esclarecimento a essa instituição de saúde (_____) sobre a pesquisa para tese de mestrado intitulada **ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO: CARACTERIZAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE O FLUXO ASSISTENCIAL - Estudo piloto, Vitória da Conquista, Brasil**, sob a responsabilidade do pesquisador **Alberto Lima Ferreira** (mestrando da IHMT/UNL e UESB) e orientação da professora **Rosa Teodósio** (IHMT/UNL).

SOBRE A PESQUISA

Essa pesquisa que tem como objetivo geral conhecer a percepção dos trabalhadores da saúde acidentados com material biológico em relação ao fluxo de assistência pós exposição, e como objetivos específicos conhecer o protocolo de monitoramento biológico na rede atenção à saúde pós exposição biológica, analisar o cumprimento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (Ministério da Saúde, 2015), e identificar a percepção dos indivíduos acidentados sobre os aspectos psicofísicos decorrentes dessa exposição na sua trajetória da rede assistencial.

As informações serão fornecidas pelo(a) trabalhador(a) acidentado(a) que foi atendido no Centro de Apoio e Atenção à Vida (CAAV) após adesão ao Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contribuindo para aperfeiçoar o suporte prestado ao acidentado, além das ações da gestão das prestadoras desse serviço.

Esclareço que esta pesquisa não trará prejuízos a sua instituição, pois será mantido o total sigilo das informações colhidas, e o nome do trabalhador e da instituição na qual trabalha não serão revelados e somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso aos dados coletados.

Tão logo concluída a pesquisa, enviaremos uma cópia a cada instituição para o conhecimento e possível suporte às ações referente aos acidentes por perfuro cortantes.

Atenciosamente, agradeço antecipadamente sua compreensão e apoio,

Vitória da Conquista, _____ de _____ de 2018.

Alberto Lima Ferreira – Médico CREMEB 11050

Docente do Curso de Medicina da UESB

Pesquisador do IHMT/UESB

Em caso de dúvidas, entrar em contato com:

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Alberto Lima Ferreira

Av. Braulino Santos, 1125 apto 401. Candeias

Vitória da Conquista – Bahia – CEO 45028170

Fone: (77) 98819-2929

E-mail: albertol_ferreira@yahoo.com.br

ORIENTADORA

Professora Rosa Teodosio

E-mail: RosaTeo@ihmt.unl.pt

CEP/UESB- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RUA JOSÉ MOREIRA SOBRINHO, S/N - UESB

JEQUIÉ (BA) - CEP: 45206-190

FONE: (73) 3528-9727 / E-MAIL: cepuesb.jq@gmail.com

Ana Angélica Leal Barbosa (coordenadora)

Curso de Medicina – Vitória da Conquista/BA

(77)3425-9352



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

**Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa
(IHMT/UNL)
e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)**

QUESTIONÁRIO

Identificação

Número do entrevistado _____

Idade: _____ Sexo: _____ Grau de escolaridade: _____ Função: _____

Tempo na função: _____

Instituição de trabalho: _____

Perguntas

1. Sua instituição possui um programa de monitoramento ocupacional para exposição biológica? Sim() Não() Não sei()

2. Conhece como é o encaminhamento protocolar após o acidente na sua instituição? Sim() Não()

3. Quando ocorreu o acidente (mês)?

4. Como foi o fato?

5. Comunicou o fato a sua instituição em quanto tempo? Por que?

6. A quem mais informou essa ocorrência? Não() Por que? Colegas de trabalho() Namorado(a)/Companheiro(a)/Conjuge() Amigos() Outros()

Por que?

8. Em quanto tempo recebeu assistência? Imediata() Em até 24h() Em até 48h()

Em até 72h() Acima de 72h()

9. A fonte da possível contaminação era conhecida? Sim() Não()

Foi possível testá-la? Sim() Não()

10. Seu estado sorológico foi testado?

11. Você necessitou quimioprofilaxia? Sim() Não() Sentiu-se seguro (a) frente à conduta?

11. Como foi o encaminhamento para a assistência em seu caso?

12. Dificuldades Encontradas:

Horário de atendimento: Sim () Não(); Compreendeu o que deveria fazer? Sim() Não(); falta de horário para fazer a quimioprofilaxia? Sim() Não(); Outras questões_____

13. Sentiu-se apoiado e seguro com a assistência no aspecto emocional? Se positivo, resalte os principais pontos. Se negativo, o que poderia ter sido feito.

14. Sentiu-se seguro com a assistência no aspecto técnico? Se positivo, resalte os principais pontos. Se negativo, o que poderia ter sido feito.

15. Seguiu as recomendações protocolares até a finalização do caso?

16. Como se sentiu após essa exposição e quais foram suas principais preocupações?

17. O que isso mudou no seu dia a dia? Alterou seu comportamento? Como? (trabalho, família, relações sociais, estado psíquico pessoal).