

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NÉRI LÚCIA DOS SANTOS SOLHEID

CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE DIRETRIZES PARA OS ACIDENTES
DE TRABALHO COM O MATERIAL BIOLÓGICO

CURITIBA

2014

NÉRI LÚCIA DOS SANTOS SOLHEID

CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE DIRETRIZES PARA OS ACIDENTES
DE TRABALHO COM O MATERIAL BIOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção parcial do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Maria Mansano Sarquis

CURITIBA

2014

A **Deus**, por ter-me iluminado em toda minha trajetória!

Aos meus pais, **Niquelson e Nancy**, a minha família, ao meu esposo **Carlos** que, de forma especial e carinhosa me deram força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades e aos meus filhos **Bruno, Juliana e Marina** que me inspiram em continuar a crescer cada vez mais e mais.

Aos amigos **Rafael, Francisco, Ivonete, Rosicler, Adeli** e **colegas**, pelo incentivo e pelo apoio constante.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, **Profª Drª Leila Maria Mansano Sarquis**, pelo apoio e estímulo; pela confiança, compreensão e dedicação nesta caminhada, sobretudo por ter me acolhido e encorajado a superar meus limites e minhas dificuldades.

À **Profª Drª Zenith Rosa Silvino**, por ter aceitado participar da minha banca e realizar contribuições valiosas na concretização deste estudo.

Aos **membros do Grupo de Estudo Multiprofissional da Saúde do Adulto (GEMSA)** da Universidade Federal do Paraná, pelas contribuições e pelo investimento ao desenvolvimento dos pesquisadores.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional de Enfermagem** e aos demais docentes do curso, pelo apoio e ensinamentos.

Aos membros da **Comissão Gestora Multidisciplinar de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes (CGMPAP)** pelo trabalho e contribuições.

Ao **Serviço de Epidemiologia do Hospital de Clínicas** pelo apoio na coleta de dados e companheirismo.

E, por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste estudo.

“É justamente a possibilidade de realizar um sonho que torna a vida interessante”.

Paulo Coelho

RESUMO

Os trabalhadores da área da saúde se expõem diariamente a vários riscos no seu ambiente de trabalho, podendo ocasionar os acidentes de trabalho. Nesta pesquisa foi enfocado o acidente de trabalho com material biológico por apresentar o risco em contrair doenças transmissíveis que acarretam vários danos ao trabalhador. Esta pesquisa teve como objetivo geral estabelecer diretrizes frente à exposição biológica nos acidentes de trabalho, como objetivos específicos determinar o perfil dos acidentes de trabalho com exposição biológica; diagnosticar os problemas relacionados à exposição biológica; construir diretrizes para o enfrentamento dos problemas levantados; e, implementar as diretrizes no programa informatizado do referido cenário. Trata-se de uma pesquisa-ação de abordagem qualitativa, composta por 4 fases, delimitada pelo método proposto por Thiollent, composta por amostra de onze membros da Comissão Gestora Multidisciplinar de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes. A coleta de dados ocorreu nas fases I e II da pesquisa-ação. Na fase I, foi realizado o diagnóstico dos acidentes de trabalho com material biológico com dados secundários fornecidos pelo Serviço de Epidemiologia do Hospital, dados retirados do SINAN referentes ao período de setembro de 2010 a setembro de 2013, bem como a realização de um seminário para a apresentação da pesquisa aos membros da referida comissão. Na fase II foram realizados 3 seminários de planejamento para a construção coletiva das diretrizes. Na fase III, fase de ação, foi realizada a divulgação das diretrizes, na comunidade hospitalar, por meio de reuniões, pelo correio eletrônico, pelo boletim informativo mensal e pela página do hospital na intranet. Na fase IV foi realizado o seminário de avaliação de todo o processo proposto. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática de Bardin. A partir das categorias foi possível discutir sobre os problemas relacionados à exposição biológica, estruturar diretrizes e avaliar sua forma de aplicação, coletivamente. A pesquisa-ação possibilitou a compreensão do acidente de trabalho com material biológico e suas implicações, permitiu a construção do consenso das diretrizes, contribuindo para a produção de conhecimentos, confirmando a necessidade e a importância de mudanças nos processos de trabalho e o comprometimento da instituição na promoção da saúde do trabalhador. Conclui-se que são necessárias novas pesquisas, principalmente, relacionadas à avaliação das diretrizes e do conhecimento do trabalhador acerca do acidente com materiais biológicos.

Palavras-chave: Acidentes de Trabalho; Exposição Ocupacional; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Workers in the health field are exposed daily to various risks in their work environment, which may cause accidents at work, this research was focused on the accident involving biological material present risk contracting diseases that cause severe damage to the worker. This research aimed to establish opposite biological exposure guidelines in workplace accidents, specific objectives determine the profile of occupational accidents with biological exposure; diagnosing problems related to biological exposure; building guidelines for addressing the problems raised and implement guidelines on computerized program such a scenario. This is an action research qualitative approach, consisting of four phases outlined by the proposed Thiollent, the sample comprised of eleven members of the Management Committee Multidisciplinary Accident Prevention with Sharps method. Data collection occurred in phases, I and II of action research. In phase I, the diagnosis of occupational accidents with biological material with secondary data provided by the Department of Hospital Epidemiology, data from the Sinan for the period from September 2010 to September 2013 was conducted, as well as conducting a seminar for the presentation of research to members of the committee. In three Phase II planning seminars for the collective development of the guidelines were made. In phase III, the action phase release of the guidelines was held in the hospital community through meetings, by mail, the monthly newsletter and the hospital's intranet page. In phase IV the seminar evaluation of all proposed process was conducted. Data were analyzed using the technique of content analysis, the thematic Bardin. From the categories was possible to discuss the problems related to biological exposure and structure collectively, guidelines and assess your application form. The action research allowed the understanding of the accident with biological material and its implications, allowed the construction of consensus guidelines, contributing to the production of knowledge, confirming the need and the importance of changes in work processes and the commitment of the institution in promoting the health of workers. We conclude that the new research, especially related to the evaluation guidelines and the knowledge worker about the accident with biological materials is necessary.

Keywords: Accidents at work; Occupational exposure; Worker health.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- NÚMERO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM FLUIDOS BIOLÓGICOS POR SEXO.PARANÁ.BRASIL, 2007- 2010.....	24
TABELA 2- NÚMERO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM FLUIDOS BIOLÓGICOS. PARANÁ. BRASIL 2010- 2012.....	25
TABELA 3 - OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO NOTIFICADOS NO SINAN CONFORME O SEXO, IDADE/FAIXA ETÁRIA, GRAU DE ESCOLARIDADE E OCUPAÇÃO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA. BRASIL 2014	46
TABELA 4 - A FREQUÊNCIA DO USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO CURITIBA. BRASIL.2014.....	47
TABELA 5 - SITUAÇÃO VACINAL PARA HEPATITE B EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA. BRASIL.2014	47
TABELA 6 - AGENTE CAUSADOR DE ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO BIOLÓGICA EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA. BRASIL 2014.....	47
TABELA 7 - OCORRÊNCIA DO TIPO DE EXPOSIÇÃO E MATERIAL BIOLÓGICO ENVOLVIDO NOS ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO NOTIFICADOS NO SINAN EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA. BRASIL. 2014	48
TABELA 8 - OCORRÊNCIA DO PACIENTE FONTE QUANTO AO STATUS SOROLÓGICO, A SITUAÇÃO VACINAL CONTRA A HEPATITE B E O STATUS SOROLÓGICO DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA. BRASIL, 2014.....	49
TABELA 9- FREQUÊNCIA DA INDICAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA, O USO DE PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PPE) E EVOLUÇÃO DE CASO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA. BRASIL, 2014.....	50

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – FASE EXPLORATÓRIA.....	35
FIGURA 2 – FASE PRINCIPAL.....	37
FIGURA 3 – FASE DE AÇÃO	38
FIGURA 4 – FASE DE AVALIAÇÃO	40
FIGURA 5 – ESQUEMATIZAÇÃO DAS DIRETRIZES NO ATMB	63
QUADRO 1 – ETAPAS DA FASE PRINCIPAL DA PESQUISA	36
QUADRO 2 – PONTOS A SEREM AVALIADOS	39
QUADRO 3 – DESENVOLVIMENTO DOS SEMINÁRIOS DA FASE II	51
QUADRO 4 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS UNIDADES, CATEGORIAS EMPÍRICAS, SUB-CATEGORIAS EMPÍRICAS E PROPOSTAS SEGUNDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, 2014.....	52

LISTA DE SIGLAS

AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ATMB	- Acidente de Trabalho com Material Biológico
CAISS	- Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde do Servidor
CAT	- Comunicação de Acidente de trabalho
CBO	- Classificação Brasileira de Ocupações
CDC	- <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEREST	- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGMPAP	- Comissão Gestora Multiprofissional de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes
CID	- Código Internacional de Doenças
CIPA	- Comissões Internas de Prevenção de Acidentes
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	- Código Nacional de Atividade Econômica
CODIR	- Colegiado da Direção
COSAT	- Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador
DAS	- Diretoria de Assistência
DEPE	- Diretoria de Ensino e Pesquisa
EPI	- Equipamentos de Proteção Individual
GEMSA	- Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto
GM	- Gabinete do Ministro
HBV	- Vírus da Hepatite B
HCV	- Vírus da Hepatite C
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IGHHBV	- Imunoglobulina para a hepatite B
INSS	- Instituto Nacional de Seguridade Social
LER-DORT	- Lesão por Esforço Repetitivo-Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho
MPAS	- Ministério da Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde
MTE	- Ministério do Trabalho e Emprego
NOST	- Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

NR	- Norma Regulamentadora
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
PA	- Pronto Atendimento
PCMSO	- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PNSST	- Programa Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PPRA	- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PGRSS	- Plano de Gerenciamento
PPE	- Profilaxia Pós Exposição
RENAST	- Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
REPAT	- Rede de Prevenção de Acidentes do Trabalho
SCIH	- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SESAO	- Serviço de Segurança e Saúde ocupacional
SESMT	- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do trabalho
SESST	- Serviço Especializado em Saúde e Segurança do trabalhador
SIH	- Sistema de Informação Hospitalar
SINAN	- Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
VISAT	- Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVO PRINCIPAL.....	18
1.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR	19
2.2 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	22
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR	26
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	32
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	32
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	33
3.3 FASES DA PESQUISA-AÇÃO	33
3.3.1 Fase exploratória.....	34
3.3.2 Fase principal	36
3.3.3 Fase de ação.....	38
3.3.4 Fase de avaliação	39
3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	41
3.5 COLETA DE DADOS	42
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	44
4 RESULTADOS	45
4.1 RESULTADOS DA FASE EXPLORATÓRIA	45
4.2 RESULTADOS DA FASE PRINCIPAL.....	50
4.2.1 UNIDADES DE REGISTRO, CATEGORIAS E SUB-CATEGORIAS	52
4.3 RESULTADOS DA FASE DE AÇÃO.....	57
4.4 RESULTADOS DA FASE DE AVALIAÇÃO	59
5 DISCUSSÃO	63
5.1 DIAGNÓSTICO INICIAL DOS ATMB	63
5.2 MONITORAMENTO APÓS O ATMB	66
5.3 SUBNOTIFICAÇÃO DOS ATMB.....	69
5.4 VACINAÇÃO CONTRA A HEPATITE B.....	70

5.5 A PESQUISA-AÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES	71
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	85
ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

O profissional de saúde, no seu dia a dia, utiliza vários materiais potencialmente contaminados com material biológico, que podem ocasionar acidentes de trabalho, acarretando vários danos aos trabalhadores. A atenção na realização de procedimentos e no cumprimento das normas de biossegurança devem ser usados em todos os pacientes, independentemente de seu diagnóstico. Algumas medidas devem ser adotadas como a higienização das mãos, equipamentos de proteção individual (EPI), materiais com dispositivos de segurança e o descarte adequado de resíduos perfurocortantes.

O acidente do trabalho está definido pelo Artigo 19 da Lei nº 8.213/91, como aquele:

...que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1991).

Segundo o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde (MS), trabalhadores são todos os que exercem uma atividade que dá sustento e inserção no mercado de trabalho em qualquer setor da economia, assalariados ou não, temporários ou afastados do trabalho (BRASIL, 2001a).

Ao tratar de acidentes de trabalho, esta pesquisa aborda o Acidente de Trabalho com Material Biológico (ATMB) em instituição de saúde, pois a exposição ao material biológico leva os trabalhadores ao risco de contaminação de doenças transmissíveis.

Os materiais biológicos, segundo o Protocolo de Exposição a Materiais Biológicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), são: sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico), fluidos orgânicos potencialmente não infectantes (suor, lágrima, fezes, urina e saliva), exceto se contaminado com sangue.

A exposição ao material biológico, principalmente o sangue, pode ser causada por materiais perfurocortantes. Esses materiais, segundo a Norma Regulamentadora-32 (NR-32), são aqueles “[...] utilizados na assistência à saúde que têm ponta ou gume, ou que possam perfurar ou cortar” (BRASIL, 2005).

A preocupação em prevenir o ATMB surgiu na década de 1980 com o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A partir do momento em que o trabalhador sofre exposição a materiais biológicos, pode ocorrer contaminação com agentes patogênicos, principalmente o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o Vírus da Hepatite C (HCV) e o Vírus da Hepatite B (HBV).

Segundo os dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), destaca-se o risco de contaminação de 0,3% para o HIV, 6% a 30% para o HBV e 0,5% a 2% para o HCV (CDC, 2008). O acidente de trabalho é responsável, desde 2008 nos Estados Unidos da América, por uma estimativa de acidentes de 384.325 por ano. Desse total, 236.000 são com materiais perfurocortantes entre os trabalhadores da saúde nos hospitais (CDC, 2008).

Conforme o CDC (2010), dos profissionais de saúde para quem as investigações de casos foram concluídas entre 1981 a 2010 nos Estados Unidos da América, 57 dos trabalhadores foram documentados com soroconversão para HIV após exposição ocupacional. As vias de exposição com a presença de infecção foram: 48 exposições por punção/corte caracterizando a exposição percutânea; cinco exposições em membrana e / ou pele mucosa, caracterizando a exposição mucocutânea; duas exposições, ambas percutânea e mucocutânea; e duas exposições eram de via de exposição desconhecida.

Em relação ao material biológico envolvido no acidente, 49 profissionais de saúde foram expostos ao sangue infectado pelo HIV; três para o vírus concentrado em um laboratório; uma para fluido visível de sangue no ambiente de trabalho e quatro para um fluido não especificado (CDC, 2010). Dos casos documentados de infecção HIV ocupacional de 1981 a 2010, 24 casos foram com a equipe de enfermagem e 5 entre médicos. O ano de 1992 foi o de maior incidência de casos de infecção HIV ocupacional, com 8 casos documentados (CDC, 2012).

O ATMB, entre trabalhadores de saúde, vem mobilizando diversos setores da sociedade, que visam garantir a segurança e saúde aos trabalhadores, pois o mesmo acontece pela natureza das atividades executadas em saúde, como estão organizadas, pela utilização inadequada de equipamentos de proteção individual, bem como com a falta de política de proteção ao trabalhador e de investimento em medidas de segurança individual e coletiva (SARQUIS; FELLI, 2009; CHIODI *et. al.*, 2010;

MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011; SERAFIM; LENITEZ, 2012; MARZIALE *et al.*, 2013).

Os trabalhadores da enfermagem são os mais acometidos por ATMB, uma vez que prestam assistência direta e contínua durante as 24 horas do dia, em atividades exaustivas, repetitivas e algumas sob condição de estresse físico e psicológico (MARZIALE *et al.*, 2012).

Para Sarquis e Miranda (2012), o acidente de trabalho com material biológico nos trabalhadores da enfermagem, pode ser causado por vários fatores, como os relacionados com o próprio trabalhador, a instituição e as condições de trabalho em que está inserido.

Segundo Rodrigues *et al.*(2012),

A redução dos recursos humanos pode contribuir para o surgimento de alterações dos ritmos biológicos devido a constantes mudanças de turnos, tendo que enfrentar tensões no trabalho, se confrontando com o sofrimento, dor e morte. Estão expostos a riscos físicos, biológicos, químicos e ergonômicos, além de enfrentarem pressão por produtividade.
(RODRIGUES *et al.*, 2012, p. 2872).

Para Silva, Lima e Marziale (2012), torna-se importante a participação dos profissionais no processo de desenvolvimento de um sentimento de responsabilidade com a segurança, reconhecendo o ambiente de trabalho como responsabilidade de todos para mantê-lo protegido dos riscos.

A legislação brasileira objetiva a promoção e a proteção à vida, por meio do desenvolvimento da vigilância tanto para os riscos presentes nos ambientes de trabalho, quanto para as condições de trabalho. Além disso, trata dos agravos à saúde, da organização e prestação da assistência ao trabalhador, incluindo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011d).

Após o ATMB são tomadas medidas administrativas e avaliação médica recomendada na legislação. Ao trabalhador é prescrita medicação profilática contra o HIV quando indicada e são realizados exames laboratoriais de sorologia para o HIV, HCV e HBV, acompanhamento em 30, 90 e 180 dias, até a alta definitiva (BRASIL, 2011e). A adesão ao protocolo do MS é ainda insuficiente para o monitoramento dos trabalhadores, sendo necessárias estratégias nas instituições de saúde (SARQUIS *et al.*,2009).

Este cenário se aproxima das experiências profissionais da autora como enfermeira e presidente da Comissão Gestora Multiprofissional de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes (CGMPAP), de um hospital de ensino na cidade de Curitiba, onde foi realizada a pesquisa. Desde sua instituição em 2011, a CGMPAP tem, por determinação do Ministério do Trabalho, a atribuição de planejar, instituir, avaliar ações para a prevenção de acidentes com perfurocortantes, implementar produtos com dispositivo de segurança, investigar acidentes e elaborar planos de ação a serem desenvolvidos na instituição (BRASIL, 2011c), motivo de minha indagação e possível contribuição enquanto atora neste cenário.

Durante o percurso nesta comissão, surgiram as dificuldades no atendimento no momento do acidente e no controle e monitoramento do acidentado. Isto pela falta de Diretrizes que contemplassem todos os trabalhadores que desenvolvem suas atividades no hospital, podendo ocasionar a subnotificação desses acidentes ou o abandono do acompanhamento. Atualmente existem três formas de acompanhamento ao acidentado com material biológico no hospital: o acidentado da UFPR, servidor, com o vínculo federal, o trabalhador celetista contratado pela FUNPAR, os alunos e residentes multiprofissionais e os trabalhadores terceirizados.

Diante disso, essa pesquisa se justifica para que se estabeleçam Diretrizes para o encaminhamento e acompanhamento dos trabalhadores após acidente com material biológico com eficácia e resolutividade. Isso para possibilitar uma notificação e adesão ao monitoramento destes acidentes, uma vez que ainda vivenciamos a baixa adesão. Tal magnitude do problema compromete a saúde do trabalhador bem como a sociedade. Assim sendo, esta pesquisa possui relevância para os trabalhadores desta instituição.

Considera-se fundamental que sejam feitas intervenções na prática profissional para a minimização dos riscos, melhorias para aprimorar o conhecimento das equipes de trabalho, estimular o cumprimento da legislação, realizar adequações no ambiente do trabalho, com o fulcro de transformar os processos de trabalho, estimulando a adesão aos protocolos do Ministério da Saúde e às medidas de proteção.

Espera-se que as Diretrizes após a ocorrência de acidente com materiais biológicos, sirvam de subsídio para estratégias na vigilância à saúde do trabalhador, contribuam com as ações da CGMPAP, pois a saúde do trabalhador deve ser uma conquista e um repensar nas práticas das quais os trabalhadores estão inseridos.

Para tanto, delineou-se a seguinte questão norteadora: como estruturar as diretrizes na exposição biológica em um hospital de ensino frente aos diferentes cenários encontrados após o acidente de trabalho com material biológico?

1.1 OBJETIVO GERAL

Implantar diretrizes frente à exposição biológica nos acidentes de trabalho.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar o perfil dos acidentes de trabalho com exposição biológica;
- Diagnosticar os problemas relacionados à exposição biológica;
- Construir diretrizes para o enfrentamento dos problemas levantados em relação à exposição biológica;
- Implementar as diretrizes no programa informatizado do referido cenário.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura foi feita tendo como base os temas relacionados aos objetivos da pesquisa, que englobam: trabalho e saúde do trabalhador, epidemiologia da saúde do trabalhador no Brasil e política nacional de saúde do trabalhador.

2.1 TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR

O trabalho foi organizado e desenvolvido primeiramente como força escrava, como nas sociedades greco-romanas, nas quais os escravos eram considerados inferiores, sem nenhum direito, sem qualquer forma de pagamento ou recompensa, mas eram responsáveis pela subsistência econômica da época. Por volta do século X, no feudalismo a servidão era a principal força de trabalho. Nos feudos, os senhores feudais exploravam os servos, dando como pagamento apenas condições mínimas de sobrevivência e exigiam deles o pagamento de altos impostos para manter seu poder e riqueza (MENDES; DIAS, 1991).

Em 1789, com a revolução francesa, a servidão regrediu. Após a intensificação do comércio, os trabalhadores se organizaram em corporações para melhorarem a qualidade do trabalho em detrimento da saúde do trabalhador, surgindo aí os monopólios e a divisão do trabalho, assim, a vida dos trabalhadores rurais e urbanos mudou consideravelmente. Ainda na sociedade pré-industrial havia o prestador de serviços, o qual trabalhava mediante um contrato de prestação de serviços, tendo uma determinada remuneração em troca de seu trabalho (VASCONCELOS; BARCELAR, 2013).

Com a revolução industrial, a classe operária era mão de obra barata e explorada. Com a substituição da mão de obra por máquinas, o carvão se tornou a principal forma de energia, surgiram o barco e a locomotiva a vapor para transportar as mercadorias, entre outras inovações, dando um novo panorama aos processos de trabalho. Por volta de 1870 mais inovações tecnológicas foram introduzidas e foram

construídas estradas de ferro, promovendo a dinamização da produção e do comércio (DALLAGO, 2010).

Com o surgimento das teorias marxistas, ocorreu uma mudança no cenário do trabalho, pois o homem passou a vender e comprar mercadorias e a dar valor ao seu trabalho, uma vez que precisava trabalhar para viver e sustentar sua família. A partir dessa compreensão surgiram as classes sociais, os nobres tidos como dominantes e os pobres como dominados (SALES; SILVA, 2011).

Frente à necessidade de melhorar as condições de saúde dos trabalhadores, surgiu na Inglaterra a medicina do trabalho no ano de 1830, contudo, foi no século XX, com a intensa e crescente transformação tecnológica, que o contexto do trabalho foi modificado em relação ao homem, trazendo benefícios, porém, com desigualdade social, a exploração da mulher e de crianças, o que fez também crescer a importância do trabalho na vida do homem. Os abusos nessa relação de trabalho possibilitaram ao estado intervir nesse processo (MENDES; DIAS, 1991).

A indústria moderna e a revolução tecnológica do século XX, criaram um trabalhador especializado e de médio conhecimento, com a estratificação das tarefas e salários, com a busca pela educação, qualificação visando o crescimento da produtividade (DALLAGO, 2011).

As transformações sociais determinaram um novo padrão de organização e gerenciamento do trabalho, com a substituição de padrões rígidos para mais flexíveis, mudando as relações de trabalho e a condição de vida do trabalhador, comprometendo a qualidade de vida (BRYAN, 2011). Os problemas de saúde relacionados ao trabalho cresceram em diferentes atividades, tantos problemas físicos quanto psíquicos e, como o único bem do homem é a sua força de trabalho, ele precisa ser saudável para produzir (SALES; SILVA, 2011).

No período da II Guerra Mundial por volta de 1945, as condições de trabalho precárias e a intensidade de trabalho elevada, potencializou um olhar para a Saúde Ocupacional, com uma abordagem multidisciplinar com foco na higiene industrial (MENDES; DIAS, 1991).

Foi marcante a transformação ocorrida nos séculos XX e XXI para a vida do trabalhador, pois por um lado, havia o desenvolvimento tecnológico e, por outro, o desemprego, os problemas de saúde (tanto físicos quanto psíquicos), bem como os

danos sociais devido aos baixos salários, à falta de acesso aos serviços de saúde e educação (NAVARRO; PADILHA, 2007).

No âmbito internacional, a discussão sobre a saúde do trabalhador surgiu em 1919, como parte do tratado de Versalhes no final da Primeira Guerra Mundial. Além disso, as discussões ganharam força com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que tem como objetivo, formular e aplicar normas internacionais de segurança e saúde no trabalho, sendo o Brasil um de seus membros fundadores (MENDES; DIAS, 1991; OIT, 2013).

No Brasil, a década de 90 foi marcada pelo avanço da mercantilização e por uma forte influência da globalização e neoliberalização da economia, criando o fortalecimento de classes, sindicatos e associações para atender às necessidades dos trabalhadores. A partir do século XXI, especialmente após 2004, diferente de outros países, vários indicadores do mercado de trabalho passaram a revelar melhorias expressivas, como o crescimento do assalariamento formal, a queda do desemprego, a elevação do salário mínimo e dos salários nas negociações coletivas. Assim, o mercado de trabalho brasileiro foi caracterizado com o avanço da terceirização, com o aumento da remuneração e com mudanças nos processos de trabalho (KREIN; SANTOS; MORETTO, 2013).

A relação trabalho e saúde no Brasil vem desde o século XIX com abordagens que percorrem a medicina do trabalho e higiene, a saúde ocupacional, a reforma sanitária e a saúde do trabalhador. A higiene do trabalho preocupava-se com as doenças sem relacioná-las diretamente com o trabalho e o meio, mesmo em ambientes insalubres. Focava o indivíduo como o causador das doenças do trabalho (LACAZ, 2007).

A abordagem dada à saúde ocupacional no Brasil, iniciada com as normativas do Ministério do Trabalho e da Previdência Social, culminou na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), nos meados do século passado, com a preocupação com o meio ambiente, com as condições de trabalho e o estado de saúde do trabalhador (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Um campo conceitual atual com a denominação de saúde do trabalhador, evidencia os efeitos e as condições adversas de trabalho. Esse conceito é caracterizado pelas ações de movimentos sociais e políticos, dos quais apontaram

projetos e estratégias com a mesma perspectiva, ou seja: as práticas de atenção à saúde do trabalhador (GOMEZ; COSTA, 1997).

De acordo com Laurell e Noriega (1989, p.11) a relação trabalho saúde é considerada como: "... uma problematização que coloca no centro da análise o caráter social do processo saúde doença e a necessidade de entendê-los na sua articulação com o processo de produção".

Com a Lei nº8080 de 1990, que instituiu o SUS, definiu-se a saúde do trabalhador, como:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

No contexto atual, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) assume as características de investigação, análise e intervenção dos processos, dos ambientes, das organizações e das relações de trabalho, promovendo a saúde do trabalhador e a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (DALDON, LANCMAN; 2013).

Para Chiavegatto e Algranti (2013), para o desenvolvimento efetivo de ações de saúde do trabalhador, deve-se compartilhar experiências bem sucedidas, promover a construção compartilhada de políticas públicas e o reconhecimento dos nós críticos do processo de desenvolvimento destas ações, no que se refere à organização do trabalho nos serviços de saúde básica ou especializados e quanto às questões macroestruturais de economia e política.

2.2 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

No Brasil os trabalhadores em seu ambiente de trabalho ainda estão expostos a riscos diversos que podem levar aos acidentes de trabalho. Em 2009 ocorreram no Brasil, 733.365 acidentes do trabalho, 709.474 em 2010 e 711.166 em 2011, envolvendo acidentes típicos, de trajeto e doença do trabalho (BRASIL, 2011a).

Deste total de acidentes, houve um aumento do registrado por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) em 1,6% de 2010 para 2011. Do total

de acidentes registrados com CAT, os acidentes típicos representaram 78,6%, os de trajeto 18,6% e as doenças do trabalho 2,8%. As pessoas do sexo masculino representaram 75,3% e as pessoas do sexo feminino com 24,7% nos acidentes típicos (BRASIL, 2011a).

Nos acidentes de trabalho, a faixa etária de incidência está entre 20 a 29 anos com 39,9% do total. Nas doenças do trabalho, a faixa de maior incidência foi dentre 30 a 39 anos, com 32,8% (BRASIL, 2011a).

Na classificação nacional por subgrupos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em 2011, os profissionais das ciências biológicas, da saúde e afins tiveram em 2011, um total de 6.684 acidentes de trabalho, sendo 5.531 típicos; já os técnicos de nível médio das ciências biológicas, bioquímicas, da saúde e afins um total de 32.527 acidentes de trabalho, sendo 27.683 típicos (BRASIL, 2011a).

Os trabalhadores de saúde no Brasil, estão distribuídos em mais de 240 mil estabelecimentos, entre os quais, o setor hospitalar que foi responsável por 37,5% da mão de obra e as unidades básicas de saúde, por 31,8%. Apesar de os estabelecimentos privados representarem 70% de todos os estabelecimentos ligados à saúde, o setor público é quem mais emprega, 68% dos trabalhadores (BRASIL, 2012a).

As profissões com o maior número de trabalhadores ocupados na rede privada são: farmácia com 19,3%, medicina com 19%, enfermagem com 18,2% e fisioterapia com 17%. Os serviços filantrópicos concentram 30% dos trabalhadores de medicina, 19,6% de enfermagem, 22% de fonoaudiologia e 18,7% de fisioterapia (BRASIL, 2012a).

A enfermagem é a profissão que tem o maior número de profissionais trabalhando no Sistema Único de Saúde (SUS), 27,9% dos trabalhadores. O SUS também emprega 3,2% dos profissionais de medicina, 2,1% dos odontólogos, 1,2% dos farmacêuticos, 1,2% dos fisioterapeutas e 1,1% dos psicólogos (BRASIL, 2012a).

Entre os profissionais de saúde ocupados com registro nos conselhos de classe, a enfermagem é a categoria com maior representatividade, ocupando 35,9% dos postos de trabalho, sendo 40,5% constituídos por auxiliares de enfermagem; 34,4%, por técnicos de enfermagem; e 25,1%, por enfermeiros. A medicina é a segunda profissão em número de profissionais ocupados, com 12,5%, seguida pela odontologia, com 6,4%, e pelos profissionais de farmácia, com 2,4% (BRASIL, 2012a).

No Paraná, no ano de 2011, foram registrados 40.208 acidentes de trabalho, sendo 32.810 acidentes típicos (BRASIL, 2011a). Em relação à atividade segundo o Código Nacional de Atividade Econômica (CNAE), as atividades de atendimento hospitalar representaram um total de 46.670 acidentes de trabalho, sendo 38.764 acidentes típicos, entre eles os ATMB (BRASIL, 2011a).

Com relação ao Código Internacional de Doença (CID), em 2011, o código S61 (ferimento do punho e da mão) totalizou 67.791 acidentes de trabalho em todas as categorias profissionais, sendo 66.259 acidentes típicos (BRASIL, 2011a).

A parte do corpo mais atingida segundo o Anuário da Previdência Social em 2011 foi o dedo, com um total de 134.526 acidentes de trabalho com todas as categorias profissionais, sendo 129.086 típicos (BRASIL, 2011a). Para os trabalhadores da saúde a mão, principalmente os dedos, e os acidentes podem estar relacionados ao não uso de luvas, reencape de agulhas, descarte e materiais inadequados (MARZIALE *et. al.*, 2012; SERAFIM; LENITEZ, 2012).

Quanto aos ATMB, conforme o Boletim de Notificação de Acidentes de Trabalho com Material Biológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), os dados são conforme tabelas logo abaixo:

Os dados da (TABELA 1) apresentam o número de ATMB ocorridos e registrados em 2007 e 2010 no estado do Paraná, Brasil. Esses dados representam um aumento de 108,0% no número de notificações, em apenas três anos. Isso pode ser resultado do processo ainda em implantação da notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

TABELA 1 – NÚMERO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAIS BIOLÓGICOS, SEGUNDO O SEXO OCORRIDOS NO ESTADO DO PARANÁ, 2010-2012.

ANO	2007	2010	TOTAL
Mulheres	11.794	24.540	36.334
Homens	3.445	6.850	10.295

FONTE: BRASIL (2011)

O número de acidentes de trabalho por sexo, cujo número de caso foi maior entre as mulheres, representou aumento de 108,1%. Para os homens o aumento foi de 93,0% (BRASIL, 2011).

Os dados da (TABELA 2) apresentam o número de ATMB no Paraná nos anos de 2010 a 2012.

TABELA 2 – NÚMERO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAIS BIOLÓGICOS OCORRIDOS NO ESTADO DO PARANÁ, 2010-2012.

ANO	2010	2011	2012	TOTAL
Acidente	3.053	3.215	3.251	9519

FONTE: BRASIL (2012)

Com a exposição e o acidente com fluidos biológicos, o trabalhador tem o risco de soro conversão, principalmente para o HIV, HBV e HCV. A soro conversão caracteriza-se pela transição de uma situação em que os anticorpos contra um determinado agente infeccioso estão ausentes em amostras de sangue, para aquela situação em que estes anticorpos são detectáveis por métodos laboratoriais (BRASIL, 2006).

Apesar do risco em adquirir hepatites seja maior, o grande temor entre a equipe de saúde é a AIDS, pois ainda hoje é muito estigmatizada até pelos profissionais de saúde. Foi por meados dos anos 80 que surgiu a preocupação com os trabalhadores da área de saúde, em decorrência do surgimento do HIV e da consequente epidemia de AIDS, pois esses trabalhadores passaram a ser um grupo de risco (MARZIALE *et al.*, 2012).

A AIDS é uma síndrome caracterizada pela infecção causada pelo HIV. Estima-se que a latência pode variar até 10 anos, desde a contaminação até a manifestação dos sinais e sintoma. A soro conversão pode aparecer em torno da quarta semana após a contaminação (BRASIL, 2013).

Nos últimos dez anos, de acordo com o Boletim de Epidemiologia do MS de 2012, a única região em que a queda da incidência da AIDS na população registrada foi no sudeste de 25,1% para 20,1%, nas demais regiões foram registradas as seguintes taxas: no sul foi 23,1 % para 30,9%, no norte de 7,1% para 20,8%, no centro-oeste de 12,1% para 17,5% e no nordeste de 6,1% para 13,9% (BRASIL, 2012).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

No Brasil tem-se adotado políticas públicas para o avanço da promoção da saúde e prevenção de acidentes e doenças do trabalho, por meio de ações entre os MS, do Trabalho e Emprego (MTE) e o Ministério da Previdência Social (MPAS), também com a participação de empregadores e trabalhadores, visando intervir na organização e nas condições de trabalho, para reduzir os riscos ocupacionais e garantir melhoria no ambiente de trabalho (BRASIL, 2007).

As medidas de proteção ao trabalhador iniciaram no ano de 1919 com a criação da Lei n.º 3.729/19, que dispõe sobre o seguro de acidentes de trabalho. Em 1921 há a criação da Inspeção do Trabalho, e no ano de 1931 cria-se o Departamento Nacional do Trabalho, com a função de fiscalizar o cumprimento das leis trabalhistas.

A notificação de acidentes de trabalho à autoridade policial iniciou-se em 1934. Em 1940 foram criadas as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) e em 1943 criou-se a CLT (MENDES; DIAS, 1991).

Posteriormente na década de 50, foi homologada a Recomendação n.º 97 sobre a “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”, na qual determinou que os Estados membros qualificassem médicos do trabalho para atender aos próprios trabalhadores. Essa lei foi complementada pela Recomendação n.º 112 no ano de 1959, cujo objetivo era assegurar a proteção dos trabalhadores e o bem estar físico e mental dos mesmos (MENDES; DIAS, 1991).

Em relação à Previdência Social a Lei n.º 5.316 de 14 de setembro de 1967 integrou a cobertura dos acidentes de trabalho na Previdência Social, assim, os acidentes passaram a serem indicadores indiretos das condições de trabalho (BRASIL, 1967).

Na questão técnica, a Portaria do Gabinete do Ministro (GM) n.º 3.214/1978 do Ministério do Trabalho e Emprego, estabeleceu as Normas Regulamentadoras (NR) para subsidiar requisitos técnicos e legais relativos à segurança e medicina do Trabalho, existindo atualmente, 36 normas vigentes (BRASIL, 1978). Abordaremos as seguir as Normas Regulamentadoras que estão relacionadas direta e indiretamente aos acidentes de trabalho com materiais biológicos.

A NR-6 dispõe sobre o uso do EPI, que está definido como todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis para ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. A empresa é obrigada a fornecer gratuitamente e orientar os empregados quanto ao uso, cabendo ao trabalhador, usar adequadamente, guardar e conservar o EPI, sempre obedecendo as normas da instituição (BRASIL, 2001b).

A NR-7 estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), cujo o objetivo está na promoção e preservação da saúde de seus trabalhadores. O PCMSO deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores. São realizados exames admissionais, periódicos e demissionais, para detecção de agravos à saúde relacionados ou não ao trabalho (BRASIL, 1994 a).

A NR-09 dispõe sobre a obrigatoriedade da elaboração de um Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e classifica os riscos ambientais em físicos, químicos e biológicos.

Considera-se como agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros. Os riscos biológicos em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador (BRASIL, 1994b).

Os físicos se caracterizam por diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperatura extrema, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infrassom e o ultrassom (BRASIL, 1994b).

Os agentes químicos são as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão (BRASIL, 1994b).

A NR- 15 dispõe sobre atividades e operações insalubres, definindo as atividades que envolvem agentes biológicos, cuja insalubridade é definida após uma

avaliação qualitativa do ambiente e das atividades desenvolvidas pelo trabalhador (BRASIL, 1979).

A NR- 17, referente à Ergonomia estabelece parâmetros que permitem as adaptações necessárias das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, para proporcionar um máximo em conforto, segurança e desempenho eficiente, como prevenção aos acidentes de trabalho.

Os equipamentos e as condições ambientais do posto de trabalho e a própria organização do trabalho, devem estar adaptadas à natureza do trabalho que será executado, como mobiliário adequado, equipamentos em condições de trabalho e treinamento para manipular produtos e equipamentos (BRASIL, 1990).

A NR- 32 surgiu da demanda frente ao crescente número de acidentes de trabalho com exposição aos fluídos biológicos nas instituições de saúde, com a necessidade em inovar tecnologias para prevenir esses acidentes, bem como a importância da implementação de programas educativos e de medidas eficazes de biossegurança (MARZIALE *et al.*, 2012).

Sua finalidade está na implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2005).

Para sua implantação foi estabelecido um cronograma, no qual os serviços de saúde foram obrigados a promover sua divulgação e capacitação no prazo de seis meses, iniciando a substituição de materiais perfurocortantes por outros com dispositivo de segurança no prazo de 24 meses (BRASIL, 2008). Com estas recomendações e no intuito de minimizar o risco de acidente de trabalho com materiais biológicos, surgiram novas tecnologias e novos equipamentos, como as seringas com dispositivos retráteis após o uso, as lancetas auto retráteis, entre outros (SARQUIS; FELLI, 2009).

Complementando a NR-32, a Portaria n.º 1748/11 do MTE, criou em 2011 o anexo III, que determina a criação da Comissão Gestora Multidisciplinar de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes (CGMPAP), responsável pelo Plano de Ação de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes. A NR- 32 contempla outras normas anteriormente criadas, com o objetivo de reforçar a obrigatoriedade das mesmas frente à segurança e proteção da saúde do trabalhador (BRASIL, 2011c).

Foi por meio da Constituição Federal da República Federativa do Brasil, de 1988, no Artigo n.º 7, do Capítulo II (Dos Direitos Sociais), no que se diz respeito ao direito dos trabalhadores urbanos e rurais, a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde e a higiene e segurança (BRASIL, 1998) e com sua promulgação que as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, o desenvolvimento de políticas voltadas à assistência, avaliação e controle dos riscos, agravos existentes no processo de trabalho, bem como a fiscalização e controle das condições que ofereçam riscos à saúde do trabalhador, passaram a ser responsabilidade do SUS.

Com esse processo de discussão e negociação entre setores governamentais e representantes do movimento sindical dos trabalhadores, foi aprovada a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), na qual tem como objetivo orientar estados e municípios na implantação de ações em saúde do trabalhador no SUS.

Em relação à saúde do trabalhador, a Lei Orgânica da Saúde de 1990, se refere à abrangência da assistência ao trabalhador que é vítima de acidente de trabalho, prevendo a participação em estudos, pesquisa, avaliação e controle de riscos e agravos à saúde no processo de trabalho, bem como a participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manipulação de substâncias, produtos e equipamentos, além da avaliação do impacto das tecnologias na saúde (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.213/91 determina no seu artigo 22 que todo acidente do trabalho ou doença profissional deverá ser comunicado pela empresa ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), sob pena de multa, em caso de omissão. Cabe ressaltar a importância da comunicação, principalmente o completo e exato preenchimento do formulário, tendo em vista as informações nele contidas, não apenas do ponto de vista previdenciário, estatístico e epidemiológico, mas também trabalhista e social (BRASIL, 1991).

A notificação do acidente é feita por meio da CAT, prevista inicialmente na Lei nº 5.316/67, com todas as alterações ocorridas posteriormente até a Lei nº 9.032/95, regulamentada pelo Decreto nº 2.172/97 (BRASIL, 1997).

A Portaria nº 104 de 2011, do MS, dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde sendo eles: perda auditiva induzida

por ruídos, dermatoses ocupacionais, pneumoconioses, lesões por esforço repetitivo-doença osteomuscular relacionada ao trabalho (LER-DORT), câncer relacionado ao trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico, transtornos mentais relacionados ao trabalho, acidente de trabalho fatal, acidente de trabalho com mutilações, acidentes de trabalho em crianças e adolescentes e intoxicação exógena (BRASIL, 2011b).

A regulamentação da notificação desses agravos deve ser efetuada em ficha própria, padronizada pelo MS no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN-NET) e em redes sentinelas específicas, como exemplo citamos o CEREST, para que as políticas de prevenção e controle possam ser executadas e cumpridas.

A necessidade de dar mais atenção aos acidentes de trabalho com exposição aos materiais biológicos, bem como direcionar e facilitar as medidas para sua notificação e incentivá-las mostrando os benefícios da prevenção de doenças é muito importante para se avaliar a dimensão do problema (MARZIALE *et al.*, 2012).

As falhas no preenchimento de informações no SINAN revelam a necessidade de treinamento dos responsáveis pelos registros. Os inadequados preenchimentos dificultam a elaboração de estratégias preventivas para tais eventos (VALIM; MARZIALE, 2011). Portanto, mostra-se relevante que os trabalhadores conheçam os fatores relacionados à notificação dos acidentes e à legislação que ampara o trabalhador.

Diante da falha na notificação de doenças e acidentes relacionados à saúde do trabalhador nos sistemas governamentais e devido à carência de instrumentos para captação de dados fidedignos envolvendo esta problemática, evidencia-se a necessidade de desenvolver estratégias de monitoramento eficientes que auxiliem no diagnóstico das condições de trabalho (SANTANA, 2013).

Em 2002 foi aprovada a Portaria nº 1.679/2002, a qual posteriormente foi ampliada pela Portaria n.º 2.728/2009, que dispõe sobre a implementação, de forma articulada entre as três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST). Trata-se de um sistema que constitui uma rede de informações e práticas de saúde organizadas, para realizar ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde do trabalhador (BRASIL, 2002).

Em 2009, com a Portaria nº 3.252/GM/MS, o MS definiu a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) através das Diretrizes para implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, como sendo um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (BRASIL,2009).

A Portaria n °1378 de 9 de julho de 2013, regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância à saúde, que abrangem toda a população brasileira e envolve práticas e processos de trabalho (BRASIL, 2013).

Com o Decreto n.º 7.602 de 07 de 2011, surgiu a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), tendo por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2011d).

Em seguida, a Portaria n.º 1.823 de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, definindo os princípios e as diretrizes, os objetivos e estratégias, as responsabilidades dos gestores do SUS, do Centro de Referência em Saúde do trabalhador (CEREST) e das equipes técnicas, a avaliação, o monitoramento e o financiamento da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012).

Atualmente a OIT adotou uma campanha global para combater o crescente número de acidentes e doenças ocupacionais, propondo a criação de um “paradigma de prevenção” abrangente, concentrado, não só nos acidentes, mas também nas doenças profissionais. As estimativas da OIT apontam que cerca de 2,34 milhões de mortes ocorrem anualmente, sendo 321.000 relacionadas a acidentes de trabalho e 2,02 milhões, causados por doenças ocupacionais, representando 5.500 das 6.300 mortes por dia. Há também, 160 milhões de doenças não letais relacionadas à atividade profissional (OIT, 2013).

3TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A seguir são mostradas as etapas metodológicas para o desenvolvimento da pesquisa, que são: tipo de pesquisa; cenário; fases da pesquisa-ação; participantes; coleta e a análise dos dados e aspectos éticos.

3.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa-ação de abordagem qualitativa, com ênfase nos agravos à saúde do trabalhador frente à exposição aos riscos biológicos.

A metodologia escolhida para a realização desta pesquisa, possibilitou a participação da autora e a interação com outros atores na produção do conhecimento acerca do tema pesquisado. Esse método foi composto por quatro fases: fase exploratória, fase principal, fase de ação e fase de avaliação, sendo caracterizada pela flexibilidade nas fases, conforme a evolução da pesquisa, proposta por Thiollent (THIOLLENT, 2009).

Esse tipo de pesquisa consiste em associar a pesquisa e a ação em um processo em que o pesquisador, junto com os participantes, conhecem e elucidam a realidade em que estão inseridos, levantando os problemas, descrevendo, produzindo e propondo intervenções em situação real (THIOLLENT, 2009).

Nos estudos acerca da pesquisa-ação, segundo Thiollent, estão relacionados o processo de pesquisa e a construção do conhecimento com a finalidade de desenvolver uma ação de transformação de uma realidade. Para que ela seja efetivada, os objetivos, a forma de participação dos envolvidos, a implicação do pesquisador e o compromisso com a mudança devem ser bem claros (THIOLLENT, 2009).

Atualmente, esta metodologia é conhecida como um processo de participação mais ativa, desenvolvida em vários setores organizacionais, propondo intervenções que podem ser implementadas em diversos campos de atuação (THIOLLENT, 2009).

Tal metodologia surgiu diante da insatisfação com outros métodos clássicos de pesquisa, propondo a articulação entre a teoria e a prática na produção do conhecimento e na solução de problemas (TOLEDO; JACOBI, 2013).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa foi o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), localizado na cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná. Configura-se no maior hospital público do Paraná e um dos cinco maiores hospitais universitários do País. O referido hospital é de alta complexidade do SUS, sendo referência para várias especialidades médicas. Foi construído na década de 50 e começou a funcionar em junho de 1961 quando foi oficialmente inaugurado. Seu objetivo era o ensino da Medicina, atendia prioritariamente indigentes, sustentado com recursos do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Atualmente a missão do HC-UFPR é Prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2014). É constituído por um prédio central e três anexos interdependentes, além de algumas unidades externas. Nos quatro blocos, funcionam 266 salas ambulatoriais e 643 leitos hospitalares.

3.3 FASES DA PESQUISA-AÇÃO

Como descrito anteriormente, a pesquisa-ação compreende quatro fases, separadas para fins didáticos em: Exploratória, Principal, de Ação e de Avaliação. Segundo Thiollent (2009), essas fases são sequenciais, contudo, durante a prática, ocorre entre as três últimas fases o retorno ou mesmo a simultaneidade da pesquisa e da ação. As quatro fases da pesquisa-ação serão descritas a seguir, bem como o seu desenvolvimento nesta pesquisa.

3.3.1 FASE EXPLORATÓRIA

A primeira fase chamada exploratória é a preparação do pesquisador, que consiste no diagnóstico da situação e dos problemas relacionados ao tema. Nesta o pesquisador irá conhecer a realidade, inteirar-se com os dados pertinentes ao estudo e identificar os possíveis participantes (THIOLLENT, 2009). É o alicerce da pesquisa, dela depende o encaminhamento das outras fases.

O autor ressalta ainda que “a maior preocupação se manifesta na obtenção de informações significativas para elaborar o projeto, fixar os objetivos e as modalidades de participação dos envolvidos” (THIOLLENT, 2009, p. 49).

Nesta pesquisa, a fase exploratória compreendeu a construção do perfil dos acidentes de trabalho com material biológico ocorridos no Hospital de Clínicas no período de setembro de 2010 a outubro de 2013, a realização de um seminário em que todos os membros da CGMPAP foram convidados a participar, a apresentação da pesquisa, a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) e a formação do grupo principal da pesquisa.

Para determinar o perfil dos acidentes foram analisados os dados do SINAN, fornecidos pelo Serviço de Epidemiologia do hospital. Com a análise desses dados foi possível realizar o diagnóstico situacional dos ATMB, que serviu de base para discussões iniciais e construção das diretrizes. Foram também apresentados os formulários e fluxos atualmente utilizados pelos trabalhadores dos diferentes vínculos trabalhistas. O diagnóstico situacional com dados adquiridos pelas fichas de notificação de acidente de trabalho com exposição a material biológico do SINAN/HC, fornecidos pelo Serviço de Epidemiologia do referido hospital. Tais fichas possuem informações relacionadas aos dados gerais do acidentado, notificação individual (idade, sexo, escolaridade, categoria profissional), antecedentes epidemiológicos, acidente com material biológico e a conclusão.

Além de elaborar o diagnóstico para mapear a situação, a proposta foi construir e solidificar um grupo para dar continuidade aos encontros que servirão de apoio para o trabalho da pesquisadora. Esses encontros foram na forma de seminários e ao final da fase esperou-se que os resultados, objetivos e a construção de conceitos estivessem consolidados.

Ainda na fase I após o diagnóstico inicial, ocorreu o seminário I no dia 31 de março de 2013 com duração de 55 minutos, com 11 participantes, no qual foram realizadas as seguintes atividades: apresentação do projeto da pesquisa de forma expositiva e dialogada; do diagnóstico inicial dos ATMB; dos fluxos atuais para o ATMB; discussão sobre a implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) matriz no antigo Pronto Atendimento (PA) do hospital; apresentação do TCLE aprovado pelo comitê de ética e pesquisa e a organização dos outros seminários. Ressaltamos que a troca de informações com o grupo principal da pesquisa foi por via eletrônica, na qual foram repassados materiais de apoio para as discussões dos seminários posteriores.

Por fim, foi elaborado um relatório da primeira fase e dado retorno ao grupo principal. O encontro foi registrado em relatório e por gravação. Nos relatórios, os participantes foram identificados com a letra P (Participante) seguido de numeração em ordem crescente.

De acordo com Thiollent (2009), a fase exploratória chega ao fim quando os participantes encontram-se certos de que o processo de pesquisa-ação merece ser aprofundado. Com isto, iniciar-se-á a fase principal, um processo de pesquisa mais elaborada, necessariamente maior, no qual serão estabelecidas possíveis ações transformadoras.

A representação gráfica da fase exploratória está assim descrita (figura 1):

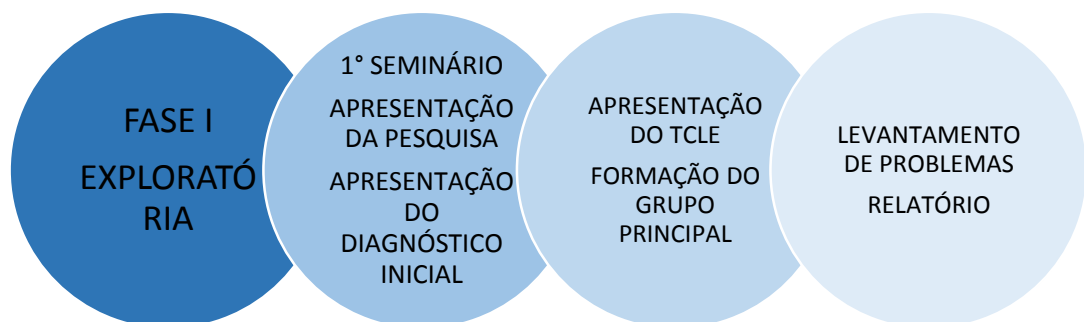


FIGURA 1: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA FASE EXPLORATÓRIA. CURITIBA, 2014
 FONTE: A autora (2014).

3.3.2 FASE PRINCIPAL

A segunda fase caracteriza-se como fase principal, na qual o grupo permanente ou principal tem as seguintes atribuições (QUADRO 1):

1	Definição dos temas e problemas prioritários a serem abordados
2	Elaboração da problemática
3	Coordenação das atividades junto aos grupos de apoio caso necessário e com as ações de formação
4	Centralização das informações provenientes das diversas fontes
5	Interpretação dos resultados
6	Busca de soluções e propostas de ação
7	Estruturação do instrumento

QUADRO 1 – ETAPAS DA FASE PRINCIPAL DA PESQUISA
 FONTE: Thiollent, (2009, p.55-6).

Para dar subsídios ao grupo principal, grupos de apoio da instituição como outras comissões, especialistas e grupos de estudos, foram requisitados para aprofundar o estudo e a investigação em qualquer fase, como por exemplo o serviço de infectologia e o serviço de epidemiologia.

Foram realizados três seminários nos dias 28 de abril, 26 de maio e 30 de junho de 2014, respectivamente, com duração em torno de 60 minutos sendo que no primeiro foi definido o significado da palavra Diretriz como: “Uma Linha segundo a qual se traça um plano em qualquer estrada ou caminho, de modo figurado como um rascunho delineado de um plano, um prospecto, um programa ou rotinas a serem seguidas” (FERREIRA, 2010).

Durante as discussões foram abordados os aspectos relacionados ao atendimento e acompanhamento dos ATMB. Foram apresentados e discutidos os três formulários e fluxos existentes, bem como a responsabilidade do trabalhador sobre seu acidente e a notificação dos acidentes. Esses dados são relevantes para a construção das diretrizes, sendo que todas as informações coletadas entre os participantes serviram como base para a elaboração dos problemas e propostas que foram trabalhadas nos outros seminários.

No segundo seminário, foi construído coletivamente um formulário que servirá para todos os trabalhadores que atuam no Hospital de Clínicas independentemente de seu vínculo trabalhista e foi atualizado o fluxo para o acompanhamento dos acidentados.

Na instituição onde ocorreu a pesquisa, existem três formulários disponíveis para os trabalhadores que sofrem acidente de trabalho, dificultando o preenchimento e o atendimento médico, bem como cada acidentado segue um fluxo conforme seu vínculo empregatício. Os formulários e os fluxos foram previamente encaminhados aos participantes para análise como base para a discussão no seminário.

No terceiro seminário cada item foi exaustivamente discutido, resultando na construção de um único formulário e na atualização e construção de um único fluxo que estão disponíveis na intranet do hospital. Os mesmos foram apresentados aos serviços especializados, para os diretores e gerentes do hospital, com a finalidade de serem avaliados e aprovados em reunião do colegiado gestor do hospital.

Nessa fase as propostas de intervenção foram elaboradas, a partir dos dados coletados que permitiram ao grupo propor a elaboração das diretrizes para o ATMB.

Segue uma representação gráfica da fase principal da pesquisa (FIGURA 2):

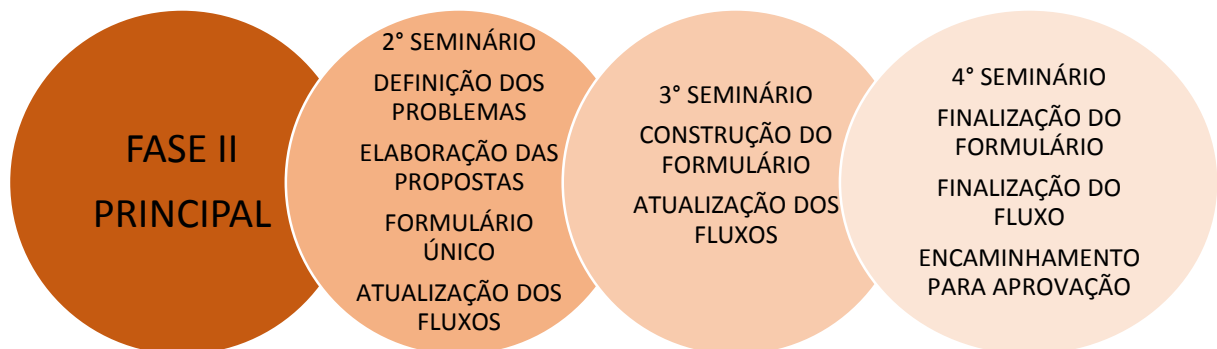


FIGURA 2: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA FASE DA PESQUISA PRINCIPAL. CURITIBA, 2014
 FONTE: A autora (2014)

3.3.3 FASE DE AÇÃO

Na terceira fase, foram executadas as ações para a divulgação da pesquisa, cuja finalidade está em difundir os resultados alcançados por meio de ações concretas e implementar ações que foram avaliadas posteriormente. A forma de divulgar os resultados pode ser centralizada para atingir um determinado grupo de pessoas, usando-se outros membros não pertencentes ao grupo principal e de forma descentralizada onde os resultados ficam disponíveis em áreas diversas com a participação ativa do grupo principal (THIOLLENT, 2009).

A divulgação dos resultados pode resultar em diversas propostas para aperfeiçoamento e/ou mudança. O encaminhamento de propostas e sua concretização são efetivos quando debatidos em várias áreas e em diferentes níveis hierárquicos, servindo para socializar as experiências e legitimar o processo (THIOLLENT, 2009).

Nesta pesquisa, a divulgação dos resultados foi fornecida aos membros da CGMPAP em reunião ordinária no mês de setembro de 2014, ao grupo principal de participantes, aos diretores e gerentes, aos grupos de apoio e toda instituição, a fim de informar, conscientizar e sensibilizá-los acerca do tema trabalhado. Durante a divulgação foram encaminhadas propostas de aperfeiçoamento e/ou mudanças no processo de aplicação e divulgação.

Observa-se abaixo, a representação gráfica da fase de ação (FIGURA 3), preconizada por Thiollent (2009).

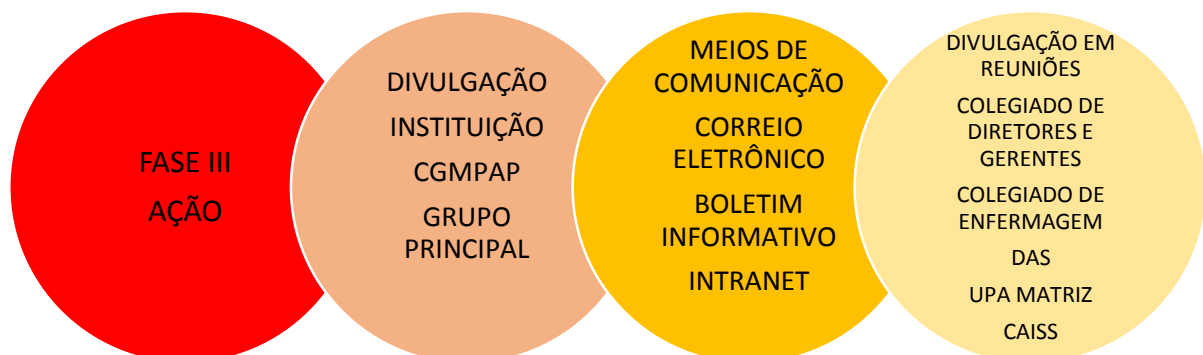


FIGURA 3: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA FASE DE AÇÃO. CURITIBA, 2014
 FONTE: A Autora (2014).

3.3.4 FASE DE AVALIAÇÃO

Segundo Thiollent, a quarta fase de avaliação tem o propósito de “controlar a efetividade das ações no contexto organizacional da pesquisa e suas consequências a curto ou médio prazo e extrair os conhecimentos que foram úteis para continuar a experiência e estendê-las às outras entidades” (THIOLLENT, 2009, p. 69).

Os pontos abordados nesta fase foram assim definidos (QUADRO 2):

1	Pontos estratégicos como clareza dos objetivos, simplicidade e assimilação dos participantes; identificação e resolução de problemas; negociação para viabilidade da experiência.
2	Capacidade de mobilização para avaliar a iniciativa e número de pessoas para participar as atividades em grupo.
3	Capacidade de propostas com a adequação, volume e relevância das soluções ou propostas; viabilidade das propostas formuladas no decorrer do processo e habilidade dos grupos no encaminhamento das propostas.
4	Continuidade do projeto, verificar a harmonia do planejamento no decorrer do tempo. A pesquisa-ação requer um tempo mais prolongado ao usado em pesquisas convencionais.
5	Participação de representantes de vários setores e grupos diferenciados hierarquizados durante as fases do processo.
6	Qualidade do trabalho em equipe, verificar habilidade em gerenciar as relações do projeto, suas implicações, qualidade nas relações interpessoais nos trabalhos em grupo e com outros membros da organização.
7	Efetividade das atividades de formação, avaliar o efeito da pesquisa-ação na instituição; formação de equipes de participantes do processo; capacidade de aprendizagem para promover transformações dentro da organização.
8	Conhecimento e informação, avaliar a contribuição da pesquisa-ação em criar mecanismos de comunicação, proporcionando discussão de problemas e soluções; apresentação dos resultados; qualidade na comunicação; canais de difusão; adaptação à linguagem utilizada na organização.
9	Atividades de apoio, qualidade, rapidez e eficiência no processamento de dados e produção de material de divulgação; capacidade para obter apoio dos técnicos em informática.

QUADRO 2 – PONTOS ABORDADOS NA FASE DE AVALIAÇÃO
 FONTE: Texto modificado e adaptado de Thiollent (2009, p. 69-72).

A construção das Diretrizes foi avaliada desde a seleção dos problemas, participação dos membros dos grupos, envolvimento de participantes dos grupos, viabilização das propostas, mobilização das pessoas que participaram da pesquisa, elaboração e encaminhamento de propostas, planejamento durante o processo, participação efetiva dos grupos, qualidade dos trabalhos em grupo, efeito da pesquisa-ação na instituição e capacidade em promover transformações na instituição, relevância de dados para a instituição, consistência e validade dos dados, encaminhamento para publicações e desdobramentos da experiência (THIOLLENT, 2009).

Para a concretização desta fase, foi realizado o 5º seminário, no dia 29 de setembro, com duração de aproximadamente 60 minutos, com a presença de 7 participantes.

Ao final foi elaborado o relatório de avaliação e encaminhado ao grupo principal. Observa-se abaixo a apresentação gráfica da fase da avaliação (FIGURA 4), preconizada por Thiollent (2009).



FIGURA 4: FASE DE AÇÃO. CURITIBA, 2014
FONTE: A Autora (2014).

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A CGMPAP foi criada através da determinação do Anexo III da Norma Regulamentadora nº 32, Portaria Nº 1.748, de 30 de Agosto de 2011 do MTE, esta comissão analisa as informações existentes no PPRA e no PCMSO, além dos referentes aos acidentes do trabalho ocorridos com materiais perfurocortantes.

A Comissão não deve se restringir apenas às informações previamente existentes no serviço de saúde, também deve proceder as suas próprias análises dos acidentes do trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfurocortantes, que podem desencadear outros acidentes. Ainda, deve elaborar e implantar procedimentos de registro e investigação de acidentes e situações de risco envolvendo materiais perfurocortantes, bem como a seleção dos mesmos com dispositivo de segurança (BRASIL, 2005).

Os membros desta comissão são representantes de vários setores da instituição sendo composta por representantes da Direção do Hospital (DH/HC); Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT); membro vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) ou o designado; do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH); da Direção de Enfermagem; Direção Clínica; um membro responsável pela elaboração e implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS); um representante da Central de Material e Esterilização; do Setor de compras; do Setor de padronização de material; representantes dos serviços do laboratório, Epidemiologia, Higiene hospitalar, Serviço Especializado em Saúde e Segurança do trabalhador (SESST) e Departamento de Enfermagem da UFPR.

Todos os membros da comissão foram convidados a participar do 1º seminário. A amostragem intencional da pesquisa foi composta por 11 membros que participam da CGMPAP, que representou 30% da Comissão.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nas duas primeiras fases da metodologia, seguindo as fases Exploratória e Principal da pesquisa-ação proposta por Thiollent (2009).

Na fase I, intitulada exploratória, a coleta de dados foi documental no período entre setembro a outubro de 2013, utilizando dados do SINAN/HC. Resultou na construção do diagnóstico inicial dos acidentes de trabalho com materiais biológicos ocorridos entre setembro/2010 a setembro/2013 no referido hospital.

Na fase II, intitulada de fase principal, foram realizados três seminários entre os meses de março/2014 a junho/2014, sendo evidenciados os problemas relacionados ao acidente de trabalho com materiais biológicos, elaboradas as propostas de intervenção e construídas as diretrizes. Os seminários foram registrados por meio de relatório e gravação.

Cada seminário foi gravado e foi transcrito em forma de relatório, para assegurar o anonimato, as falas dos participantes, quando transcritas, foram codificadas como a letra maiúscula “P” e o número arábico com numeração determinada pela ordem crescente, por exemplo, P1, P2, P3 e, assim, sucessivamente. As apresentações dos relatórios para os participantes, teve a finalidade de retornar a informação gerada pelos mesmos, bem como propiciar um espaço para o diálogo coletivo.

Na fase IV, intitulada de avaliação foi realizado o último seminário para avaliar o processo metodológico no mês de julho de 2014. O seminário foi gravado e transcrito em forma de relatório e teve a finalidade de avaliar desde a escolha dos problemas até a implantação das diretrizes construídas.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados dos seminários de discussão, planejamento, construção e avaliação foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática de Bardin (2011).

Nesta etapa a análise de conteúdo foi denominada de exploração do material, segundo Bardin (2011), corresponde à administração sistemática dos índices elencados e representa a transformação dos dados brutos em pontos centrais de compreensão do texto.

Essa técnica viabilizou a valorização do significado do conteúdo das mensagens, de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa. A organização da análise de conteúdo, proposta nesta pesquisa, percorreu duas etapas: a etapa da exploração do material e a do tratamento dos resultados.

Na etapa de coleta e exploração do material, foram elencados os dados pertencentes aos relatórios de cada seminário. Houve a organização do material, e foram extraídos os problemas, as propostas e os produtos, através da análise documental. Em seguida, foram selecionados os índices caracterizados pelos temas que se repetiram com frequência e os fragmentos do texto que respondem às questões norteadoras (BARDIN, 2011).

Após várias leituras das informações coletadas, foi possível reconhecer os temas que emergiram do texto de maneira espontânea, os quais foram denominados de unidades de registro. A partir da identificação das unidades de registro foram elencadas as categorias que surgiram dos dados.

Classificar, na perspectiva de Bardin (2011), é categorizar elementos estabelecidos de um conjunto, por meio da diferenciação, seguido do reagrupamento de acordo com a semelhança e os critérios pré-estabelecidos. Assim, categorias são classes que unem grupos de unidades de registro em razão de características similares dos elementos.

Na etapa correspondente ao tratamento dos resultados, foram realizadas deduções e interpretação dos achados, com base em referências que abordam a temática do estudo. É importante ressaltar que, a articulação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, permitiu interpretar os significados destes (BARDIN, 2011).

No tratamento dos resultados ocorreu a classificação dos mesmos em categorias, a qual agregou os elementos base do texto (unidade de registro), que podem ser um tema, uma palavra ou uma frase. A frequência de aparecimento dos temas extraídos definiu os núcleos de sentidos e, por conseguinte, as categorias empíricas desta pesquisa. Depois de definidas essas categorias, foram realizadas

deduções e interpretações dos dados obtidos, sustentadas pela literatura referente à pesquisa. A condensação dos dados fornecidas pela análise, favorecem a sua interpretação (BARDIN, 2011).

Com os dados retirados dos relatórios dos seminários foi possível categorizar os achados em duas unidades de registro a partir das falas das várias posições ou visões relativas a cada aspecto da realidade: uma unidade referente à forma de registro dos acidentes com material biológico e a outra unidade referente ao monitoramento após a exposição biológica. Bem como, duas categorias empíricas: a construção de um formulário único e a atualização dos três fluxos atuais.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os seminários ocorreram mediante assinatura no TCLE por parte dos participantes. De acordo com a Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e as normas éticas da pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CEP HC/UFPR) que autorizou a realização da pesquisa, última atualização foi aprovada em 13 de outubro de 2014, sob o número do protocolo nº 830.088, CAAE: 16530513.9.0000.0096 (ANEXO 1).

4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta as informações provenientes da coleta de dados do cenário da pesquisa. Estão apresentados os dados do diagnóstico inicial dos acidentes de trabalho com materiais biológicos e da organização dos seminários. A seguir, foram dispostas as categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo dos seminários referentes à exposição biológica nos ATMB. Também apresentam-se, neste capítulo, as diretrizes, construídas coletivamente durante a pesquisa-ação.

4.1.RESULTADOS DA FASE EXPLORATÓRIA

Com base nos dados fornecidos pelo Serviço de Epidemiologia do referido hospital das fichas de notificação de acidentes de trabalho com materiais biológicos do SINAN/HC, considerado o número de acidentes durante o período de setembro de 2010 a setembro de 2013, foi realizado o diagnóstico situacional usando os seguintes dados: identificação profissional (sexo, faixa etária, escolaridade e ocupação); dados do acidente (tipo de exposição, o agente causador, o uso de EPI, material orgânico e a emissão da CAT). Na conduta após o acidente, foram utilizados dados epidemiológicos do paciente fonte e do acidentado quanto à situação vacinal, exames de laboratório, medicação utilizada e o desfecho do ATMB.

No período de setembro de 2010 a setembro de 2013 foram notificados um total de 220 acidentes de trabalho com materiais biológicos em trabalhadores do hospital alvo da pesquisa, sendo que 63 em 2010, 55 em 2011, 59 em 2012, e 43 em 2013.

O grau de escolaridade predominante entre os que sofreram ATMB foi o ensino superior completo (40,5%). As ocupações que tiveram maior ocorrência de ATMB foram os trabalhadores de enfermagem (46,8%) e os médicos (26,8%), apresentados na (TABELA 3).

TABELA 3 - OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO NOTIFICADOS NO SINAN CONFORME O SEXO, IDADE/FAIXA ETÁRIA, GRAU DE ESCOLARIDADE E OCUPAÇÃO EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE CURITIBA (N=220). BRASIL, 2014.

VARIÁVEL	N	% (I.C. 95%)
SEXO		
Feminino	171	77,7 (71,6 – 83,0)
Masculino	49	22,3 (16,9 – 28,4)
Total	220	
FAIXA ETÁRIA		
Até 30 anos	108	49,1 (42,3 – 55,9)
31 aos 40 anos	41	18,6 (13,7 – 24,4)
41 aos 50 anos	41	18,6 (13,7 – 24,4)
A partir de 51 anos	30	13,7 (9,4 – 18,9)
Total	220	
ESCOLARIDADE		
Ensino Superior completo	89	40,5 (33,9 – 47,3)
Ensino Médio	68	30,9 (24,9 – 37,5)
Ensino Superior incompleto	43	19,5 (14,5 – 25,4)
Ignorados	13	5,9 (3,2 – 9,9)
Ensino Fundamental	6	2,7 (1,0 – 5,8)
Não preenchidos	1	0,5 (0,1 – 2,5)
Total	220	
OCUPAÇÃO		
Auxiliar de enfermagem	60	27,2 (21,5 – 33,7)
Médico	59	26,8 (21,1 – 33,2)
Desconhecido	35	15,9 (11,3 – 21,4)
Técnico de enfermagem	29	13,2 (9,0 – 18,4)
Técnicos em análises laboratoriais	17	7,7 (4,6 – 12,1)
Enfermeiro	14	6,4 (3,5 – 10,4)
Zelador	4	1,8 (0,5 – 4,6)
Fisioterapeuta	1	0,5 (0,1 – 2,5)
Não preenchidos	1	0,5 (0,1 – 2,5)
Total	220	

FONTE: SINAN/HC (2013;2014).

Observou-se que, do total de acidentes notificados, houve maior ocorrência no sexo feminino (77,7%). Quanto à faixa etária, a mais suscetível foi de jovens até 30 anos de idade (49,1%). A média de idade para os acidentados foi de 35,4 anos, a mediana foi 31 anos, a idade mínima foi 19 anos e a máxima de 69 anos de idade.

Os EPI mais utilizados nas atividades laborais dos trabalhadores acidentados foram o avental (91,4%), a luva (88,6%) e a bota (65,9%). Em relação aos EPI, houve uma proporção maior de utilização de equipamentos de proteção individual por parte dos homens para luva, avental, óculos com associação significativa ($p=0.004$), máscara e protetor facial (TABELA 4).

TABELA 4 - A FREQUÊNCIA DO USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE CURITIBA. BRASIL, 2014.

VARIÁVEL	N	%	HOMENS	MULHERES	p value
EPI	SIM		N (%)	N (%)	
Avental	201	91,4	47 (95,9)	154 (90,6)	0.231
Luva	194	88,6	46 (93,9)	148 (87,6)	0.215
Bota	145	65,9	32 (65,3)	113 (67,3)	0.798
Máscara	100	45,5	28 (57,1)	72 (42,9)	0.078
Óculos	51	23,2	19 (38,8)	32 (19,2)	0.004
Protetor facial	18	8,2	6 (12,2)	12 (7,1)	0.255

FONTE: SINAN/HC (2013;2014).

Quanto à situação vacinal para hepatite B das vítimas de ATMB, a maioria já havia sido vacinada (97,4%). Houve uma tendência das mulheres aderirem mais que homens a vacinação contra o vírus da hepatite B, pelo sexo feminino ser em maior número (TABELA 5).

TABELA 5 – SITUAÇÃO VACINAL PARA HEPATITE B EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE CURITIBA. BRASIL, 2014.

SITUAÇÃO VACINAL PARA A HEPATITE B	N	%	HOMENS	MULHERES	p value
			N (%)	N (%)	
Vacinado	214	97,4	47 (95,9)	167 (99,4)	0.066
Não vacinado	3	1,4			
Ignorado	3	1,4			
Total	220	100			

FONTE: SINAN/HC (2013;2014).

O agente causador do acidente de trabalho com exposição biológica mais frequente foi a agulha com lúmen (58,4%) (TABELA 6).

TABELA 6 – AGENTE CAUSADOR DE ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO BIOLÓGICA EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE CURITIBA. BRASIL, 2014.

Agulha com lúmen	128	58,4
Outros	47	21,3
Não preenchimento	21	9,5
Agulha sem lúmen	15	6,8
Intracath	4	1,8
Ignorado	3	1,3
Vidros	2	0,9
Total	220	100

FONTE: SINAN/HC (2013;2014).

Observa-se a evidente predominância da exposição percutânea (71,3%) e o sangue (82,1%) como material biológico de maior ocorrência entre as vítimas de ATMB (TABELA 7).

TABELA 7 - OCORRÊNCIA DO TIPO DE EXPOSIÇÃO E MATERIAL BIOLÓGICO ENVOLVIDO NOS ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO (N=220) NOTIFICADOS NO SINAN EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE CURITIBA. BRASIL, 2014.

VARIÁVEL	N	%
TIPO DE EXPOSIÇÃO		
Percutânea	171	71,3
Mucosa	39	16,3
Pele íntegra	23	9,5
Pele não íntegra	7	2,9
Total	240**	100
MATERIAL BIOLÓGICO		
	N	%
Sangue	180	82,1
Outros	21	9,5
Fluído com sangue	7	3,1
Líquor	3	1,3
Líquido pleural	3	1,3
Líquido ascítico	2	0,9
Soro/plasma	2	0,9
Ignorados	2	0,9
Total	220	100

** O total da variável chegou a 240, pois alguns trabalhadores foram expostos simultaneamente a mais de um tipo de exposição.

FONTE: SINAN/HC (2013;2014).

O status sorológico do paciente fonte para os vírus HIV foi de (18,6%), da hepatite B e C (89,6%). Do total de pacientes fonte envolvidos nos ATMB, 36,3 % apresentavam sorologia positiva para os vírus HIV, hepatite B e C. Houve uma alta ocorrência de portadores do vírus HIV (18,6%) e do vírus da hepatite C (9,5%) entre os pacientes fonte. Para o vírus da hepatite B, 2,7% dos pacientes eram soropositivos. Apenas 1,4% das vítimas de ATMB eram portadores do vírus da hepatite C no momento do acidente, e 75,9% portavam anticorpos contra o vírus da hepatite B. (TABELA 8).

TABELA 8 - OCORRÊNCIA DO PACIENTE FONTE QUANTO AO STATUS SOROLÓGICO, E O STATUS SOROLÓGICO DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE CURITIBA (N=220). BRASIL, 2014.

PACIENTE FONTE	N	%	
Conhecido	197	89,6	
Não Conhecido	21	9,5	
Ignorado	2	0,9	
Total	220	100	

STATUS SOROLÓGICO DO PACIENTE	Anti-HIV a N (%)	HbsAg b N (%)	Anti HBc c N (%)	Anti HCV d N (%)
Negativo	151 (68,6)	166 (75,5)	130 (59,1)	158 (71,8)
Positivo	41 (18,6)	6 (2,7)	18 (8,2)	21 (9,5)
Não preenchimento	23 (10,5)	23 (10,5)	24 (10,9)	24 (10,9)
Não realizado	4 (1,8)	19 (8,6)	41 (18,6)	12 (5,5)
Ignorado	1 (0,5)	6 (2,7)	7 (3,2)	5 (2,3)
Total	220	220	220	220

STATUS SOROLÓGICO DO ACIDENTADO NO MOMENTO DO ACIDENTE	Anti-HIV a N (%)	HbsAg b N (%)	Anti HBs e N (%)	Anti HCV d N (%)
Negativo	217 (98,6)	203 (92,2)	42 (19,1)	211 (95,9)
Não realizado	2 (0,9)	14 (6,4)	9 (4,1)	5 (2,2)
Ignorado	1 (0,5)	2 (0,9)	2 (0,9)	1 (0,5)
Positivo	-	1 (0,5)	167 (75,9)	3 (1,4)
Total	220	220	220	220

a Exame sorológico para detecção de anticorpos contra o vírus da imunodeficiência humana

b Exame sorológico para detecção do vírus da hepatite B

c Exame sorológico para detecção de anticorpos totais (IgG + IgM) contra o antígeno CORE do vírus da hepatite B

d Exame sorológico para detecção do vírus da hepatite C

e Exame sorológico para detecção de anticorpos contra antígeno de superfície do vírus da hepatite B

FONTE: SINAN/HC (2013;2014).

Quanto à conduta de aplicação de imunoglobulina contra a hepatite B (IGHHBV) para as vítimas de AMTB, apenas 0,9% tiveram indicação. O uso de PPE mais frequente para os acidentados foi de AZT + 3TC (8,2%). Em relação à evolução dos casos não houve soroconversão, o abandono e não preenchimento chegou a 9,1% dos casos, impossibilitando o encerramento adequado de 20 ATMB (TABELA 9).

TABELA 9 – FREQUÊNCIA DA INDICAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA, O USO DE PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PPE) E EVOLUÇÃO DE CASO EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE CURITIBA (N=220). BRASIL, 2014.

INDICAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA	N	%	
Não	214	97,3	
Não preenchimento	3	1,3	
Sim	2	0,9	
Ignorado	1	0,5	
Total	220	100	

USO DE PPE*	SIM N (%)	NÃO N (%)	IGNORAD O N (%)	NÃO PREENCHIDO N (%)
AZT + 3TC	18 (8,2)	199 (90,4)	1 (0,5)	2 (0,9)
AZT + 3TC + Indinavir	4 (1,8)	213 (96,8)	1 (0,5)	2 (0,9)
AZT + 3TC + Nelfinavir	-	217 (98,6)	1 (0,5)	2 (0,9)
Total	22 (10,0)		3 (1,5)	6 (2,7)

EVOLUÇÃO DE CASO	N	%	
Alta paciente fonte negativo	127	57,7	
Alta sem soroconversão	73	33,2	
Não preenchimento	14	6,4	
Abandono	6	2,7	
Total	220	100	

* Uso de profilaxia pós-exposição ao acidente com material biológico

FONTES: SINAN/HC (2013;2014).

4.2. RESULTADOS DA FASE PRINCIPAL

Nesta fase foram realizados três seminários. Os seminários ocorreram para fomentar e ampliar a discussão entre representantes de vários setores do hospital sobre os problemas relacionados à exposição biológica nos acidentes de trabalho, bem como, para o estabelecimento de diretrizes de forma coletiva, com a finalidade de favorecer a notificação dos ATMB, encaminhamento e acompanhamento dos acidentados com material biológico conforme preconizado pelo M.S. Esses seminários foram organizados da seguinte forma (QUADRO 3).

SEMINÁRIO II

No dia 28/04/2014 compareceram 9 participantes. Inicialmente foi feito um breve relato do 1º seminário. Em seguida iniciou-se a discussão sobre os fluxos atuais existentes no referido hospital para o ATMB; o monitoramento após a exposição biológica preconizado pela legislação vigente; os formulários de notificação para os acidentes com exposição biológica e a implantação da UPA matriz/HC. Deste seminário emergiram as propostas do grupo para a construção coletiva de um único formulário, atualização dos fluxos existentes e a forma de acesso para o trabalhador preencher o formulário para o atendimento médico. As sugestões dadas pelos participantes para o seminário III foram: encaminhar os formulários e fluxos atuais para serem analisados e elaborar uma proposta para ser discutida coletivamente.

SEMINÁRIO III

No dia 26/05/2014 compareceram 8 participantes. Foram discutidas as sugestões de cada participante e realizada a construção coletiva de um único formulário para notificação de acidente de trabalho com exposição biológica, para todos trabalhadores que estejam desenvolvendo suas atividades no referido hospital, entre eles, servidores públicos, contratados pela FUNPAR e alunos/residentes multiprofissionais. Bem como, foi efetuada a atualização coletiva dos fluxos, resultando em um único fluxo que estará no verso do formulário. Os documentos foram encaminhados por via eletrônica ao grupo para serem avaliados e corrigidos.

SEMINÁRIO IV

No dia 30/06/2014, com a presença de 10 participantes e três convidados ocorreu a finalização do formulário e do fluxo. Foram estabelecidas as estratégias para avaliação e aprovação do Conselho Diretivo do Hospital e dos serviços especializados da saúde do trabalhador da UFPR e da FUNPAR. O novo formulário e o fluxo serão encaminhados para o SESMT e para a CAISS para implantação.

QUADRO 3: DESENVOLVIMENTO DOS SEMINÁRIOS DA FASE II, CURITIBA, 2014.
FONTE: A autora (2014).

Destes seminários emergiram as unidades de registro, as categorias empíricas e as subcategorias empíricas, conforme Bardin, que permitiram a análise dos dados desta pesquisa.

4.2.1 UNIDADES DE REGISTRO, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

As categorias e as subcategorias que surgiram das unidades de registro relacionadas aos seminários, estão apresentadas esquematicamente a seguir (QUADRO 4).

UNIDADES	CATEGORIAS EMPÍRICAS	SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS	PROPOSTAS
1-Forma de registro dos acidentes com material biológico	1-Padronização de um único formulário	1-Delimitação do objetivo da pesquisa em ATMB ou somente com exposição percutânea 2-Dificuldade no acesso e preenchimento dos formulários 3-Responsabilidade pelo preenchimento 4-Abertura no processo	1-Construção de um único formulário para todos os trabalhadores independente de seu vínculo trabalhista 2-Definição do objeto da pesquisa
2-Acompanhamento e monitoramento após a exposição biológica	1-Atualização dos fluxos atuais (3)	1-Dificuldade no monitoramento do acidentado 2-Demora no atendimento e a classificação de risco na UPA matriz/HC 3-Sub-notificação dos ATMB 4-Dificuldade em comparecer às consultas 5-Dificuldade em iniciar o tratamento quimioprolático quando indicado	1-Organização dos fluxos 2-Realização de consultas no horário de trabalho 3-Divulgação completa na instituição 4-Uniformidade do monitoramento pelos serviços especializados de saúde do trabalhador

QUADRO 4 – APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS UNIDADES, CATEGORIAS EMPÍRICAS, SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS E PROPOSTAS SEGUNDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, 2014.

FONTE: A autora (2014).

As categorias e as subcategorias que surgiram das unidades de registro extraídas das falas dos participantes, estão descritas a seguir:

Unidades de registro: forma de registro dos ATMB.

Categoria: padronização de um único formulário de notificação.

Subcategoria: Delimitação do objetivo da pesquisa em ATMB ou somente com exposição percutânea.

Durante o percurso ficou definido que o objeto da pesquisa é o acidente de trabalho com exposição biológica.

[...] Acho que devemos trabalhar com os acidentes com perfurocortantes, pois é o objetivo da comissão [...] (P1).

Acho que devemos trabalhar com todas as formas de exposição [...] (P2).

Precisamos discutir mais para decidirmos [...] (P6).

Devemos trabalhar com todos os acidentes para sermos efetivos [...] (P10).

Unidades de registro: forma de registro dos ATMB.

Categoria: padronização de um único formulário de notificação.

Subcategoria: dificuldade no acesso, preenchimento dos formulários e responsabilidade pelo preenchimento.

Quanto ao acesso e preenchimento do formulário, foi sugerido que deve ser de fácil acesso e todas as unidades tenham o modelo para ser reproduzido quando o acesso à intranet for difícil. O formulário poderá ser preenchido pelo trabalhador, chefia imediata, residente ou enfermeiro da unidade para em seguida, o trabalhador ser encaminhado à UPA matriz/HC ao atendimento médico.

Quem não tem internet fica difícil preencher três tipos diferentes de formulário [...] (P4).

O formulário para os servidores é para todo o tipo de acidente de trabalho, não só do biológico [...] (P1).

[...] É muito formulário para a mesma coisa [...] (P6).

O formulário 57 usados pelos trabalhadores da FUNPAR deve continuar com o mesmo nome, mesmo que seja outro para não gerar confusão no fluxo [...] (P2).

Mesmo com o formulário na intranet toda unidade deve ter uma pasta com os modelos, para facilitar na hora do acidente [...] (P1).

Qualquer pessoa pode preencher o formulário, a chefia imediata, o trabalhador, o residente ou o enfermeiro da unidade [...] (P5).

Unidades de registro: forma de registro dos ATMB.

Categoria: padronização de um único formulário de notificação.

Subcategoria: abertura do processo para monitoramento do acidentado pelos serviços especializados em saúde e medicina do trabalho.

Ficou então definido que, quando possível, o próprio trabalhador deverá abrir seu processo junto ao protocolo do hospital, no SESMT ou na central de agendamento quando for aluno ou residente, para que o serviço especializado possa agendar as consultas com 30, 90 e 180 dias.

O próprio trabalhador deve ser responsável por seu acidente [...] (P9)

A chefia imediata deve ser responsável pela abertura do processo [...] (P4)

O próprio trabalhador deve abrir seu processo [...] (P1)

Os residentes e alunos não abrem CAT só o processo para acompanhamento na infectologia quando a fonte é positiva para AIDS e hepatites ou fonte desconhecida [...] (P5)

Os exames dos periódicos já estão atrasados porque dependem da chefia imediata, isto acontecerá com a acidente de trabalho também [...]P2

Unidades de registro: forma de registro dos ATMB.

Categoria: padronização de um único formulário de notificação.

Subcategoria: construção coletiva do formulário.

A construção coletiva de um único formulário para os ATMB foi finalizada no seminário IV para, em seguida, ser analisado e aprovado por todos os setores envolvidos com a saúde e segurança do trabalhador (APÊNDICE 1).

Vamos mudar o nome do formulário para “Formulário de registro de acidente com exposição a material biológico do Hospital de Clínicas” [...] (P1)

O formulário novo deve ser encaminhado aos serviços especializados para aprovação [...] (P1)

Devemos colocar as opções dos vínculos bem no início [...] (P2)

Na descrição do acidente colocar a data e a hora do acidente no início [...] (P4)

Manter a opção se houve internação [...] (P10)

O CID é importante para se fazer a CAT depois [...] (P1)

*A sorologia do paciente fonte e do acidentado é muito importante [...] (P4)
Temos que atualizar o esquema de quimioprofilaxia [...] (P4)*

Colocar os logotipos na sequência, UFPR, HC e Funpar, retirar o da Progepe [...] (P3)

O procedimento odontológico deve ficar nas circunstâncias [...] (P1)

Devemos retirar o nome do campo “descrição e natureza da lesão” e colocar “Exame Clínico” [...] (P12)

A conduta na quimioprofilaxia ficou assim então [...] (P4)

Unidades de registro: monitoramento após a exposição biológica.

Categoria: atualização dos fluxos atuais.

Subcategoria: demora no atendimento médico, dificuldade no acompanhamento e monitoramento.

Após a discussão nos seminários emergiu a recomendação que todos devem seguir o monitoramento preconizado pelo MS de 2011, as consultas de preferência no horário de trabalho, a divulgação das diretrizes devem atingir toda comunidade hospitalar e todos os serviços especializados devem adequar suas atividades para cumprir a legislação vigente.

Em relação ao atendimento médico, após a reunião com a coordenação da UPA matriz, CGMPAP, DAS e Serviço de Epidemiologia ficou acordado que o acidentado ao ser encaminhado para a UPA matriz, será classificado com a cor amarela (Protocolo de Manchester), para que possa ser atendido em até duas horas e iniciar a PPE quando indicada.

Os acidentados do Centro da Visão também são responsabilidade do hospital [...] (P1)

Para que o fluxo e o monitoramento sejam efetivos, deve-se fazer uma campanha de divulgação que atinja toda a comunidade hospitalar [...] (P1)

Estou preocupada com as orientações dadas pelos residentes da infectologia, pois todos devem saber orientar [...] (P4)

A legislação vigente preconiza o monitoramento após exposição biológica aos 30,90 e 180 dias [...] (P5)

Atualmente o serviço especializado para o trabalhador da universidade não está adequado [...] (P2)

Qualquer alteração no fluxo deve antes ser aprovada pelos serviços especializados [...] (P1)

Os fluxos devem estar no rodapé da página do formulário para facilitar [...] (P9)

Deve ter um alerta bem objetivo “Registre, abra, encaminhe e acompanhe seu acidente de trabalho” [...] (P4)

O trabalhador deve ter preferência no atendimento médico por ser com material biológico [...] (P9)

Unidades de registro: monitoramento após a exposição biológica.

Categoria: atualização dos fluxos atuais.

Subcategoria: subnotificação dos ATMB.

A preocupação dos participantes com a subnotificação dos ATMB é muito grande, pois pode ocasionar danos ao acidentado, sua família e sociedade. Os trabalhadores devem ser informados e conscientizados da sua responsabilidade sobre seu acidente, bem como, conhecer todos os mecanismos institucionais para seguir.

O trabalhador só dá importância quando o acidente é grave [...] (P10)

A dificuldade em fazer a CAT desmotiva o acidentado [...] (P9)

Houveram dois acidentes com material biológico na UTI adulto e não foram notificados para o SESAO [...] (P1)

Com o início da UPA matriz poderá ter sub-notificação [...] (P5)

Unidades de registro: monitoramento após a exposição biológica.

Categoria: atualização dos fluxos atuais.

Subcategoria: dificuldade em comparecer às consultas e iniciar o tratamento quimioprolático quando indicado.

Também foi sugerido que as consultas sejam, de preferência, no horário de trabalho. Bem como, será necessário realizar uma ampla divulgação do fluxo na instituição para a uniformização do monitoramento pelos serviços especializados de saúde do trabalhador.

Para os trabalhadores da Funpar, a consulta é agendada e são procurados quando faltam à consulta [...] (P2)

No meu acidente com perfurocortante fui chamada apenas ao final dos seis meses e tive dificuldade em comparecer à consulta no horário de trabalho [...] (P6)

As consultas de preferência devem ser no horário de trabalho [...] (P1, P2, P6 e P10)

No final de semana e feriados é mais difícil pegar a medicação [...] (P1)

Se demorar o atendimento não dá para começar o tratamento em duas horas [...] (P4)

Frente aos resultados obtidos nos seminários, tornou-se necessária a organização dos atuais fluxos e a construção coletiva de um único fluxo (APÊNDICE 2).

4.3 RESULTADOS DA FASE DE AÇÃO

Esta fase foi caracterizada pela divulgação das Diretrizes propostas, construção do formulário e dos fluxos para o ATMB. Segundo Thiollent (2009), essa fase tem o objetivo de difundir os resultados, apresentar as propostas e implementar ações que atuaram nas mudanças de uma realidade.

As atividades realizadas na fase de ação desencadearam as seguintes ações:

- Primeira apresentação ao Conselho Diretivo/ Colegiado Gestor do Hospital (CODIR) das propostas do novo formulário e do fluxo, realizada no dia 29 de julho de 2014. As diretrizes propostas foram apresentadas de forma expositiva e em seguida, foram discutidas. Atualmente existem nesta instituição três formulários para notificação de acidentes e após esta pesquisa, foi elaborado um formulário único que ficará disponível na Intranet/HC. Surgiram algumas sugestões em relação ao formulário, tais como deixar somente o logotipo do Hospital de Clínicas e acrescentar no instrumento a sorologia do paciente fonte no momento do acidente.

Após esta pesquisa o trabalhador somente será atendido na UPA Matriz/HC se estiver com o formulário preenchido, o preenchimento pode ser feito pelo trabalhador acidentado, sua chefia imediata, médico residente da unidade ou pelo apoio

administrativo. Imediatamente o médico irá analisar cada ocorrência e informar no próprio formulário a conduta no momento do acidente e indicará se houver a necessidade da quimioprofilaxia.

- Segunda reunião com o Conselho Diretivo/ Colegiado gestor do Hospital, foi realizada no dia 12 de agosto de 2014, na qual foram apresentadas as adequações efetuadas no fluxo do atendimento médico para trabalhadores do Hospital de Clínicas acidentados com material biológico. Ficou definido que os trabalhadores deverão ser encaminhados para a UPA Matriz/HC, para o atendimento médico com o novo formulário preenchido e a continuidade no tratamento será realizada pelos serviços especializados, conforme cada vínculo empregatício.

O profissional terceirizado continua com o mesmo fluxo anteriormente determinado, sendo atendido no Hospital do Trabalhador, hospital de referência em Curitiba. Foi solicitada a colaboração dos conselheiros na divulgação do referido fluxo.

- Reunião no dia 14/08/14 com a diretoria de assistência (DAS), coordenação da UPA matriz, serviço de Epidemiologia e representante da CGMPAP. Foram repassadas as diretrizes, implantação do formulário único e o novo fluxo, bem como ficou definido o CID a ser preenchido no formulário, para facilitar a busca de ATMB pelo serviço de Epidemiologia. Também ficou definido que, os trabalhadores acidentados com material biológico passarão pela Classificação de Risco de Manchester e serão classificados como código **amarelo**, pela importância em iniciar a quimioprofilaxia para a AIDS, caso indicada em até 2 horas. O formulário único deverá ser preenchido em 2 vias, sendo uma via do trabalhador e a outra via do serviço especializado, que dará continuidade ao monitoramento após o atendimento médico na UPA matriz/HC.
- Formalização das diretrizes por via eletrônica e reunião com a Assessoria de Marketing para as adequações do formulário e dos fluxos conforme padrão da instituição.
- Como outra proposta de ação concreta, foi realizada a reunião com a coordenadora do CAISS e representante da CGMPAP, no dia 03 de setembro, para solicitar apoio na divulgação das novas diretrizes.

- Como ação diretiva, foi realizada a implantação do formulário e do fluxo no programa informatizado do hospital na INTRANET, no dia 10 de setembro de 2014, pela Assessoria de Marketing do hospital (APÊNDICES 2 e 3).
- O acesso na INTRANET está na navegação rápida no item COLABORADOR HC (ANEXO 2).
- Divulgação no correio eletrônico do hospital, no dia 10/09/14, Sistema de Informação Hospitalar (SIH) (ANEXO 3).
- Distribuição de pasta intitulada “ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO” contendo as novas Diretrizes, ofício explicativo, objetivos da CGMPAP, forma de acesso da página da Intranet, novo formulário, fluxo atualizado, fluxo para realizar o teste para o HIV em pacientes fonte conhecidos e as listagens dos trabalhadores da UFPR e FUNPAR assinadas após ciência.

Foi solicitado que as listagens sejam encaminhadas para a pesquisadora. A entrega das pastas ocorreu no mês de setembro com a ajuda de duas participantes do grupo principal.

- Divulgação das diretrizes para os membros da CGMPAP nas reuniões ordinárias da comissão nos meses de agosto e setembro de 2014.
- Como outra ação diretiva, foi solicitada a inclusão de pauta na reunião de colegiado de enfermagem no dia 10 de setembro, com o objetivo de solicitar a colaboração das supervisoras de enfermagem visando intensificar a divulgação à equipe de enfermagem, pois são os trabalhadores mais expostos aos materiais biológicos, devido às atividades que desempenham num maior tempo de contato com os pacientes.
- Inclusão do formulário e fluxo em 16/09/2014 no acesso da UPA matriz/HC na Intranet (ANEXO 4).
- Como última ação diretiva houve a divulgação das Diretrizes no Boletim Informativo do referido hospital, “COMPRIMIDO Informação na dose certa!”, ano 5 - Nº53 de setembro de 2014 (ANEXO 5).

4.4 RESULTADOS DA FASE DE AVALIAÇÃO

Na quarta fase, a construção das Diretrizes foi avaliada sob os seguintes aspectos: a seleção dos problemas, a participação dos membros dos grupos, o envolvimento de participantes dos grupos, a viabilização das propostas, a mobilização dos participantes, a elaboração e encaminhamento de propostas, o planejamento durante o processo, a participação efetiva dos grupos, a qualidade dos trabalhos em grupo, o efeito da pesquisa-ação e a capacidade em promover transformações na instituição, a relevância de dados para a instituição, a consistência e validade dos dados, o encaminhamento para publicações e os desdobramentos da experiência (THIOLLENT, 2009).

Foi estabelecido um roteiro de avaliação pré-estruturado com os seguintes temas a serem discutidos: Identificação e resolução de problemas; Capacidade de mobilização para avaliar a iniciativa e número de pessoas para participar das atividades em grupo; Viabilização das propostas formuladas no decorrer do processo; Participação de representantes de vários setores e grupos diferenciados hierarquizados durante as fases do processo; Avaliação da qualidade do trabalho em equipe; Avaliação da contribuição da pesquisa-ação em criar mecanismos de comunicação, proporcionando discussão de problemas e soluções; Apresentação dos resultados; Verificação da qualidade na comunicação e canais de difusão; Avaliação das atividades de apoio, qualidade, rapidez e eficiência no processamento de dados e produção de material de divulgação e a verificação da capacidade para obter apoio dos técnicos em informática.

Após os temas abordados e discutidos na fase de avaliação, os participantes descreveram as implantações realizadas e a viabilidade das ações. A seguir foram sintetizadas as propostas dos participantes:

Identificação e resolução de problemas

A partir da apresentação do diagnóstico inicial de ATMB, bem como dos formulários e fluxos atuais, emergiram os problemas que formaram as duas unidades

de registro, as categorias e subcategorias empíricas. A escolha deste tema é de extrema relevância atualmente.

Capacidade de mobilização do grupo

A presença dos participantes e convidados nos seminários, viabilizou a construção coletiva do formulário e adequações do fluxo para o ATMB.

Qualidade do trabalho em equipe

A qualidade do trabalho em grupo foi avaliada como muito boa. A colaboração do grupo foi efetiva nas trocas de informação, discussões, sugestões, bem como nas ações, como a distribuição de 74 pastas com material informativo sobre o acidente com material biológico para todos os serviços e unidades do hospital.

Contribuição da pesquisa-ação

A contribuição da pesquisa-ação na criação de mecanismos de comunicação foi avaliada como uma experiência positiva, aumentando a interação entre os participantes e a valorização dos conhecimentos.

Apresentação dos resultados

A implantação do formulário e do fluxo no sistema informatizado do hospital contribuiu para facilitar o acesso dos trabalhadores, possibilitando o monitoramento após a exposição biológica. As implementações efetuadas contribuirão com a CGMPAP no controle, acompanhamento e ações nos acidentes com perfurocortantes.

Qualidade na comunicação e canais de difusão

As ações desenvolvidas junto ao Serviço de Marketing do Hospital de Clínicas para a divulgação foram muito importantes. Desta parceria, resultou a divulgação no correio eletrônico, no boletim mensal do hospital e a implantação do formulário e fluxo na Intranet. O grupo avaliou que a divulgação deve ser contínua para ter resultado.

Interação com outros setores na instituição

Houve a interação entre o grupo e alguns setores do hospital, como a participação em duas reuniões da diretoria colegiada, uma reunião do colegiado de enfermagem, uma reunião com a direção de assistência e a coordenação da UPA matriz/HC, reunião com a coordenação do CAISS e com a assessoria de marketing.

A pesquisadora avaliou o processo da construção de novas Diretrizes como gratificante, agradeceu pela colaboração, disposição e dedicação do grupo principal e propôs algumas sugestões, como o agendamento de outra reunião com o colegiado diretor do hospital para repasse da avaliação, com a coordenadora do CAISS visando a articulação e viabilização da divulgação nos serviços da universidade ligados à saúde do trabalhador, e solicitar, a colaboração de gerentes e supervisores das unidades funcionais para dar continuidade à divulgação das Diretrizes.

A seguir está representada a esquematização das diretrizes no ATMB (FIGURA 5):

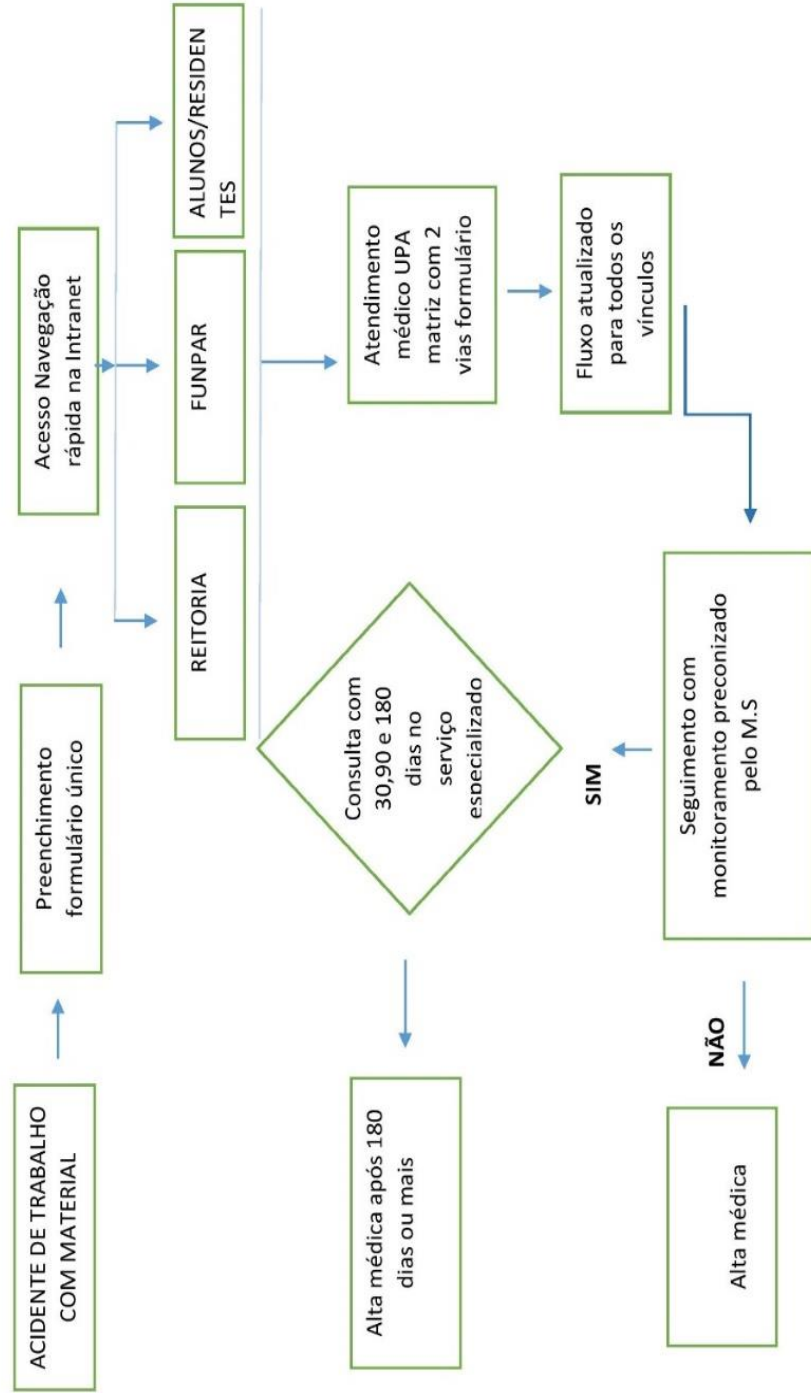


FIGURA 5: ESQUEMATIZAÇÃO DAS DIRETRIZES NO ATMB
 FONTE: A autora, 2014.

5 DISCUSSÃO

Este capítulo organizou-se em discussão do diagnóstico inicial dos ATMB; discussão sobre os aspectos levantados nas categorias em relação ao monitoramento após a exposição biológica, a subnotificação dos ATMB, a vacinação contra a hepatite B e a contribuição da pesquisa-ação na implementação de diretrizes nas instituições de saúde.

5.1 DIAGNÓSTICO INICIAL DOS ATMB

O diagnóstico inicial dos ATMB foi realizado com dados do SINAN/HC do período de setembro de 2010 a setembro de 2013. Esses dados mostram que houve maior ocorrência de ATMB no sexo feminino (77,7%).

A prevalência de profissionais de saúde do sexo feminino nos hospitais reflete a porcentagem superior sobre o sexo masculino, principalmente na categoria de enfermagem (Diehl *et al*, 2012). Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) as categorias profissionais da enfermagem são constituídas por 88,26% de mulheres (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

A faixa etária mais atingida foi de jovens até 30 anos de idade (49,1%), a predominância de acidentes nesta faixa etária pode estar relacionada ao hospital em estudo, pela presença de estudantes, residentes multiprofissionais e profissionais jovens, podendo estar associados à falta de experiência e insegurança na realização dos procedimentos (LIM; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011).

Um estudo realizado numa Faculdade de Odontologia de Bolonha/Itália mostrou que na graduação da odontologia, o estudante pode ser considerado mais propenso a possíveis acidentes pela inexperiência (GATTO *et al*, 2013).

Os resultados mostraram que 40,5% dos acidentados tinham o ensino superior completo. Os trabalhadores de enfermagem (46,8%) e os médicos (26,8%) foram as categorias profissionais mais atingidas. Dentro do número dos profissionais médicos incluem os médicos residentes já que o hospital da pesquisa é um hospital de ensino. O mesmo mostrou um estudo realizado num hospital de ensino na Nigéria que aponta

a ocorrência dos acidentes entre os residentes de cirurgia como 67,5% de 230 residentes, sendo a ortopedia e a cirurgia plástica as especialidades mais atingidas com 75% (NWANKWO; ANIEBUE, 2011).

Em relação ao uso do EPI no momento do acidente, os mais utilizados nas atividades laborais foram o avental (91,4%), a luva (88,6%) e a bota (65,9%). As instituições de saúde devem atender à NR-6 que dispõe sobre o uso do EPI, fornecendo em condições de uso e realizar treinamento com toda a equipe sobre o uso e a conservação dos mesmos (BRASIL, 2001).

Em inquérito realizado com enfermeiros em um hospital universitário dos EUA, (N = 404) em relação ao uso de EPI, a luva foi relatada por 84%, e 8% relataram a não utilização de EPI nos cuidados prestados (JAGGER *et al*, 2011).

Quanto à vacinação contra a hepatite B, verificou-se que 97,4% dos acidentados tinham sido vacinados. Houve uma tendência das mulheres aderirem mais que homens à vacinação contra o vírus da hepatite B. Um estudo realizado num hospital terciário em Atenas na Grécia, mostrou que 39,7% dos trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho com materiais biológicos não eram vacinados contra a hepatite B (FALAGAS; KARYDIS; KOSTOGIANNOU, 2007).

No Brasil, a vacinação contra a hepatite B é uma exigência legal na política do MS, prevista no calendário nacional de vacinação da criança e do adulto e na NR-32 para os trabalhadores de saúde (BRASIL, 2005).

Em relação ao equipamento envolvido no acidente, a agulha com lúmen foi a mais envolvida (58,4%). Um estudo realizado num hospital terciário em Atenas na Grécia, mostrou que 82,2% dos acidentes foram com agulhas, 15,1% com bisturi/lâminas e 2,7% com respingos de sangue (FALAGAS; KARYDIS; KOSTOGIANNOU, 2007).

Nesta pesquisa, a exposição percutânea esteve presente em 171 (71,3%) dos acidentes. Um estudo aponta para a exposição percutânea que a equipe de saúde está sujeita porque manuseia vários materiais perfurocortantes e estão em contato com pacientes contaminados com microorganismos patogênicos (TWARDOWSCHY *et al*, 2013).

O sangue (82,1%) foi o fluido biológico de maior ocorrência nos acidentes. Esse dado é condizente com o estudo realizado entre trabalhadores de hospitais no

Município de Teresina, no Piauí entre 2007 a 2011 (SANTOS; COSTA; MASCARENHAS, 2013).

No estudo realizado com enfermeiros em um hospital universitário dos EUA, dos enfermeiros que responderam ao inquérito (N = 404), 379 (94%) indicaram que realizaram inserções periféricas de cateteres, remoções, ou ambos (aqueles que indicaram que não realizaram nem inserções nem remoções foram retirados do banco de dados). Deste número 174 (46%) estimaram que tiveram pelo menos uma exposição de sangue por mês durante a inserção do cateter. Foi estimada uma taxa média de exposição ao sangue de 4,4 por 100 inserções de cateteres entre os entrevistados (JAGGER *et al*, 2011).

Mais uma vez, as respostas indicam uma grande proporção dos entrevistados 159 (42%) sustentando pelo menos uma exposição de sangue por mês durante a remoção do cateter. Foi uma taxa média de exposição ao sangue de 4,5 por 100 IV remoções cateter. Dos entrevistados que sofreram acidentes com pérfuro cortante, 34 (9,7%) não fizeram uso da PPE (JAGGER *et al*, 2011).

Em relação à sorologia de pacientes fonte envolvidos nos ATMB, 30,8% apresentavam sorologia positiva para os vírus HIV, hepatite B e C. Em estudo na Faculdade de odontologia de Bolonha/Itália os acidentes ocorridos entre estudantes foi de 22% com pacientes positivos para doenças transmissíveis, sendo um HBV, 10 HCV e três HIV positivos (GATTO *et al*, 2013).

Em outro estudo realizado com trabalhadores de saúde no Egito, mais da metade dos profissionais de saúde egípcios eram portadores de anticorpos para a hepatite C sem viremia ou soro conversão, demonstrando a exposição para a hepatite C e 61,5% eram anti-HBs positivo (ABDELWAHAB *et al*, 2012).

No hospital da pesquisa apenas 1,4% das vítimas de ATMB eram portadores do vírus da hepatite C no momento do acidente, a maioria portava anticorpos contra o vírus da hepatite B (75,9%) e a indicação para aplicação de IGHHBV foi apenas 0,9%.

Em relação ao tratamento após exposição biológica, a profilaxia para o HIV mais frequente foi AZT + 3TC (8,2%). A medicação profilática contra o HIV pode ser indicada conforme avaliação médica e são realizados exames laboratoriais de sorologia para o HIV, HCV e HBV com acompanhamento em 30, 90 e 180 dias, até a alta definitiva (BRASIL, 2011a).

Sobre os desfechos dos casos, o abandono e não preenchimento chegou a 9,1%. As falhas no preenchimento de informações importantes no Sinan revelam a necessidade de treinamento dos responsáveis para os registros e dificultam a elaboração de estratégias preventivas voltadas à prevenção de doenças e/ou agravos da saúde do trabalhador (VALIM; MARZIALE, 2011); (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

5.2 MONITORAMENTO APÓS A EXPOSIÇÃO BIOLÓGICA

Em relação ao monitoramento após o ATMB pode-se identificar que durante os seminários houve a preocupação em relação a divulgação e seguimento por todos os serviços especializados que atendem aos trabalhadores, o Serviço de Segurança e Saúde ocupacional (SESAO) da UFPR, o SESMT da FUNPAR e o ambulatório de infectologia do Hospital de Clínicas.

O MS em 2011, publicou recentemente o protocolo intitulado: “Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C. Este protocolo ressalta que os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que, para se obter maior eficácia, as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente (BRASIL,2011e).

As PPE não são totalmente eficazes. Assim, a prevenção da exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal e mais eficaz medida para evitar a transmissão do HIV e dos vírus da hepatite B e C. Portanto, ações educativas permanentes e medidas de proteção individual e coletiva são fundamentais (BRASIL,2011e).

Segundo as recomendações do MS, os cuidados imediatos com a área de exposição são:

Recomendam-se como primeira conduta, após a exposição a material biológico, os cuidados imediatos com a área atingida. Essas medidas incluem a lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão nos

casos de exposições percutâneas ou cutâneas. Apesar de não haver nenhum estudo que demonstre o benefício adicional ao uso do sabão neutro nesses casos, a utilização de soluções anti-sépticas degermantes é uma opção. Não há nenhum estudo que justifique a realização de expressão do local exposto como forma de facilitar o sangramento espontâneo. Nas exposições de mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou com solução salina fisiológica. Procedimentos que aumentam a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído são contra-indicados (BRASIL, 2011e).

Para a indicação ou não de PPE é realizada a avaliação do risco da exposição, como o tipo de material biológico envolvido; a gravidade e o tipo da exposição; a identificação ou não do paciente fonte e de sua condição sorológica anti-HIV; as condições clínicas, imunológicas e laboratoriais do paciente fonte identificado como infectado pelo HIV/aids.

Os critérios de gravidade na avaliação do risco do acidente são dependentes do volume de sangue e da quantidade de vírus presente. Os acidentes mais graves são aqueles que envolvem o maior volume de sangue, lesões profundas provocadas por material perfurocortante, presença de sangue visível nos produtos médicos, acidentes com agulhas previamente utilizadas na veia ou artéria do paciente fonte e acidentes com agulhas de grosso calibre (BRASIL,2011e).

Apesar de um alto título de HIV no paciente fonte ser associado a um maior risco de transmissão, a possibilidade de transmissão de um paciente com baixa carga viral deve ser considerada, nas exposições de alto risco.

A quimioprofilaxia deve ser recomendada aos profissionais de saúde que sofreram exposições com risco significativo de contaminação pelo HIV. Para exposições com menor risco, a quimioprofilaxia deve ser considerada na presença de altos títulos virais no paciente-fonte. Observamos que a quimioprofilaxia pode não ser justificada naquelas situações com risco insignificante de contaminação, nas quais o risco de efeitos tóxicos dos medicamentos ultrapassa o risco de transmissão do HIV (BRASIL,2011e).

Quando indicada, a PPE deverá ser iniciada o mais rápido possível, idealmente, nas primeiras horas após o acidente. A quimioprofilaxia não é eficaz, quando iniciada

24 a 48 horas após a exposição. Recomenda-se que o prazo máximo, para início de PPE, seja de até 72h após o acidente. A duração da quimioprofilaxia é de 28 dias.

A escolha quanto aos esquemas profiláticos vai depender de uma avaliação da história prévia e atual de uso dos antirretrovirais pelo paciente fonte em tratamento e os parâmetros que possam sugerir a presença de vírus resistentes, como o tratamento antirretroviral prolongado e a ocorrência, durante o tratamento, de progressão clínica, aumento de RNA viral, queda dos níveis de linfócitos CD4+ e falta de resposta na troca do esquema medicamentoso, auxiliaram na escolha do PPE adequada (BRASIL,2011e).

5.3 SUBNOTIFICAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO

Os participantes desta pesquisa, ao refletir sobre a subnotificação dos ATMB no referido hospital, apontaram algumas dificuldades que o trabalhador enfrenta no registro e acompanhamento, a falta de conhecimento acerca da transmissão de patógenos pelo sangue e o descaso com pequenos acidentes com perfurocortantes, que podem resultar na subnotificação.

Alguns estudos realizados em nosso país evidenciam que ocorre a subnotificação dos acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos e que a mesma ocorre porque as vítimas de acidentes não dão a devida importância a ele ou porque o material não tinha entrado em contato com o paciente, ou por desconhecimento da necessidade da notificação ou falta de conhecimento quanto ao risco em adquirir patologias. Isso impede que a instituição tenha conhecimento do real problema com os acidentes, fazendo com que as ações de planejamento e educação fiquem em segundo plano (MARZIALE *et. al.*, 2012; VALIM; MARZIALE, 2011).

A subnotificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho não mostra a realidade no Brasil e compromete a adoção de medidas de intervenção. Em 2010, o país registrou 701.496 acidentes de trabalho, destes, 73.701 foram trabalhadores da área de serviços, na qual está inserida a área de saúde (BRASIL, 2010). No entanto, apesar do alto índice registrado, muitos acidentes e doenças relacionadas ao

trabalho envolvendo trabalhadores de saúde deixam de ser registrados todos os anos (MIRANDA *et al.*, 2011).

5.4 VACINAÇÃO CONTRA A HEPATITE B

No cenário pesquisado, a prevenção contra a hepatite B é efetiva visto que atingiu uma porcentagem superior a 95% de cobertura nos trabalhadores, esse fato se dá pelas atividades realizadas pelos serviços especializados em saúde do trabalhador deste cenário.

O risco de contaminação pelo vírus da Hepatite B (HBV) está relacionado, principalmente, ao grau de exposição ao sangue no ambiente de trabalho e também à presença ou não do antígeno HBeAg no paciente fonte. Em exposições percutâneas envolvendo sangue sabidamente infectado pelo HBV e com a presença de HBeAg, o risco de hepatite clínica varia entre 22 a 31% e o da evidência sorológica de infecção de 37 a 62% (BRASIL,2011). Quando o paciente fonte apresenta HBsAg (HBeAg negativo), o risco de hepatite clínica varia de 1 a 6% e o de soroconversão 23 a 37%. As exposições percutâneas são um dos mais eficientes modos de transmissão do HBV, quase 1/3 dos profissionais se lembram de terem atendido pacientes HBsAg positivo (BRASIL, 2011e).

Em temperatura ambiente, o HBV pode sobreviver em superfícies por períodos de até 1 semana. Portanto, infecções pelo HBV em profissionais de saúde, sem história de exposição não ocupacional ou acidente percutâneo ocupacional, podem ser resultado de contato, direto ou indireto, com sangue ou outros materiais biológicos em áreas de pele não-íntegra, queimaduras ou em mucosas. A possibilidade de transmissão do HBV a partir do contato com superfícies contaminadas também já foi demonstrada em investigações de surtos de hepatite B, entre pacientes e profissionais de unidades de hemodiálise (BRASIL, 2011e).

O sangue é o material biológico que tem os maiores títulos de HBV e é o principal responsável pela transmissão do vírus nos serviços de saúde. O HBV também é encontrado em vários outros materiais biológicos, incluindo leite materno, líquido biliar, líquido, fezes, secreções nasofaríngeas, saliva, suor e líquido articular. A

maior parte desses materiais biológicos não são bons veículos para a transmissão do HBV. As concentrações de partículas infectantes do HBV são 100 a 1.000 vezes menor do que a concentração de HBsAg nestes fluidos (BRASIL,2011e).

As recomendações da prevenção vão depender do status sorológico do paciente fonte e dos níveis de Anti-HBs do profissional acidentado. A dosagem de anticorpos, para verificação de imunidade passiva, após a aplicação de IGHHBV, deve aguardar um período de três a seis meses (BRASIL, 2011e).

Não há nenhuma restrição quanto às atividades laborais, para as pessoas que não responderam à vacinação para hepatite B. No entanto, caso sofram acidente com material biológico, elas devem procurar o serviço médico com a maior brevidade para avaliar a necessidade de PPE. As pessoas que trabalham nos centros de hemodiálise e que são não-respondedoras devem realizar Anti-HBc e HBs Ag a cada seis meses (BRASIL, 2011e).

5.5 A PESQUISA-AÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES

Muitas foram as contribuições da pesquisa-ação na construção de diretrizes na educação e na saúde. Em um estudo realizado acerca da educação permanente, a pesquisa-ação enfatizou a interdisciplinaridade da equipe de saúde, focalizou a prática como fonte do conhecimento e colocou o profissional para atuar ativamente no processo educativo. Esse estudo ocorreu em um hospital universitário no qual utilizou-se a pesquisa-ação como fundamento teórico-metodológico, já que possibilita a ação ou a resolução de um problema coletivo no qual os participantes estejam envolvidos de forma participativa e cooperativa com o objetivo de mudar uma realidade na vida prática (JESUS *et al.*, 2011).

Assim, a pesquisa-ação visa à produção do saber teórico, mas também contribui para a reflexão sobre problemas e situações institucionais. Os seguintes temas surgiram desta investigação: demandas e expectativas de qualificação para o trabalho de enfermagem; fatores que interferem nas práticas de capacitação e capacitação na perspectiva da educação permanente. Os resultados permitiram identificar as condições institucionais em que as ações educativas ocorrem, com a

possibilidade de mobilização dos trabalhadores para a identificação, a resolução de problemas no trabalho e a necessidade de mudanças nas práticas de capacitação.

Destaca-se neste estudo que a metodologia utilizada no processo investigativo possibilitou um diagnóstico amplo das demandas e expectativas de capacitação pelos trabalhadores de enfermagem, ponto de partida para o planejamento de ações mais apropriadas às características da instituição e de suas necessidades, o que vem ao encontro com o estudo de Jesus *et al.*(2011).

Em outro estudo realizado em uma clínica de psiquiatria de um hospital escola no interior de São Paulo, a pesquisa-ação foi avaliada como um método positivo pois permitiu o crescimento individual, o trabalho em grupo e as percepções sobre a importância do tema em construção (DOMINGUES,2009).

Nos estudos em enfermagem, a metodologia proposta mostra as contribuições significativas como uma abordagem metodológica que amplia a produção de conhecimentos em enfermagem pela aplicabilidade nas investigações nessa área, permitindo a interação entre o enfermeiro e outros sujeitos nas práticas cotidianas com um diálogo participativo e reflexivo da realidade (SILVA *et al*,2011).

Monteiro *et al.* (2010), mostram em seu estudo que a pesquisa-ação é considerada uma estratégia alternativa ao modelo convencional de investigação científica, para ser utilizada como ferramenta na prática investigativa do enfermeiro, quando há interesse coletivo na resolução de problemas. Entende-se que além da participação dos atores, existe uma forma planejada e estruturada, que validam o processo que intervém no trabalho, o que podemos inferir que tais estratégias foram alcançadas.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, Jan (2005), trouxe a discussão sobre alguns fatores que podem interferir na pesquisa-ação, como a comunicação, o financiamento e o gerenciamento. Essa metodologia, nas últimas décadas, vem ganhando mais popularidade na enfermagem pois oferece a oportunidade de desenvolver o conhecimento baseado na prática.

Segundo Tsunemi, Kakehashi e Pinheiro (2012), a aplicabilidade da pesquisa-ação nas práticas cotidianas resulta na modificação da realidade. Em seu estudo foi proposto uma intervenção na realidade, verificar o nível de ruído da unidade de terapia intensiva neonatal após a implementação de programa educativo. Nesse estudo emergiram sugestões como estratégias para sensibilização da equipe, elaboração de

rotinas, mudanças do ambiente de trabalho e política de manutenção dos equipamentos.

Em estudo desenvolvido na Universidade de Virginia nos EUA, pela escola de enfermagem com parceria com uma clínica de saúde mental pública, foi realizado o estudo cujo objetivo foi encontrar coletivamente a forma mais adequada para a tomada de decisão compartilhada. Foram realizadas reuniões dessa parceria com a comunidade, sendo que as mesmas foram gravadas e depois analisadas. Foram levantados vários problemas relacionados ao tema discutido, como a medicação para pacientes com doenças mentais graves. Como resultado desta metodologia emergiram pontos a serem discutidos, a determinação das barreiras encontradas, os aspectos positivos da tomada de decisão, a tecnologia disponível para alcançar o objetivo, a participação coletiva das discussões e a participação de atividades reflexivas (MAHONE, 2011).

Outro estudo realizado na República Dominicana relatou o processo e os resultados de um estudo piloto de viabilidade para melhorar a qualidade dos cuidados de maternidade em uma amostra de 31 mulheres e seus recém-nascidos em um hospital público, terciário, realizado entre 2008 e 2010 por uma parceria interdisciplinar, internacional de pesquisadores acadêmicos, dominicanos, pessoal médico / enfermagem e dominicanos agentes comunitários de saúde, o que vem ao encontro de nossos estudos (FOSTER et al., 2014).

Os problemas levantados pelo grupo na presente pesquisa foram identificar os indicadores mais importantes para medir a qualidade do atendimento pré-parto na maternidade: apoio laboratorial, meios de diagnóstico e a comunicação interpessoal. Após a coleta e análise dos dados, emergiram as seguintes considerações o envolvimento conjunto dos agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde e pesquisadores acadêmicos com a criação de dados e monitoramento de pacientes é motivador para que todos possam continuar a melhorar os serviços no contexto cultural da República Dominicana (FOSTER et al., 2014).

A pesquisa-ação foi usada na Dinamarca como um método para alterar a prática de educação do paciente acometido com a diabetes, por ser um método potencialmente útil para alterar a prática clínica, envolvendo os profissionais no processo de mudança. (VOIGT et al., 2014).

O objetivo do referido estudo foi explorar a utilidade da pesquisa-ação para fazer a ligação entre a pesquisa e a prática. Educadores de diabetes em colaboração com pesquisadores desenvolveram e implementaram um programa de educação participativa em diabetes, baseada em grupo em uma clínica de diabetes no sistema de saúde dinamarquês. O processo de pesquisa incluiu uma variedade de métodos qualitativos: oficinas, observações em sala de aula, gravações de vídeo e entrevistas semiestruturadas (VOIGT et al., 2014).

Este método visou a obtenção da sensibilidade dos envolvidos, permitindo interações dinâmicas com os educadores e pessoas com diabetes. Apesar dos desafios, o estudo demonstra que a pesquisa-ação contribuiu para o desenvolvimento e alteração da prática de educação em diabetes (VOIGT et al., 2014).

No campo educacional como exemplo temos a pesquisa-ação propiciando a construção de conhecimentos e o fortalecimento para o enfrentamento de problemas. Segundo Toledo e Jacobi (2013), o estudo realizado com uma revisão de literatura, mostrou o envolvimento dos grupos nas tomadas de decisão, levando a consideráveis mudanças nos contextos estudados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, retomam-se os principais resultados da pesquisa, suas dificuldades, desafios e contribuições. Apontam-se, ainda, as necessidades de aprofundamento no tema e recomendações futuras. Esta pesquisa teve como objetivo geral implantar diretrizes frente à exposição biológica nos acidentes de trabalho e específicos, determinar o perfil dos acidentes de trabalho com exposição biológica; diagnosticar os problemas relacionados à exposição biológica; construir diretrizes para o enfrentamento dos problemas levantados em relação à exposição biológica e implementar as diretrizes no programa informatizado do referido cenário.

A metodologia utilizada para este processo investigativo possibilitou um diagnóstico amplo dos problemas relacionados à exposição biológica, ponto de partida para o planejamento de ações mais apropriadas às características desta instituição e de suas necessidades.

Na fase exploratória da pesquisa-ação, o primeiro objetivo específico desta pesquisa foi o de analisar os acidentes com materiais biológicos ocorridos entre setembro de 2010 a setembro de 2013, com o propósito de sugerir estratégias para a proteção à saúde dos trabalhadores do hospital estudado. Podemos concluir que com base nos resultados desta pesquisa, na população estudada ocorreram 77,7% acidentes com material biológico em trabalhadores do sexo feminino e 49,1% até 30 anos. O auxiliar de enfermagem (27,2%) e os médicos (26,8%) foram as categorias mais expostas.

Em 40,5%, os acidentados possuíam nível superior completo de escolaridade. A exposição mais frequente foi a percutânea (71,3%), o sangue o fluido biológico de maior contato (82,1%) e a agulha com lúmen a que mais provocou acidentes (58,4%). Dos acidentados 88,6%, usavam luva no momento do acidente, 91,4% avental, 23,2% óculos, 45,5% máscara, 8,2% proteção facial e 65,9% bota. Dos acidentados, 97,4% eram vacinados contra HBV e em 19,1% o anti-HBs era negativo. Em 9,5%, a fonte era desconhecida e 8,2% era positiva para o HBV, 9,5% para o HCV e 18,6% para o HIV. Houve a indicação de imunoglobulina contra a hepatite B em 0,9%, 10 % fizeram o uso de profilaxia pós-exposição e 2,7% abandonaram o tratamento.

Na fase principal da pesquisa, os resultados foram direcionados para a construção coletiva das diretrizes que resultaram no formulário único para encaminhar o trabalhador exposto ao material biológico independente de seu vínculo empregatício, para a atualização dos fluxos existentes na instituição resultando no monitoramento adequado após a exposição biológica conforme regem as normas do MS e para a implementação das diretrizes no programa informatizado do hospital onde foi desenvolvida a pesquisa. Momento que foram atingidos o segundo e terceiro objetivos específicos da pesquisa.

Houve então na fase de ação, a implementação das diretrizes no programa informatizado do hospital e a divulgação dos resultados na instituição, no grupo principal e na CGMPAP por meio eletrônico, intranet do hospital, reuniões e distribuição de material informativo em aproximadamente 180 setores do hospital, quando foi atingido o quarto objetivo específico da pesquisa.

Na fase de avaliação do processo pelos participantes emergiram os seguintes pontos: a escolha deste tema (ATMB) foi pertinente à instituição e à CGMPAP pela relevância atual; a metodologia utilizada foi eficaz para a pesquisa; a condução dos seminários foi adequada; os resultados foram construtivos para a instituição (formulário único e atualização dos fluxos no ATMB); o acesso ao formulário e a reorganização dos fluxos recomendados pelos participantes foi acessível ao trabalhador e a colaboração de diretores, gerentes e supervisores na divulgação foi imprescindível para atingir os objetivos da pesquisa.

Após a finalização desta pesquisa, podemos recomendar que:

- O desenvolvimento profissional alicerçado pela educação permanente em serviço ressalte a importância das normas de biossegurança;
- As normativas e a sensibilização dos trabalhadores sejam medidas imprescindíveis para tornar o ambiente de trabalho seguro;
- A divulgação do formulário e dos fluxos seja contínua;
- Esta pesquisa direcione outras pesquisas no hospital para a avaliação do formulário único implantado na instituição;
- Ocorra a sensibilização dos gestores dos hospitais para propiciar o apoio para as mudanças necessárias;
- A cultura da segurança e proteção da saúde do trabalhador sirva de alicerce para novas políticas na instituição.

REFERÊNCIAS

ABDELWAHAB, S.F. *et al.* **Hepatitis C vírus-Multispecific T-Cell responses without Viremia or Seroconversion among Egyptian Health Care Workers at High Risk of infection.** *Clin Vaccine Immunol*, 2012 May; 19(5): 780-6.

BARDAIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011. Reimpresso por Almedina Brasil, fev. 2012.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. **AIDS/DST**, 2012. Disponível em: <[http:// www.aids.gov.br/.../vers_o_preliminar_boletim_aids_e_dst_2012_1432...21/11/2012-Aids.BoletimEpidemiológicoAidsDST](http://www.aids.gov.br/.../vers_o_preliminar_boletim_aids_e_dst_2012_1432...21/11/2012-Aids.BoletimEpidemiológicoAidsDST)>. Acesso em: 23/08/2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Lei 5.316 de 14 de setembro de 1967.** Integra o seguro de acidentes do trabalho nas previdências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 14 de set. 1967.

_____. **Portaria nº 3.214, 8 de junho de 1978.** Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e medicina do Trabalho. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1978. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/mte/1978/3214.htm>>. Acesso em: 14/04/2013.

_____. NR 15 – Atividades e operações insalubres. **Portaria SSMT n.º 12, de 12 de novembro de 1979.** Ministério do Trabalho e Emprego. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder executivo. Brasília, DF, 1979.

_____. NR 17 – Ergonomia. **Portaria MTPS n.º 3.751, de 23 de novembro de 1990.** Ministério do Trabalho e Emprego. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder executivo. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 19 de set. 1990.

_____. Ministério da Previdência Social. **Artigo 19 da lei 8.213 de 24 de julho de 1991.** Dispõem sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 de julho de 1991.

_____. NR 7 – Programa de Controle Médico de saúde Ocupacional – PCMSO. **Portaria SSST n.º 24, de 29 de dezembro de 1994.** Ministério do Trabalho e Emprego. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo. Brasília, DF, 1994 a.

_____. NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA. **Portaria SSST n.º 25, 29 de dezembro de 1994**. Ministério do Trabalho e Emprego. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo. Brasília, DF, 1994b.

_____. Ministério da Previdência Social. **Decreto Nº 2.172 – de 5 de março de 1997** - DOU DE 06/03/97 (Revogado pelo [Decreto nº 3.048 - de 06 de maio de 1999](#) - Republicado DOU de 12/05/99. Aprova o regulamento dos benefícios da previdência social. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1997/2172.htm>. Acesso em: 02/10/2013.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 02/10/2013.

_____. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida *et al.* – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001 a.

_____. NR 6 – Equipamento de Proteção Individual – EPI. **Portaria SIT n.º 25, de 15 de outubro de 2001**. Ministério do Trabalho e Emprego. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo. Brasília, DF, 2011b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 1679/GM, de 19 de setembro de 2002**. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR-32 Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2005. Disponível em: [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A350AC8820135161931EE29A3/NR-32%20\(atualizada%202011\)](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A350AC8820135161931EE29A3/NR-32%20(atualizada%202011))>. Acesso em: 14/04/ 2013.

_____. **Protocolo de Exposição a Materiais Biológicos/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 76 p. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/cesat/Publicacoes/Protocolos_ST/Proto_AT_material_biologico.pdf>. Acesso em 18/08/2013.

_____. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Panorama da Previdência Social brasileira**. 2. Ed. Brasília: MPS, SPS, SPC, ACS [citado em 09 maio 2013]. 2007; 80 p. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_090126-092058-729.pdf>. Acesso em: 09/04/2013.

_____. **Portaria nº 939, de 19 de novembro de 2008**. Publica o cronograma previsto no item 32.2.4.16 da Norma Regulamentadora nº 32, aprovada pela Portaria MTE n.º 485, de 11 de novembro de 2005, que dispõe sobre Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Diário oficial da República federativa do Brasil.

Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariante939_2008.htm>. Acesso em 18/08/2013

_____. M.S. **Portaria n.º 2.728, de 11 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, DF, 2009.

_____. DATAPREV. **CAT**. Anuário 2011 a. Disponível em <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em: 15/04/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 104 de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no regulamento sanitário internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 25 de jan. 2011 b.

_____. **Portaria n.º 1748, de 30 de agosto de 2011**. Dispõe sobre o plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes – Anexo III da Norma Regulamentadora n.º 32. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A31F92E65013224E36698767F/p_2011_0830_1748%20.pdf>. Acesso em 18/11/2011 c.

_____. **Decreto n.º 7.602, de 7 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011d.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de exposição biológica**. 2011. http://www.saude.rs.gov.br/upload/1336999794_Protocolo%20de%20Exposic%C3%A3o%20a%20Materiais%20Biol%C3%B3gicos.pdf. 2011e. Acesso em: 15/06/2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 15/04/2013.

_____. CONEP/CNS/MS do CN. **Resolução 466, de 13 de junho de 2012**. Diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466>. Acesso em 21/09/2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e HEPATITES VIRAIS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2013a.

_____. **Portaria n.º 1378, de 19 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2013b.

BRYAN, N. A. P. **Educação, Saúde, Tecnologia em Marx**. Educação & Tecnologia, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Department of Health and Human Services. Sharps injury prevention Program Workbook Information about the workbook. 1 ed. Atlanta: CDC, 2008. Disponível em: <http://www.cdc.gov/sharpssafety/pdf/sharpsworkbook_2008.pdf>. Acesso em: 26/08/2013.

_____. **Surveillance of Occupationally Acquired HIV/AIDS in Healthcare Personnel as of December 2010**. Disponível em: <http://www.cdc.gov/HAI/organisms/hiv/Surveillance-Occupationally-Acquired-HIV-AIDS.html>. Acessado em junho de 2014.

_____. Department of Health and Human Services. Sharps injury prevention Program Workbook Information about the workbook. 1 ed. Atlanta: CDC, 2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2012-123_sp>. Acesso em: 31/10/2013.

CHIAVEGATTO, C. V; ALGRANTI, E. **Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios**. Rev. Bras. Saúde Ocupacional, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.

CHIODI, M. B. et al. **Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto**. Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 211-217, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17/08/2013.

DALDON, M.T.B; LANCMAN, S. **Vigilância em Saúde do Trabalhador – Rumos e incertezas**. Rev. Bras. Saúde Ocup. São Paulo. 36 (127), p. 92-106. 2013.

DALLAGO, C. S. T. **Relações de trabalho e modo de produção capitalista**. In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7, 2010, Franca. Proceedings online... Unesp Franca, Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112010000100001&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 09/09/2013.

DOMINGUES, Munira Penha. **Pesquisa-ação e práticas educativas do enfermeiro psiquiátrico: incentivo à educação permanente em serviço**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2009.

FALAGAS M.E; KARYDIS I; KOSTOGIANNOU I. **Percutaneous Exposure Incidents of the Health Care personnel in a Newly Founded Tertiary Hospital: A Prospective Study**. PLoS ONE, 2007, 2(2): e194.

FERREIRA A.B.H. **Dicionário Aurélio ilustrado**. CURITIBA: Positivo, 2010. 560p.

FOSTER J; et al. **Melhoria dos cuidados de maternidade na República Dominicana: Um estudo piloto de um Plano de Ação de Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade por uma Equipe de Saúde Internacional**. *Journal of Transcultural Nursing*. 2. Maio, 2014.

GATTO M.R.A; BANDIN L; MONTEVECCHI L. **Occupational Exposure to Blood and Body Fluids in a Department of Oral Sciences: results of a Thirteen-Year Surveillance Study.** Scientific World Journal. 2013; 2013: 459281. Published online 2013 February 14. Doi: 10.1155/2013/459281.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Universidade Federal do Paraná. **HC em números.** Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br>, acesso em 14/12/2014.

JAGGER J; PERRY J; PARKER G; PHILLIPS E.K. **Blood exposure risk during peripheral I.V. catheter insertion and removal.** Nursing, 2011; 41(12):45-9; doi: 10.1097/01.NURSE.0000407678.81635.62.

JAN BA. R. **Using action research in nursing practice with older people: Democratizing knowledge.** Article first published online: 11 APR 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01110.x. Journal of Clinical Nursing. Volume 14, Issue 5, pages 594–600, May 2005.

JESUS, et al. **Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário.** Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(5):1229-36.

KREIN, J. D.; SANTOS, A. L. dos; MORETTO, A. **Trabalho no Brasil: evolução recente e desafios.** Revista Paranaense de Desenvolvimento. Curitiba, v. 34, n. 124, p. 27-53, 2013.

LACAZ, F.A.C. **O Campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde.** Cadernos de Saúde Pública, 23(4), 757-766. 2007.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA, L.M.; OLIVEIRA, C. C; RODRIGUES, K.M.R. **Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas - 2004 a 2008.** Esc Anna Nery (impr.) 2011 jan-mar; 15(1): 96 – 102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414-81452011000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18/11/2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452011000100014>.

MAGAGNINI, M.; ROCHA, A. S.; AYRES, J. A. **O Significado do acidente de trabalho com material biológico para os profissionais de enfermagem.** Rev. Gaúcha Enfermagem, v. 32, n. 2, p. 302-308, 2011.

MAHONE et al. **Participatory Action Research in Public Mental Health and a School of Nursing: Qualitative Findings from an Academic-Community Partnership.** Journal of participatory medicine. Research | Vol. 3, 2011.

MARZIALE, M. H. P. et. al. **Implantação da Norma Regulamentadora 32 e o controle dos acidentes de trabalho.** Acta Paulista de Enfermagem.v. 25, n. 6, p. 859-66, 2012.

MARZIALE *et. al.* **Influência organizacional na ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico.** Revista Latino-Am Enfermagem, v. 21, n. Especial, p. 199-206, 2013.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F.A.C. **Saúde do Trabalhador**: novas e velhas questões. Ciência & saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, nº 4, p. 797-815, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; COSTA, S.M.F.T. **A Construção do campo da saúde do trabalhador**: percurso e dilemas. Cad. Saúde Públ, Rio de Janeiro, 13(supl.2): 21-32, 1997.

MIRANDA, F. M. D. *et al.* **Uma contribuição à saúde dos trabalhadores**: um guia sobre exposição aos fluídos biológicos. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):1018-22 www.ee.usp.br/reeusp/ 2011.

MONTEIRO, et al. **Pesquisa-ação**: contribuição para a prática investigativa do enfermeiro. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2010, mar.31(1)167-74.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. **Dilemas do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo**. Psicologia & Sociedade. Ribeirão Preto. v. 19, n. 1, p. 14-20, 2007.

NWANKWO T.O; ANIEBUE U.U. **Percutaneous injuries and accidental blood exposure in surgical residents**: Awareness and use of prophylaxis in relation to HIV. Nigerian Journal of Clinical Practice. Jan- mar 2011. Vol.14 Issue 1. <http://njcponline.com> on Tuesday, April 12, 2011.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **A prevenção das doenças profissionais**. Relatório do Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho. 2013. Disponível em: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/safeday2013_relatorio.pdf f>. Acesso em: 09/04/2013.

RODRIGUES, et al. **O Impacto das condições e jornada de trabalho na saúde dos trabalhadores de enfermagem** .Rio de Janeiro. Revista Pesquisa.: cuid. fundam. online 2012. out./dez. 4(4):2867-73.

SALES, H. M.; SILVA, I. C. M. da. **Trabalho, Saúde e meio ambiente**. Revista Práxis, Volta Redonda, ano III, n. 6, 2011.

SANTANA et. Al. 2013. **Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino**. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2013; 54(1). 64-70.

SANTOS S.S; COSTA N.A; MASCARENHAS M.D.M. **Caracterização das exposições ocupacionais a material biológico entre trabalhadores de hospitais**

no Município de Teresina, estado do Piauí, Brasil, 2007 a 2011. Epidemiologia em Serviços de Saúde. Brasília, 22(1):165-170, jan-mar 2013.

SARQUIS, L. M. M. et. al. **A Adesão ao protocolo de Monitoramento Biológico entre trabalhadores de Saúde.** Ciencia y Enfermeria, v. 15, n. 2, p. 107-113, 2009.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. **Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 5, p. 701-704, 2009.

SARQUIS, L. M. M.; MIRANDA, F. M. D. **Biossegurança do trabalhador na saúde na terapia intravenosa e aplicabilidade na NR-32.** In: Terapia Intravenosa: Atualidades. São Paulo: Martinari, 2012.

SERAFIM, V.; LENTEZ, R. A. **Avaliação dos casos de acidentes de trabalho com perfurocortantes na secretaria de saúde do município de Içara.** RIES, Caçador, v. 1, n. 1, p. 88-104, 2012.

SILVA, E.J, LIMA M.G; MARZIALE M.H.P. **O conceito de risco e os seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília set-out 2012; 65(5); 809-14.

SILVA, J.C et al. **Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, mai-jun,2011;64(3):592-5.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas Organizações.** São Paulo: Atlas, 2009.

TOLEDO, R.F.; JACOBI, P.R. **Pesquisa-ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas.** Ed. Soc.Campinas, v.3, n.122, p. 155-173, março, 2013. (3)

TSUNEMI, M; KAKEHASHI, T. Y; PINHEIRO, E. M. **O ruído da unidade de terapia intensiva neonatal após a implementação de programa educativo.** *Texto contexto – enferm.* [on line]. 2012, vol.21, n.4, pp.775-782.

TWARDOWSCHY *et.al.* **Acidentes de trabalho com material biológico na Universidade Federal do Paraná.** Cognitio/ Pós graduação UNILINS. N. 1. 2013. <http://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/76>. Acesso em: 15/06/2014.

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

VASCONCELOS, F. E; BARCELAR, L. S. **O Valor do trabalho: uma perspectiva histórica.** Revista Gestão & Desenvolvimento, Fortaleza, v. 1, n. 1, p.1-9, 2013.

VIEIRA, M; PADILHA, M.I; PINHEIROS R.D.C. **Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde**. Revista Latino Americana de Enfermagem. 19(2): [08 telas], mar-abr 2011.

VOIGT et al., **Action research as a method for changing patient education practice in a clinical diabetes setting**. Published on line before print. May 8, 2014, doi: 10.1177/1476750314534453.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85
APÊNDICE 2 – FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS	87
APÊNDICE 3 – FLUXO PÓS ATENDIMENTO MÉDICO	88

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Néri Lúcia dos Santos Solheid, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando os senhores membros da Comissão Gestora Multidisciplinar de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes (CGMPAP), a participar de um estudo intitulado “DIRETRIZES NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM FLUIDOS BIOLÓGICO PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR”. Pesquisa que pretende estruturar diretrizes para a prevenção de acidentes de trabalho com fluidos biológicos, frente aos cenários encontrados no hospital.

O objetivo geral desta pesquisa é estruturar as diretrizes de prevenção de acidentes de trabalho com fluidos biológicos e objetivos específicos: Organizar um fluxo de ações frente ao acidente de trabalho com fluidos biológicos e propor a inclusão das diretrizes em um programa informatizado no hospital.

Caso você participe da pesquisa, será necessário participar da metodologia proposta para a estruturação das diretrizes usando o Método de Thiollent, onde serão realizados 4 fases com 3 seminários e uma avaliação final onde os membros da CGMPAP participarão se concordarem sob a coordenação da pesquisadora.

Para tanto você deverá comparecer em local a ser definido para participar dos seminários e da avaliação final por aproximadamente uma hora.

Os participantes, membros da CGMPAP, não sofrerão nenhum risco durante a pesquisa.

- Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Espera-se que as diretrizes tragam benefícios aos trabalhadores após acidente com fluidos biológicos.
- Sirva de subsídio para estratégias na vigilância à saúde do trabalhador.
- Contribua com a Comissão Gestora Multidisciplinar de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes (CGMPAP) na prevenção e proteção dos trabalhadores.

No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

A pesquisadora Néri Lúcia responsável por este estudo poderá ser contatada pelo telefone 41- 9040-8900 e 3360-18309, para esclarecer eventuais dúvidas que os senhores possam ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientador). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

Local e data

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE

Local e data

Rubricas:

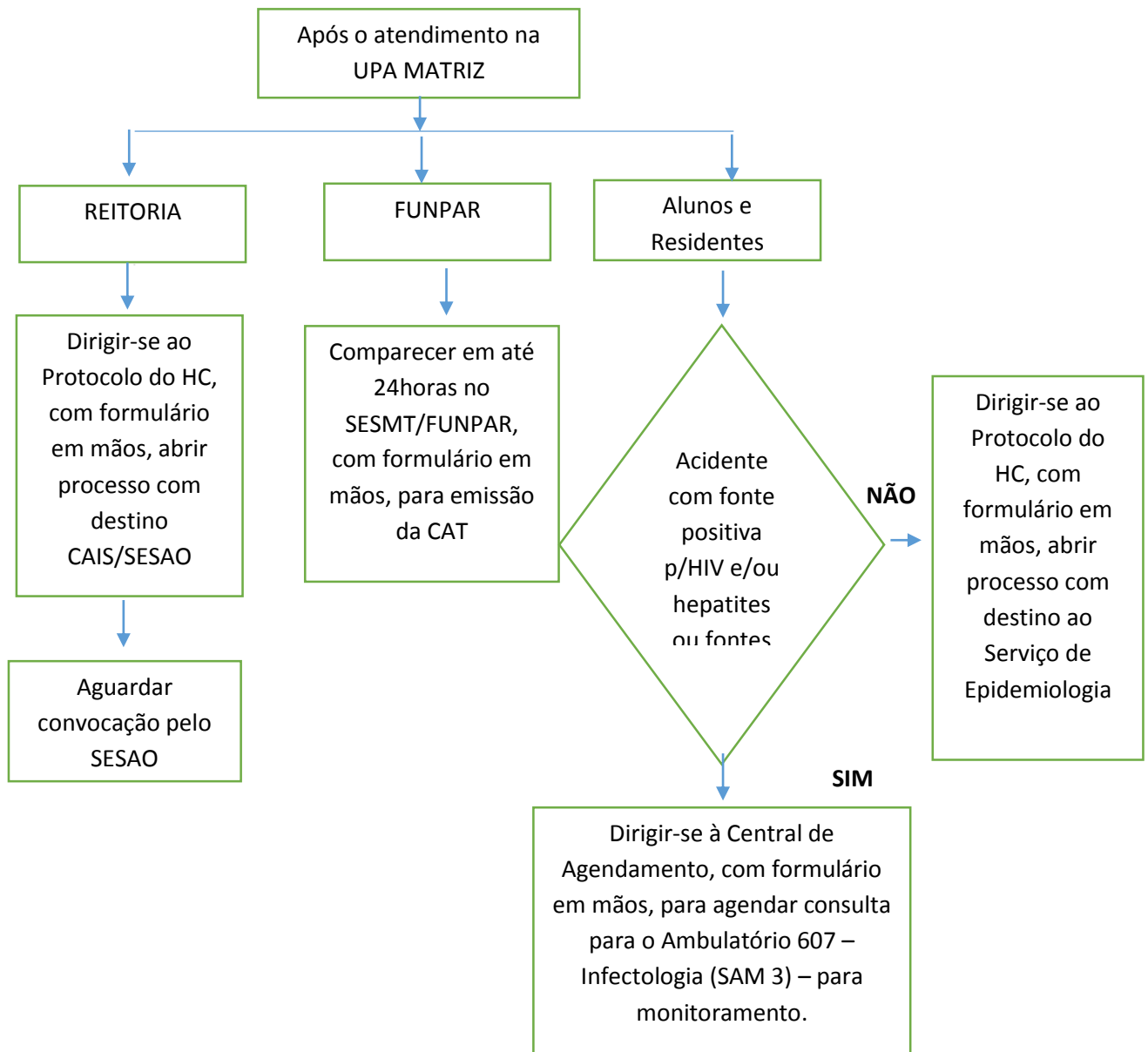
Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

APÊNDICE 2 – FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS

IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO			
NOME	OCUPAÇÃO	MATRÍCULA/ REGISTRO HC	
NOME DA MÃE	DATA DE NASCIMENTO	SEXO () FEMININO () MASCULINO	
LOCAL DE TRABALHO/ESTÁGIO	TURNO	TELEFONE TRABALHO	TELEFONE RESIDENCIAL
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE			
DATA ACIDENTE	HORA DO ACIDENTE	LOCAL/SETOR DO ACIDENTE	MATERIAL ORGÂNICO: <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Líquor <input type="checkbox"/> Líq. Pleural <input type="checkbox"/> Líq. Ascítico <input type="checkbox"/> Líq. Amniótico <input type="checkbox"/> Fluido com sangue <input type="checkbox"/> Soro/Plasma <input type="checkbox"/> outro Outros: _____
SE EXPOSIÇÃO PERCUTÂNEA: <input type="checkbox"/> AGULHA COM LÚMEN <input type="checkbox"/> AGULHA SEM LÚMEN <input type="checkbox"/> VIDRARIA <input type="checkbox"/> LÂMINA/LANCETA <input type="checkbox"/> OUTROS. QUAL: _____ <input type="checkbox"/> IGNORADO			TIPO DE EXPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> PERCUTÂNEA <input type="checkbox"/> MUCOSA <input type="checkbox"/> PELE ÍNTEGRA <input type="checkbox"/> PELE NÃO ÍNTEGRA
CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE: <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EV, IM/SC/ID <input type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA/ARTERIAL <input type="checkbox"/> DESCARTE INADEQUADO DE RESÍDUOS PÉRFURO-CORTANTES EM SACO DE LIXO <input type="checkbox"/> DESCARTE INADEQUADO DE MATERIAL PÉRFURO-CORTANTES EM CAMA, BANCADA, CHÃO			<input type="checkbox"/> LAVANDERIA <input type="checkbox"/> CENTRAL DE MATERIAL <input type="checkbox"/> MANIPULAÇÃO DE CAIXA PÉRFURO-CORTANTE <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO LABORATORIAL <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OUTROS. ESPECIFIQUE: _____
PARTE (S) DO CORPO ATINGIDA (S)			
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE (OQUE? / COM OQUÊ? / COMO?) EPI () SIM () NÃO QUAL?			
OBSERVAÇÕES			
1 APÓS PREENCHIMENTO COMPLETO DESTA FORMULÁRIO EM 3 VIAS, - O ACIDENTADO DEVERÁ SER ENCAMINHADO À UPA MATRIZ.			
INFORMAÇÕES MÉDICAS (USO EXCLUSIVO DO MÉDICO)			
EXAME CLÍNICO	HORA DO ATENDIMENTO	SITUAÇÃO DO ACIDENTADO EM RELAÇÃO À HEPATITE B (3 DOSES) () VACINADO () NÃO VACINADO () IGNORADO	
RESULTADOS DE EXAMES DO ACIDENTADO NO MOMENTO DO ACIDENTE. 1- POSITIVO. 2 – NEGATIVO. 3 – INCONCLUSIVO. 4 – NÃO REALIZADO. 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/> ANTI HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti Hbs <input type="checkbox"/> Anti HCV	PACIENTE FONTE CONHECIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NOME DO PACIENTE FONTE: RG HC PACIENTE FONTE	SOROLOGIA DO PACIENTE FONTE. 1 - POSITIVO. 2 – NEGATIVO. 3 – INCONCLUSIVO 4 – NÃO REALIZADO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti HBc <input type="checkbox"/> Anti HIV <input checked="" type="checkbox"/> Teste rápido HIV <input type="checkbox"/> Anti HCV	
CONDUTA NO MOMENTO DO ACIDENTE: <input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia <input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada <input type="checkbox"/> AZT + 3TC + LOPINAVIR + RITONAVIR <input type="checkbox"/> Outro esquema de ARV. Especificar <input type="checkbox"/> Imunoglobulina Humana contra hepatite B (HBIG) <input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B			
HOUVE INTERNAÇÃO? () Sim () Não DEVERÁ AFASTAR-SE DO TRABALHO? () Sim () Não			
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:		CID-10: Z-578	
CARIMBO (S) E ASSINATURA (S)			
MÉDICO	CRM	DATA	

FONTE: Os autores, 2014.

APÊNDICE 3 – FLUXO PÓS ATENDIMENTO MÉDICO NA UPA MATRIZ/HC



OBSERVAÇÕES

REITORIA: o servidor que não abrir o processo e/ou não comparecer à convocação, estará sujeito ao disposto no artigo 130, parágrafo 1º e 2º da Lei nº 8.112/90.

FUNPAR: SESMT: Rua João Negrão, nº 280 – Centro – fone: 3360-7433 – Horário de atendimento: das 7h às 12h e das 13h30 às 17h.

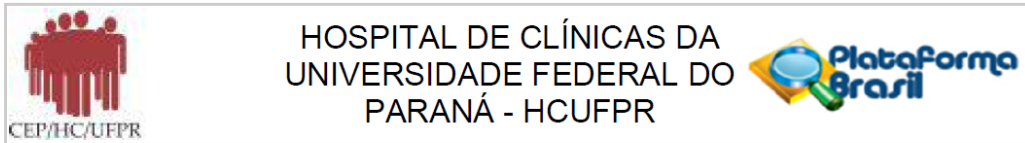
SE INTERCORRÊNCIA COM A QUIMIOPROFILAXIA: procurar atendimento médico na UPA Matriz ou o serviço especializado, conforme o seu vínculo.

FONTE: Os autores, 2014.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	90
ANEXO 2 – PÁGINA DE ACESSO DO FORMULÁRIO NA INTRANET.....	94
ANEXO 3 – DIVULGAÇÃO NO CORREIO ELETRÔNICO	95
ANEXO 4 – PÁGINA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DA UPA MATRIZ	96
ANEXO 5 – BOLETIM INFORMATIVO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS	97

ANEXO 1– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIRETRIZES APÓS A EXPOSIÇÃO A MATERIAIS BIOLÓGICOS : UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

Pesquisador: NERI LUCIA DOS SANTOS SOLHEID

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 16530513.9.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 830.088

Data da Relatoria: 06/10/2014

Apresentação do Projeto:

Vide parecer número do Parecer:351.975

Data da Relatoria:23/07/2013

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer número do Parecer:351.975

Data da Relatoria:23/07/2013

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

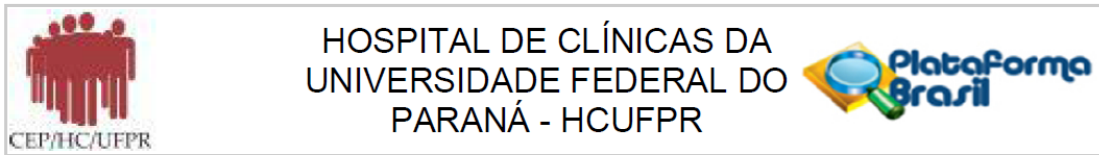
Vide parecer número do Parecer:351.975

Data da Relatoria:23/07/2013

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma emenda ao protocolo inicial, da enfermeira e mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico da UFPR.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 830.088

Foram as seguintes as alterações incluídas:

- o título mudar para: DIRETRIZES APÓS A EXPOSIÇÃO A MATERIAIS BIOLÓGICOS: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR.
 - Na revisão da literatura: enfatizar os acidentes com exposição biológica percutânea por materiais perfuro cortantes.
 - O objetivo geral, para "Estabelecer diretrizes frente à exposição biológica nos acidentes de trabalho." Os objetivos específicos: Determinar o perfil de acidentes de trabalho com exposição biológica; Diagnosticar os problemas relacionados à exposição biológica; Construir diretrizes para o enfrentamento dos problemas levantados e implementar as diretrizes no programa informatizado do referido cenário.
- A Questão norteadora: como estruturar as diretrizes na exposição biológica em um hospital de ensino frente aos diferentes cenários encontrados após o ATMB?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide parecer número do Parecer:351.975

Data da Relatoria:23/07/2013

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise considera-se a emenda aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

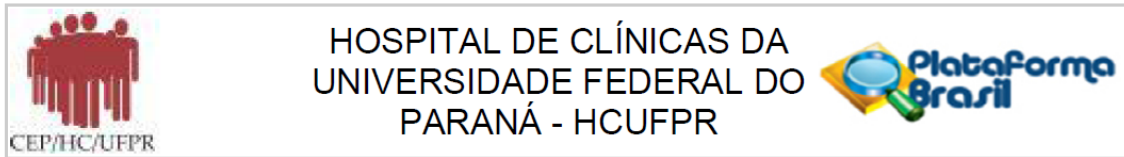
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 830.088

as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Emenda. Devendo o pesquisador aguardar o parecer final da CONEP sobre o referido documento.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

CURITIBA, 13 de Outubro de 2014

Assinado por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

ANEXO 2 - PÁGINA DE ACESSO DO FORMULÁRIO NA INTRANET

The screenshot displays the 'CORREIO' (Mail) interface of the HC-UFPR intranet. At the top, there is a navigation bar with various menu items. The main content area features a list of messages, each with a subject line and a date. To the left, there is a sidebar with a tree view of the organization's structure. To the right, there is a search bar and a 'NAVEGAÇÃO RÁPIDA' (Quick Navigation) section with a list of links. The Windows taskbar at the bottom indicates the system date as 27/10/2014.

Navigation Menu:

- INÍCIO
- AGHU
- SIE
- CRP
- DATASUS
- PROGEPE
- SE-SUITE
- CARTA DE SERVIÇOS
- COMPRIMIDO
- GERMES MULTIRRESISTENTES
- GESTÃO CLÍNICA
- POLÍTICAS INSTITUCIONAIS
- TCLE
- E-MAIL HC
- FORMULÁRIOS

CORREIO

* (no caso de eventos verifique a data no corpo do texto)

	Data Postagem
EDITAL: Médicos Selecionados para atuar no Processo Seletivo - Vestibular UFPR 2014/2015	24/10/2014 - 11:19
Mestrado em Toconocologia (Inscr. até 22/10 13h)	22/10/2014 - 15:02
Culto Interreligioso	21/10/2014 - 16:57
Alteração local do Serviço de Cópia de Prontuários	21/10/2014 - 15:45
Gincana do Bem - Ajude a equipe do HC	21/10/2014 - 15:28
Resultado Processo Seletivo para enfermeiros Comissão de Educação Permanente em Enfermagem	21/10/2014 - 15:26
Nota de Falecimento 2	17/10/2014 - 15:45
Nota de Falecimento 1	17/10/2014 - 15:44
Palestra: "Fazer o bem faz bem!"	17/10/2014 - 14:54
Vamos torcer para o HCezão e ganhar a gincana do bem!	17/10/2014 - 11:38
Cópia do Certificado - 8º CONSUB	17/10/2014 - 10:18
ATENÇÃO FUNCIONÁRIOS FUNPAR/HC: Exames periódicos em atraso	15/10/2014 - 15:01
Teste seletivo interno para coordenação da CEPEN - HC/UFPR	14/10/2014 - 12:11
Cronograma de Manutenção Preventiva SECL 2014/2015	13/10/2014 - 15:51
Departamental das Sextas-Feiras - PROTOCOLO: SIFILIS / TOXOPLASMOSE	13/10/2014 - 14:13

HC-UFPR: 52ANOS

- ▼ DIREÇÃO GERAL
 - Ass. Marketing Institucional
 - Ass. Gestão da Qualidade
- DIR. ADMINISTRATIVA
- DIR. ASSISTÊNCIA
- DIR. CORPO CLÍNICO
- DIR. ENFERMAGEM
- DIR. ENSINO/PESQUISA
- DIR. FINANCEIRA
- COMISSÕES

NAVEGAÇÃO RÁPIDA

- Conteúdo recente
- ▼ COLABORADOR HC
 - Acidentes o/Material Biológico
 - Refeitório (GRU)
 - SESST (Saúde/Segurança Trabalhador)
 - UAP (Formulários/Informes)
- ▼ COMUNICAÇÃO
 - Comprimido
 - DG (Ordens de Serviço)
 - Informática
 - Jornal do HC (JHC)
 - Telefones
- ▼ LOGÍSTICA
 - Almoxarifado
 - Transporte
- ▼ OUTROS
 - CCIH
 - Fluxos Financeiros
 - UAD (Manual Exames)
- ▼ PREDIAL
 - Manutenção
 - Hoteleria
- Tag Cloud
- ▼ Adicionar conteúdo

UPA MATRIZ:

ANEXO 3 – DIVULGAÇÃO NO CORREIO ELETRÔNICO

Assunto: FORMULÁRIO P/ ACID.COM MATERIAIS BIOLOGIC
Origem: KIKA MONICA CRISTOFOLETTI BUDNI
Emissão: 10/09/2014 15:05
Tipo: O (N- Nota, O – Ocorrência)
Mensagem

A Comissão Gestora Multidisciplinar de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes (CGMPAP) comunica que a partir de 10/09/2014, está disponível na Intranet (Navegação Rápida), o formulário para Acidente com Material Biológico para todos que estejam desenvolvendo suas atividades no Hospital de Clínicas (reitoria, FUNPAR, Alunos e Residentes) e com fluxo atualizado para o atendimento após exposição biológica.

Informamos ainda, que está sendo distribuída uma pasta para todos os serviços contendo informações relativas ao encaminhamento desse tipo de acidente.

SEJA VOCÊ O PRINCIPAL RESPONSÁVEL EM PREVENIR ESSES ACIDENTES!

PF: 1- Ajuda 4- Alterar 5-Excluir 7- Volta Pg 8- Avança Pg 9-
Envia
11- Imprime 12- Retorna

FONTE: INTRANET, HC. CURITIBA, 2014.

ANEXO 4 - PÁGINA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DA UPA MATRIZ

The screenshot displays the website for UPA MATRIZ. At the top, there is a navigation bar with links: INÍCIO, AGHU, SIE, CRP, DATASUS, PROGEPE, SE-SUITE, CARTA DE SERVIÇOS, COMPRIMIDO, GERMES MULTIRRESISTENTES, GESTÃO CLÍNICA, POLÍTICAS INSTITUCIONAIS, TCLE, E-MAIL HC, and FORMULÁRIOS. Below this is a search bar with a 'Buscar' button.

The main content area is titled 'UPA MATRIZ' and includes a sub-header 'renido meurer - sex, 16/05/2014 - 15:10'. A section titled 'ARQUIVOS ANEXOS' lists several documents: OFÍCIO CIRCULAR, FLUXO ATENDIMENTO MÉDICO - UPA -> MÉDICO ESPECIALISTA DO HC DE PLANTÃO, FLUXO ATENDIMENTO MÉDICO - UPA -> PA TOCGINECOLOGIA DO HC, FLUXO ATENDIMENTO MÉDICO - OBS.PEDIÁTRICA -> CENTRAL DE INTERNAÇÃO, FLUXO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA DA OTORRINO-OFTALMO, and Acidentes c/Material Biológico.

The letter body begins with 'Ofício Circular 02/2014 – DAS/HC' and 'Curitiba, 14 de maio de 2014.' It is addressed to 'Prezados (as) Senhores (as):' and contains the following text:

Considerando que Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Matriz do Município de Curitiba, instalada no térreo e primeiro andar do anexo H, iniciará suas atividades em 16/05/2014 e que o Hospital de Clínicas será retaguarda para os atendimentos especializados na UPA, bem como, internamentos resultantes destes dentro da capacidade instalada, orienta-se que:

- Atendimentos especializados para o paciente adulto:

1) Devem ser solicitados pelos médicos da UPA via SIH módulo UE – Unidade Externa (SUS) "Solicitação de Atendimento Especializado" e mediante contato telefônico com o médico do plantão da especialidade. Após a avaliação pelo

The sidebar on the left contains 'DIREÇÃO GERAL' with links to Ass. Marketing Institucional, Ass. Gestão da Qualidade, DIR. ADMINISTRATIVA, DIR. ASSISTÊNCIA, DIR. CORPO CLÍNICO, DIR. ENFERMAGEM, DIR. ENSINO/PESQUISA, DIR. FINANCEIRA, and COMISSÕES. Below this is a 'NAVEGAÇÃO RÁPIDA' section with a star icon and links to Conteúdo recente, COLABORADOR HC (Acidentes c/Material Biológico, Refetório (GRU), SESST (Saúde/Segurança Trabalhador), UAP (Formulários/Informes)), COMUNICAÇÃO (Comprimido, DG (Ordens de Serviço), Informática, Jornal do HC (JHC), Telefones), LOGÍSTICA (Almoxarifado, Transporte), OUTROS (CCH, Fluxos Financeiros, UAD (Manual Exames)), PREDIAL (Manutenção, Hotelaria), Tag Cloud, and Adicionar conteúdo.

The bottom of the page shows a Windows taskbar with the system clock at 12:10 on 27/10/2014.

ANEXO 5 - BOLETIM INFORMATIVO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS

Boletim Informativo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná



COMPRIMIDO

Informação na dose certa!

Ano 5 - N°53 Publicação Mensal Distribuição Gratuita Setembro de 2014

Gestão compartilhada do HC com a Ebserh é aprovada pelo COUN

Dicas de Marketing 33



Rede Social não é remédio

As redes sociais podem funcionar como um alavancador de carreiras, mas também podem ser uma autossabotagem se não as utilizar direito.

Lembre-se: você está sendo monitorado o tempo todo, por amigos, empresários e até por agências de empregos. Tenha muito cuidado com expressões chulas, escolhas partidárias, frases preconceituosas e repercussão de ideias absurdas e/ou de referência duvidosa. Não faça apologia a drogas (lícitas ou ilícitas), a armas ou a violências (físicas ou psicológicas).

Não demonstre mudanças de humor ou se utilize da rede como remédio para depressão ou para terapias. Afinal, rede social não é psicólogo, médico ou aconselhador religioso.

Então, você pode estar se perguntando "a rede não é minha? Eu não posso fazer dela o que bem quiser?" Respondendo a primeira questão, a rede não é sua, é de uma empresa (facebook, linkedin, etc), que te autoriza a utilizá-la gratuitamente, seguindo critérios próprios que você assina contratualmente ao se inscrever. Inclusive, o contrato te limita a questões legais. Ai, já está respondida a segunda questão.

Regra básica: se você não expõe clientes, amigos, colegas, parceiros, empresas, instituições ou pessoas que você nem conhece, também não se expõe. Ter uma relação bem intencionada nas redes sociais faz parte do marketing pessoal. Brincadeiras sadias, uso da linguagem correta, respeito e demonstração de tranquilidade e afeto são sempre bem vistos.

No mais, curta, compartilhe e crie, mas com moderação.



Atenção: Acidentes com Material Biológico

A Comissão Gestora Multidisciplinar de Prevenção de Acidentes com Perfluorocortantes (CGMPAP) comunica que, a partir do dia 10 de setembro, está disponível na Intranet do HC (Navegação Rápida), o Formulário para Acidentes com Material Biológico para todos que estejam desenvolvendo suas atividades no Hospital de Clínicas (Reitoria, Funpar, Alunos e Residentes) e com o fluxo atualizado para o atendimento após exposição biológica.

Está sendo distribuída uma pasta para todos os serviços contendo informações relativas ao encaminhamento desse tipo de acidente.

CETAI - Cursos

Word das 14h às 17h

Inscrições de 09 a 12 de setembro.
Realização de 15 a 26 de setembro.

Excel das 09h às 12h

Inscrições de 06 a 09 de outubro.
Realização de 13 a 24 de outubro.

Introdução à Tecnologia da Informação /

Windows das 14h às 17h

Inscrições de 06 a 09 de outubro.
Realização de 13 a 24 de outubro.

CEMOMORE A SAÚDE EM OUTUBRO



13.10 - Dia do Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta

15.10 - Dia do Professor

18.10 - Dia do Médico

28.10 - Dia do Servidor



COMPRIMIDO - Nº53 - SETEMBRO DE 2014
Boletim Informativo do Hospital de Clínicas da
Universidade Federal do Paraná
Rua General Carneiro, 181 Curitiba - PR
Assessoria de Marketing, 2º andar

Reitor da UFPR: Zaki Akel Sobrinho
Diretor Geral HC: Flávio Daniel Saavedra Tomaszch

Assessora de Marketing Institucional: Mônica C. Budni
Fotografias: Assessoria de Marketing Institucional do HC
Tiragem: 1.000 exemplares
Assessoria de Marketing do HC
Lorival T. Veloso, Maria Conceição Lopes, Maria Rosa dos
Santos, Renildo Meurer e Thingo Gusso
Estagiária